



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

FRANCISCO VITOR SOLDÁ DE SOUZA

**MODELO EXPLICATIVO PARA O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO:
EXPLORANDO O PAPEL DA ATENÇÃO PLENA, DOS FATORES DA
AUTOCOMPAIXÃO E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS**

Explicative model for successful aging: exploring the role of mindfulness, self-compassion factors, and subjective well-being in older adults

**Fevereiro de 2023
São Cristóvão, SE**

FRANCISCO VITOR SOLDÁ DE SOUZA

**MODELO EXPLICATIVO PARA O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO:
EXPLORANDO O PAPEL DA ATENÇÃO PLENA, DOS FATORES DA
AUTOCOMPAIXÃO E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS**

Explicative model for successful aging: exploring the role of mindfulness, self-compassion factors, and subjective well-being in older adults

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Joilson Pereira da Silva

Linha de pesquisa: Saúde e Desenvolvimento Humano

**Fevereiro de 2023
São Cristóvão, SE**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S729m Souza, Francisco Vítor Soldá de
Modelo explicativo para o envelhecimento bem-sucedido :
explorando o papel da atenção plena, dos fatores da autocompaixão
e do bem-estar subjetivo em idosos = Explicative model for successful
aging : exploring the role of mindfulness, self-compassion factors, and
subjective well-being in older adults / Francisco Vítor Soldá de Souza
; orientador Joilson Pereira da Silva. – São Cristóvão, SE, 2023.
322 f. : il.

Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de
Sergipe, 2023.

1. Envelhecimento. 2. Bem-estar. 3. Idosos. 4. Atenção plena
(Psicologia). I. Silva, Joilson Pereira da, orient. II. Título.

CDU 159.9:613.98

FRANCISCO VITOR SOLDÁ DE SOUZA

**MODELO EXPLICATIVO PARA O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO:
EXPLORANDO O PAPEL DA ATENÇÃO PLENA, DOS FATORES DA
AUTOCOMPAIXÃO E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS**

Explicative model for successful aging: exploring the role of mindfulness, self-compassion factors, and subjective well-being in older adults

Aprovado em 01/02/2023.

Prof. Dr. Joilson Pereira da Silva

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI/UFS)
Orientador/Presidente

Prof. Dr. André Faro

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI/UFS)
Membro interno

Profa. Dra. Deusivania Vieira da Silva Falcão

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da
Universidade de São Paulo (PPGG/USP)
Membro externo

Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGPSI/PUCRS)
Membro externo

**01 de fevereiro de 2023
São Cristóvão, SE**

*À minha família, por todo afeto, acolhimento e
apoio ao longo desta trajetória.*

*À minha avó Raimunda Miguel, por ser presença
autêntica e fonte de inspiração em minha vida.*

Agradecimentos

“Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só.

Mas sonho que se sonha junto, é realidade”

(Raul Seixas).

Eu tenho falado muito sobre sonhos ultimamente. Na verdade, apesar dos desafios, tenho me permitido sonhar. A minha vivência no mestrado e a concretização desta etapa representam o fechamento de um ciclo muito importante na minha vida, além de sinalizar que sonhos são possíveis de serem realizados, especialmente para um jovem do interior da Bahia que, um dia, almejou cursar Psicologia e viu o seu desejo ser questionado. Apesar de tudo, seguiu em frente e hoje, esse mesmo jovem, encaminha o seu próximo passo: a finalização de um mestrado acadêmico.

A força desse jovem é atravessada pelos ensinamentos da sua família, a perseverança e a resiliência de sua avó materna, Raimunda Miguel, a quem ele dedica essa dissertação, e o desejo de vencer tão presente entre o povo nordestino. Eu sou esse jovem, e gostaria de pedir licença para iniciar essa seção agradecendo a mim mesmo, por nunca ter desistido e por seguir acreditando que sonhos são possíveis de serem realizados, principalmente quando as devidas oportunidades são oferecidas e, quando partilhamos desses sonhos com os nossos.

Sim, estou falando de um sonho que foi sonhado coletivamente. Ao longo destes anos de dedicação ao mestrado, reencontrei e fui apresentado a pessoas incríveis que me deram força, motivação, apoio, afeto e que nos momentos difíceis, acolheram os meus sofrimentos e ofertaram compaixão. Aqui estou falando da minha família, em especial da minha mãe Rosilda Soldá, do meu pai Almir Alves, e das minhas irmãs Isadora Soldá e Beatriz Soldá. Agradeço por todo apoio, suporte emocional, acolhimento e afeto ao longo desta experiência. Sou e serei

eternamente grato por tanto e por tudo.

Agradeço a Calila Caldas, Valéria Guimarães e a Catiele Reis pelo apoio, afeto e acolhimento de sempre. Vocês foram essenciais para a minha formação em Psicologia e para a minha adaptação ao mestrado acadêmico. Agradeço pela gentileza e parceria. Agradeço também aos colegas e companheiros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia, Educação, Saúde e Inclusão (GEPPESI), aos queridos Andreia Souza, Mara Dantas e Elias Mascarenhas. Gratidão pela parceria e pelas trocas ao longo desses anos. Vocês são ótimos. Gratidão também à prof^a Dra. Kaline Lima por todo apoio com a estatística aplicada à Psicologia, por sanar as minhas dúvidas e por fazer uma leitura cuidadosa do meu trabalho.

E falando em parceria e cuidado, eu não poderia deixar de mencionar a minha felicidade em conhecer e contar com o apoio, acolhimento, companheirismo e compaixão de Karine David. Querida Karine, eu poderia dedicar algumas páginas falando de você. Tu és luz e uma peça importante na realização deste sonho. Obrigado por ser presença, por acolher as minhas angústias, pedidos de socorros (que por sinal foram muitos) e por rir comigo dos desafios que rotineiramente tentaram me intimidar. Agradeço a você e ao seu esposo, Raimundo Oliveira, por me acolherem no momento mais desafiador dessa trajetória. Que sorte a minha encontrá-los. Contem comigo sempre.

Quero agradecer também à querida Rosely Anacleto pelo nosso encontro na pós-graduação. A sua gentileza, afeto e torcida tem sido fundamental para enfrentar os desafios e para lidar com as possibilidades. Fico muito feliz em contar com a sua amizade e apoio.

Aos queridos colegas e amigos da vida que me auxiliaram, de forma voluntária, na aplicação dos instrumentos da minha pesquisa, minha eterna gratidão: Géssica Natália, Idamaries Oliveira, Chauane Maria, Erilson Oliveira, Maria Isaura, Rafaela Andrade, Lara Góis e Eduarda. Obrigado pela disponibilidade, pelo apoio e pelo carinho ao longo deste processo. Obrigado por tudo que fizeram por mim. Gratidão também ao prof. Dr. Bruno Damásio e a

prof^a Dra. Lavínia Teixeira pela leitura preciosa durante o exame de qualificação e pelas recomendações pertinentes que contribuíram para enriquecer este trabalho. Muito obrigado também aos professores Dr. André Faro, Dra. Deusivania Falcão e Dra. Irani Argimon pela disponibilidade em contribuir nesta nova etapa e pelas sugestões que certamente irão favorecer a qualidade deste trabalho dissertativo.

Gostaria de agradecer a todos os idosos que se disponibilizaram em responder os instrumentos desta pesquisa. É para vocês que eu dedico a minha carreira profissional e o sentido da minha vida.

Agradeço ao Prof. Dr. Joilson Pereira da Silva por acreditar no meu sonho e por caminhar ao meu lado durante essa experiência. Sou feliz pelo nosso encontro e por tudo que compartilhamos ao longo destes anos. Gratidão pela paciência, compaixão, pelo acolhimento, pelas orientações assertivas, pelas boas risadas e por ser uma grande inspiração como ser humano e profissional. Que a nossa parceria seja duradoura e frutífera.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo e apoio ao longo da minha experiência no mestrado. Obrigado por fomentar a ciência brasileira e por contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico em nosso país.

Muito obrigado.

“Se eu puder evitar que um coração se parta,

Eu não terei vivido em vão;

Se eu puder evitar a agonia duma vida,

Ou acalantar uma dor,

Ou assistir um desfalecido melro

A voltar a seu ninho,

Eu não terei vivido em vão”

(Emily Dickinson).

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo geral explorar como a atenção plena, os fatores da autocompaixão e os componentes do bem-estar subjetivo (BES) se relacionavam com o envelhecimento bem-sucedido (EBS) em idosos. Para contemplar tal objetivo, foram realizados sete estudos, sendo: três (03) revisões narrativas, duas (02) revisões integrativas e dois (02) estudos transversais (empíricos). O primeiro estudo propôs uma discussão acerca do modelo de EBS de Baltes e Baltes e discorreu sobre o papel do BES ao longo do envelhecimento humano. Os resultados indicaram que o EBS foi referido como uma meta ao longo do curso de vida e que o BES, a partir dos componentes afetos positivos, satisfação com a vida (SV) e afetos negativos (ANs), atua como um dos principais indicadores na avaliação do sucesso do envelhecimento. Na sequência, o segundo estudo propôs delinear os aspectos históricos e conceituais do *mindfulness* e sua relação com o BES. Os achados sugeriram que o *mindfulness* atua como uma estratégia psicológica positiva para a promoção do BES, para a regulação emocional e para uma melhor adaptação aos eventos estressores da vida. O terceiro estudo, por sua vez, buscou compreender as bases históricas, conceituais e práticas da autocompaixão e o seu papel na promoção de BES. Os resultados sugeriram que a compaixão direcionada para si está relacionada à redução de sintomas psicológicos, com destaque para a depressão e a ansiedade, para a amenização da autocrítica e para regular as emoções, contribuindo assim para uma maior afetividade positiva, menor afetividade negativa e maior SV. Em seguida, os estudos quatro e cinco, que se utilizaram do método de revisão integrativa da literatura, buscaram sintetizar os resultados das intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos e identificar e descrever as evidências científicas sobre o papel da autocompaixão como estratégia positiva para o bem-estar na velhice, respectivamente. Em relação aos resultados encontrados, o estudo quatro destacou que a prática de *mindfulness* contribuiu para reduzir os sintomas de depressão, ansiedade, estresse e insônia, gerando uma melhor percepção de BES

e aumento da qualidade de vida em idosos, enquanto que o estudo cinco sinalizou que a autocompaixão se apresenta como uma estratégia psicológica positiva para a promoção de BES na velhice, ao favorecer uma menor autocrítica, melhor regulação emocional e a introdução de comportamentos de vida saudáveis. Na sequência, o estudo seis buscou verificar a percepção de idosos quanto ao BES, a atenção plena e a autocompaixão na velhice, e a relação destes fatores com o EBS, sendo observado que o BES assume um papel importante na percepção de sucesso do envelhecimento, ao passo em que a autocompaixão e a atenção plena parecem contribuir para uma melhor satisfação com vida, maior afetividade positiva e menor afetividade negativa nesta etapa da vida. Por fim, o estudo sete propôs testar um modelo explicativo de EBS, tendo o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do BES como variáveis mediadoras, de modo que os resultados evidenciaram que o *mindfulness* e o fator positivo da autocompaixão (formado pela junção dos itens dos fatores autobondade, humanidade compartilhada e atenção plena) explicaram positivamente e significativamente os afetos positivos, enquanto que os afetos positivos explicaram significativamente e positivamente o EBS, sugerindo que a introdução de estratégias psicológicas positivas podem contribuir para aumentar a afetividade positiva, enquanto que este componente do bem-estar parece assumir um papel importante na avaliação subjetiva acerca do sucesso do envelhecimento. Além disso, o *mindfulness* e o fator positivo da autocompaixão explicaram, indiretamente, o EBS.

Palavras-chave: envelhecimento bem-sucedido, bem-estar subjetivo, atenção plena, autocompaixão, idosos.

Abstract

The present dissertation aimed to explore how mindfulness, self-compassion factors and components of subjective well-being (SWB) were related to successful aging (SA) in the elderly. To contemplate this objective, seven studies were carried out: three (03) narrative reviews, two (02) integrative reviews and two (02) cross-sectional (empirical) studies. The first study proposed a discussion about the SA model by Baltes and Baltes and discussed the role of the SA throughout human aging. The results indicated that the SA was referred to as a goal throughout the course of life and that the SWB, based on the components of positive affect, satisfaction with life (SWL) and negative affect (NAs), acts as one of the main indicators in assessment of aging success. Next, the second study proposed to outline the historical and conceptual aspects of mindfulness and its relationship with SWB. The findings suggested that mindfulness acts as a positive psychological strategy for promoting SWB, for emotional regulation and for a better adaptation to stressful life events. The third study, in turn, sought to understand the historical, conceptual and practical bases of self-compassion and its role in promoting SWB. The results suggested that self-directed compassion is related to the reduction of psychological symptoms, especially depression and anxiety, to the easing of self-criticism and to regulate emotions, thus contributing to greater positive affectivity, less negative affectivity and greater SWL. Then, studies four and five, which used the integrative literature review method, sought to synthesize the results of mindfulness-based interventions with the elderly and to identify and describe the scientific evidence on the role of self-compassion as a positive strategy for well-being. be in old age, respectively. Regarding the results found, study four highlighted that the practice of mindfulness contributed to reducing the symptoms of depression, anxiety, stress and insomnia, generating a better perception of SWB and an increase in the quality of life in the elderly, while study five signaled that self-compassion is presented as a positive psychological strategy for promoting SWB in old age, by favoring less self-

criticism, better emotional regulation and the introduction of healthy lifestyle behaviors. Next, study six sought to verify the perception of the elderly regarding SWB, mindfulness and self-compassion in old age, and the relationship of these factors with SA, observing that SWB plays an important role in the perception of successful aging, while self-compassion and mindfulness seem to contribute to better life satisfaction, greater positive affectivity and less negative affectivity at this stage of life. Finally, study seven proposed testing an explanatory model of SA, with mindfulness and self-compassion factors as predictor variables, and the SWB components as mediating variables, so that the results showed that mindfulness and the positive factor of self-compassion (formed by the combination of the items of the factors self-kindness, shared humanity and mindfulness) positively and significantly explained the positive affects, while the positive affects significantly and positively explained the SA, suggesting that the introduction of positive psychological strategies can contribute to increase the affectivity positive, while this component of well-being seems to play an important role in the subjective assessment of successful aging. In addition, mindfulness and the positive self-compassion factor indirectly explained SA.

Keywords: successful aging, subjective well-being, mindfulness, self-compassion, elderly.

Sumário

Lista de figuras	17
Lista de tabelas	18
Lista de Abreviações e Siglas	19
Apresentação	24
Referências	32
SEÇÃO I – ARTIGOS NARRATIVOS	37
Envelhecimento bem-sucedido e o bem-estar subjetivo: uma revisão narrativa	37
Resumo	37
Abstract	38
Introdução	39
Envelhecimento humano e o paradigma <i>life-span</i>	41
Envelhecimento Bem-Sucedido: uma meta ao longo do curso de vida	46
Bem-estar subjetivo (BES) e o desenvolvimento humano	58
Considerações finais	66
Referências	69
<i>Mindfulness</i> e bem-estar subjetivo: uma revisão narrativa	81
Resumo	81
Abstract	82
Introdução	83
Aspectos históricos do <i>Mindfulness</i>	84
<i>Mindfulness</i> e ciência: aproximação da psicologia budista com o contexto científico	
ocidental	89
Práticas e medidas em <i>Mindfulness</i>	95
Mecanismos de ação e efeitos neurobiológicos do treinamento em <i>mindfulness</i>	105

<i>Mindfulness</i> e Bem-Estar Subjetivo (BES)	109
Considerações finais	115
Referências	117
Autocompaixão e bem-estar subjetivo: uma revisão narrativa	132
Resumo	132
Abstract	133
Introdução	134
Compaixão: da filosofia budista à psicoterapia	136
Autocompaixão: aspectos históricos, conceituais e mecanismos de ação	144
Autocompaixão e bem-estar subjetivo (BES) na velhice	157
Considerações Finais	165
Referências	167
SEÇÃO II – Revisões integrativas de Literatura	181
Intervenções baseadas em <i>mindfulness</i> para idosos: uma revisão integrativa	181
Resumo	181
Abstract	182
Introdução	183
Método	184
Resultados	186
Tópicos bibliométricos e metodológicos	186
Análise das categorias	190
Características e efeitos do MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)	190
Características e efeitos do MBCT (<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>) e da TCC combinada com <i>mindfulness</i>	192
Características e efeitos de outras intervenções em <i>mindfulness</i>	194

Discussão	195
Considerações finais	200
Referências	201
A autocompaixão enquanto recurso psicológico positivo para a promoção de bem-estar na velhice: uma revisão integrativa	209
Resumo	209
Abstract	210
Introdução	211
Método	213
Resultados	214
Tópicos bibliométricos e metodológicos	215
Análise das categorias	219
Categoria 1. Autocompaixão, bem-estar e comportamentos de saúde na velhice	219
Categoria 2. Autocompaixão, EBS e desfechos positivos na velhice	223
Discussão	225
Considerações Finais	230
Referências	231
SEÇÃO III – Artigos Empíricos	237
Bem-estar subjetivo, <i>mindfulness</i> e autocompaixão na velhice: possibilidades para o envelhecimento bem-sucedido	237
Resumo	237
Abstract	238
Introdução	239
Método	242
Participantes	242

Instrumentos	242
Procedimentos	243
Análise de dados	243
Resultados	244
Estatísticas descritivas, textuais e Classificação Hierárquica Descendente	244
Categoria 1 – Envelhecimento e velhice bem-sucedida.	246
Categoria 2 – Estratégias SOC, atenção plena e autocompaixão na velhice.	246
Categoria 3 – Saúde mental, solidão e preocupação na velhice.	247
Categoria 4 – Bem-estar subjetivo na velhice.	248
Discussão	248
Considerações Finais	253
Referências	256
O envelhecimento bem-sucedido e sua relação com o mindfulness, os fatores da autocompaixão e o bem-estar subjetivo em idosos	264
Resumo	264
Abstract	265
Introdução	266
Método	270
Participantes	270
Procedimentos	271
Instrumentos	272
Variáveis preditoras	272
Variáveis mediadoras	274
Variável de desfecho	275
Análise dos dados	276

Resultados	279
Teste do modelo explicativo para o EBS	279
Discussão	282
Considerações finais	287
Referências	290
CONSIDERAÇÕES FINAIS	302
ANEXOS	307
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo 6)	308
Anexo 2: Questionário Sociodemográfico (Estudo 6)	309
Anexo 3: Entrevista Semiestruturada (Estudo 6)	311
Anexo 4: Aceite do projeto de pesquisa pelo comitê de ética	313
Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo 7)	314
Anexo 6: Questionário Sociodemográfico (Estudo 7)	316
Anexo 7: <i>Mindfulness Attention Awareness Scale</i> (MAAS)	317
Anexo 8: Escala de Autocompaixão (ECS)	318
Anexo 9: Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)	320
Subescala 1	320
Subescala 2	321
Anexo 10: Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido (EEBS)	322

Lista de figuras

Apresentação

Figura 1. Modelo explicativo inicial previsto para o envelhecimento bem-sucedido.....30

Estudo I.

Figura 1. Representação da incompletude da arquitetura do desenvolvimento humano.....45

Estudo II.

Figura 1. Modelo de funcionamento do *Mindfulness*.....92

Estudo III.

Figura 1. Componentes positivos da autocompaixão.....147

Estudo IV.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção conforme as diretrizes PRISMA.....186

Estudo V.

Figura 1. Fluxograma segundo o modelo PRISMA do processo de seleção dos artigos.....215

Estudo VI.

Figura 1. Dendrograma com o agrupamento em classes geradas na CHD.....245

Estudo VII.

Figura 1. Modelo teórico inicial previsto para o EBS.....279

Figura 2. Modelo explicativo para EBS – MEE (Estimador ULS).....282

Lista de tabelas

Estudo II.

Tabela 1. Síntese quanto aos protocolos mais tradicionais, seus principais autores e objetivos.....	100
--	-----

Estudo IV.

Tabela 1. Síntese descritiva referente aos autores, ano, desenho do estudo, participantes, objetivos e descrição das intervenções.....	187
---	-----

Estudo V.

Tabela 1. Síntese descritiva referente aos, autores, ano, país, participantes, objetivos e escalas utilizadas para medição da autocompaixão.....	217
---	-----

Estudo VII.

Tabela 1. Variáveis preditoras do EBS – Regressão linear múltipla (método <i>backward</i>).....	280
---	-----

Lista de Abreviações e Siglas

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AJ – Autojulgamento

ANs – Afetos Negativos

APs – Afetos Positivos

APA - *American Psychological Association*

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BE – Bem-Estar

BEE – Bem-Estar Emocional

BEP – Bem-Estar Psicológico

BES – Bem-Estar Subjetivo

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAFe – Comunidade Acadêmica Federada

CAMS-R – *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised*

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBCT – *Cognitive-Based Compassion Training*

CCARE – *Center for Compassion and Altruism Research and Education*

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

CCT - *Compassion Cultivation Training*

CD – *Compact Disc*

CEP/UFS – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe

CFI – *Comparative Fit Index*

CFT – *Compassion Focused Therapy*

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CIERS-Ed – Centro Internacional de Estudos em Representações Sociais e Subjetividades – Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 – Coronavírus SARS-CoV-2

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DM – *Detached Mindfulness*

DP – Desvio Padrão

DWLS – *Diagonally Weighted Least Square*

DWLS – *Diagonally Weighted Least Square*

EBES – Escala de Bem-Estar Subjetivo

EBS – Envelhecimento Bem-Sucedido

EEBS – Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido

EUA – Estados Unidos da América

FCC – Fundação Carlos Chagas

FFMQ – *Five Facets Mindfulness Questionnaire*

FMI – *Freiburg Mindfulness Inventory*

FNA – *Fator Negativo da Autocompaixão*

FPA – *Fator Positivo da Autocompaixão*

FRCRS – *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*

GEPPESI – Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia, Educação, Saúde e Inclusão

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HADS-A – *Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety*

HADS-D – *Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression*

HC – Humanidade compartilhada

HEP – *Health Education Program*

HIPAA – *Health Insurance Portability and Accountability Act*

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IBECS – *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBMs – Intervenções Baseadas em *Mindfulness*

IC – Intervalo de confiança

IRaMuTeQ – *Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

JASP – *Jeffrey's Amazing Statistics Program*

KIMS – *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

LACCOS – Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e da Cognição

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

M – Média

MAAS – *Mindfulness Attention Awareness Scale*

MAP – *Mindfulness Awareness Program*

MBCAS – *Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors*

MBCT – *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

MB-EAT – *Mindfulness-Based Eating Awareness Training*

MBEC – *Mindfulness-Based Elder Care*

MBHP – *Mindfulness-Based Health Promotion*

MBPM – *Mindfulness-Based Pain Management*

MBRP – *Mindfulness-Based Relapse Prevention*

MBSR – *Mindfulness-Based Stress Reduction*

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MEE – Modelagem por equações estruturais

MF – *Mindfulness*

MM – *Meditação Mindfulness*

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MSC – *Mindful Self-Compassion*

NA – *Negative Affect*

PA – *Positive Affect*

PANAS - *Positive Affect/Negative Affect Scale*

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

QRR – Questionário de Ruminação e Reflexão

QSDC – Questionário Sociodemográfico e Clínico

QSV – Questionário de Sentido de Vida

QV – Qualidade de Vida

RDWLS – *Robust Diagonally Weighted Least Squares*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RLM – Regressão Linear Múltipla

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

S/I – Superidentificação/Isolamento

SA – *Successful aging*

SAS – *Successful Aging Scale*

SCS – *Self-Compassion Scale*

SCS-SF - *Self-Compassion Scale – Short Form*

SM – Saúde Mental

SMQ – *Southampton Mindfulness Questionnaire*

SOC – *Selective Optimization with Compensation*

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

SRMR – *Standardized Root Mean Residual*

SSCS-L – *State Self-Compassion Scale - Long form*

SSCS-S – *State Self-Compassion Scale – Short form*

ST – Segmento de texto

SUS – Sistema Único de Saúde

SV – Satisfação com a vida

SWB – *Subjective Well-Being*

SWL – *Satisfaction With Life*

SWBS – *Subjective Well-Being Scale*

SWLS - *Satisfaction with Life Scale*

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCM – Tábuas Completas de Mortalidade

TDM – Transtorno Depressivo Maior

TEPT – Tratamento do Estresse Pós-Traumático

TLI – *Tucker-Lewis Index*

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

Apresentação

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2020), a partir das Tábuas Completas de Mortalidade (TCM) por sexo e idade, no ano de 2019, a expectativa média de vida para a população geral brasileira era de 76,6 anos, significando um acréscimo de 3 meses em relação ao valor projetado para o ano de 2018 (76,3 anos). Em relação às projeções por sexo para o ano de 2019, o documento apresentado pelo IBGE destacou uma expectativa de 73,1 anos para homens (um acréscimo de 3 meses e 7 dias, comparada à projeção de 2018, quando se registrou o valor de 72,8 anos) e um acréscimo de 2 meses e 23 dias na expectativa de vida ao nascer para mulheres, passando de 79,9 anos para 80,1 anos em 2019.

Ainda segundo dados do IBGE, para ambos os sexos, a maior expectativa de vida ao nascer foi registrada no estado de Santa Catarina, 79,9 anos, indicando 3,3 anos acima da média nacional. Em seguida, os estados de São Paulo, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e o Distrito Federal registraram valores iguais ou superiores a 78,0 anos. Para os estados da Bahia e Sergipe, a expectativa de vida ao nascer era de 74,2 e 73,4, respectivamente. Ao contrário desses indicadores, os estados do Maranhão, Piauí e Rondônia registraram os menores valores, sendo 71,4 anos, 71,6 anos e 71,9 anos, respectivamente (IBGE, 2020).

Para o ano de 2020, a expectativa de vida ao nascer seria de 76,8 anos para toda a população, o que representaria um acréscimo de 2 meses e 26 dias em comparação ao valor estimado para o ano de 2019, caso o país não enfrentasse uma crise sanitária em decorrência da pandemia da COVID-19 (Coronavírus SARS-CoV-2) (IBGE, 2021). Conquanto, os dados apresentados pelo IBGE em 2021 observaram que a crise sanitária provocada pela COVID-19 elevou o número de óbitos no país, ao passo que em 2020 houve uma concentração do aumento de mortes nos grupos etários entre os 60 e 80 anos de idade, o que, por consequência, deverá impactar negativamente na expectativa de vida dos brasileiros durante o período pandêmico, quando estes dados forem incorporados aos cálculos das TCM.

De modo geral, o aumento na expectativa de vida, presente na fase inicial da velhice, também chamada de terceira idade, vem fazendo com que as pessoas atinjam cada vez mais idades avançadas. Esse acréscimo tem despertado a necessidade de explorar potencialidades para melhorar e aprimorar competências físicas e mentais; o desenvolvimento da capacidade de reserva funcional; e a introdução de melhores indicadores de envelhecimento positivo, a partir de níveis elevados de bem-estar subjetivo (BES) (satisfação com a vida (SV) e afetos positivos (APs)), da presença de estratégias efetivas para manejar os ganhos e as perdas da velhice e de menor presença de afetos negativos (ANs) (Baltes & Smith, 2006).

Esse contexto também está relacionado ao fenômeno da transição epidemiológica, que abrange as mudanças ocorridas no tempo, nos padrões de saúde, nos processos de adoecimento, em perda de autonomia e morte, vinculadas a uma determinada população, e que, em aspectos gerais, se desenvolvem juntamente às mudanças de ordem demográfica, econômica, política e social (Cortez et al., 2019; Omran, 2005; Vanzella et al., 2018). Essa transição engloba três mudanças básicas, que podem ser descritas como: transição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade de grupos mais jovens para mais idosos; e, por fim, substituição do predomínio de mortalidade por um contexto onde a morbidade é dominante (Schramm et al., 2004).

Entende-se que, ao atingir a velhice, muitos idosos acabam precisando lidar com o adoecimento crônico, fazendo despertar, em muitos casos, a necessidade de utilizar recursos adaptativos que possibilitem um melhor ajustamento aos eventos negativos e aos declínios relacionados à idade. Essa colocação é corroborada por Baltes e Smith (2006), ao destacarem que ao longo do curso de vida, o indivíduo pode ser influenciado por perdas do domínio biológico, que acabam, por consequência, afetando outras dimensões de funcionamento, de modo que, com o envelhecimento, o sujeito acaba experimentando maior prevalência de perdas em relação aos ganhos, fazendo, em casos, com que a velhice seja marcada por maior

vulnerabilidade relacionada a desfechos negativos (Baltes, 2000).

Trazendo como exemplo, idosos mais longevos, com idade igual ou superior aos 85 anos, que se encontram na chamada quarta idade, tendem a apresentar maiores tensões crônicas acumuladas, menor adaptabilidade psicológica, perdas em SV e em contatos sociais, declínio das funções cognitivas e maior vulnerabilidade para perdas em identidade, além de maior presença de solidão e dependência psicológica (Baltes & Smith, 2006). Baltes e Smith (2006) destacaram maior prevalência de síndrome do *stress*, demência, fragilidades e disfuncionalidades em pessoas a partir dos 85 anos, em decorrência da significativa perda no potencial de aprendizagem e na plasticidade cognitiva.

Apesar deste contexto de prevalência de desfechos negativos, Neri (1993) destacou que na velhice também ocorrem ganhos e não apenas perdas e declínios. Para a autora, existem potencialidades a serem descobertas e aprimoradas, mesmo diante de desfechos negativos limitantes. Ademais, Freire (2001) reforçou essa compreensão ao destacar que os indivíduos possuem capacidade de reserva funcional e são capazes de promover uma plasticidade dessas reservas ao longo de todo o curso de vida, incluindo a velhice.

É neste contexto que surge a proposta do envelhecimento bem-sucedido (EBS), a partir da compensação de perdas e da maximização dos ganhos, por meio da introdução de estratégias que contribuam para otimizar recursos (internos e externos), e da seleção de metas condizentes com as possibilidades e recursos disponíveis, a fim de alcançar desfechos mais positivos (Baltes, 1997; Baltes & Baltes, 1990). Esse padrão de envelhecimento inclui o conjunto de pessoas que não apresentam dependência contínua ou que não necessitam de cuidadores em atividades cotidianas; e que são ativas e autônomas em seu contexto social (Neri & Yassuda, 2008).

Neste caminho, uma dimensão que sofre pouco ou nenhum declínio com o avanço da idade, mesmo diante de tensões e dificuldades características do envelhecer, é o senso de BES.

Essa dimensão vem sendo estudada pela Psicologia e a Gerontologia, sendo considerada como fundamental para o processo adaptativo ao ambiente, além de um recurso positivo capaz de potencializar a autorrealização do indivíduo, grupo ou comunidade (Freire, 2001). No campo da psicologia positiva, o BES vem sendo caracterizado como o estudo científico da felicidade, a partir dos aspectos que a promovem ou a interferem (Seligman, 2009). Segundo Land (1975), as primeiras definições de BES surgiram no final da década de 1950, em um contexto onde se buscava investigar indicadores de qualidade de vida (QV) que contribuíssem para o acompanhamento das mudanças sociais e para a construção de políticas públicas.

Desta forma, trazer a discussão do BES se faz importante uma vez que Strawbridge et al. (2002) afirmaram que o BES atua como um critério essencial para o envelhecimento e a velhice bem-sucedida. Teixeira e Neri (2008) reforçaram ao destacarem que em estudos com ênfase biológica, no qual o conceito de sucesso na velhice está restrito a perspectiva da longevidade ou a ausência de incapacidades, o componente BES é apresentado como essencial para conceber uma definição de EBS, concluindo que este componente se apresenta como o mais importante para avaliar o sucesso do envelhecimento.

A literatura também tem destacado a utilização e implementação de práticas e processos psicológicos adaptativos que objetivam aumentar os níveis de BES, resultando em impactos positivos no envelhecimento dos indivíduos, a exemplo do *mindfulness*, entendido como a capacidade de estar atento no momento presente, intencionalmente, mediante atitudes de abertura, curiosidade, não julgamento e aceitação; e da autocompaixão, referida como a habilidade psicológica de ofertar bondade, cordialidade e acolhimento diante da própria experiência de sofrimento, entendendo que tal experiência faz parte da condição humana compartilhada e que todos, incluindo a si mesmo, são dignos de receber compaixão (Allen et al., 2012; Atanes, 2013; Brown et al., 2019; Ge et al., 2019; Kabat-Zinn, 2017; MacAulay et al., 2021; Neff, 2003; Parente et al., 2018; Phillips et al., 2018; Russell-Williams et al., 2018;

Smith & Langen, 2020; Walsh et al., 2019; Weiss et al., 2016; Xu et al., 2016).

Segundo Walsh et al. (2019), o *mindfulness* fornece efeitos imediatos no humor e no estresse, ao passo que também municia benefícios a longo prazo para o controle da atenção. Para Russell-Williams et al. (2018), a prática de *mindfulness* vem apresentando tendências significativas em uma ampla gama de medidas, incluindo a redução do declínio cognitivo, estresse percebido, aumento da QV e maior conectividade funcional. No estudo de Atanes (2013), que buscou investigar as associações entre *mindfulness*, estresse percebido e BES em profissionais da saúde, os achados indicaram que os profissionais que estejam prestando atenção e conscientes no momento presente apresentam menor predisposição para o estresse, estão menos sujeitos a AN e mais suscetíveis a experimentarem AP.

Smith e Langen (2020) observaram que a prática de *mindfulness* vem sendo referida como uma estratégia positiva para pacientes com dor crônica, ao indicar melhores níveis de QV e saúde mental (SM). No trabalho proposto por Xu et al. (2016), o BES foi significativamente mediado pelo *mindfulness* e pela autoaceitação, enquanto que no estudo Ge et al. (2019), o *mindfulness* apresentou uma influência positiva na perspectiva de tempo equilibrada, associada ao funcionamento social ideal que fornece benefícios psicológicos em contextos de estresse, ao passo que a autocompaixão também desenvolveu papel crucial para o cultivo de uma perspectiva de tempo equilibrada.

A autocompaixão, por sua vez, também vem sendo relacionada com o BES. Na metanálise apresentada por Weiss et al. (2016), a prática autocompassiva se mostrou positivamente correlacionada com todos os tipos de BE. Para Phillips et al. (2018), a autocompaixão não desempenha apenas um papel para o amortecimento dos impactos de processos cognitivos explícitos no BE, mas também contribui para a regulação dos efeitos de processos cognitivos diante dos resultados em SM.

No estudo proposto por Parente et al. (2018), que buscou analisar de que forma a

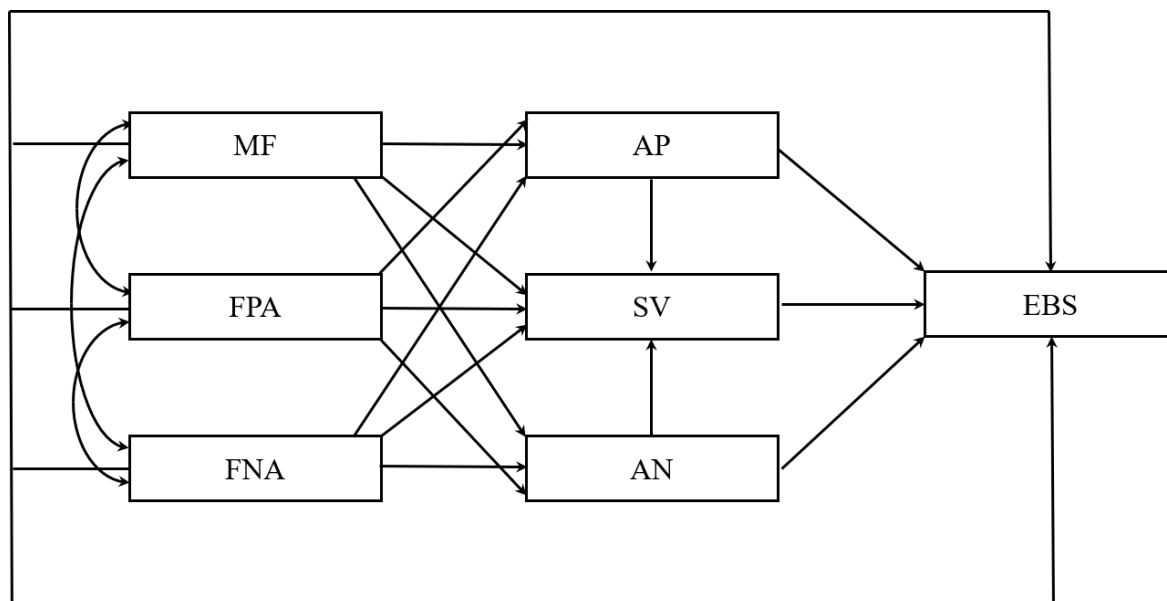
autocompaixão, SV, afetos, estado de saúde físico e mental se encontram associados na idade avançada, foram observadas, além de outros resultados, relações positivas e significativas entre o BES, à saúde física e mental e a autocompaixão. Além disso, a percepção de saúde física se mostrou associada a maior SV e menor idade do idoso, ao passo que a percepção de SM esteve associada ao aumento de SV, com a autocompaixão e a diminuição dos AN. Por fim, a SV se associou a maiores níveis de saúde física e autocompaixão.

Diante deste contexto, considerando que o EBS vem sendo referido com uma meta a ser alcançada na vida (Teixeira & Neri, 2008), que o BES atua como o componente mais importante para avaliar o sucesso do envelhecimento (Strawbridge et al., 2002), que o envelhecimento necessita de estratégias que possam compensar as perdas e maximizar os ganhos (Baltes & Baltes, 1990) e que o *mindfulness* e a autocompaixão vêm sendo reportadas pela literatura como estratégias e recursos positivos para a promoção de BES ao longo do desenvolvimento humano (Parente et al, 2018; Russell-Williams et al., 2018; Smith & Langen, 2020; Weiss et al., 2016), nesta dissertação se buscará responder o seguinte problema de pesquisa: Como a atenção plena, os fatores da autocompaixão e os componentes do BES se relacionam com o EBS em idosos?

Para responder a este problema de pesquisa, esta dissertação buscou apresentar, em seu estudo final, um modelo explicativo para o EBS, tendo o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do BES como variáveis mediadoras.

Figura 1

Modelo teórico inicial previsto para o EBS.



Nota. 1. Mindfulness (MF) (fator geral, MAAS), 2. Fator Positivo Autocompaixão (FPA), 3. Fator Negativo Autocompaixão (FNA), 4. Afetos Positivos (AP), 5. Satisfação com a vida (SV), 6. Afetos Negativos (AN), 7. Envelhecimento Bem-Sucedido (EBS).

Em relação às contribuições do modelo aqui proposto, observa-se a possibilidade de testar, empiricamente, um modelo possível para o EBS, a partir da integração de variáveis psicológicas de ajustamento e da inclusão dos componentes do BES como variáveis mediadoras dessa relação. Neste sentido, essa proposta ganha destaque na medida em que esforços são aplicados em uma tentativa de buscar caminhos para se envelhecer com sucesso, a partir da introdução de estratégias psicológicas que possam contribuir para maximizar os ganhos e minimizar as perdas, especialmente na velhice.

Destarte, a presente dissertação teve como objetivo geral explorar como a atenção plena, os fatores da autocompaixão e os componentes do BES se relacionam com o EBS em uma idosos. Quanto aos objetivos específicos, o primeiro estudo buscou propor uma discussão acerca do modelo de EBS de Baltes e Baltes e discutir sobre o papel do BES ao longo do envelhecimento humano. Na sequência, o estudo dois propôs delinear os aspectos históricos e

conceituais do *mindfulness* e sua relação com o BES, enquanto que o terceiro estudo buscou compreender as bases históricas, conceituais e práticas da autocompaixão e o seu papel na promoção do BES. Em seguida, os estudos quatro e cinco, que se utilizaram do método de revisão integrativa da literatura, buscaram sintetizar os resultados das intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos e identificar e descrever as evidências científicas sobre o papel da autocompaixão como estratégia positiva para o bem-estar na velhice, respectivamente. Por fim, o estudo seis buscou verificar a percepção de idosos quanto ao BES, a atenção plena e a autocompaixão na velhice, e a relação destes fatores com o EBS, enquanto que o estudo sete propôs testar um modelo explicativo de EBS, tendo o *mindfulness* e a autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do BES como variáveis mediadoras, em idosos.

Esses objetivos são guiados pelas seguintes hipóteses: a) o BES será referido como um forte indicador para avaliar o sucesso do envelhecimento; b) o *mindfulness* se mostrará relacionado a uma maior capacidade de regular as emoções negativas e, conseqüentemente, a uma melhor percepção de BES; c) a autocompaixão será apontada como um fator protetivo ao longo do desenvolvimento, sendo conexa a uma redução da autocrítica e ao aumento do BES na velhice; d) o *mindfulness* será apresentado como um fator protetivo na velhice, sendo implementado para o tratamento de sintomas de ansiedade, depressão e estresse; e) a autocompaixão será sinalizada como um fator promotor de BE e SM, e redutor da autocrítica relacionada à idade; f) o BES, a partir dos indicadores SV e APs, será percebido como preditores do EBS, enquanto que o *mindfulness* e a autocompaixão serão referidas como habilidades psicológicas positivas importantes para se promover o BES na velhice; g) o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão explicarão os componentes do BES, enquanto que os componentes desta dimensão de BE irão explicar o EBS.

Os capítulos produzidos para essa dissertação foram estruturados da seguinte forma: os capítulos 1, 2 e 3 referem-se a revisões narrativas da literatura, formatadas de acordo com a 7ª

edição da *American Psychological Association* (APA). O capítulo 1 foi adaptado e encontra-se publicado em um livro, intitulado “Psicologia, saúde e desenvolvimento humano” (ISBN: 9786525264059), organizado pelos professores Dr. André Faro e Dr. Joilson Pereira da Silva. O capítulo 4 refere-se a um artigo de revisão integrativa, estruturado de acordo com as normas da 7ª edição da APA e diretrizes específicas da revista *Contextos Clínicos* (Unisinos), no qual se encontra publicado na edição v. 15, n. 2, 2022, DOI: 10.4013/ctc.2022.152.15. O capítulo 5 também se refere a uma revisão integrativa, estruturada de acordo com as normas da 7ª edição da APA. Assim como os artigos anteriores, os estudos 6 e 7 também foram estruturados de acordo com as normas da 7ª edição da APA.

Referências

- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and identity: the journal of the International Society for Self and Identity*, 11(4), 428–453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Atanes, A. C. M. (2013). *Associações de Mindfulness, estresse percebido e bem-estar subjetivo entre profissionais da atenção primária à Saúde* [Dissertação de mestrado, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)]. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23052>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *The American psychologist*, 52(4), 366–380. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.4.366>
- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp.1-6). American Psychological Association.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The

- model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17(36), 7-31. https://issuu.com/sescsp/docs/a_terceira_idade_n_36_novas_front
- Brown, L., Huffman, J. C., & Bryant, C. (2019). Self-compassionate Aging: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(4), 311–324. <https://doi.org/10.1093/geront/gny108>
- Cortez, A. C. L., Silva, C. R. L., Silva, R. C. L., & Dantas, E. H. M. (2019). Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil*, 18(5), 700-709. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>
- Freire, S. A. (2001). *Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251584>
- Ge, J., Wu, J., Li, K., & Zheng, Y. (2019). Self-Compassion and Subjective Well-Being Mediate the Impact of Mindfulness on Balanced Time Perspective in Chinese College Students. *Frontiers in psychology*, 10, 367. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00367>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. IBGE. <https://static.poder360.com.br/2020/11/65c3023462edaabf0d7318c1a0f80ca4.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2020: Nota técnica n. 1/2021. Tábuas completas de mortalidade em ano de pandemia de COVID-19*. Rio de Janeiro. <https://static.poder360.com.br/2021/11/nota-tecnica-tabuas-de-mortalidade.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total: Como utilizar a sabedoria do corpo e da mente*

para enfrentar o estresse, a dor e a doença. Editora Palas Athena.

- Land, K. C. (1975). Social indicators models: an overview. In: Land, K. C.; Spilerman, S. (Orgs.). *Social indicator models*. (pp: 5-36). Russell Sage Foundation.
- MacAulay, R. K., Halpin, A., Andrews, H. E., & Boeve, A. (2021). Trait mindfulness associations with executive function and well-being in older adults. *Aging & mental health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1998352>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Papirus.
- Neri, A., & Yassuda, M. (2008). Apresentação. In: A. L. Neri, M. Cachioni, & M. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 7-12). Editora Papirus.
- Omran, A. R. (2005). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 49(4), 509–538. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 3-13. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.57>
- Phillips, W. J., Hine, D. W., & Marks, A. (2018). Self-compassion moderates the predictive effects of implicit cognitions on subjective well-being. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 34(1), 143–151. <https://doi.org/10.1002/smi.2773>
- Russell-Williams, J., Jaroudi, W., Perich, T., Hoscheidt, S., El Haj, M., & Moustafa, A. A. (2018). Mindfulness and meditation: treating cognitive impairment and reducing stress in dementia. *Reviews in the neurosciences*, 29(7), 791–804.

<https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0066>

- Schramm, J. M. A., Oliveira, A. F., Leite, I. C., Valente, J. G., Gadelha, A. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, 9(4), 897-908. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>
- Seligman, M. (2009). *Felicidade autêntica: usando a Psicologia Positiva para a realização permanente*. Objetiva.
- Smith, S. L., & Langen, W. H. (2020). A Systematic Review of Mindfulness Practices for Improving Outcomes in Chronic Low Back Pain. *International journal of yoga*, 13(3), 177–182. https://doi.org/10.4103/ijoy.IJOY_4_20
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, 19(1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>
- Vanzella, E., Nascimento, J. A., & Santos, S. R. (2018). O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 7(1), 65-73. <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/3803/2033>
- Walsh, K. M., Saab, B. J., & Farb, N. A. (2019). Effects of a Mindfulness Meditation App on Subjective Well-Being: Active Randomized Controlled Trial and Experience Sampling Study. *JMIR mental health*, 6(1). <https://doi.org/10.2196/10844>
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-

Analysis of Randomized Controlled Trials. *PloS one*, 11(6), 1-16.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>

Xu, W., Oei, T. P., Liu, X., Wang, X., & Ding, C. (2016). The moderating and mediating roles of self-acceptance and tolerance to others in the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Journal of health psychology*, 21(7), 1446–1456.

<https://doi.org/10.1177/1359105314555170>

SEÇÃO I – ARTIGOS NARRATIVOS

- ESTUDO 1 -

Envelhecimento bem-sucedido e o bem-estar subjetivo: uma revisão narrativa

Resumo

A presente revisão narrativa de literatura teve como objetivo propor uma discussão acerca do modelo de envelhecimento bem-sucedido (EBS) de Baltes e Baltes e discutir sobre o papel do BES ao longo do envelhecimento humano. Para tanto, foram propostas discussões acerca do envelhecimento humano com foco no paradigma *life-span*, que compreende o processo de desenvolvimento do nascimento até a morte, e do entendimento de que este percurso é marcado pela relação conjunta e concorrente de ganhos e perdas. Na sequência, discutiu-se sobre o envelhecimento bem-sucedido (EBS), com destaque para o modelo proposto por Baltes e Baltes, que inclui estratégias de seleção de metas condizentes com as possibilidades disponíveis, a otimização de recursos (internos e externos) para alcançar os objetivos definidos, e a compensação de habilidades, funções e/ou competências que não se encontram disponíveis e/ou que se apresentam fragilizadas. Por fim, foi apresentada a definição de bem-estar subjetivo (BES), promovendo articulações desta dimensão com o processo de desenvolvimento humano, além de realizar ponderações acerca de potenciais estratégias que atuam na promoção e na manutenção dos componentes que integram a avaliação do BES.

Palavras-chave: envelhecimento bem-sucedido, psicologia do life-span, estratégias SOC, bem-estar subjetivo.

Abstract

This narrative literature review aimed to propose a discussion about the successful aging model (SA) by Baltes and Baltes and to discuss the role of SWB throughout human aging. To this end, discussions were proposed about the human aging process focusing on the life-span paradigm, which comprises the development process from birth to death, and the understanding that this path is marked by the joint and concurrent relationship of gains and losses. Then, successful aging (SA) was discussed, highlighting the model proposed by Baltes and Baltes, which includes strategies for selecting goals consistent with the possibilities available, optimizing resources (internal and external) to achieve the defined objectives, and the compensation of skills, functions and/or competencies that are not available and/or that are fragile. Finally, the definition of subjective well-being (SWB) was presented, promoting articulations of this dimension with the human development process, in addition to carrying out considerations about potential strategies that act in the promotion and maintenance of the components that integrate the SWB assessment.

Keywords: successful aging, life-span psychology, SOC strategies, subjective well-being.

Introdução

O bem-estar subjetivo (BES), entendido como um campo de estudo que abrange as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas (Diener et al., 1997), vem recebendo grande destaque na velhice, em virtude do acúmulo de evidências sobre a associação entre essa variável e desfechos mais positivos em saúde nesta fase do desenvolvimento humano (Blanco-Molina et al., 2019; Papadopoulos, 2020; Teixeira e Neri, 2008; Wu et al., 2020). A avaliação positiva relacionada aos aspectos do BES, a partir dos indicadores satisfação com a vida (SV) e afetos positivos (APs), influenciam diretamente os desfechos de saúde na velhice (Banhato et al., 2018; Moody, 2006).

A SV, que atua como um forte preditor do envelhecimento saudável e bem-sucedido (Mantovani et al., 2016), se apresenta como um fenômeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo (Joia et al., 2007). A avaliação realizada pelo sujeito acerca da SV se desenvolve a partir de um julgamento cognitivo que integra alguns domínios específicos da vida, a exemplo da saúde, trabalho, condições de moradia, relacionamentos sociais e interpessoais, e autonomia (Joia et al., 2007). Em aspectos específicos, a SV reflete o BES individual, atrelado ao modo e aos motivos que levam as pessoas a vivenciarem as suas experiências de vida de maneira positiva e prazerosa.

A SV integra a dimensão cognitiva do BES, sendo caracterizada com um estado psicológico que abarca estreita relação com o bem-estar (BE) (Siqueira & Padovam, 2008). No contexto do envelhecimento, considerando o aumento da expectativa de vida, torna-se importante garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas também felicidade e SV (Rodrigues, 2011). Desta forma, tanto na velhice quanto em outras fases, a percepção de que a vida pode ser satisfatória e significativa está relacionada a uma disposição para enfrentar os desafios, em participar ativamente da luta por direitos e na ação de vivenciar projetos viáveis dentro das condições de vida, a partir das possibilidades individuais e ambientais (Freire,

2000).

Os componentes emocionais do BES, a partir dos aspectos afetivos positivos e negativos, também possuem um papel importante nos desfechos de saúde na velhice, uma vez que as experiências emocionais vividas ao longo do curso de vida tendem a influenciar na avaliação que o sujeito faz acerca dos eventos e situações do cotidiano, ao passo que este processo pode acarretar em reações emocionais adversas (Pavot & Diener, 2013). Essa avaliação, por sua vez, assume uma forma cognitiva diante das experiências prazerosas na vida, assim como, sobre a vivência de APs (Diener et al., 2017).

Destarte, vale ressaltar que o estudo científico dos APs e afetos negativos (ANs) não se referem a uma tentativa de identificar a presença contínua de sensações positivas ao longo da vida, mas sim, em detectar se, na grande maioria, as experiências vividas foram percebidas como prazerosas e satisfatórias (Siqueira & Padovan, 2008). Isso implica em dizer que o estudo da afetividade no campo do BES não ignora a possibilidade de experiências e emoções negativas, ao entender que os ANs fazem parte da experiência humana.

Neste caminho, observa-se uma estreita relação entre BES e envelhecimento bem-sucedido (EBS) (Cho et al., 2015), principalmente por considerar que o sucesso do envelhecimento envolve aspectos como SV, longevidade, liberdade de deficiência, domínio e crescimento, envolvimento ativo com a vida e independência (Moody, 2006), de modo que esta avaliação inclui aspectos subjetivos e objetivos acerca do envelhecimento (Martin et al., 2015), a partir de variações individuais e culturais (Baltes & Baltes, 1990).

O EBS refere-se a uma construção social de caráter psicológico e processual que reflete os modos emergentes e socialmente construídos para se promover uma melhor adaptação e remodelação das condições predominantes e culturalmente reconhecidas do corpo, da mente e da comunidade para que os idosos possam cada vez mais experimentar níveis mais elevados de funcionalidade (Featherman et al., 1990). Essa dinâmica também atravessa processos que

contribuam para maximizar os ganhos e minimizar as perdas, por meio de estratégias de otimização de recursos, de seleção de metas condizentes com as possibilidades disponíveis e da compensação de habilidades que não se encontram disponíveis ou fragilizadas, almejando vivenciar desfechos mais positivos nesta etapa da vida (Baltes, 1997; Baltes & Baltes, 1990).

Sendo assim, este capítulo tem como objetivo propor uma discussão acerca do modelo de EBS de Baltes e Baltes e discutir sobre o papel do BES ao longo do envelhecimento humano. Para alcançar esse feito, buscou-se informações em livros, teses, dissertações e artigos indexados nas bases PubMed, Scopus, *Web of Science*, Scielo, Pepsic, Google Acadêmico, MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), APA PsycNet e Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), acessadas através do acesso CAFE (Comunidade Acadêmica Federada), fazendo uso dos seguintes termos: *successful-aging*, *developmental psychology*, *life-span psychology*, *SOC strategies*, *successful aging strategies*, *subjective well-being* e *aged*.

Envelhecimento humano e o paradigma *life-span*

O paradigma *life-span*, que busca compreender o desenvolvimento humano ao longo de toda a vida, considera que o envelhecimento se constitui como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional, a partir de mudanças orquestradas por influências de natureza normativa e não-normativa (Neri, 2006; Neri, 2013). Essa perspectiva assume um caráter pluralista, dinâmico, transacional e contextualista, de modo que as mudanças que constituem a ontogênese influenciam diretamente nos modos de envelhecimento, uma vez que, ao longo do desenvolvimento, alguns sistemas de comportamentos podem apresentar ganhos, enquanto outros declinam (Baltes, 1987; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2006; Neri, 2013).

O desenvolvimento ontogenético pode variar de forma substancial de acordo com as condições presentes em um determinado tempo histórico, ao entender que o desenvolvimento

(relacionado à idade) é atravessado por influências socioculturais existentes em um determinado período histórico, bem como a partir da forma como estas evoluem com a passagem do tempo (Baltes, 1987). Uma outra premissa do paradigma *life-span* destaca que o desenvolvimento psicológico precisa ser visto em uma perspectiva interdisciplinar, entendendo que uma única disciplina não abarcaria a totalidade do sujeito, favorecendo assim uma abertura para outras disciplinas interessadas no desenvolvimento humano, a exemplo da antropologia, biologia, sociologia e da própria Psicologia (Baltes, 1987).

Neste caminho, a Psicologia do Envelhecimento ao longo de toda a vida tem ganhado espaço nas últimas décadas, considerando que esta disciplina deixou de ser um campo voltado apenas para a observação do declínio e das perdas na velhice, passando a considerar uma perspectiva mais ampla e contextualizada acerca de um envelhecimento que também pode ser satisfatório, positivo e bem-sucedido (Neri, 2006). Esta proposta origina-se a partir de dois princípios básicos, a saber: a reciprocidade da relação entre o organismo e o ambiente, e a plasticidade do desenvolvimento psicológico; de modo que esses dois princípios atuam na modificação da estrutura e no modo de funcionamento do desenvolvimento de forma sistematizada e organizada (Baltes, 1987).

Neste contexto, compreende-se que a perspectiva do *life-span* não deve ser encarada e/ou concebida como uma teoria, mas sim como uma família de perspectivas que, juntas, representam um campo fértil e amplo acerca do desenvolvimento (Baltes, 1987). Com isso, partindo dos pressupostos do *life-span*, Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) sugeriram três categorias para a organização do envelhecimento, sendo: envelhecimento normal, que envolve as alterações comuns, esperadas e inevitáveis; envelhecimento patológico, onde se encontra casos de doenças, declínios e perdas; e o envelhecimento positivo ou bem-sucedido, caracterizado por uma QV saudável, mediante bons níveis de funcionalidade física e mental, baixo risco de adoecimento físico e/ou cognitivo e melhores indicadores de SV e BE.

Apesar destas três categorias, faz-se importante destacar a necessidade de não assumir uma postura rígida ao interpretar tais tipologias, entendendo que, ao longo do curso de vida, alguns estados podem se sobrepor em detrimento a outros (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012). Desta forma, as categorias organizadoras propostas pelos autores devem ser vistas como indicadores da condição geral de saúde, uma vez que, ao contrário disso, teria-se um estado mítico que não abarcaria a real condição de saúde dos sujeitos.

Com isso, o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida entende que qualquer curso particular de desenvolvimento pode ser compreendido como um processo sequencial de mudanças previsíveis de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo de toda a vida; como uma sequência de modificações psicossociais, influenciadas pelo processo de socialização, além de uma sequência não previsível de eventos que provocam influências de ordem biológicas e sociais, a partir de três classes de influências, a saber: (1) influências graduadas por idade, ou ontogenéticas; (2) graduadas pela história; e (3) não normativas ou idiossincráticas (Baltes, 1987; Neri, 2013).

As “influências normativas graduadas por idade, ou ontogenéticas”, que possui forte relação com a idade cronológica, são caracterizadas como eventos que ocorrem em um mesmo período de tempo e com uma duração padrão ou aproximada para a maioria dos indivíduos de um determinado grupo social ou cultural, contando com um maior grau de previsibilidade (Baltes, 1987; Neri, 2013). Além disso, na maior parte, são semelhantes em relação a sua direção entre os indivíduos, sendo a maturação biológica, os eventos de socialização e de aquisição de papéis exemplos dessas influências. Todavia, vale ressaltar que os eventos implicados nesta categoria não são ocasionados simplesmente pela passagem de tempo, embora sejam dimensionados em anos ou meses, mas sim, pelas interações estabelecidas entre organismo e ambiente (Neri, 2013).

As “influências graduadas pela história” são caracterizadas como eventos

macroestruturais experimentados por uma determinada cultura ou grupo social. Essas influências implicam em mudanças biopsicossociais que atingem grupos etários inteiros, entendendo o caráter universal da experiência para o referido grupo de idade ou coorte (Neri, 2006; Neri, 2013). Essa categoria de influências envolve tanto aspectos biológicos quanto determinantes ambientais, podendo ser compreendida a partir de dois tipos: a primeira, abrange funções de mudança a longo prazo (por exemplo: globalização), enquanto que a segunda envolve outros eventos mais específicos em termos de tempo ou período (por exemplo: guerra) (Baltes, 1987).

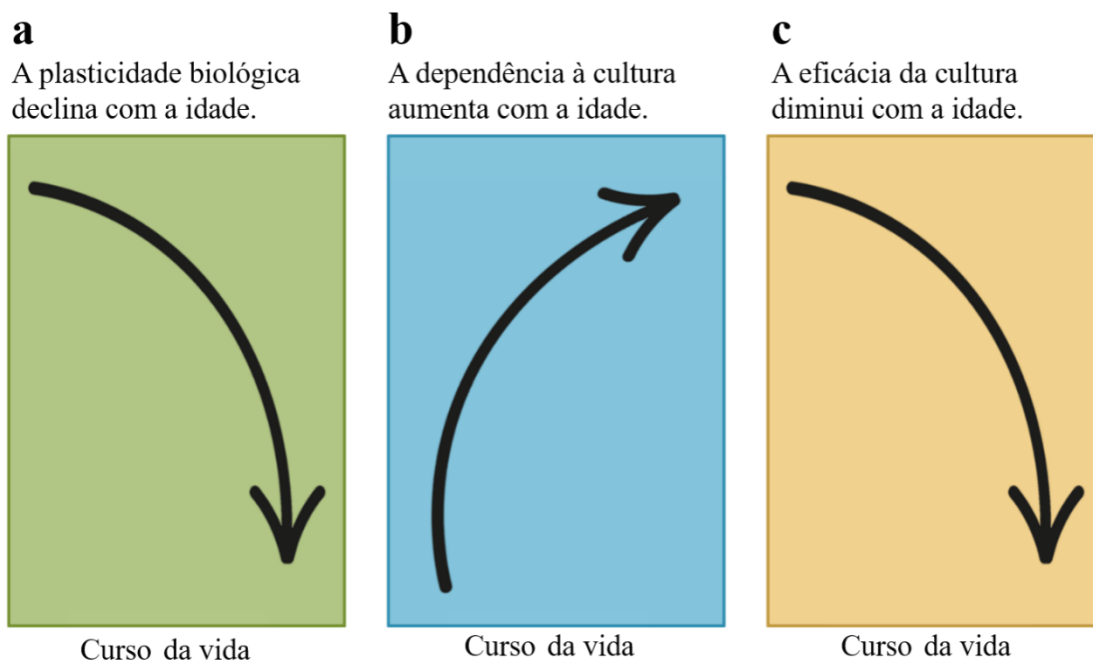
Por fim, as “influências não normativas ou idiossincráticas” podem ser tanto de caráter biológico quanto social. Como o seu próprio nome sugere, não há um caráter de normalidade, entendendo que a sua ocorrência, padronização e sequenciamento não são aplicáveis para todos os indivíduos (Baltes, 1987). Esses eventos, que podem ser oriundos de doenças, acidentes, perda inesperada de um cônjuge, familiar ou de emprego, acabam interferindo de forma significativa na sequência e no curso de vida esperado (Neri, 2006; Neri, 2013). Por sua vez, o impacto das influências não normativas é altamente poderoso, principalmente por interromper a sequência e o ritmo do curso de vida, provocando uma maior sobrecarga e exigindo maiores recursos para lidar com as adversidades (Neri, 2013).

Neste caminho, ao discutir sobre a dinâmica biocultural e as influências durante o curso de vida, Baltes (1997) propõe três princípios gerais envolvidos na arquitetura humana (Figura 1). Para o estudioso, com o avanço da idade, ocorre uma diminuição dos benefícios da seleção evolutiva, ao entender que, naturalmente, desde a concepção até o início da idade adulta, a operação de seleção está mais fortemente presente na primeira metade da vida, diante de um contexto de fertilidade comportamental parental. Além disso, existe um aumento da necessidade (demanda) de recursos culturais para que os humanos possam atingir níveis cada vez mais elevados de funcionalidade (por exemplo, viver mais), de modo que pessoas mais

velhas apresentam maiores limitações para manejar e lidar com as perdas, uma vez que estes dispõem de menos recursos culturais (Baltes, 1997).

Figura 1

Representação da incompletude da arquitetura do desenvolvimento humano.



Nota. Adaptado de Baltes (1997) e Baltes e Smith (2006).

Neste sentido, entende-se que estudar o processo de desenvolvimento humano se constitui em uma tarefa de ir além dos fatores biológicos (Baltes, 1987), ao passo em que estudiosos do campo do envelhecimento humano, desde a década de 1960, ou até antes, vem buscando desenvolver estruturas e perspectivas conceituais para descrever processos de envelhecimentos ideais ou com sucesso, sendo um dos termos comumente usados para descrever uma velhice positiva (Almeida, 2008). Ainda de acordo com a estudiosa, o interesse em desenvolver o conceito de EBS, a partir das décadas de sessenta e setenta, surgiu de uma proposta de distinguir o envelhecimento perpassado pela noção de sucesso, da noção de envelhecimento normal.

Além disso, se propõe novos estudos que possam compreender, em uma perspectiva

interdisciplinar, os fatores que influenciam e determinam o funcionamento humano na medida em que a idade avança, uma vez que o campo da gerontologia e geriatria passou a propor recorrentes associações de que os comprometimentos fisiológicos e cognitivos que surgem na medida em que as pessoas envelhecem podem ser explicados em termos de estilo de vida, QV, hábitos alimentares e fatores psicossociais, por exemplo (Almeida, 2008). Neste sentido, a seção seguinte apresentará o modelo de EBS proposto por Baltes e Baltes (1990).

Envelhecimento Bem-Sucedido: uma meta ao longo do curso de vida

Em 1961, no primeiro número da revista *The Gerontologist*, Robert Havighurst apresentou pela primeira vez o termo *successful aging* (envelhecimento bem-sucedido) (Gonçalves, 2015). Na sequência, Palmore (1979) foi o primeiro a elaborar uma sequência de condições biomédicas e psicológicas para promover o EBS, ao incluir aspectos como saúde, SV e longevidade. Todavia, foi a partir dos modelos teóricos propostos por Rowe e Kahn (1998), fundamentado a partir da pesquisa norte-americana “*MacArthur Foundation Study*”, e da metateoria da *Selective Optimization with Compensation* (SOC) proposta por Baltes e Baltes (1990), que o conceito de EBS foi refinado e passou a ganhar mais destaque dentro do campo da gerontologia (Salamene, 2019). O trabalho desses estudiosos surgiu em um contexto no qual a inquietação com a concepção de modelos de EBS favoreceu a construção de duas perspectivas teóricas, a saber: modelos baseados em critérios e os modelos baseados em processos (Ouwehand et al., 2006).

O modelo de EBS proposto por Rowe e Kahn (1998), um dos mais utilizados, parte de critérios e possui uma concepção biomédica, ao propor três componentes principais deste processo, sendo: baixa probabilidade de doenças e perdas relacionadas; alto nível cognitivo e físico (incluindo altos níveis de funcionalidade); e engajamento ativo na vida, que se retroalimentam (Fontaine, 2000). Além disso, os estudiosos expressaram que o EBS vai além

da ausência de doenças e da capacidade de manutenção das habilidades funcionais, sendo concebido a partir da combinação destes dois elementos com o envolvimento ativo na vida (Rowe & Kahn, 1998).

Apesar de ser um dos mais utilizados, o modelo proposto por Rowe e Kahn (1998) não está isento de críticas. Fernandes (2013), por exemplo, observou, a partir da literatura existente, que a proposta de EBS discutida por Rowe e Kahn tende a ignorar a heterogeneidade do envelhecimento, ao não ponderar os diferentes modos e padrões de desenvolvimento. Além disso, este modelo também tende a responsabilizar excessivamente o sujeito em sua esfera individual em relação às ações ou às situações que podem conduzir a um melhor ou pior envelhecimento, na medida em que ignora as influências do sistema frente ao desenvolvimento humano.

Os modelos baseados em processos, por outro lado, sugerem que o EBS não deve ser pensado à luz do indivíduo biopsicossocial, em um caráter exclusivo, mas sim a partir de um contexto amplo que integre essas influências e o modo como o sujeito se adapta aos eventos do curso de vida (Neri, 1995). Para Moreira (2018), os indivíduos, ao longo do envelhecimento e da velhice, acabam precisando promover modificações e adaptações, a fim de responder às novas circunstâncias de seu trajeto de vida, objetivando alcançar o desenvolvimento bem-sucedido.

Sobre esse ponto, Baltes e Baltes (1990), uma das principais referências dos modelos de processos, destacaram que o envelhecimento está relacionado a uma perda de adaptabilidade, de modo que, com o avanço da idade, há um desequilíbrio entre ganhos e perdas. Para os estudiosos, o equilíbrio nesta dinâmica, a partir da introdução de estratégias que possam compensar as perdas, se apresenta como um produto necessário para a minimização dos impactos negativos do envelhecimento. Esse movimento reforça a noção de que, ao longo do desenvolvimento e do envelhecimento, a adaptação bem-sucedida possibilita

o alcance de novos domínios desenvolvimentais, que contribuem para melhores desfechos na velhice (Moreira, 2018).

Esse modelo valoriza a heterogeneidade e as estratégias de manejo diante das perdas e dos ganhos ao longo do envelhecimento, para conquistar o BES e alcançar as metas individuais selecionadas (Fernandes, 2013). Para Baltes e Baltes (1990), em um primeiro momento, conceber uma noção de sucesso vinculada ao envelhecimento pode representar uma contradição, uma vez que a noção de envelhecimento evoca uma imagem de perdas, declínios e proximidade da morte, enquanto que a noção de sucesso remete a ganhos, crescimento e um saldo positivo.

Neste caminho, realizar uma associação do termo “envelhecimento” com a palavra “sucesso” busca provocar uma reflexão da noção de velhice, bem como a criação do envelhecimento, em vez de experimentá-lo de modo passivo (Baltes & Baltes, 1990). Desta forma, o conceito de EBS, para os estudiosos, sugere um exame do que é possível ser experimentado, em um primeiro momento; além do entendimento de que, na velhice, a concepção de sucesso pode indicar significados distintos, especialmente quando se parte de fases anteriores.

Para Neri (2006), a trajetória de influências ao longo do processo de desenvolvimento e envelhecimento humano desperta a necessidade de alocação de recursos nos diferentes momentos, a exemplo do processo de crescimento, na infância, na manutenção dos aspectos relacionados à vida adulta e a regulação das perdas e declínios que podem surgir com a chegada da velhice. Para a estudiosa, o crescimento envolve a capacidade de alcançar níveis mais elevados de funcionalidade e uma maior capacidade adaptativa diante dos eventos.

Neste caminho, Baltes e Baltes (1990) sugeriram sete proposições sobre a natureza do envelhecimento humano de um ponto de vista psicológico, a saber: (1) existem grandes diferenças entre o desenvolvimento normal, ótimo e patológico; (2) existe uma

heterogeneidade ao longo do curso de vida; (3) há uma capacidade de reserva funcional latente; (4) o envelhecimento resulta em um certo declínio dos limites de reserva funcional; (5) as tecnologias baseadas no conhecimento podem compensar as perdas e os declínios cognitivos que surgem ao longo do curso da vida; (6) com o avanço da idade, há um desequilíbrio na dinâmica de ganhos e perdas; (7) a capacidade do *self* de se manter resiliente aos acontecimentos da vida se mantém preservada.

Com base nestas proposições, os estudiosos sugeriram sete princípios gerais para conceber a noção de EBS, sendo: (1) engajar-se em um estilo de vida saudável com o intuito de reduzir a probabilidade de condições patológicas; (2) considerando a heterogeneidade e a diversidade do envelhecimento, é importante evitar soluções simples e encorajar a flexibilidade individual e social; (3) faz-se necessário introduzir atividades que contribuam para o fortalecimento da capacidade de reserva funcional; (4) o conhecimento e a tecnologia atuam como fortes estratégias compensatórias; (5) considerando as perdas de capacidade adaptativa, os adultos mais velhos precisarão de compensação especial, a exemplo de dispositivos protéticos; (6) deve-se buscar o equilíbrio nas taxas de ganho e perdas; (7) deve-se considerar estratégias que facilitem ajustes à realidade concreta sem perder de vista a individualidade (Baltes & Baltes, 1990).

Partindo destes princípios, Baltes e Baltes (1990) articularam uma estratégia de EBS que engloba três componentes que favorecem e possibilitam o sucesso deste contexto, a saber: Seleção, Otimização e Compensação. Para os estudiosos, o modelo SOC descreve um processo geral de adaptação ao longo do curso de vida, que assume um novo significado e dinâmica na velhice, considerando os declínios na capacidade de reserva funcional. Neste contexto de potencialidades a serem exploradas, a inclusão dos componentes SOC busca situar como as pessoas manejam as mudanças ocorridas ao longo do desenvolvimento humano (Baltes, 1997). Esse modelo surge em um contexto onde a psicologia do desenvolvimento do ciclo da vida

passa a questionar como se dá o processo de desenvolvimento humano em idade avançada, a partir da presença de limitações de ordem biológica, associadas à idade, implicadas em determinadas condições socioculturais e em um determinado tempo histórico (Lima, 2017).

Para Baltes (1997), ao discutir sobre o caráter incompleto da arquitetura do desenvolvimento humano, vinculado à ideia-chave de que a) a plasticidade biológica é reduzida com o avanço da idade, b) resultando em maior necessidade de recursos culturais, c) uma vez que os efeitos positivos da cultura diminuem ao longo do tempo; ao passo em que o comportamento individual assume três funções diferentes ao longo do desenvolvimento, a saber: crescimento, manutenção e regulação.

A primeira função refere-se ao crescimento (infância), que objetiva alcançar níveis mais elevados de funcionamento ou de capacidade adaptativa; na vida adulta, ficam mais evidentes os processos de manutenção, incluindo recuperação (resiliência), que almejam manter os níveis de funcionalidade diante de um novo contexto ou de potenciais perdas; por fim, a velhice, associada ao processo de regulação ou gestão das perdas, a partir de comportamentos que organizam os níveis de funcionamento inferiores, especialmente quando a capacidade de recuperação não é mais viável (Baltes, 1997).

Com o declínio da capacidade de reserva funcional ao longo do curso de vida, os idosos acabam necessitando de estratégias para a manutenção do desempenho pessoal e para o desenvolvimento de tarefas cotidianas, a partir da introdução de comportamentos que objetivam compensar as perdas do envelhecimento e melhorar os métodos e a forma como as atividades e tarefas do cotidiano são realizadas (Lima et al., 2008). De acordo com Neri (2013), a plasticidade comportamental se constitui como inspiração central do modelo SOC, uma vez que o interesse desta metateoria é compreender como os indivíduos, em diferentes idades, alocam e realocam seus recursos internos e externos a partir destes três elementos e como maximizam os ganhos e minimizam as perdas.

Esse modelo, por sua vez, parte de condições antecedentes, a saber: desenvolvimento de vida como um processo especializado e adaptação por faixa etária; redução da capacidade de reserva funcional e perdas em funções específicas; processos de orquestração (SOC) e resultados, a exemplo da maximização de ganhos e minimização das perdas (Baltes & Baltes, 1990). Esses componentes representam possibilidades de plasticidade diante das reservas funcionais do idoso, concebendo percepções amplamente difundidas e estudadas por pesquisadores no campo do envelhecimento humano (Lima et al., 2008).

No modelo SOC, a seleção significa a especificação e a diminuição da amplitude de possibilidades permitidas pela plasticidade individual, atuando como um requisito fundamental e necessário para o processo de avanço, especialmente quando os recursos de tempo, energia e capacidade estão limitados ou reduzidos (Neri, 2013). Com isso, a seleção, que pode ser tanto eletiva (com foco para estados desejados) quanto orientada para a recuperação das perdas (com foco para a manutenção de um determinado nível de funcionalidade), se dirige à reorganização da hierarquia e ao quantitativo de metas, seja relacionada ao ajustamento do nível de aspiração, assim como ao desenvolvimento de novas metas a serem alcançadas a partir dos recursos disponíveis (Freund & Baltes, 2002; Lima et al., 2008; Neri, 2013).

A otimização refere-se à aquisição, à aplicação, à coordenação e à manutenção de recursos internos e externos associados ao alcance de níveis mais elevados de funcionalidade, podendo ser realizada através da educação, do suporte social e de práticas direcionadas aos aspectos cognitivos, de saúde, capacidades funcionais e habilidades sociais e artísticas (Neri, 2013). Isso implica em potencializar as habilidades para enriquecer e aumentar suas reservas gerais e maximizar os ganhos em seu curso de vida (Baltes & Baltes, 1990), a fim de alcançar uma maior eficácia e níveis mais elevados de funcionamento (Baltes, 1997).

A compensação, por sua vez, refere-se à adoção de alternativas que possam contribuir para a manutenção da funcionalidade (Neri, 2013). A compensação é operativa, sendo acionada

quando um conjunto de recursos ou de funções não se encontram mais disponíveis, seja por causas diretas (por exemplo, perda auditiva), por transferência negativa (por exemplo, objetivos incompatíveis) ou por limitações de tempo e energia (Baltes, 1997). Segundo Baltes e Baltes (1990), estratégias psicológicas compensatórias envolvem aspectos da mente, por exemplo, o uso de estratégias mnemônicas, assim como aspectos tecnológicos, a exemplo do uso de aparelho auditivo.

Destarte, a seleção envolve direcionalidade, metas e resultados, a otimização abrange recursos para alcançar o sucesso (metas selecionadas) e a compensação refere-se a uma resposta diante da perda de recursos, com o intuito de manter o sucesso e/ou alcançar as metas traçadas (Baltes, 1997). Quando implementadas, as estratégias de seleção, otimização e compensação atuam como mecanismos que podem compreender tanto a experiência pessoal quanto a experiência cultural, de modo a explicar e a descrever as influências biopsicossociais do envelhecimento (Neri, 2013).

Apesar dos componentes SOC funcionarem em conjunto, estes elementos acabam impactando de maneiras diferentes no sujeito, em concordância a cada fase do ciclo vital (Jopp & Smith, 2006). Sobre esse ponto, Freund e Baltes (2002) apontaram para a existência de duas hipóteses para entender a trajetória etária do modelo SOC da vida adulta até a velhice. A primeira baseia-se no fato de que na medida em que as pessoas envelhecem, se espera que estas se tornem melhores no uso das estratégias SOC; e a segunda, considerando que os declínios em diferentes domínios de funcionalidade tendem a atuar como uma força contrária (Freund & Baltes, 2002).

Todavia, o uso das estratégias SOC dependem de recursos e necessitam de esforços por parte do sujeito para que estas sejam implementadas e sustentadas ao longo do desenvolvimento, ao entender que as perdas relacionadas ao envelhecimento podem acarretar em limitações e prejuízos de recursos sociais, cognitivos e físicos, que, por consequência,

podem não ser suficientes para que estes façam uso destes recursos (Freund & Baltes, 2002). Essas colocações ganham mais sentido a partir do fato de que os estudiosos observaram que alguns autores perceberam uma redução do uso dessas estratégias a partir dos 67 anos.

Neste caminho de possibilidades, alguns estudos têm buscado investigar o processo de EBS, a partir do levantamento de possíveis fatores preditores associados a melhores desfechos em saúde (Hsu & Jones, 2012; Moraes & Souza, 2005; Rinaldi et al., 2018; Whitley et al., 2018).

No estudo longitudinal brasileiro proposto por Rinaldi et al. (2018), que buscou avaliar as características basais que predizem o EBS em 16 anos de acompanhamento em uma coorte no sul do país, foi evidenciado que dos 345 indivíduos avaliados no início do estudo, 32 (9,3%) foram classificados como idosos bem-sucedidos e 178 (51,6%) como malsucedidos. Durante o acompanhamento, 152 participantes, dos 178 classificados como mal sucedidos, morreram, restando apenas 26 participantes vivos após 16 anos. Os outros 135 (39,1%) dos participantes perderam o seguimento do estudo. Entre as principais causas de mortes, estão: doenças cardiovasculares (33%), câncer (23%), doenças pulmonares (17%) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (16%). Entre os preditores independentes do EBS apontados pelo estudo, estão: idosos mais jovens, pontuações mais altas no *Mini Mental State Examination* (MMSE) e sexo feminino.

Em um estudo transversal proposto por Moraes e Souza (2005), com 400 participantes, onde 73,8% eram do sexo feminino, 60,8% apresentavam idades entre 60 e 69 anos, 34,0% entre 70 e 79 anos, e 5,2% entre 79 anos e mais, que buscou identificar os fatores associados ao EBS de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre, foi observado que 213 (53,3%) dos participantes foram considerados bem-sucedidos e 187 (46,8%) como normais. Quanto aos fatores associados ao EBS, foi identificado que a percepção do estado de saúde como muito bom, bom ou nem bom nem ruim e SV, aparentemente, predizem melhores

indicadores de sucesso. Além disso, quatro variáveis apresentaram efeitos significativos e independentes em relação ao EBS, a saber: apoio psicossocial, percepção do estado de saúde e BE, capacidade funcional e relações interpessoais (família e amigos).

No estudo longitudinal desenvolvido por Hsu e Jones (2012), com dados coletados entre os anos de 1993 a 2007, realizado com idosos em Taiwan, buscou aplicar uma análise baseada em grupo para identificar diferentes trajetórias de EBS, a partir de 6 indicadores, a saber: doenças crônicas, dificuldades em funcionalidades físicas, sintomatologia depressiva, suporte social, engajamento e participação social, e satisfação econômica. O estudo identificou quatro grupos de trajetórias com base nos seis indicadores, sendo: EBS, envelhecimento normal / envelhecimento seguro, saúde em declínio e demanda por cuidados. Neste sentido, a autoavaliação de saúde e a SV foram mais altas no grupo de EBS, e mais baixas nos grupos de envelhecimento normal, que demandavam de cuidados e estavam em declínio. Para os pesquisadores, essa relação estaria associada ao fato de que quedas significativas nas múltiplas dimensões do sujeito acabam gerando um impacto significativo na autoavaliação de saúde, podendo resultar em uma insatisfação com a vida.

Um estudo de coorte prospectivo escocês, desenvolvido por Whitley et al. (2018), com dados de 1733 homens e mulheres de duas coortes de idades (entre 57 e 76), buscou investigar como a posição socioeconômica está associada a medidas multidimensionais de EBS e como isso varia e acumula ao longo do curso de vida. Os resultados sinalizaram que posições socioeconômicas mais favoráveis indicavam melhores índices de EBS, evidenciando que os fatores socioeconômicos influenciam no curso de vida e no modo como as pessoas envelhecem.

No estudo de Kok et al. (2017), com base na teoria do estresse social, buscou-se estimar os efeitos de eventos estressores da vida na infância e na idade adulta sobre o EBS, bem como examinar como a exposição desigual a tais eventos de vida contribui para as desigualdades socioeconômicas entre indivíduos com diferentes posições socioeconômicas na África do Sul.

Este estudo fez o uso de dados longitudinais de 16 anos, de 2.185 participantes, com idades entre 55 e 85 anos, em 1992. Sendo que foi observado que os eventos de vida, como os problemas parentais na infância, morte dos pais na infância, divórcio, viuvez, desemprego e deficiência ocupacional, tiveram efeitos negativos no EBS, ao passo que esses eventos, em parte, podem ser desencadeados por condições socioeconômicas.

O estudo de Kok et al. (2017) também sinalizou que tanto contextos socioeconômicos favorecidos como desfavorecidos podem promover maiores riscos para estressores que podem influenciar o EBS. Isso porque as posições socioeconômicas elevadas na idade adulta estavam positivamente associadas ao EBS, mas também esses participantes estavam mais propensos a ter sofrido ruptura familiar na infância, divórcio e desemprego. Isso implica dizer que eventos estressores ao longo da vida interferem no envelhecimento, ao passo que a posição socioeconômica, apesar de atuar como um fator preditivo para melhores indicadores de EBS, pode estar atrelada a experiências de eventos estressores, uma vez que tanto os contextos socioeconômicos favorecidos e desfavorecidos podem trazer riscos para eventos adversos ao longo do curso de vida.

Em relação à prática de exercícios físicos, o estudo transversal proposto por Geard et al. (2021), que buscou testar um modelo de EBS em atletas mestres e adultos não atletas, evidenciou que atletas mestres apresentavam um funcionamento físico e social mais elevado, quando comparado a adultos não atletas. O estudo indicou que praticantes de esporte e de atividades físicas apresentavam maiores níveis de EBS, especialmente nos domínios de funcionamento físico e social.

Em uma revisão sistemática e metanálise de estudos de coorte sobre atividade física e EBS, entre adultos de meia-idade e idosos, desenvolvida por Lin et al. (2020), foi destacado que a atividade física atua como um fator protetivo para o EBS, especialmente em grupos mais jovens. Neste sentido, ser fisicamente ativo em fases mais jovens contribui para o EBS na vida

adulta. Entretanto, o estudo sinalizou que o efeito da atividade física no envelhecimento é reduzido com o passar do tempo, o que pode estar relacionado à redução da plasticidade comportamental e biológica ao longo do curso de vida (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2013).

Nesta perspectiva, o estudo proposto por Fleg (2012) destaca que, ao longo da idade adulta, há um declínio na capacidade máxima de exercício aeróbico, um dos principais determinantes da independência funcional de um idoso. Esse declínio pode ser acentuado a partir da presença de comorbidades, a exemplo de doenças cardíacas, pulmonares e circulatórias. Os resultados indicaram que a prática de exercícios físicos apresenta efeitos benéficos sobre a pressão arterial, depressão, qualidade óssea, regulação lipídica, tolerância à glicose e QV, contribuindo também para o treinamento físico em idosos saudáveis ou com alguma patologia.

É importante pensar também que envelhecer bem-sucedidamente não exclui a possibilidade de conviver com a presença de doenças, limitações ou de impactos negativos causados pelas influências biopsicossociais ao longo do curso de vida. Sobre esse ponto, Baltes e Baltes (1990) destacaram que EBS não desconsidera aqueles que chegam à velhice com alguma comorbidade, declínio ou adoecimento, ao entender que os eventos negativos se tornam cada vez mais presentes com a passagem da idade, principalmente ao ponderar que adultos com mais de 65 anos convivem com pelo menos uma doença (Carver et al., 2018).

Neste caminho, o estudo proposto por Marks (2018), que buscou identificar como o EBS pode ser um objetivo a ser alcançado em indivíduos com osteoartrite incapacitante, observou que algumas ações contribuem para a diminuição dos sintomas causados pela referida patologia, a exemplo da adoção de exercícios físicos e o condicionamento muscular. A evitação de estressores nas articulações, exercícios vigorosos e o uso excessivo de narcóticos opióides podem, de acordo com o estudo, promover a capacidade de buscar objetivos mais saudáveis. Além disso, adaptações ergonômicas no ambiente de casa e no trabalho, dispositivos

adaptativos e o suporte social foram apontados como recursos para auxiliar pacientes com osteoartrite incapacitante a atenuar os sintomas e a reduzir o risco de lesões e comorbidades, a exemplo de diabetes.

O trabalho proposto por Carver et al. (2018), que buscou examinar o papel dos determinantes sociais da saúde, como gênero, renda, educação, moradia e conexões sociais no EBS de idosos que envelhecem com doenças, indicou que a maioria dos idosos que envelhecem com doenças consideram que estão envelhecendo com sucesso, porém, atribuem esses resultados aos relacionamentos interpessoais (família e amigos), atividades religiosas (fé) e comunitárias. Ainda, evidenciou-se que aqueles que envelhecem com doença estão mais ativamente envolvidos em seus próprios cuidados, mas não se limitam ou se definem por suas doenças.

No estudo desenvolvido por Clarke et al. (2002), o suporte social também foi referido com um preditor de BE em idosos canadenses que tiveram AVC. Considerando que após um AVC os indivíduos estão mais propensos a ter suas funções cognitivas e físicas reduzidas, além de impactos significativos na SM e maior vulnerabilidade para comorbidades. O suporte social e os recursos educacionais podem moderar o impacto do estado funcional no BE desta população, na medida em que alivia a carga subjetiva dessa condição neurológica diante dos aspectos gerais do sujeito acometido. Para Kamat et al. (2017), estratégias, como atividades físicas, cognitivas e sociais, estilo de vida saudável, apoio social e características positivas, a exemplo da resiliência e do otimismo, podem contribuir para trajetórias positivas de BE e para a promoção do EBS em idosos que tiveram AVC.

Na pesquisa proposta por Fazeli et al. (2020), com 93 adultos com *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positivo e 46 participantes (com idades iguais ou superiores a 50 anos) com HIV-, buscou-se comparar as definições de EBS nos diferentes grupos. O estudo observou que adultos mais velhos com HIV- relataram maior saúde geral e a subcategoria

de longevidade/sobrevivência, enquanto os adultos mais velhos com HIV + eram mais propensos a relatar as subcategorias de aproveitando a vida e Cumprimento e Manutenção do Equilíbrio. Em linhas gerais, o estudo observou que adultos mais velhos que envelhecem com o HIV perceberam o EBS de forma semelhante aos idosos sem HIV. Esses resultados reforçam a concepção de que é possível pensar o EBS mesmo diante de contextos de adoecimento, e que este processo não depende, necessariamente, da ausência de doença ou de altos indicadores de saúde.

Destarte, os achados das pesquisas citadas, em aspectos gerais, indicam que a percepção do estado de saúde como bom, muito bom ou ótimo, a SV, a ausência ou redução de eventos estressores, posições socioeconômicas favoráveis, gênero feminino e a prática de exercícios físicas são indicadores de EBS. Neste sentido, o BES, a partir dos indicadores SV e emoções positivas, atua como forte indicador de EBS, ao passo que boas práticas de saúde ao longo do curso de vida, a exemplo de atividades físicas, e a presença de suporte social também parecem impactar em melhores desfechos.

Bem-estar subjetivo (BES) e o desenvolvimento humano

Aristóteles (1973), filósofo do período clássico da Grécia Antiga, defendeu em “Ética a Nicômaco” que a felicidade se constituía como a finalidade última das ações humanas. Dentro do campo da psicologia, até pouco tempo, se dava pouca atenção para o estudo da felicidade, na medida em que se priorizava o estudo da infelicidade e do sofrimento humano (Diener, 1984). Na atualidade, o construto do BES vem sendo bastante utilizado nas áreas de SM, QV e gerontologia social, a partir de um movimento iniciado a partir da década de setenta, quando cientistas sociais e comportamentais passaram a estudar e trabalhar sobre a teoria (Giacomoni, 2004). Segundo Diener (1984), o termo “felicidade” passou a ser indexado no *Psychological Abstracts* a partir de 1973, enquanto que as publicações em grande volume acerca do BES

surgiram a partir de 1974, com a fundação do periódico *Social Indicators Research*.

O BES tem a sua origem na Psicologia Positiva, área que se dedica ao estudo científico das emoções positivas, das forças e virtudes humanas, estando relacionado a avaliação que cada pessoa faz sobre sua vida, a partir de aspectos como SV, felicidade e frequência em que experimentam emoções positivas e negativas (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De acordo com Jesus (2006), a avaliação do BE não se dá apenas pela soma da quantidade de momentos de satisfação do sujeito, mas sobretudo, a partir da orientação geral positiva do sujeito mediante os eventos da vida.

Esse construto ganha força na medida em que a Psicologia Positiva assume uma tendência de pesquisas que passam a enfocar temáticas atreladas a emoções e AP, a exemplo da resiliência, BE, criatividade, coragem e sabedoria; ao contrário da psicologia tradicional com foco exclusivo na patologia, a partir de um modelo de ser humano sem as características positivas que tornam a vida digna de ser vivida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). O BES, neste contexto, se apresenta como um importante componente da Psicologia Positiva, por se constituir como um aspecto que pode favorecer e contribuir para a maneira como o sujeito avalia a si mesmo e as outras pessoas, podendo resultar em maiores níveis de prazer em vivenciar e experimentar situações e relacionamentos do cotidiano (Passareli & Silva, 2007).

A primeira revisão envolvendo o conceito de BES, realizada em 1967 por Wilson (1967), concluiu, mesmo com dados limitados acerca do assunto, que entre as pessoas felizes estavam: jovens, pessoas espirituosas e/ou religiosas, otimistas, saudáveis, despreocupadas, sinceras, casadas, de ambos os gêneros, com autoestima elevada, moral no ambiente de trabalho, com boa educação, boa renda, com níveis elevados de otimismo e com preocupação reduzida. Vale ressaltar que o interesse dos pesquisados do campo do BE não está limitado à descrição dos atributos de pessoas felizes, muito menos em investigações que buscam correlacionar características demográficas e BES, mas sim, na tentativa de compreender os

fatores e determinantes que promovem e sustentam a felicidade e o BE (Diener et al., 1999; Scorsolini-Comin et al., 2016; Siqueira & Padovam, 2008; Woyciekoski et al., 2012).

Diener (1984) delimitou e distinguiu o conceito de BES em três características fundantes, também chamadas de “marcas registradas”, a saber: subjetividade, medidas ativas e uma avaliação global. A primeira, subjetividade, refere-se ao entendimento de que cada pessoa avalia a sua própria vida, a partir de critérios individuais. A segunda característica, medidas ativas, assume o entendimento de que no estudo do BES, o foco de promoção está direcionado aos AP, não ignorando, porém, os AN. Por fim, a última característica sinaliza que o BES propõe uma ênfase na avaliação global e integrada dos diferentes aspectos da vida, sendo também possível avaliar o afeto e a SV em contextos específicos.

Em aspectos gerais, o estudo do BES promoveu uma ampliação da ideia de saúde e QV, ao se constituir como uma área de investigação focada no funcionamento humano positivo, sendo um forte indicador de EBS (Melo, 2007). Segundo Passareli e Silva (2007), o estudo do BES abre portas para novas contribuições acerca da experiência humana, na medida em que explora as potencialidades, e não apenas as fraquezas e os aspectos patológicos.

Neste movimento, ao longo dos anos, foram propostos dois modelos causais de BES, a saber: processos base-topo (*bottom-up*) e topo-base (*top-down*). O modelo base-topo (*bottom-up*) considera que o BES surge a partir do somatório de situações que envolvem BE e SV, a partir dos vários domínios da vida (Jesus, 2006). Para Simões et al. (2000), esse modelo encara o BES a partir de uma perspectiva cumulativa de experiências positivas (agradáveis), ao entender que ao avaliar a sua satisfação global com a vida, o sujeito efetua um tipo de cálculo mental que engloba as satisfações particulares experimentadas em cada um dos domínios (trabalho, família, lazer, entre outros). Com isso, o entendimento de uma vida agradável seria constituído pelo acúmulo de momentos prazerosos. Essa perspectiva está pautada na filosofia atomística e reducionista de Locke, que postulava que a mente é uma tábula rasa (em branco)

a ser moldada pelas experiências, ao passo que as sensações atuam como o reflexo objetivo do mundo externo (Simões et al., 2000).

As teorias topo-base (*top-down*), segundo Jesus (2006), partem da perspectiva de que as pessoas possuem uma predisposição para vivenciar de forma mais positiva as suas experiências de vida. Para Diener (1984), existe uma inclinação global para experienciar as coisas a partir de uma perspectiva positiva. Em outras palavras, “a pessoa experimenta prazeres, porque é feliz, e não vice-versa” (p. 565). Essa perspectiva, segundo Simões et al. (2000), está pautada na filosofia kantiana, que considera o sujeito não como um ser passivo, mas como um ser ativo e organizador das suas experiências.

Com isso, o BES vem sendo descrito como a avaliação que o indivíduo faz da sua vida em aspectos gerais, ou, de seus domínios, a partir de seus próprios padrões, valores e crenças, sendo um componente importante da QV e do EBS (Freire, 2001). Para a pesquisadora, esse construto está associado à capacidade do indivíduo para adaptar-se aos processos de perdas e declínios atrelados ao envelhecimento, a fim de recuperar-se dos eventos estressores, dos possíveis impactos negativos causados pelas influências biopsicossociais e pela redução da capacidade de reserva funcional.

Para Andrews e Crandall (1976), o BES é constituído a partir de três dimensões, a saber: SV, APs e ANs. Para os estudiosos, a dimensão SV refere-se a um componente cognitivo, enquanto que as dimensões APs e ANs englobam os componentes afetivos. Para Freire (2001), o BES cognitivo refere-se às avaliações cognitivas, atrelada ao julgamento que o sujeito faz sobre a SV; e o BES afetivo está relacionado às reações emocionais, que se referem às experiências emocionais agradáveis e desagradáveis, que constituem um contexto psicológico de natureza afetiva, que contribuem para que o sujeito organize seus pensamentos e emita suas ações.

O BES afetivo, a partir dos indicadores APs e ANs, pode ser expressado a partir da

avaliação que o sujeito realiza acerca da frequência de emoções positivas e negativas ao longo de sua experiência (Diener et al, 1999). Neste sentido, a percepção de BES afetivo será mediada pela maior prevalência de emoções positivas ou negativas. O BES Cognitivo, através do indicador SV, por sua vez, refere-se a uma avaliação crítica da própria vida, a partir de aspectos racionais e intelectuais, podendo ser influenciada pela dimensão afetiva, mas não é em si mesma uma medida emocional (Diener, 1984). Desta forma, a avaliação de SV global está relacionada a uma avaliação cognitiva positiva acerca dos diferentes aspectos e domínios da vida, ou de contextos específicos de sua vida (Diener et al, 1999).

Em termos de caracterização, o BES assume duas perspectivas gerais, a saber: 1) abordagem hedônica, que entende o BE a partir da maximização dos APs e evitação da dor, a partir da consideração dos aspectos físicos e emocionais, com foco para as necessidades e desejos individuais; e a 2) abordagem eudaimônica: centrada no significado/propósito de vida e a autorrealização, a partir da consideração de aspectos como: autonomia, virtudes, valores e construção de relações sociais sólidas, que desdobram em benefícios a outras pessoas também (Medeiros, 2020).

A abordagem eudaimônica proposta por Ryff (1989), que buscou apresentar uma estrutura básica para o BE a partir do âmbito psicológico, compreende seis dimensões essenciais para o BE, sendo: 1) autoaceitação, relacionada a uma atitude positiva em relação a si mesmo; 2) relações positivas com os outros, a partir de um relacionamento afetivo, confiável e caloroso com as outras pessoas; 3) autonomia, atrelada a níveis de independência e regulação de comportamentos através de referenciais próprios; 4) domínio sobre o ambiente, a partir da escolha ou criação de ambientes adequados para as suas condições psíquicas; 5) propósito de vida, vinculada ao senso de direção, intencionalidade e metas na vida e 6) crescimento pessoal, a partir da abertura a novas possibilidades (Ryff & Singer, 2008).

Para Diener et al. (1997), o BES não deve ser concebido como sinônimo de SM ou

saúde psicológica, uma vez que o indivíduo pode se considerar feliz e apontar uma percepção positiva de SV em condições de ausência de SM. Desta forma, o BES por si só não é suficiente para garantir BEP, principalmente por considerar que o construto aqui discutido se constitui como um dos aspectos do BEP e que a compreensão de BE envolve os seis componentes destacados anteriormente (autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal) (Silva, 2012).

Por sua vez, o BES foi concebido como um conceito que requer autoavaliação, ao entender que o construto só pode ser observado e relatado pelo próprio sujeito (Diener & Lucas, 2000). Com isso, para que se possa acessar o BES, faz-se necessário partir do pressuposto de que cada pessoa avaliará a sua vida a partir de concepções subjetivas, que são organizadas a partir de pensamentos e sentimentos sobre a experiência individual (Siqueira & Padovam, 2008).

Neste contexto, a *Subjective Well-Being Scale* (SWBS), desenvolvida por Lawrence e Liang (1988), se apresenta como uma das medidas de autorrelato mais utilizadas para avaliar o BES (Albuquerque & Tróccoli, 2004). A referida escala é composta por 15 itens, atrelados a quatro subdimensões, a saber: SV, felicidade, APs e ANs, distribuídos em escala do tipo Likert de 5 pontos, onde 1 corresponde a “discordo plenamente” e 5 “concordo completamente”. A SWBS inclui a Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale - SWLS*), desenvolvida por Diener et al. (1985).

Uma outra medida bastante utilizada é a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (*Positive Affect/Negative Affect Scale - PANAS*), desenvolvida por Watson et al. (1988), que conta com 20 itens, sendo 10 emoções positivas (forte, interessado, entusiasmado, orgulhoso, ativo, inspirado, determinado, atento, animado e estimulado) e 10 emoções negativas (descontrolado, culpado, angustiado, hostil, envergonhado, irritado, nervoso, assustado, amedrontado e inquieto), distribuídos em escala do tipo Likert que vai de 1 (muito pouco ou

nada) e 5 (extremamente) (Albuquerque & Trócoli, 2004).

Além disso, as pesquisas científicas têm buscado investigar os fatores determinantes do BES, bem como, os fatores que aumentam ou diminuem o seu nível, apesar de reconhecerem que há incerteza quanto aos fatores que mais influenciam ou predizem o BES (Diener et al., 1999; Scorsolini-Comin et al., 2016; Woyciekoski et al., 2012).

Em uma revisão de literatura proposta por Woyciekoski et al. (2012), foi observado que não há um único determinante para o BES, mas sim, uma série de aspectos que se mostraram importantes ou que se associaram positivamente à ocorrência do BES. As pesquisas incluídas na revisão indicaram que a interação entre personalidade, eventos de vida e ambiente influenciam o BES. Estratégias de regulação emocional positivas também foram apontadas como aspectos que influenciaram dois componentes do BES, a saber: SV e APs. No estudo proposto por Quoidbach et al. (2010), os resultados também apontaram que a ausência de estratégias emocionais positivas pode influenciar a experiência de ANs, reduzindo os níveis de BE.

Diferentes estudos observaram que a atenção plena e a autocompaixão contribuem para modificar a forma como os idosos visualizam, enfrentam e se adaptam aos eventos de vida, com destaque para os críticos, ao introduzir uma consciência mais equilibrada e por promover a regulação das emoções. Essa dinâmica parece refletir na percepção subjetiva de bem-estar, uma vez que, idosos que conseguem desenvolver uma perspectiva mais positiva e que introduzem atitudes de aceitação, tendem a experimentar maior afetividade positiva, com destaque para a felicidade (Allen et al., 2012; Brown et al., 2019; MacAulay et al., 2021; Parente et al., 2018; Phillips et al., 2018; Russell-Williams et al., 2018; Smith & Langen, 2020; Walsh et al., 2019; Weiss et al., 2016; Xu et al., 2016).

Para Lyubomirsky et al. (2005), atividades comportamentais intencionais também apresentam efeitos positivos, a exemplo do exercício da gratidão, do otimismo e da bondade

no BES, especialmente pelos efeitos dessas atividades na redução dos níveis de estresse e na redução ou atenuação de emoções negativas. Quanto às diferenças individuais do BES, Medeiros (2020) destacou que as circunstâncias de vida desempenham um papel inferior. Para a estudiosa, embora novas circunstâncias de vida acabem causando elevações ou reduções imediatas nos níveis de BES, há uma tendência de maior rapidez de adaptação a esses eventos, o que acarreta em menores impactos no BES.

A literatura também vem se debruçando em investigações acerca das áreas cerebrais que podem estar relacionadas ao BES, a partir de uma tentativa de identificar os mecanismos cerebrais que podem contribuir para estratégias de promoção de BE e prevenção do sofrimento humano. Neste caminho, Medeiros (2020) observou a partir da literatura que regiões subcorticais do cérebro, responsáveis por gerar sentimentos positivos e negativos, a exemplo do tálamo, hipotálamo, amígdala, núcleo *accumbens*, área tegmental ventral, e outras, foram associadas aos mecanismos de recompensa e punição. A sensação de recompensa (prazer e SV) está relacionada à região denominada prosencefálica medial, nos núcleos lateral e ventromedial do hipotálamo, fazendo conexões com a amígdala, septo, e algumas áreas do tálamo. Esperidião-Antonio et al. (2008) também observaram, a partir da literatura, que o centro da punição, por sua vez, foi associado a região cinzenta central que envolve o aqueduto cerebral de *Sylvius*, no mesencéfalo, além das zonas periventriculares do hipotálamo e tálamo, e relacionando com a amígdala e o hipocampo.

Esses estudos surgem em um contexto no qual o envelhecimento populacional e a expectativa de vida despertam a necessidade de se explorar estratégias que possam contribuir para o EBS e para o BES. Em linhas gerais, entende-se que o EBS, compreendido como uma meta do curso de vida, ao lado de valores básicos como esperança, felicidade e SV, são almejados por pessoas que desejam alcançar idades mais avançadas, em uma tentativa de agregar sentido e QV para os anos acrescidos (Freire, 2001).

Para García e Ramírez (1994), o BES em idosos está relacionado a três aspectos, a saber: sentir-se satisfeito com a vida; possuir capacidade e recursos para consegui-lo; e manter o controle e a autonomia sobre as condições de vida, ao compreender que a componente SV se apresenta como um dos principais indicadores do EBS (Crispim, 2014). Neste contexto, o estudo do BES vem sendo descrito como um dos fatores condicionais para o EBS (Moody, 2006), sendo também referido como o componente mais importante para avaliar o “sucesso” do envelhecimento (Teixeira & Neri, 2008).

O EBS demonstra a importância da plasticidade no processo de desenvolvimento humano, principalmente por considerar que o modo como os indivíduos se adaptam às mudanças irá determinar os desfechos em saúde durante a velhice (Baltes & Baltes, 1990). Para Freire (2001), o modelo teórico de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*) compreende que a velhice satisfatória é resultante de uma série de fatores, que incluem a forma como o sujeito maneja e se adapta às perdas, e uma série de ganhos que dependem de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, históricos, culturais e sociais, que influenciam diretamente no curso de vida e nos desfechos na velhice. Para a estudiosa, isso implica em dizer que as pessoas envelhecem de formas distintas, principalmente por considerar que as influências ao longo do curso de vida irão determinar a forma como os sujeitos irão enfrentar as perdas e declínios relacionados a idade, para lidar com as modificações ocorridas em si mesmo e no ambiente que o cerca.

Considerações finais

O envelhecimento populacional tem sinalizado um crescente em estudos sobre estratégias que possam promover o EBS e o BES na velhice, em uma tentativa de agregar qualidade e sentido para os anos acrescidos. Em outras palavras, viver mais significa adicionar anos a serem vividos, e isso requer BES, diminuição de fatores associados à morbidade

psicológica e ao aumento da autonomia e dos níveis de funcionalidade, a fim de se promover e alcançar melhores desfechos na velhice (Pimentel, 2014).

Neste contexto, os estudos acerca do EBS, com base no paradigma *life-span*, vêm indicando que o sucesso do envelhecimento só é possível a partir da introdução de estratégias psicológicas que contribuam para a manutenção do desempenho pessoal e para o desenvolvimento de tarefas cotidianas, através de comportamentos que almejam compensar as perdas e maximizar os ganhos (Lima et al., 2008). Esses estudos têm representado uma verdadeira mudança de ótica no campo da psicologia do envelhecimento, que passou a visualizar o desenvolvimento humano como um processo contínuo, que vai do nascimento até a velhice, além de ponderar que o desenvolvimento humano é marcado por ganhos e perdas, que atuam de forma concorrente ao longo do curso de vida (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2006; Neri, 2013).

Como discutido, a utilização de estratégias psicológicas para a manutenção de comportamentos e para a adaptação a novos contextos parte do pressuposto de que os indivíduos possuem uma capacidade de reserva funcional e são capazes de uma plasticidade funcional ao longo de todo o processo de desenvolvimento (Freire, 2000), ao passo que a velhice, apesar de dispor de uma maior prevalência de perdas, também guarda potencialidades a serem exploradas e aprimoradas. Como também sinalizado na discussão, o EBS vem sendo descrito como uma meta a ser alcançada ao longo do curso de vida, a partir de uma tentativa de reduzir a presença de AN e introduzir uma maior prevalência de APs e SV; sendo possível de ser alcançado a partir dos componentes SOC, que atuam como estratégias psicológicas que contribuem para a alocação de recursos (internos e externos) para lidar, enfrentar e se adaptar às influências biopsicossociais e às perdas associadas ao envelhecimento (Baltes & Carstensen, 2003).

Com isso, o sucesso do envelhecimento representa o equilíbrio entre a compensação

das perdas provocadas pelo envelhecimento e da otimização das potencialidades individuais, através da seleção de metas e objetivos adequados a cada realidade (Baltes & Baltes, 1990). Este equilíbrio tem contribuído para aumentar o BES, para melhorar os indicadores de saúde física e psicológica, na ampliação de desfechos mais positivos na velhice e no engajamento em comportamentos de promoção de saúde e de prevenção de doenças, a partir da introdução de escolhas mais saudáveis e de práticas mais efetivas.

A literatura também vem apontando uma ligação direta entre BES e desfechos mais positivos na velhice, ao observar que idosos com níveis mais elevados de APs experimentam uma maior SV, em comparação com aqueles que visualizam uma maior afetividade negativa. Além disso, a SV vem sendo apontada como um dos principais indicadores do EBS. Esse contexto demonstra a importância de estudos acerca do BE na velhice e da investigação de estratégias psicológicas que possam trazer efeitos positivos nos níveis de BES, e consequentemente, no EBS, a exemplo do *mindfulness* e a autocompaixão, referidas como recursos psicológicos para a promoção de BES e SM (Parente et al, 2018; Russell-Williams et al., 2018; Smith & Langen, 2020; Weiss et al., 2016).

Em linhas gerais, envelhecer refere-se a um processo heterogêneo, marcado por influências de ordens biopsicossociais que atuam na construção e na condução das identidades individuais, e no modo como cada pessoa se desenvolve. Destarte, envelhecer com sucesso dependerá das estratégias e dos recursos utilizados pelo sujeito para manejar os desafios e para se adaptar às mudanças do curso de vida, o que envolve intencionalidade e disposição para sustentar as estratégias compensatórias e para a otimização de recursos internos e externos para atingir as metas selecionadas. Desta forma, os capítulos seguintes buscarão apresentar o histórico e os aspectos conceituais do *mindfulness* e da autocompaixão, além de evidências acerca destas estratégias psicológicas no BES ao longo do envelhecimento e da velhice.

Referências

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008>
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and identity: the journal of the International Society for Self and Identity*, 11(4), 428–453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Almeida, S. T. (2008). *Envelhecimento do atleta: a dinâmica entre perdas e ganhos e suas aprendizagens na prática do esporte* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://hdl.handle.net/10183/13530>
- Andrews, F.M., & Crandall, R. (1976). The validity of measures of self-reported well-being. *Social Indicators Research*, 3, 1–19. <https://doi.org/10.1007/BF00286161>
- Aristóteles. (1973). *Tópicos. Dos argumentos sofísticos. Metafísica: livro I e livro II. Ética a Nicômaco. Poética*. Abril Cultural.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (2003). The process of successful aging: Selection, optimization and compensation. In U. M. Staudinger & U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology* (pp. 81–104). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0357-6_5
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *The American psychologist*, 52(4), 366–380. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.4.366>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The

- model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123–144. https://doi.org/10.1207/s15427617rhd0103_1
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17(36), 7-31. https://issuu.com/sescsp/docs/a_terceira_idade_n_36_novas_front
- Banhato, E. F. C., Ribeiro, P. C., & Guedes, D. V. (2018). Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. *Revista HUPE*, 17(2), 16-24.
<http://doi.org/10.12957/rhupe.2018.40807>
- Blanco-Molina, M., Pinazo-Hernandis, S., & Tomás, J. M. (2019). Subjective well-being key elements of Successful Aging: A study with Lifelong Learners older adults from Costa Rica and Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.06.002>
- Brown, L., Huffman, J. C., & Bryant, C. (2019). Self-compassionate Aging: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(4), 311–324. <https://doi.org/10.1093/geront/gny108>
- Carver, L. F., Beamish, R., & Phillips, S. P. (2018). Successful Aging: Illness and Social Connections. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 3(1), 3.
<https://doi.org/10.3390/geriatrics3010003>
- Cho, J., Martin, P., Poon, L. W., & Georgia Centenarian Study (2015). Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *The Gerontologist*, 55(1), 132–143.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu074>
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S. E., & Colantonio, A. (2002). Well-being after stroke in

- Canadian seniors: findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke*, 33(4), 1016–1021. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000013066.24300.f9>
- Crispim, M. C. M. (2014). *Envelhecimento bem-sucedido: uma análise dos fatores de proteção e vulnerabilidade* [Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba e Instituto Federal de Mato Grosso]. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7705>
- Diener, E. & Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Orgs.), *Handbook of Emotions* (pp. 325-337). Guilford.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., & Delgadillo-Chase, D. (2017). If, Why, and When Subjective Well-Being Influences Health, and Future Needed Research. *Applied psychology. Health and well-being*, 9(2), 133–167. <https://doi.org/10.1111/aphw.12090>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25–41. https://intranet.newriver.edu/images/stories/library/stennett_psychology_articles/Recent%20Findings%20on%20Subjective%20Well-Being.pdf
- Esperidião-Antonio, V., Majeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J. J., Assis, M. B., & Siqueira-Batista, R. (2008). Neurobiologia das

- emoções. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(2), 55-65. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000200003>
- Fazeli, P. L., Montoya, J. L., McDavid, C. N., & Moore, D. J. (2020). Older HIV+ and HIV- Adults Provide Similar Definitions of Successful Aging: A Mixed-Methods Examination. *The Gerontologist*, 60(3), 385–395. <https://doi.org/10.1093/geront/gny157>
- Featherman, D. L., Smith J., & Peterson J. G. (1990). Successful aging in a post-retired society. In P. B. Baltes, M. M. Baltes, (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 50–93). Cambridge University Press.
- Fernandes, I. A. M. (2013). *Da crença ao ato: percepção de autoeficácia e coping orientado para o futuro e sua relação com o bem-estar no envelhecimento* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/9517>
- Fleg J. L. (2012). Aerobic exercise in the elderly: a key to successful aging. *Discovery medicine*, 13(70), 223–228. <https://www.discoverymedicine.com/Jerome-L-Fleg/2012/03/26/aerobic-exercise-in-the-elderly-a-key-to-successful-aging/>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi.
- Freire, S. A. (2000). *Envelhecimento Bem-Sucedido e Bem-Estar Psicológico*. Papirus.
- Freire, S. A. (2001). *Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251584>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642–662. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>
- Geard, D., Rebar, A. L., Dionigi, R. A., & Reaburn, P. (2021). Testing a Model of Successful

- Aging on Masters Athletes and Non-Sporting Adults. *Research quarterly for exercise and sport*, 92(1), 11–20. <https://doi.org/10.1080/02701367.2019.1702146>
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2004000100005
- Gonçalves, C. D. (2015). Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 20, 2, 645-657. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>
- Hsu, H. C., & Jones, B. L. (2012). Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *The Gerontologist*, 52(6), 843–856.
<https://doi.org/10.1093/geront/gns005>
- Jesus, S. N. (2006). Psicologia da Saúde e bem-estar. *Mudanças – Psicologia da saúde*, 14(2), 126-135. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v14n2p126-135>
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41,131-138.
<http://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100018>
- Jopp, D., & Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2), 253-265. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.253>
- Kamat, R., Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2017). Successful aging in community seniors and stroke survivors: current and future strategies. *Neurological research*, 39(6), 566–572.
<https://doi.org/10.1080/01616412.2017.1322348>
- Kok, A. A., Aartsen, M. J., Deeg, D. J., & Huisman, M. (2017). The Effects of Life Events and Socioeconomic Position in Childhood and Adulthood on Successful Aging. *The*

- journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 72(2), 268–278. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw111>
- Lawrence, R. H., & Liang, J. (1988). Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, sex, and age differences. *Psychology and Aging*, 3(4), 375–384. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.3.4.375>
- Lima, Â. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008) Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um construto e novas fronteiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(27), 795-807. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400010>
- Lima, P. A. T. (2017). *Envelhecimento bem-sucedido, competência na vida diária e recursos ecológicos: Um estudo em território mediantemente urbano do município de Viana do Castelo* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1939>
- Lin, Y. H., Chen, Y. C., Tseng, Y. C., Tsai, S. T., & Tseng, Y. H. (2020). Physical activity and successful aging among middle-aged and older adults: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Aging*, 12(9), 7704–7716. <https://doi.org/10.18632/aging.103057>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- MacAulay, R. K., Halpin, A., Andrews, H. E., & Boeve, A. (2021). Trait mindfulness associations with executive function and well-being in older adults. *Aging & mental health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1998352>
- Mantovani, E. P., Lucca, S. R., & Neri, A. L. (2016). Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 203-222. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150041>

- Marks R. (2018). Successful Aging and Chronic Osteoarthritis. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 5(3), 105. <https://doi.org/10.3390/medicines5030105>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: a tangible or elusive concept?. *The Gerontologist*, 55(1), 14–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- García, M. F. M., & Ramírez, M. G. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 55-74. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97417/1/RevPsicolSalud_6_1_04.pdf
- Medeiros, E. S. (2020). *Bem-estar subjetivo sob a perspectiva da psicologia evolutista e da psicologia positiva* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/29466>
- Melo, S. C. A. (2007). *Bem-estar subjetivo e bem-estar no trabalho: um estudo com idosos que trabalham* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia]. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17248>
- Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and Controversies* (5ª Ed.). Pine Forge Press.
- Moraes, J. F., & Souza, V. B. A. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 27(4), 302–308. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000400009>
- Moreira, B. F. C. (2018). *A otimização seletiva com compensação no processo de envelhecimento: um estudo preliminar com o “SOC-Questionnaire”* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2219>
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In A. L. Neri (Org.),

Psicologia do envelhecimento (pp.13-40). Papirus.

- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt
- Neri, A. L. (2013). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, & L. Py. (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. Guanabara-Koogan.
- Ouwehand, C., De Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2006). Situational aspects are more important in shaping proactive coping behavior than individual characteristics: A vignette study among adults preparing for ageing. *Psychology & Health*, 21(6), 809–825. <https://doi.org/10.1080/14768320500537639>
- Palmore E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist*, 19(5), 427–431. https://doi.org/10.1093/geront/19.5_part_1.427
- Papadopoulos, D. (2020). The Role of Well-Being, Spirituality, and Religiosity for Successful Aging in Late Life: A Brief Review. *Advances in Aging Research*, 9(2), 23-31. <https://doi.org/10.4236/aar.2020.92003>
- Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 3-13. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.57>
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de psicologia*, 24(4), 513-517. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400010>
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. In S. David, I. Boniwell; A. C. Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp.

- 134-151). Oxford University Press.
- Phillips, W. J., Hine, D. W., & Marks, A. (2018). Self-compassion moderates the predictive effects of implicit cognitions on subjective well-being. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 34(1), 143–151. <https://doi.org/10.1002/smi.2773>
- Pimentel, A. F. C. (2014). *Influência da saúde funcional subjetiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários* [Tese de Doutorado, Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/11332>
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368–373. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>
- Rinaldi, J., Souza, G., Camozzato, A. L., & Chaves, M. (2018). Sixteen-year predictors of successful aging from a Southern Brazilian cohort The PALA study. *Dementia & neuropsychologia*, 12(3), 228–234. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-030002>
- Rodrigues, S. I. (2011). *A satisfação com a vida de idosos institucionalizados* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/128/1/Tese.pdf>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. Pantheon Books.
- Russell-Williams, J., Jaroudi, W., Perich, T., Hoscheidt, S., El Haj, M., & Moustafa, A. A. (2018). Mindfulness and meditation: treating cognitive impairment and reducing stress in dementia. *Reviews in the neurosciences*, 29(7), 791–804. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0066>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of

- psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Salamene, L. C. (2019). *Impacto dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais no envelhecimento bem-sucedido de idosos adscritos na estratégia da saúde da família em São João Del-Rei* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora]. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/11214>
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: Contribuições da perspectiva Life-Span [Education and aging: Life-Span perspective contributions]. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 647–655. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>
- Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. M. G. V., Barroso, S. M., & Santos, M. A. (2016). Fatores associados ao Bem-Estar Subjetivo em pessoas casadas e solteiras [Factors associated with the subjective well-being in married and unmarried people]. *Estudos de Psicologia*, 33(2), 313–324. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200013>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Silva, E. C. (2012). *Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários* [Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo]. <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1302>
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. C., Matos, A. P., & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjetivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia*,

Educação e Cultura, 4, 243-279.

<https://www.researchgate.net/publication/268035177> O bem-estar subjectivo estado actual dos conhecimentos

- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Smith, S. L., & Langen, W. H. (2020). A Systematic Review of Mindfulness Practices for Improving Outcomes in Chronic Low Back Pain. *International journal of yoga*, 13(3), 177–182. https://doi.org/10.4103/ijoy.IJOY_4_20
- Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, 19(1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>
- Walsh, K. M., Saab, B. J., & Farb, N. A. (2019). Effects of a Mindfulness Meditation App on Subjective Well-Being: Active Randomized Controlled Trial and Experience Sampling Study. *JMIR mental health*, 6(1). <https://doi.org/10.2196/10844>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PloS one*, 11(6), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>
- Whitley, E., Benzeval, M., & Popham, F. (2018). Associations of Successful Aging With Socioeconomic Position Across the Life-Course: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *Journal of aging and health*, 30(1), 52–74.

<https://doi.org/10.1177/0898264316665208>

Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294–306. <https://doi.org/10.1037/h0024431>

Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. S. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43(3), 280-288.
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8263>

Wu, J., Li, X., Gao, B., & Su, X. (2020). The Effects of Serious Leisure Involvement on Subjective Well-Being and Successful Aging: A Case Study of Young-Old Participants in Chinese Seniors' Universities. *SAGE Open*, 10(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1177/2158244020914559>

Xu, W., Oei, T. P., Liu, X., Wang, X., & Ding, C. (2016). The moderating and mediating roles of self-acceptance and tolerance to others in the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Journal of health psychology*, 21(7), 1446–1456.
<https://doi.org/10.1177/1359105314555170>

- ESTUDO 2 -

***Mindfulness* e bem-estar subjetivo: uma revisão narrativa**

Resumo

Esta revisão narrativa da literatura teve como objetivo delinear os aspectos históricos e conceituais do *mindfulness* e sua relação com o bem-estar subjetivo (BES). Para tanto, foi proposta uma discussão acerca dos aspectos históricos e conceituais do *mindfulness*, além de contextualizar a aproximação da psicologia budista com a psicologia científica ocidental. Neste sentido, o *mindfulness* foi apresentado enquanto um traço psicológico de atenção plena, caracterizado como uma habilidade metacognitiva inata que pode ser desenvolvida ou aprimorada por meio de práticas meditativas e protocolos voltados para o contexto clínico, assim como um estado mental/psicológico de estar atento no momento presente, com abertura, curiosidade, não julgamento e aceitação. Na sequência, foram apresentadas as principais práticas, medidas de avaliação, mecanismos de ação e efeitos neurobiológicos envolvidos no treinamento de atenção plena. Por fim, foram realizadas articulações acerca da relação entre *mindfulness* e BES, em uma tentativa de compreender o papel da atitude de estar atento intencionalmente no momento presente e os desfechos no bem-estar ao longo do desenvolvimento humano.

Palavras-chave: atenção plena, mecanismos de ação, medidas de avaliação, bem-estar subjetivo.

Abstract

This narrative literature review aimed to outline the historical and conceptual aspects of mindfulness and its relationship with subjective well-being (SWB). To this end, a discussion was proposed about the historical and conceptual aspects of mindfulness, in addition to contextualizing the approximation of Buddhist psychology with western scientific psychology. In this sense, mindfulness was presented as a psychological trait of mindfulness, characterized as an innate metacognitive skill that can be developed or improved through measurement practices and protocols aimed at the clinical context, as well as a mental/psychological state of being attentive, in the present moment, with openness, curiosity, non-judgment, and acceptance. Next, the main practices, evaluation measures, mechanisms of action, and neurobiological effects involved in mindfulness training were presented. Finally, articulations were made about the relationship between mindfulness and subjective well-being, in an attempt to understand the role of the attitude of being intentionally attentive in the present moment and the outcomes in well-being throughout human development.

Keywords: mindfulness, mechanisms of action, assessment measures, subjective well-being.

Introdução

No uso clínico contemporâneo, *mindfulness* tem sido referido como uma qualidade particular para o enfrentamento dos fenômenos da vida cotidiana, por meio da atenção plena à experiência e, ao mesmo tempo, com uma postura de curiosidade, abertura e aceitação (Cebolla & Demarzo, 2016). Nesta conjuntura, o termo *mindfulness* tem sido utilizado para descrever práticas meditativas para o cultivo da atenção plena, um construto teórico, assim como, processos psicológicos atrelados a mecanismos de ação na mente e cérebro, abarcando o estado mental ou psicológico e o traço psicológico *mindfulness*, que podem ser treinados por meio de técnicas, programas, terapias ou intervenções (Cebolla & Demarzo, 2016; Germer, 2016).

Em um contexto de avanço do construto de *mindfulness* no ocidente, as quatro últimas décadas foram marcadas pelos surgimentos dos programas estruturados de intervenção, profiláticos ou terapêuticos baseados em *mindfulness* (Demarzo, 2018). As Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBMs), como são chamadas, são estruturadas e descritas a partir de conteúdos bem definidos, que podem ser compreendidas como intervenções psicossociais na qual se objetiva a prática da atenção plena, com o objetivo de treinar o estado de atenção plena, e por fim, aperfeiçoar o traço de *mindfulness* (Demarzo, 2018).

Apesar de ter recebido influências provenientes do budismo em sua conceituação, as IBMs se constituem como revisões laicas e de caráter científico, atuando como um vínculo para alcançar certos estados psicológicos ou espirituais (Cebolla, 2009; Mapurunga, 2020). No campo científico, as IBMs vêm representando uma verdadeira revolução nos contextos de saúde, ao passo em que índices elevados de popularidade vêm sendo alcançados (Cebolla & Demarzo, 2016).

Neste contexto, evidências têm associado positivamente a prática de *mindfulness* à vitalidade, SV, qualidade de relacionamentos interpessoais, redução dos sintomas de depressão, ansiedade, estresse, exaustão emocional (Markus & Lisboa, 2015), dor crônica

(Kabat-Zinn et al., 1986), psoríase (Kabat-Zinn et al., 1998), menor vulnerabilidade a AN e maior disposição para APs (Atanes, 2013), ao passo que o número significativo de evidências científicas na promoção de saúde e BE têm contribuído para o crescente uso do *mindfulness* na prevenção e tratamento de várias condições físicas e mentais (Weiss & Noto, 2017).

Com isso, esta revisão narrativa tem como objetivo delinear os aspectos históricos e conceituais do *mindfulness* e sua relação com o BES, por meio de suas principais características, práticas, medidas, mecanismos de ação e efeitos neurobiológicos do treinamento em *mindfulness*. Para isso, buscou-se informações em livros, teses, dissertações e artigos indexados nas bases Scopus, PubMed, *Web of Science*, Pepsic, Scielo, APA PsycNet e Periódicos CAPES, acessadas através do acesso CAFE, fazendo uso dos seguintes termos: *mindfulness*, *mechanisms of action*, *assessment measures*, *subjective well-being* e *aged*, combinados através dos descritores *booleanos AND* e *OR*.

Aspectos históricos do *Mindfulness*

De origem religiosa, a meditação se caracteriza como uma técnica amplamente desenvolvida e aprimorada ao longo da história, em diferentes versões, focada para o treinamento psicológico e cultivo da atenção, sem analisá-los (Cebolla, 2009). Além disso, textos budistas apontam a eliminação do sofrimento mental, causado por pensamentos ruminativos e AN, como objetivo da prática meditativa (Ricard et al., 2014).

A palavra meditação tem a sua etimologia derivada do latim *meditare*, que significa voltar-se a interioridade por meio da atenção, a partir de um distanciamento do mundo externo (Ferreira, 2014), podendo ser entendida como um termo guarda-chuva ou polissêmico, por incluir uma diversidade de definições e técnicas (Demarzo, 2018). Segundo Cebolla (2009), as primeiras referências sobre a meditação aparecem nos antigos textos dos vedas *hindus* (textos bases do sistema de escrituras sagradas da religião hindu, escritos em sânscrito), há 1.500 anos

a.C. Na contemporaneidade, ainda de acordo com o estudioso, a versão mais difundida da meditação no ocidente é originária do budismo, a exemplo do *mindfulness*; embora se possa encontrar outras técnicas de meditação embasadas em outras escolas orientais, com outras nomenclaturas e estruturas.

O *mindfulness* está no centro da psicologia budista, sendo utilizado por mais de 2,5 mil anos para aliviar o sofrimento psicológico humano (Cebolla & Demarzo, 2016). Na perspectiva de Fulton e Siegel (2016), tanto a psicoterapia ocidental, quanto a Meditação *Mindfulness* (MM) tiveram o seu desenvolvimento marcado pela tentativa de responder ao sofrimento humano, ao considerar que a prática desta meditação inclui pensamentos, sentimentos, intenções, percepções e comportamentos, compartilhando de uma estrutura básica para o entendimento dos transtornos psicológicos também presente na psicoterapia ocidental. A estrutura proposta pelos autores é formada da seguinte forma: a) identificação dos sintomas; b) descrição da sua etiologia; c) sugestão de um prognóstico e d) prescrição de tratamento.

O sofrimento se constitui como sintoma tratado pela MM, por se referir a uma experiência inerente ao ser humano, uma vez que nenhum estado mental, por mais agradável que seja, poderá ser mantido de forma constante e/ou infinitamente, nem muito menos experiências desagradáveis poderão ser evitadas (Fulton & Siegel, 2016). Segundo Germer (2016), o Buda histórico, que se apresentava apenas como “uma pessoa que está em alerta”, destacou, em seu primeiro sermão, quatro nobres verdades fundamentais acerca do sofrimento humano, sendo: 1) a experiência humana envolve sofrimento enquanto uma condição inerente; 2) o conflito gerado através da relação entre realidade (como as coisas são) e expectativa (atrelada ao desejo) produz sofrimento; 3) mudança de atitude em relação às experiências desagradáveis contribui para a redução e/ou eliminação do sofrimento e 4) existem oito estratégias gerais para eliminar o sofrimento.

As oito estratégias gerais destacadas no sermão de Buda, conhecida como o Nobre

Caminho do Ótuplo, estão atreladas à primeira grande nobre verdade do budismo, o sofrimento, entendido como o mais fundamental meio para se praticar os ensinamentos de Buda (Yün, 2011). Trata-se de um caminho indivisível para a eliminação do sofrimento, sendo constituído pelos seguintes fatores: 1) *Samyag-drsti* (Compreensão Correta); 2) *Samyak-samkalpa* (Pensamento Correto); 3) *Samyag-vac* (Fala Correta); 4) *Samyak-karmanta* (Ação Correta); 5) *Samyag-ajiva* (Meio de Vida Correto); 6) *Samyak-vyayama* (Esforço Correto); 7) *Samyak-smrti* (Atenção Correta); 8) *Samyak-samadhi* (Concentração Correta).

É a partir deste caminho que surge o termo *Sati* (*Samyak-smrti*) (sétimo fator do Nobre Caminho do Ótuplo), no qual constitui-se como um dos ensinamentos centrais da tradição budista, podendo ser entendida como estar atento (*awareness*), atenção e lembrar, mas não se limitando a tais associações, considerando as dificuldades de se encontrar uma definição precisa, por se tratar de um conceito multifacetado, que inclui não apenas o controle atencional, mas também, toda uma sequência de fatores do campo ético e cognitivo (Brown & Ryan, 2003; Cebolla & Demarzo, 2016; Germer, 2016).

Sati visualiza as coisas como realmente são, observando tudo como se estivesse ocorrendo pela primeira vez, sem acrescentar ou distorcer nada à percepção. Em outras palavras, trata-se de visualizar as coisas na medida em que elas se apresentam ao campo perceptivo (Guranatana, 2002). Neste caminho, o pensamento consciente adiciona conceitos e ideias às experiências humanas, que podem despertar crenças, planos, medos, fantasias e preocupações, ao passo que diante da vigilância, essas experiências não são vivenciadas, visto que o ser apenas nota aquilo que surge em sua mente.

Destarte, os ensinamentos do budismo estão concentrados na mente, sob o preceito básico de que uma mente bem formada não se deixa levar por preocupações, decepções ou desejos (Coutinho, 2012). Neste sentido, qualquer prática de meditação, segundo o Budismo, envolve trazer a mente de forma repetida para o objeto de meditação, por meio da atenção, e

voltar, novamente, para o estado de habitação em zona calma; promover a libertação da mente, reconhecendo que o medo, a angústia e a dor são oriundas do desejo de apego e permitir que a mente se livre das tensões (Rimponché, 2006).

Ainda sobre a psicologia budista, observa-se dois diferentes tipos de técnicas meditativas, sendo: meditação concentrativa (também chamada de Meditação *Samatha*) e Atenção Plena ou *Vipassana* (Cebolla, 2009). Na meditação concentrativa, faz-se uso de um objeto, interno ou externo, como o centro da atenção, de modo que quando a mente se afasta do objeto atencional, ela é trazida gentilmente de volta ao foco, enquanto que na Meditação em Atenção Plena, o foco está direcionado para qualquer experiência do momento presente, sem julgá-la e com aceitação ao que aparece no campo da mente (Cebolla, 2009).

A meditação concentrativa está direcionada para o desenvolvimento das funções de orientação e monitoramento, enquanto a meditação de atenção plena está direcionada para o cultivo e treinamento do estado de alerta (Jha et al., 2007). Ambas as técnicas se caracterizam como meditações do tipo passivo, podendo ser implementadas em uma mesma sessão, começando, geralmente, pela técnica concentrativa, entendendo que a prática de *mindfulness* exige um treinamento superior. Desta forma, a prática concentrativa, quando introduzida em um primeiro momento, contribuirá para o cultivo da atenção plena.

De acordo com Pastor (2009), quando se faz referência a meditação com a palavra *mindfulness*, fundamentalmente, refere-se à meditação *Vipassana* ou visão perspicaz (em inglês “*awareness or insight meditation*”), originária da tradição Theravada (a mais antiga escola budista) do sudeste asiático e que se espalhou pelo ocidente de forma considerável. Segundo o mesmo, a meditação Zen, que surgiu da evolução do Budismo influenciado pelo Taoísmo chinês e posteriormente arraigado no Japão, também é mencionada. De modo geral, entende-se que dentro da tradição budista, o aspecto da concentração é altamente valorizado, de modo que a esta tradição, um novo elemento é adicionado: a consciência (Guranatana,

2002).

Através da MM, é introduzido um espaço vazio entre a percepção e a resposta, que permite maior flexibilidade cognitiva, assim como, a capacidade de desenvolver uma resposta reflexiva para as situações cotidianas, diferente do agir no piloto automático (Santamaría et al., 2006). Em outras palavras, a MM viabiliza uma profunda consciência da vida, através da produção de *insights* que possibilitam ao sujeito deixar de viver no piloto automático e viver o momento presente. Sobre a MM, Salzberg (2011) aponta três tipos de prática: 1) concentração (atenção focada); 2) *mindfulness per se* (monitoramento aberto) e 3) amor-bondade e compaixão.

A maioria dos professores de meditação começa explorando os exercícios de concentração, em uma tentativa de estabilizar e acalmar a mente, através do retorno ao objeto, de forma suave, sempre que ela desviar (Pollak, 2016). Mediante a obtenção de algum conforto através da prática de concentração, será possível expandir o foco, através da implementação da prática de atenção plena (monitoramento aberto). Com isso, diante de algum sofrimento significativo, a prática da compaixão possibilitará aceitar que somos de forma atenta, receptiva e incondicional, favorecendo uma atitude bondosa, amistosa e de aceitação, mesmo diante de experiências difíceis (Pollak, 2016).

Neste contexto, mesmo considerando que muitas vezes *mindfulness* é confundido com meditação, faz-se necessário destacar que essas práticas não são exatamente a mesma coisa. Apesar da meditação ser constituída por um número significativo de práticas e métodos, entende-se que nem todas, especialmente as de outras origens que não o budismo, possuem o objetivo de promover o treinamento ou de aumentar os níveis de atenção plena, uma vez que se é possível meditar sem praticar *mindfulness*, assim como é possível praticar *mindfulness* sem realizar a meditação formal (Cebolla & Demarzo, 2016).

Com isso, a multiplicidade de abordagens e interesses acerca da meditação de atenção

plena ao longo dos anos fizeram com que o campo psicológico demarcasse a importância desta prática na psicoterapia, especialmente por ser uma das poucas técnicas com capacidade integrativa (Cebolla, 2009), com efeitos positivos para o tratamento de uma variedade de transtornos mentais e físicos, além de ações voltadas para a promoção de saúde e BE (Germer, 2016). Desta forma, a seção seguinte irá explorar a aproximação do *mindfulness* com o contexto científico ocidental, a partir da apresentação dos principais conceitos, modelo teórico e os componentes envolvidos neste construto.

***Mindfulness* e ciência: aproximação da psicologia budista com o contexto científico ocidental**

Ao longo dos anos, no contexto das psicoterapias, aprender a lidar com as emoções tem sido relatada como principal motivação associada à busca por auxílio da psicologia, o que vem demandando de atualizações e novos recursos que possam atender as necessidades de cada população (Vandenberghe & Assunção, 2009). É neste movimento que o conceito de *mindfulness* vem ganhando destaque nas últimas décadas, especialmente com a aproximação das práticas contemplativas com o contexto científico ocidental, sob forte influência das contribuições de Ellen Langer e da introdução da tradição meditativa oriental de mais de 2,5 mil anos no contexto da prática clínica, pelo médico norteamericano e professor na *University of Massachusetts Medical School*, John Kabat-Zinn (Vandenberghe & Assunção, 2009).

A palavra *Mindfulness*, tradução para o inglês da palavra *sati*, não possui uma versão exata em português, sendo expressada no campo da medicina, psicologia ou educação como atenção plena, plena atenção, consciência pura, consciência plena, estar atento, entre outras (Cebolla & Demarzo, 2016). As referências dessas terminologias nestes campos estão associadas ao “traço ou estado mental de estar atento, intencionalmente, à experiência presente. Em outras palavras, significa estar atento, de forma deliberada, ao fenômeno que se desenvolve

aqui e agora, com aceitação e sem julgar” (Cebolla & Demarzo, 2016, p. 19).

Uma das conceituações mais aceitas e divulgadas é a definição de Kabat-Zinn (2017), ao sugerir que *mindfulness* é a capacidade de focalizar a atenção no momento presente, com aceitação e sem julgamento. Ou seja, *mindfulness* consiste em (i) prestar atenção, (ii) intencionalmente, (iii) no momento presente, (iv) sem julgamento e (v) com abertura e aceitação a experiência que desabrocha, no aqui e agora. Na perspectiva de Hanh (1975), *mindfulness* constitui-se em manter a consciência viva e direcionada para a realidade presente, enquanto para Ganaratana (2002), não é possível compreender *mindfulness* em sua totalidade apenas com palavras, por se tratar de uma experiência não verbal e sutil.

Para Langer (1989), *mindfulness* seria o contraposto do modo de vida no piloto automático, presente no estado de *mindlessness*. Em sua definição, *mindfulness* constitui-se como a habilidade pela qual o sujeito passa a desenvolver novas categorias para interpretação das experiências e fenômenos do cotidiano, com atenção plena no momento presente (Langer, 1989). Esse processo não quer dizer aceitar toda e qualquer informação que se apresenta no aqui e agora, mas sim, na tentativa de vislumbrar diferentes possibilidades e modos distintos de analisar um mesmo fenômeno (Langer, 1989; Langer & Weinman, 1981; Vandenberghe & Assunção, 2009).

O *mindfulness* refere-se a atitude de abertura às possibilidades com aceitação e autocompaixão, a partir do desenvolvimento de uma postura (auto)acolhedora e não-julgadora (Cebolla & Demarzo, 2016; Germer, 2016). É o retorno a si mesmo, de modo propositado e responsável, na medida em que o aqui e agora desabrocha, distanciando-se dos acontecimentos do passado e dos pensamentos do futuro, para viver, integralmente, intensamente e intencionalmente, com atenção plena o presente (Cebolla & Demarzo, 2016; Germer, 2016; Hanh, 1975; Kabat-Zinn, 2017).

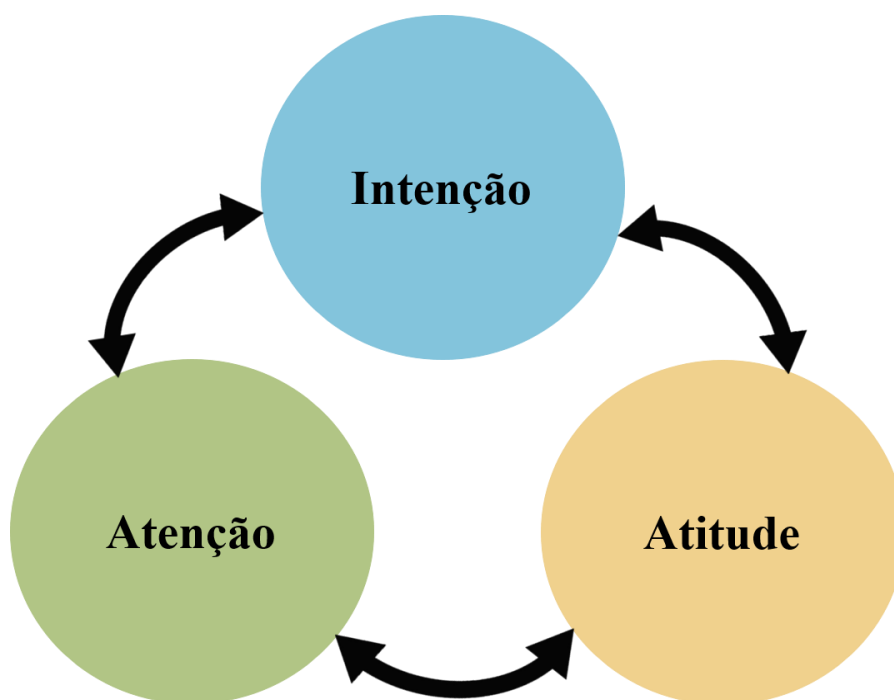
Ser consciente (*mindful*) é reconhecer e despertar para o que está acontecendo no

momento presente, com uma atitude amistosa (Menezes et al., 2014). Com isso, a prática de *mindfulness* beneficia a consciência, de modo que a atenção não está direcionada no passado ou no futuro, muito menos se rejeita o que está ocorrendo no momento. A atenção plena permite que o sujeito esteja no presente de maneira incondicional, promovendo energia, clareza mental e alegria, sendo uma habilidade passível de ser cultivada (Germer, 2016). Neste sentido, mesmo no budismo, a prática de *mindfulness* é concebida a partir de uma perspectiva clínica, muito mais direcionada e relacionada ao campo da psicologia do que a religião (Menezes et al., 2014).

Destarte, em uma tentativa de apresentar um construto simples e de fácil compreensão, Shapiro et al. (2006) sugeriram, partindo da definição proposta Kabat-Zinn, ao entender, em termos simples, *mindfulness* como a ação de “parar e estar presente, só isso”, três pressupostos integrantes da estrutura de funcionamento do *mindfulness*, sendo: a) intenção (de propósito); b) atenção (prestar atenção) e c) atitude (de um modo específico) (ver Figura 1).

Figura 1

Modelo de funcionamento do Mindfulness.



Nota. Adaptado de Shapiro et al. (2006).

A integração desses três componentes sugere uma possível compreensão acerca do funcionamento do *mindfulness*, que não ocorre de modo separado ou em etapas distintas, mas em um caráter simultâneo, cíclico e integrado, que favorece a observação e a autoconsciência frente os acontecimentos do aqui e agora (Shapiro et al., 2006). A intenção, no contexto da prática de MM, está atrelada ao que Kabat-Zinn chamou de “perspectiva pessoal”, uma vez que para ele, por mais poderosa que a prática seja, a experiência o fez perceber que a perspectiva pessoal (intencionalidade) se faz necessária durante o processo, por considerar que a escolha de estar plenamente atento é de responsabilidade do praticante (Shapiro et al., 2006).

A intenção, de acordo com Olendzki (2016), envolve a atitude sustentada em relação à experiência presente. Ou seja, é a atitude intencional que o sujeito adota em um determinado momento e/ou situação. Essa palavra não deve ser encarada como sinônimo para objetivo, mas

sim, como uma qualidade da mente, de caráter emocional, atrelada ao momento em que uma ação é iniciada. Com isso, Olendzki (2016) aponta que enquanto os objetos chegam aos órgãos de sentido, na medida em que a percepção e o sentimento assumem a função de moldar a significância subjetiva do objeto, a intenção assume o papel de organizar e apresentar a experiência do momento de forma ativa e criativa.

A prática de *mindfulness* envolve os sentidos (visão, audição, paladar, olfato e tato) e a própria mente, que podem ser utilizados durante o processo de focalização da atenção nos pensamentos, sensações corporais e demais experiências oriundas do momento presente (Germer, 2016; Williams & Penman, 2015). Destarte, a atenção direcionada à experiência presente permite experimentar um novo modo de vida, uma vez que a atenção plena, através do contato com os sentidos, favorece novas experiências as coisas que já são conhecidas, como se fosse a primeira vez (Williams & Penman, 2015).

Além disso, a atenção contribui para a vivência da essência da atenção plena, ao despertar para o que está acontecendo no mundo externo e interno (dentro de si), a partir do cultivo de uma sensação intuitiva momento a momento (Williams & Penman, 2015). Para os estudiosos, trata-se de uma habilidade que ao ser treinada, através das práticas meditativas de atenção plena, distanciam o sujeito do modo de vida automático e inautêntico, na medida em que passa a oferecer recursos que contribuirão para a tomada de consciência.

A atitude de abertura, curiosidade e aceitação sustentada ao longo deste processo são cruciais para alcançar o estado de atenção plena, na medida em que a prática solicita uma percepção não julgadora e compassiva, direcionada ao aqui e agora dos acontecimentos que desabrocham dentro de si (interno) e no ambiente que o cerca (externo) (Roemer & Orsillo, 2010). Esse componente alude à qualidade da resposta dirigida à experiência de se prestar atenção a um objeto (sensação, emoção ou pensamento) (Sopezki, 2017).

Neste contexto, Bishop et al. (2004), ao propor a orientação à experiência, enquanto

componente atitudinal relacionado à prática de *mindfulness*, reforça a postura de abertura, curiosidade e aceitação na medida em que se estabelece a atenção plena no momento, de modo intencional. Com isso, Kabat-Zinn (2017) lista nove atitudes consideradas essenciais para a prática de *mindfulness*, a saber: paciência, não julgamento, mente de principiante, não-esforço, aceitação, deixar ir, generosidade, gratidão e confiança. Essas atitudes atuam como princípios fundamentais do *mindfulness*, e que devem ser exploradas pelo praticante ao longo da sua experiência, a fim de contribuir para a manutenção do estado mental/psicológico e o aprimoramento/treinamento do traço de atenção plena.

Enquanto estado mental ou psicológico, o *mindfulness* pode ser caracterizado a partir de dois componentes principais, sendo: (1) autorregulação da atenção: a ação de direcionar a atenção de forma sustentada e intencional ao momento presente, colocando-se distante do estado de desatenção e ruminação, de modo que se possa concentrar na observação da experiência direta do fenômeno, na medida em que o mesmo acontece; e (2) atitude de abertura, curiosidade e aceitação: diante do momento presente, a postura de observar o fenômeno como ele se mostra, sem julgamento prévio ou juízos de valor que possam trazer algum tipo de viés ou entendimento antecipatório (Bishop et al., 2004). Para os estudiosos, esses dois aspectos estão correlacionados, uma vez que a autorregulação da atenção envolve a qualidade mental de abertura, curiosidade e aceitação frente à experiência.

A atitude de aceitação refere-se ao reconhecimento de que pensamentos, sentimentos e sensações surgirão inevitavelmente e que desse modo também irão embora (Roemer & Orsillo, 2010). No contexto do *mindfulness*, a aceitação refere-se à habilidade que possibilita com que as experiências do presente sejam vividas exatamente como elas se expressam e na medida em que elas se apresentam, sejam elas positivas, negativas ou neutras (Germer, 2016). Vale ressaltar que essa atitude não significa promover a validação de mau comportamento, uma vez que a aceitação desenvolvida momento a momento se constitui como um pré-requisito para a

mudança de comportamento.

Enquanto traço psicológico, o *mindfulness* é entendido como uma característica inata e uma habilidade metacognitiva, que se apresenta em diferentes níveis em cada pessoa (uns menos desenvolvidos; em outros, mais desenvolvidas) (Waszczuk et al., 2015). Desta forma, por ser compreendido como uma habilidade metacognitiva, o traço psicológico de atenção plena pode ser desenvolvido por meio das práticas meditativas que buscam ampliar o nível de consciência das percepções de sentidos, dos sentimentos e pensamentos, uma vez que a prática contribui para que o sujeito assuma uma posição consciente de observação a tudo aquilo que acontece à sua volta, em especial (Baer, 2003).

Destarte, tanto o estado quanto o traço *mindfulness* tem sido associado a indicadores de saúde física, psicológica e bem-estar, na medida em que um maior equilíbrio do sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático), níveis elevados de APs, SV e vitalidade, além de menores níveis de AN e de outros sintomas psicopatológicos, são observados (Cebolla & Demarzo, 2016). Neste sentido, entendendo que o *mindfulness* vem sendo referido como um treinamento atencional que pode envolver práticas meditativas, técnicas, programas ou protocolos padronizados (Germer, 2016; Crane et al., 2017), a seção seguinte irá explorar os principais protocolos voltados para a clínica e as principais medidas para avaliação do *mindfulness*.

Práticas e medidas em *Mindfulness*

Entre as principais práticas para o treinamento de *mindfulness* está o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), em português: Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*, proposto por Jon Kabat-Zinn na década de 1980. O MBSR surgiu em um contexto hospitalar americano, através da integração entre a filosofia budista de meditação com as práticas médicas e psicológicas ocidentais (Kabat-Zinn, 1982). O referido protocolo foi

aplicado em um grupo de 51 pacientes com dor crônica e que não melhoraram com os tratamentos médicos tradicionais (Kabat-Zinn, 1982).

Os resultados do estudo desenvolvido por Kabat-Zinn apontaram que depois de 10 semanas, após completar o curso, 65% dos pacientes observaram uma redução da dor em aproximadamente 1/3 (um terço), enquanto que para metade dos pacientes, o índice de dor caiu em mais de 50% (Kabat-Zinn, 1982). O estudo concluiu que o *mindfulness* pode ser utilizado como base para um programa comportamental, a partir de evidências que apontaram a eficácia na autorregulação de pacientes com dor crônica.

Na perspectiva de Kabat-Zinn (2011), o objetivo do MBSR não estaria associado a uma tentativa de descontextualizar os ensinamentos budistas da sua proposta científica, mas sim, em recontextualizar tal filosofia dentro do modelo científico e da saúde. Neste contexto, Kabat-Zinn (2011) sempre acreditou que estaria ensinando às pessoas uma habilidade a ser utilizada ao longo de toda a vida, não se tratando de uma intervenção isolada, com resultados e com resultados não-duradouros, ao entender que o *mindfulness* precisa ser percebido de dentro para fora, a partir de um modo de vida consciente (Kingsland, 2018).

Os alicerces do MBSR se situam na premissa de que a mente tende a atuar no piloto automático diante das variações do tempo e dos eventos da vida, o que faz despertar a necessidade de se desenvolver habilidades que contribuam para o desenvolvimento de uma maior autenticidade e melhor consciência acerca das experiências (Kabat-Zinn, 2017). Em outras palavras, o programa resgata a possibilidade de se voltar a si mesmo, a fim de se ouvir o próprio corpo e sua própria mente, com o intuito de se desenvolver uma autoconsciência diante das experiências do aqui e agora.

O MBSR inclui práticas formais e informais de MM e está estruturado em um programa de oito semanas, com encontros de 2 horas cada, desenvolvido semanalmente e um retiro de 8 horas ao final do processo (Cebolla & Demarzo, 2016). Ao longo de todas as sessões, os

participantes são estimulados a introduzir, informalmente, a prática de *mindfulness* em suas respectivas rotinas, em sessões de 45 minutos de duração, ao longo de 6 dias por semanas, acompanhadas por um *Compact Disc* (CD) disponibilizado com práticas guiadas gravadas, além de serem orientados a praticar a autocompaixão e autoaceitação, de modo a exercitar o ser, ao invés do fazer, através de uma postura de abertura e curiosidade (Brantley, 2005; Cebolla & Demarzo, 2016; Kozasa et al., 2015; Weiss & Noto, 2017).

Neste caminho, estudos têm demonstrado resultados satisfatórios quanto ao uso do MBSR no contexto clínico, com destaque para redução dos níveis de estresse, depressão e ansiedade em pacientes com dor crônica (Bohlmeijer et al., 2010); para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), ao promover o descentramento e um aperfeiçoamento do estado *mindful*, resultando na diminuição da preocupação e do estado ruminativo (Hoge et al., 2015); diminuição da reatividade, maior equilíbrio emocional, um aumento da atenção e maiores níveis de paciência em casais (Gillespie et al., 2015); além de efeitos significativos como tratamento isolado ou combinado com outras intervenções cognitivas para o tratamentos dos principais sintomas do câncer (Castanhel & Liberali, 2018).

Em idosos, o MBSR têm sugerido melhora dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão (Li & Bressington, 2019); redução dos sintomas de preocupação associados ao transtorno ansioso e disfunção cognitiva, melhorias na memória e funções executivas (Lenze et al., 2014); além de atuar como estratégia de prevenção e atenuação do esgotamento emocional e físico em indivíduos saudáveis, bem como, para sujeitos com episódios de estresse (Pinho et al., 2020).

Neste sentido, o MBSR serviu de base para o desenvolvimento de outros protocolos clínicos para o cultivo da atenção plena, a exemplo da *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), em português: Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, proposta por Segal, Williams e Teasdale (2002), que surgiu da combinação do MBSR com a Terapia Cognitivo

Comportamental (TCC) para depressão. O MBCT se apresenta como um programa terapêutico grupal que busca ajudar os pacientes a desenvolver estratégias para lidar com os estados de humor negativos de caráter persistente, mais especificamente para prevenir a recaída da depressão (Almeida et al., 2020; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Weiss & Noto, 2017).

Na atualidade, o MBCT vem se apresentando como uma das intervenções baseadas em *mindfulness* em maior evidência e, apesar do seu foco inicial ser direcionado para a prevenção de recaída em depressão, o referido programa também tem se mostrado efetivo para os quadros de ansiedade e outros problemas de caráter emocional (Cebolla & Demarzo, 2016; Weiss & Noto, 2017). Para Teasdale (1999), as mudanças cognitivas almejadas pelo treinamento em *mindfulness* objetivam provocar *insights* metacognitivos que promovam um entendimento total, não apenas intelectual, de que os pensamentos não descrevem a realidade. Neste sentido, “a estratégia utilizada pelo MBCT para evitar recaída consiste em ajudar os pacientes a desembaraçar-se dos processos ruminativos que costumam manter os estados depressivos” (Cebolla & Demarzo, 2016, p. 33).

De modo geral, os estudos têm apontado que o MBCT é eficaz para os casos de depressão recorrente e de TAG (Ribeiro, 2020), para a redução dos sintomas ansiosos e depressivos em pacientes bipolares com ideação ou comportamento suicida (Williams et al., 2008), para o aperfeiçoamento do estado de atenção plena (Weber et al. (2017), para o tratamento de recaída em depressão, mostrando-se ser tão eficaz quanto ao uso de medicamentos antidepressivos (Kuyken et al., 2015), para a redução da ideação suicida (Forkmann et al., 2014), além de apontar melhorias no Bem-Estar Emocional (BEE) de idosos participantes de um programa de MBCT (Splevins et al., 2009) e para o aumento da aceitação, autoconsciência, interação social e na adição de novos estilos de vida (Smith et al., 2007).

Em sequência, resultante da combinação do treinamento em *mindfulness* proposto por Kabat-Zinn (1982), através do protocolo MBSR, com o programa de prevenção de recaída com

base na terapia cognitiva-comportamental baseada em *Mindfulness* (MBCT) (Segal et al., 2002), Bowen et al. (2009) propuseram o *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP), em português: Programa de Prevenção de Recaída Baseada em *Mindfulness*, que visa promover a ampliação da autoconsciência diante dos gatilhos (internos e externos) que despertam os comportamentos associados ao abuso de substâncias. Desse modo, os clientes passam a observar a fissura como uma experiência transitória, assim como qualquer outra experiência de caráter cognitivo, emocional ou fisiológico (Sánchez, 2016; Wenzel, 2018).

Assim como no MBSR e no MBCT, o MBRP é estruturado em oito sessões semanais, com duração de 2 horas cada, em grupos de 6 a 10 participantes, para a realização de práticas meditativas orientadas, exercícios vivenciais, discussões e tarefas diárias para casa (Weiss & Noto, 2017; Wenzel, 2018). Cada sessão inclui entre 20 a 30 minutos de meditação guiada (escaneamento corporal, meditação caminhando ou meditação sentada), treinamento de habilidades experienciais, a introdução dos princípios da prevenção de recaída e o treino de práticas informais de meditação, que poderão ser implementadas na rotina diária (Weiss & Noto, 2017; Wenzel, 2018).

Neste caminho, um estudo-piloto pragmático randomizado, envolvendo análises qualitativas e quantitativas no contexto brasileiro com grupos de tabagistas, desenvolvido pela pesquisadora Isabel Cristina Weiss de Souza, com colaboração da Dra. Sarah Bowen, em parceria com o programa de tratamento do tabagismo do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, em associação com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), indicaram efeitos promissores do MBRP como abordagem complementar para a prevenção de recaídas entre dependentes de nicotina que recebiam o tratamento padrão disponibilizado pelo SUS, sugerindo menores índices de recaída entre pacientes que receberam o MBRP no acompanhamento de 6 meses (fase de manutenção do tratamento padrão), além de maiores níveis de *mindfulness* e mudanças na resposta à fissura (Souza, 2016; Weiss & Noto,

2017).

Outros programas de intervenções baseadas em *mindfulness* seguem em processo de desenvolvimento ao redor do mundo, a exemplo do MBPM (*Mindfulness-Based Pain Management*) desenvolvido por Vidyamala Burch, na Inglaterra, com base no MBSR, voltado para pessoas com dores crônicas e demais doenças de caráter crônico não-transmissíveis (Cusens et al., 2010); o MB-EAT (*Mindfulness-Based Eating Awareness Training*), constituído como uma intervenção grupal, direcionada para o tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica (Kristeller & Wolever, 2011); o MBHP (*Mindfulness-Based Health Promotion*), adaptado para o contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e da promoção de saúde (Demarzo & Garcia-Campayo, 2015) e o MSC (*Mindful Self-Compassion*), resultado da combinação do treinamento baseado em *mindfulness*, com foco para o cultivo da consciência ampla e a equanimidade para a atitude compassiva, e o treinamento de compaixão (Germer & Neff, 2019).

Tabela 1

Síntese quanto aos protocolos mais tradicionais, seus principais autores e objetivos.

Protocolo	Autores	Objetivos
<i>Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)</i>	Kabat-Zinn.(1982)	Promover a redução do estresse e a promoção de uma melhor QV.
<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)</i>	Segal et al. (2002)	Desenvolver habilidades para lidar com experiências difíceis e prevenir a recaída em depressão.
<i>Mindfulness-Based Pain Management (MBPM)</i>	Burch (2008)	Gerenciar o estresse, a dor e doenças crônicas.
<i>Mindfulness-Based Eating Awareness Training – MB-EAT</i>	Kristeller e Wolever (2011)	Promover o manejo do sobrepeso, obesidade e compulsão alimentar.
<i>Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)</i>	Bowen et al. (2009)	Promover a ampliação da autoconsciência diante dos gatilhos associados ao comportamento aditivo.

<i>Mindful Self-Compassion</i> (MSC)	Neff e Germer (2013)	Promover o cultivo da compaixão e da autocompaixão.
--------------------------------------	----------------------	---

Além disso, outros protocolos vêm sendo desenvolvidos ou adaptados para públicos específicos, a exemplo do *Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors* (MBCAS), em português: Programa de Abordagem Cognitiva Baseada em *Mindfulness* para Idosos, desenvolvido por Keller et al. (2014), baseado nos programas MBSR, MBCT e MBRP, projetado para idosos saudáveis (ou em sua grande maioria), com 65 anos ou mais. O MBCAS estrutura-se a partir de três objetivos principais, sendo: (1) ensinar os idosos a observar as experiências do momento presente com aceitação e atitude não-julgadora; (2) ensinar os idosos a identificar comportamentos ou reações automáticas desadaptativos atrelados às experiências atuais e (3) ensinar estratégias positivas para o enfrentamento das dificuldades da rotina diária (Keller et al., 2014).

O MBCAS é estruturado em 8 sessões mensais e sete sessões práticas intermediárias, diferente das demais intervenções baseadas em *mindfulness*, que geralmente, são estruturadas em 8 sessões semanais (Keller et al., 2014). A estrutura diferenciada do MBCAS, segundo os autores, justifica-se a partir do fato de que a base do programa é o autodesenvolvimento dos idosos, e isso leva tempo. Neste caminho, foi sinalizado que idosos saudáveis, geralmente, não se mostram ansiosos para seguir um programa intensivo de oito semanas, além de considerar que intervenções mais longas possibilitam uma maior oportunidade para se engajar na prática meditativa (Keller et al., 2014).

O *Mindfulness-Based Elder Care* (MBEC), em português: Programa de Cuidado do Idoso baseado em *Mindfulness*, também se constitui como uma terapia com base no *mindfulness* adaptada para idosos por Mcbee (2008a), porém com foco para um público considerado frágil e seus cuidadores. A pesquisadora, que desde 1995 vem oferecendo atendimento ao idoso com base na atenção plena, propõe o MBEC através de um modelo de

intervenção onde os participantes aprendem técnicas de meditação, ioga suave e meditação de atenção plena, na medida em que passam a integrar essas técnicas em sua rotina diária. O MBEC objetiva promover consciência acerca dos acontecimentos do momento presente, além de contribuir para o enfrentamento de doenças, da dor e as perdas vivenciadas ao longo da velhice (Mcbee, 2008a; Mcbee, 2008b).

As adaptações desenvolvidas pela pesquisadora estão atreladas ao contexto das práticas de ensino, que passam a considerar possíveis limitações físicas ou cognitivas que possam impactar ou influenciar no processo de treinamento; e na duração, a partir da introdução de sessões mais curtas, de aproximadamente 1 hora e grupos contínuos (em vez de limitados no tempo) (Mcbee, 2008a; Mcbee, 2008b). Na perspectiva da pesquisadora, o seu formato vem se mostrando ser mais acessível e viável de ser desenvolvido com idosos em instituições de longa permanência, que lidam com perdas, traumas, dores e doenças limitantes, quando comparado ao modelo tradicional do MBSR, por apresentar uma estrutura diferenciada e flexível (Mcbee, 2008a; Mcbee, 2008b; Mcbee, 2009).

Neste caminho de avanços em relação aos estudos e pesquisas acerca do *mindfulness*, alguns estudiosos do campo passaram a investir no desenvolvimento de instrumentos de medição que pudessem atender a proposta de verificar, a partir de escalas padronizadas e validadas, os níveis de atenção plena. Na literatura científica internacional, algumas escalas para medição de *mindfulness* se destacam, a exemplo da *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown & Ryan, 2003), *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (Baer, Smith, & Allen, 2004), *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) (Walach et al., 2006), *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ) (Chadwick et al., 2008), *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* (CAMS-R) (Feldman et al., 2007), *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2006).

A Escala de Consciência e Atenção *Mindfulness* (*Mindfulness Attention Awareness*

Scale - MAAS), desenvolvida por Brown e Ryan (2003), foi a primeira escala de medida de *mindfulness*, constituindo-se como a mais utilizada em pesquisas na atualidade (Sauer et al., 2013). Caracteriza-se como um instrumento autoadministrado que objetiva medir diferenças individuais a partir dos níveis dos estados de espírito e consciência ao longo do tempo, contando com 15 itens, sendo pontuada em escala Likert que varia entre 1 e 6, a partir dos pólos quase sempre e quase nunca (Brown & Ryan, 2003). No Brasil, a MAAS dispõe de evidências de validação para a população em geral apresentadas por Barros et al. (2015), a partir de um estudo que contou com 395 pessoas (unidimensionalidade ($\alpha = 0,93$), teste-reteste ($r = 0,80$) e *split half* (0,67)).

O Inventário Kentuck de Habilidades de *Mindfulness* (*Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* – KIMS), desenvolvido por Baer et al. (2004), é composto por 39 itens que buscam avaliar a competência de atenção plena e a disposição de estar consciente ao longo do dia a dia. A pontuação de cada item se dá através de uma escala Likert que varia entre 1 e 5, onde 1 significa nunca ou muito raramente e 5, quase sempre. Segundo Soler (2016), embora a KIMS ainda continue sendo utilizada até os dias atuais, o desenvolvimento da FFMQ, que surge como uma evolução da KIMS, fez com que o seu uso fosse menos frequente.

O Inventário Freiburg de *Mindfulness* (*Freiburg Mindfulness Inventory* – FMI), proposto por Walach et al. (2006), conta com 30 assertivas em sua versão estendida e 14 assertivas em sua versão simplificada, sendo indicada para o público adulto americano leigo em budismo e, conseqüentemente, sendo sugerida para contextos gerais. Os itens disponíveis neste inventário referem-se à percepção do sujeito acerca da frequência de cada assertiva durante os últimos dias, sendo pontuado em uma escala que varia de 1 (raramente) e 4 (quase sempre) (Pires et al., 2015). Segundo Soler (2016), embora a versão inicial desta escala contasse com quatro fatores, algumas inconsistências entre eles fizeram com que os autores sugerissem uma interpretação unifatorial, ao passo que estudos recentes têm apontado a vista

de dois fatores, sendo presença e aceitação (Sauer et al., 2013).

O Questionário de *Mindfulness* de Southampton (*Southampton Mindfulness Questionnaire* - SMQ), desenvolvida por Chadwick et al. (2008), busca explorar quatro áreas ou formas diferentes de reagir aos pensamentos, sendo: “(1) consciência dos pensamentos como fenômenos mentais, (2) manter a atenção em condições difíceis, (3) não julgar a presença desses pensamentos desagradáveis e, finalmente, (4) permitir o fluxo desses pensamentos, sem reação ou ruminação” (Soler, 2016, p. 48), objetivando avaliar o nível de *mindfulness* apresentado por um indivíduo mediante a presença de pensamentos, impulsos, comportamentos ou sentimentos que não estão em conformidade com as necessidades egóicas (Soler, 2016).

A Escala Cognitiva e Afetiva de *Mindfulness* revisada (*Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* - CAMS-R), proposta por Feldman et al. (2007) baseia-se na perspectiva apresentada por Kabat-Zinn (1982), sendo composta pelos 20 itens da versão original, juntamente a 17 novos itens, somando 37 itens. A CAMS-R busca avaliar quatro áreas distintas: atenção, foco no presente, consciência e aceitação/não-julgamento, além da medição do valor global de *mindfulness*. Os itens são pontuados em uma escala que varia de 1 (raramente) e 4 (quase sempre) (Pires et al., 2015; Soler, 2016).

O Questionário das cinco facetas de *Mindfulness* (*Five Facets Mindfulness Questionnaire* - FFMQ), proposto por Baer et al. (2006), parte da coleta de 112 itens dessas cinco medidas (MAAS, KIMS, FMI, SMQ e CAMS), resultando em um questionário autoadministrado de 39 itens, que busca avaliar cinco facetas de *mindfulness*: não julgamento, agir com consciência, observação, descrição e não reatividade, sendo pontuada em uma escala Likert, que varia de 1 (nunca ou raramente verdadeiro) e 5 (quase sempre ou sempre verdadeiro) (Pires et al., 2015; Soler, 2016). A FFMQ conta com evidências de validação para a população brasileira, a partir do estudo proposto por Barros et al. (2014), com 395 adultos,

com alfa de *Cronbach* total de 0,81.

Neste sentido, a fim de explorar os mecanismos de ação envolvidos na prática da atenção plena que reforçam os avanços nos estudos acerca dos protocolos baseados em *mindfulness* e das medidas de avaliação dos níveis de atenção plena, a seção seguinte buscará explorar os mecanismos psicológicos de ação e os efeitos neurobiológicos do treinamento em *mindfulness*.

Mecanismos de ação e efeitos neurobiológicos do treinamento em *mindfulness*

Ao discutir sobre a necessidade de uma estrutura teórica acerca desse construto, Hölzel et al. (2011a) destacaram que embora aparente ser uma prática de caráter simplista, o *mindfulness* refere-se a uma técnica ampla, sobretudo em termos de aplicabilidade e efeitos. Para os estudiosos, buscar compreender, de forma estruturada, o modo de funcionamento e os mecanismos de ação envolvidos neste processo se apresentam como uma tarefa relevante, principalmente por levar em consideração que há uma relativa escassez de revisões de literatura que discorrem sobre essas questões em seu corpo teórico. Neste sentido, Hölzel et al. (2011a) propõe 4 mecanismos de ação pelos quais o *mindfulness* trabalha, sendo: (1) regulação da atenção, (2) consciência corporal, (3) regulação da emoção, subdividida em (a) reavaliação e (b) exposição, exclusão e reconsolidação, e por fim, (4) mudança de perspectiva sobre si mesmo.

A regulação da atenção, associada a região cerebral que compreende o córtex cingulado anterior, enquanto componente da prática de *mindfulness*, contribuirá para manter a atenção no objeto escolhido, promovendo a estabilidade do estado de alerta, mesmo diante de estímulos concorrentes (Hölzel et al., 2011a). Para Cifre e Soler (2016), a atenção desempenha uma função importante e central no treinamento em *mindfulness*, uma vez que, diante da desatenção ocasionada por algum outro estímulo concorrente, recomenda-se, através da regulação da

atenção, voltar-se, gentilmente, para o foco original. Essa recomendação contribui para que a variabilidade da atenção se constitua como um dos primeiros fenômenos detectados no início da prática ou treinamento em *mindfulness* (Cebolla, 2016).

O movimento de retornar à atenção para o momento presente, intencionalmente, também é descrito como fonte de frustração para os meditadores iniciantes, por considerar que a atenção não se refere apenas a um resultado da prática de *mindfulness*, mas também como um elemento importante para a própria prática meditativa (Cebolla, 2016). O estudioso ainda destaca que essa sinalização é importante ser considerada uma vez que dificuldades no início da prática, que podem estar relacionadas a prejuízos de atenção, precisam ser levadas em conta.

O segundo componente, consciência corporal, favorece uma percepção ampliada acerca das experiências sensoriais, na medida em que direciona o foco para um objeto interno (Hölzel et al., 2011a). Esse mecanismo está associado a região cerebral que compreende a ínsula e a junção temporoparietal, e também contribui para maior consciência das próprias emoções. A consciência corporal, possibilitada através da capacidade de prestar atenção ao próprio corpo e perceber as sensações, vem sendo referida como uma das principais características do treinamento em *mindfulness*, considerando que em grande parte dos exercícios, o objeto atencional refere-se a uma sensação física (Cifre & Soler, 2016),

O item reavaliação, integrante do componente regulação da emoção, propõe desenvolver um novo modo de reagir aos pensamentos, sensações e as próprias emoções, a partir de uma postura menos reativa, mais acolhedora e autocompassiva, de modo a observar as experiências difíceis não apenas como ruins, mas como situações significativas e insignificantes. Esse item está associado à região do córtex pré-frontal (dorsal) (Hölzel et al., 2011a). O segundo item do componente regulação da emoção, exposição, extinção e reconsolidação, associado a região cerebral que compreende o hipocampo e amígdala, propõe uma postura de abertura às experiências, a partir do deixar-ser-afetado por elas, sem que essas

experiências interfiram no seu desempenho (Hölzel et al., 2011a).

Por fim, a componente mudança de perspectiva sobre si mesmo, propõe o desapego de uma imagem fixa de si mesmo, por considerar que nada é permanente ou imutável (Hölzel et al., 2011a). Segundo os pesquisadores, essa postura propõe uma maior clareza dos processos mentais, uma vez que os meditadores passam a ter consciência que os seus pensamentos, emoções, sensações e intuições, por mais difíceis que sejam, são transitórios e passageiros. Para Fresco et al. (2007), o desapego de uma imagem fixa de si mesmo ocorre a partir de um descentramento, caracterizado como a capacidade de observar as próprias experiências, pensamentos, emoções, sensações e sentimentos, como fenômenos temporários e mutáveis. Ou seja, refere-se a atitude de observar as experiências como se fosse a primeira vez, livrando-se de expectativas, crenças e pré-julgamentos.

Com isso, o entendimento acerca dos mecanismos de ação atrelados a prática de *mindfulness* têm possibilitado evidenciar, de forma mais precisa e sistematizada, os efeitos positivos da prática de *mindfulness* no cérebro, ao passo em que as tecnologias de imagem têm permitido realizar o registro, na medida em que as pessoas meditam, das zonas cerebrais associadas a tais efeitos, como a felicidade, a compaixão e a empatia (Goleman, 1999; Williams & Penman, 2011).

Os efeitos da prática de *mindfulness* estão associados à capacidade do cérebro de modificar a sua estrutura, chamada de neuroplasticidade (Lazar, 2016). Além disso, para que seja feito o armazenamento de informações que poderão ser utilizadas em um outro momento, os neurônios, em alguma parte do cérebro, precisam modificar a forma como se comunicam entre si. Desta forma, quando o comportamento de trazer a atenção de volta ao momento presente é repetido diversas vezes, a fim de treinar o traço *mindfulness*, as regiões atreladas a atividade cerebral acabam mudando de forma gradativa, ao passo que novos padrões passam a direcionar o comportamento humano, ao passo que essas alterações estruturais acabam

sustentando os novos padrões, mesmo quando a pessoa não está praticando a meditação (Lazar, 2016).

Powell (2014) também demonstrou que o treinamento em *mindfulness* contribui para a produção de neuroplasticidade, além de destacar que a prática também acarreta em um aumento de substância cinzenta em regiões do cérebro ligadas aos processos de aprendizagem, regulação das emoções, memória e consciência. Neste seguimento, Hölzel et al. (2011b) sinalizaram efeitos positivos da prática de *mindfulness* no aumento da concentração da matéria cinzenta do hipocampo esquerdo, através de imagens registradas por meio de ressonância magnética, em participantes de um programa baseado em *mindfulness* de oito semanas, sugerindo que a prática diária da atenção plena favorece uma melhor regulação das emoções, além de contribuir nos mecanismos de neuroplasticidade.

Para Zeidan (2015), mesmo com apenas três ou quatro dias de prática, ou até mesmo em pessoas sem nenhum treinamento, mas que apresentavam um nível significativo de *mindfulness*, foi observado uma atividade cerebral maior nas regiões que correspondem o córtex cingulado e ao córtex pré-frontal, ambas, associadas a uma capacidade metacognitiva de reconhecer experiências subjetivas que acontecem no agora. Ainda segundo o autor, estudos têm demonstrado que as práticas de *mindfulness* também têm contribuído para o aumento das atividades cerebrais associadas às regiões da percepção sensitiva, ao passo em que esta técnica desenvolve uma maior habilidade atencional associada aos sentidos de modo geral (Sant'Anna, 2020).

No estudo de Brefczynski-Lewis et al. (2007), a prática da meditação contribuiu para a ativação em regiões relacionadas à atenção e ao córtex visual. Para Newberg e Iversen (2003), a ativação do córtex pré-frontal e outras regiões cerebrais, relacionadas ao foco, então correlacionadas com atividades que envolvem o desenvolvimento da atenção por um longo período, considerando que a MM envolve, de forma intensa, o treinamento da atenção. Pace et

al. (2009), sinalizaram que a prática da MM contribui para a promoção de QV, ao diminuir a ativação fisiológica associada ao estresse. Isso ocorre graças à redução dos níveis do hormônio cortisol, em decorrência da prática meditativa.

Segundo Lazar (2016), os estudos que discorrem sobre as alterações nas estruturas cerebrais que surgem como resultado da prática de *mindfulness*, em sua grande maioria, evidenciaram que as modificações nos níveis de estresse provocadas pela prática de MM estavam associadas a mudanças na densidade da substância cinzenta da amígdala. Além disso, os estudos acrescentam evidências neurais acerca das contribuições da prática de *mindfulness* no humor, na regulação das emoções e, em caráter particular, na maneira como as pessoas lidam com situações difíceis e estressantes do seu dia a dia, quando não estão praticando a meditação. Neste sentido, a seção seguinte irá explorar a relação entre *mindfulness* e BES, a partir de uma aproximação entre os mecanismos de ação e os efeitos no modo como as pessoas avaliam as várias dimensões de suas vidas.

***Mindfulness* e Bem-Estar Subjetivo (BES)**

O BES envolve componentes como felicidade, equilíbrio hedônico, realização, SV e estresse, mantendo em seu centro a avaliação afetiva e cognitiva acerca da própria vida (Kim-Prieto et al., 2005). Para Diener (2000), o BES possibilita com que o sujeito avalie se é ou não feliz, o que justifica o fato de que no campo da Psicologia Positiva, o BES vem sendo descrito como o estudo científico da felicidade (Seligman, 2009). Segundo Costa (2015), o BES baseia-se na acumulação do prazer e da evitação da dor, também o caracterizando este construto como uma avaliação subjetiva da felicidade.

Neste caminho, o BES envolve uma dimensão afetiva, que abrange o AP e AN, descritos como às reações emocionais atreladas aos eventos do cotidiano; e uma dimensão cognitiva, que abarca a SV, descrita como a avaliação subjetiva acerca da própria vida, partindo

de critérios particulares (Freire, 2001; Siqueira & Padovam, 2008). Em outras palavras, as emoções positivas e negativas estão atreladas a experiência emocional subjetiva conectada aos níveis de QV do sujeito, enquanto que a SV se refere a avaliação cognitiva que o sujeito promove acerca da sua QV (Diener & Suh, 2000).

De acordo com Ferreira (2021), para que o sujeito promova o seu BES, o mesmo necessita de um equilíbrio entre corpo e mente, o que perpassa uma atitude “*mindful*”, a partir de uma orientação para o momento presente, abertura a novas informações, elaboração continuada de novas categorias e distinções, sensibilidade aos diversos contextos e uma maior consciência acerca das múltiplas possibilidades. Ainda segundo a estudiosa, a atenção plena no momento presente contribui para a promoção do BE ao desafiar crenças prévias e ao promover resultados mais positivos acerca da própria experiência. Em outras palavras, ao adicionar clareza e vivacidade às experiências, o *mindfulness* pode contribuir diretamente para a promoção do BES ao longo do curso de vida (Brown & Ryan, 2003).

Desta forma, algumas evidências têm sugerido que a atenção plena está relacionada a uma maior afetividade positiva, a uma melhor percepção de SV e menor afetividade negativa (Collard et al., 2008; Hanley et al., 2015; Schutte & Malouff, 2011). Isso implica em dizer que os mecanismos envolvidos na prática da atenção plena contribuem para aumentar os níveis de APs e de SV, e a minimizar o ANs, especialmente por ampliar a capacidade de se envolver e experimentar os acontecimentos a partir de uma ótica mais positiva, e por aprimorar as habilidades de autorregulação emocional que possibilitam avaliações mais adaptativas e uma maior consciência acerca do aqui e agora (Brown & Ryan, 2003).

Os elementos que compõem o estado mental ou psicológico de atenção plena são considerados como potenciais antídotos eficazes contra diferentes formas de sofrimento psíquico, a exemplo da ansiedade, depressão, medo, raiva, ruminação, entre outros (Keng et al., 2011). Com isso, ao estar atento ao momento presente de forma intencional, mediante uma

postura de abertura, curiosidade e aceitação sem julgamento, o sujeito observa o que está acontecendo a sua volta e se percebe inserido neste contexto, diante do retorno à interioridade e da consciência metacognitiva dos próprios pensamentos, emoções, impulsos e sensações frente aos fatores estressores da rotina de relações interpessoais estabelecidas no ambiente em que se vive e trabalha (Demarzo, 2018).

O *mindfulness* prenuncia estados emocionais mais positivos, o que envolve observar as experiências sem criticá-las e em ofertar compaixão diante das próprias experiências, em uma tentativa de captar os pensamentos negativos antes que eles o direcionem em uma espiral descendente (Brown & Ryan, 2003; Williams & Penman, 2015). Com a prática contínua da atenção plena, o sujeito observará mudanças de longo prazo no seu estado de humor e em seus níveis de BES, além de estar mais prevenido contra o surgimento de diferentes psicopatologias, a exemplo da depressão, a ansiedade e estresse (Williams & Penman, 2015).

Destarte, a capacidade de sustentar a atenção de forma intencionalmente permite com que o sujeito não fique preso na elaboração automática e desnecessária da experiência e das suas associações, que conseqüentemente, resultam em pensamentos ruminativos (Vandenberghe & Souza, 2006). O estado psicológico *mindfulness* também colabora para que pensamentos, sentimentos, sensações e emoções possam se apresentar de forma espontânea, principalmente por considerar o caráter de abertura e aceitação frente a própria experiência, libertando-se dos filtros de crenças, expectativas, defesas e suposições (Vandenberghe & Souza, 2006)

A atenção plena viabiliza uma profunda consciência da vida, através da produção de *insights* que possibilitam com que o sujeito deixe de viver no piloto automático e viva o momento presente (Santamaría et al., 2006). O agir no piloto automático está associado ao modo de vida pautado em hábitos que influenciam o modo de funcionamento dos pensamentos; em informações antigas não analisadas, que acabam sendo empregadas como referenciais em

situações do presente, e na utilização de regras inflexíveis e antiquadas que influenciam no manejo de recursos e metas a serem atingidas (Langer, 1989; Langer & Weinman, 1981; Vandenberghe & Assunção, 2009).

Além disso, a prática da atenção plena introduz um espaço vazio entre a capacidade de perceber e responder aos estímulos e acontecimentos do cotidiano, a partir do desenvolvimento de respostas reflexivas e mais conscientes (Santamaría et al., 2006). Essa resposta reflexiva também surge como um pensamento bem-adaptado à resolução de problemas do cotidiano, podendo reduzir o impacto negativo provocado pela ruminação; caracterizado pela evocação de lembranças negativas que se perpetuam em forma de cadeia (Zanon, 2009). Para a Teoria do Estilo de Resposta, como apresentado por Zanon et al. (2012), a ruminação se caracteriza como uma das diferentes formas de se reagir a eventos estressores.

Em outras palavras, o pensamento ruminativo caracteriza-se por uma espécie de cadeia de pensamentos negativos que acabam permanecendo por um longo período de tempo, que varia de pessoa para pessoa, mas que apresenta uma forma de ruminar semelhante (Zanon, 2009). Neste sentido, enquanto algumas pessoas evitam pensar na situação estressora, através da introdução de estratégias ou atividades que objetivem resolver seus problemas, outras acabam direcionando a sua atenção de forma passiva diante do estado de humor negativo, gerando a ruminação (Zanon et al., 2012).

Por outro lado, o cultivo da atenção plena consente ao praticante uma maior habilidade perceptiva, por meio de visões mais profundas de si e da vida, na medida em que introduzem essas práticas na sua rotina diária (Kabat-Zinn, 2017). Para Germer (2016), *mindfulness* constitui-se como uma habilidade que favorece uma postura menos reativa aos acontecimentos do momento presente, sendo uma forma de relacionar-se com toda experiência, seja ela negativa, positiva ou neutra, objetivando uma diminuição do sofrimento e um aumento do BES.

Neste sentido, a atenção plena está positivamente correlacionada com o BES (Chang et

al., 2015), sendo observado que o estar atento no momento presente influencia a forma como o sujeito avalia os diferentes aspectos da sua vida, especialmente por considerar que a prática de *mindfulness* inclui refletir e desenvolver uma identidade subjetiva; pensar sobre questões atreladas ao controle e abertura; promover uma maior consciência de si e do ambiente; ajuizar sobre momentos importantes e relevantes da vida; e sustentar um equilíbrio acerca das diferentes dimensões de sua vida (trabalho, família, amigos, entre outros) (Shier & Graham, 2011).

O treinamento em *mindfulness* também tem se mostrado eficaz no aumento da compaixão, na promoção da felicidade, na redução da raiva disfuncional e da desesperança, ao passo que esses achados reforçaram a noção de que a atenção plena atua como um fator protetivo na saúde psicológica (Jue & Ha, 2022). Além disso, as autoras observaram que a atenção plena promove o BES e reduz o medo relacionado a COVID-19, a partir da manutenção e ampliação dos APs e da redução dos ANs.

Neste caminho, Neff e Germer (2019) sinalizaram que a própria atitude autocompassiva, presente na prática de *mindfulness*, tem apresentado benefícios para o BES das pessoas, uma vez que sujeitos com níveis mais elevados de autocompaixão tendem a sentir maior felicidade, SV e motivação, assim como, dispor de melhores relacionamentos, maior saúde física e menor sintomatologia depressiva e ansiosa. Ainda segundo os estudiosos, a autocompaixão surge na experiência da atenção plena, especialmente quando se depara com o sofrimento inevitável.

Destarte, o *mindfulness* convida o sujeito a se abrir frente os eventos negativos com ampla consciência amorosa, enquanto que a autocompaixão acrescenta gentileza e aceitação em meio ao sofrimento, de modo que ambos contribuem para a promoção de calor e conectividade durante os momentos desafiadoras da vida (Neff & Germer, 2019). Essa relação auxilia na promoção do BES, ao ampliar a afetividade positiva e a SV, bem como, a uma maior

consciência acerca dos acontecimentos da vida, a partir do entendimento de que o sofrimento faz parte da condição humana comum (Neff, 2003).

Para Walsh et al. (2019), a aceitação disposicional tem contribuído para que os praticantes de *mindfulness* apresentem um aumento geral da aceitação ao longo do tempo, o que por consequência, influencia na forma como estes se relacionam com suas experiências internas e externas, e isso inclui uma avaliação subjetiva acerca de tais acontecimentos. Com isso, o estudo proposto por Klussman et al. (2020), evidenciou que a atenção plena reforçou a autoconexão, entendida como uma consciência de si mesmo, uma aceitação de si mesmo com base nesta consciência e um alinhamento do comportamento alheio com essa consciência; o que por sua vez, contribuiu para aumentar o BES dos praticantes, com destaque para melhores indicadores de SV.

Esses resultados são possíveis uma vez que segundo Hölzel et al. (2011a), existem duas estratégias diferentes envolvidas na regulação de emoções, a saber: reavaliação, entendida como a capacidade de reconstruir eventos negativos a partir de uma perspectiva mais positiva, significativa e benéfica; e a reconsolidação, entendida como a capacidade de se deixar afetar pelas experiências, sem se envolver em reatividade interna, o que inclui uma postura de aceitação frente às próprias emoções, sensações, pensamentos e demais experiências. Além disso, a prática da atenção plena contribui para que o sujeito perceba que as suas emoções, sensações e pensamentos não descrevem a sua realidade, por meio das atitudes de abertura, observação e curiosidade, que conduzem a mudanças cognitivas que ampliam a sua consciência acerca do momento presente (Teasdale, 1999).

A observação sem avaliações dos próprios pensamentos, emoções e sensações contribui para treinar a habilidade de observar e pensar acerca das próprias cognições, o que por consequência, promove um distanciamento ou descentramento da própria experiência (Cebolla, 2016). Para o estudioso, “Ao promover o não julgamento, o que se treina é uma

atitude de aceitação, permitindo que o mesmo sujeito aproxime-se de sua forma de pensar e de seus padrões” (p. 68); resultando na redução de estilos cognitivos desadaptativos, a exemplo da preocupação e da ruminação.

Esses processos contribuem para a promoção do BES na medida em que auxiliam na capacidade de regular emoções negativas e a promover mudanças cognitivas que distanciam o sujeito de estilos cognitivos desadaptativos que o colocam em uma espiral de sofrimento, ruminação e preocupação (Cebolla, 2016; Hölzel et al., 2011a). Neste sentido, a atenção plena encoraja o sujeito a perceber com maior precisão as suas próprias emoções e as dos outros, e assim, promover a regulação de forma efetiva (Wang & Kong, 2014).

Considerações finais

O *mindfulness* que conhecemos no ocidente recebeu fortes influências da filosofia budista em seu percurso histórico, especialmente, a partir da aproximação da psicologia budista com a psicoterapia ocidental. Ao longo da história, a Psicologia demonstrou interesse pelas práticas meditativas, mas foi apenas com as contribuições da psicóloga Ellen Langer e do médico norteamericano Jon Kabat-Zinn, a partir da aproximação da tradição meditativa ocidental com o contexto clínico (Vandenberghe & Assunção, 2009), que a prática e o construto da atenção plena, como vem sendo traduzida, recebeu maior destaque.

Em linhas gerais, o *mindfulness* vem representando uma verdadeira revolução no campo da psicoterapia, ao ser referida como uma estratégia psicológica eficaz para a promoção de BES e SM, para a regulação emocional e enquanto um recurso adaptativo para os eventos estressores do cotidiano (Cebolla & Demarzo, 2016). Entende-se, a partir da literatura, que o treinamento em *mindfulness* pode ser uma estratégia psicológica positiva para promover o BES e alcançar melhores desfechos ao longo do curso de vida, principalmente por compreender que os mecanismos de ação envolvidos na prática de *mindfulness* atuam como verdadeiros

antídotos contra diferentes formas de sofrimento psíquico, além do fato de que a prática da meditação de atenção plena favorece melhorias das funções emoções e cognitivas do sujeito (Bishop et al., 2004; Keng et al., 2011).

Neste caminho, o treinamento em *mindfulness*, que pode ser desenvolvido através das práticas meditativas em atenção plena informais ou através dos protocolos voltados para a clínica, a exemplo do MBSR, MBCT e o MBRP, listados como os mais tradicionais, assim como, outros protocolos desenvolvidos para contextos específicos, a exemplo do MB-EAT, voltado para a compulsão alimentar periódica; o MBHP, voltado para o contexto da atenção primária à saúde e da promoção de saúde; o MSC, para o treinamento da autocompaixão com base na atenção plena; e os programas adaptados para o contexto de idosos saudáveis (MBCAS), e idosos frágeis (MBEC), vem sendo apontado como estratégias positivas para a redução dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, tratamento da dor crônica, aprimoramento do traço de atenção plena, entre outros, o que resulta em benefícios na saúde física, mental e emocional dos praticantes (Demarzo & Garcia-Campayo, 2015; Germer & Neff, 2019; Keller et al., 2014; Kristeller & Wolever, 2011; Kuyken et al., 2015; Lenze et al., 2014; Mcbee, 2008a; Weiss & Noto, 2017).

A prática de *mindfulness*, que nunca deve ser encarada como uma psicoterapia isolada ou como um modelo substitutivo a outras intervenções, muito menos ser utilizada de forma indiscriminada (Cebolla, 2016), também tem sido correlacionada com a autocompaixão, seja enquanto um tipo de meditação, que permitirá uma maior aceitação de si mesmo com atenção, receptividade e incondicionalidade (Salzberg, 2011), assim como, enquanto um programa para o cultivo da autocompaixão com base na atenção plena, ao partir do pressuposto de que a compaixão sempre foi um entendida como um item importante para o treinamento em *mindfulness* (Germer & Neff, 2019). Com isso, o capítulo a seguir buscará explorar os aspectos históricos e conceituais da autocompaixão, principais práticas, mecanismos e efeitos.

Referências

- Almeida, N. O., Demarzo, M., & Neufeld, C. B. (2020). Terapia cognitiva baseada em mindfulness no atendimento clínico individual de depressão. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 16(3), 55-63. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165509>
- Atanes, A. C. M. (2013). *Associações de Mindfulness, estresse percebido e bem-estar subjetivo entre profissionais da atenção primária à Saúde* [Dissertação de mestrado, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)]. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23052>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191–206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- 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>
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, M. T. (2015). Evidences of validity of the brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., Ronzani, T. M. (2014). Validity evidence of the brazilian version of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 317-327. <https://doi.org/10.1590/S0102->

37722014000300009

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 539–544. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance abuse*, 30(4), 295–305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Brantley, J. (2005). Mindfulness-based stress reduction. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 131–145). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_5
- Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *PNAS*, 104(27), 11483-11488. <https://doi.org/10.1073/pnas.0606552104>
- 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>
- Burch, V. (2008). *Living With Pain and Illness*. Piatkus.
- Castanhel, F. D., & Liberali, R. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction on breast cancer symptoms: systematic review and meta-analysis. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 16(4),

- 1-10. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018RW4383
- Cebolla, A. J. (2009). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión* [Tese de Doutorado, Universidade de Valência]. <http://hdl.handle.net/10550/15677>
- Cebolla, A. (2016). Por que e para que praticar mindfulness? Mecanismos de ação e eficácia. In A. C. I. Martí, J. García-Compayo, & M. Demarzo (Eds), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 57-71). Palas Athena.
- Cebolla, A., & Demarzo, M. (2016). O que é mindfulness?. In A. C. I. Martí, J. García-Campayo, & M. Demarzo (Orgs), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 19-35) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *The British journal of clinical psychology*, 47(4), 451–455. <https://doi.org/10.1348/014466508X314891>
- Chang, J. H., Huang, C. L. & Lin, Y. C. (2015). Mindfulness, Basic Psychological Needs Fulfillment, and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 16, 1149–1162. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9551-2>
- Cifre, I. & Soler, J. (2016). Mindfulness e neuroimagem. O cérebro das pessoas que pratica. In A. C. I. Martí, J. García-Campayo, & M. Demarzo (Orgs), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 19-35) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Collard, P., Avny, N., & Boniwell, I. (2008). Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of Mindfulness and Subjective Well-Being. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(4), 323–336. <https://doi.org/10.1080/09515070802602112>
- Costa, H. M. M. (2015). *Os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar*

- psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/32438>
- Coutiño, M. A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, 47(6), 990-999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1), 63–78. <https://doi.org/10.1002/cpp.653>
- Ricard, M., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2014). Mind of the meditator - Contemplative practices that extend back thousands of years show a multitude of benefits for both body and mind. *Revista Scientific American Brasil*, 13(151), 28-35. <https://emcrit.org/wp-content/uploads/2016/05/scientificamerican1114-38.pdf>
- Demarzo, M. M. P. (2018). *Mindfulness e promoção da saúde* [Tese de Livre Docência, Universidade Federal de São Paulo]. <https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Demarzo/publication/329612114>
- Demarzo, M., & Garcia-Campayo, J. (2015). *Manual Prático de Mindfulness: curiosidade e aceitação*. Palas Athena.
- Diener, E., & Suh, E. M. (Eds.). (2000). *Culture and subjective well-being*. The MIT Press.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CMS-R). *Journal of Psychopathology and*

- Behavioral Assessment*, 29(3), 177–190. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Ferreira, A. B. H. (2014). *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa – Com chave de acesso para versão eletrônica* (5. ed.). Positivo Editora.
- Ferreira, M. P. A. (2021). *Avaliação da eficácia de um programa de mindfulness no bem-estar* [Dissertação de mestrado, Universidade da Madeira]. <http://hdl.handle.net/10400.13/4081>
- Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., Os, J. V., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1883–1890. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.043>
- Freire, S. A. (2001). *Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251584>
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(3), 447–455. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.447>
- Fulton, P. R., & Siegel, R. D. (2016). Psicologia budista e psicologia ocidental. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Org.), *Mindfulness e psicoterapia* (2nd Ed). Artmed.
- Germer, C. & Neff, K. D. (2019). Mindful Self-Compassion (MSC). In I. Itzvan (Ed.) *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education* (pp. 357-367). Routledge.
- Germer, C. K. (2016). Mindfulness: o que é? Qual é a sua importância. In C. K. Germer, R. D.

- Siegel, & P. R. Fulton (Org.), *Mindfulness e psicoterapia* (2nd Ed). Artmed.
- Gillespie, B., Davey, M. P., & Flemke, E. K. (2015). Intimate partners' perspectives on the relational effects of mindfulness-based stress reduction training: A qualitative research study. *Contemporary Family Therapy*, 37(4), 396-407. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9350-x>
- Goleman, D. (1999). *A arte da meditação: um guia para a meditação* (D. DeMasi, Trad.). Sextante.
- Guranatana, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville. Wisdom.
- Hanh, T. N. (1975). *The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation*. Beacon Press.
- Hanley, A., Warner, A., & Garland, E. L. (2015). Associations between mindfulness, psychological well-being, and subjective well-being with respect to contemplative practice. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 16(6), 1423–1436. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9569-5>
- Hoge, E. A., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D. J., Ojserkis, R. A., Fresco, D. M., & Simon, N. M. (2015). Change in Decentering Mediates Improvement in Anxiety in Mindfulness-Based Stress Reduction for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive therapy and research*, 39(2), 228–235. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9646-4>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011a). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011b). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*, 191(1), 36–43.

<https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006>

Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7, 109–119.

<https://doi.org/10.3758/CABN.7.2.109>

Jue, J., & Ha, J. H. (2022). Art therapists' fear of COVID-19, subjective well-being, and mindfulness. *The Arts in Psychotherapy*, 77, 1-7.

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101881>

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(1), 33-47.

[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)

Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.

<https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>

Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total: Como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*. Editora Palas Athena.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1986). Four-year follow-up of a meditation-based stress reduction program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.

<https://doi.org/10.1097/00002508-198602030-00004>

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic medicine*, 60(5), 625–632. <https://doi.org/10.1097/00006842-199809000-00020>

- Keller, B. Z., Singh, N. N., & Winton, A. S. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors (MBCAS): Program Development and Implementation. *Mindfulness*, 5(4), 453–459. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0262-2>
- Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C., & Diener, M. (2005). Integrating The Diverse Definitions of Happiness: A Time-Sequential Framework of Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 6, 261–300. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-7226-8>
- Kingsland, J. (2018) *Budismo e meditação mindfulness: a neurociência da atenção plena e a busca pela iluminação espiritual* (M. B. Cipolla, Trad.). Cultrix.
- Klussman, K., Curtin, N., Langer, J., & Nichols, A. L. (2020). Examining the effect of mindfulness on well-being: self-connection as a mediator. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 14, 1-7. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.29>
- Kozasa, E. H., Little, S., & Souza, I. C. W. (2015). Programa de redução de estresse baseado em mindfulness. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (pp. 104-126). Sinopsys.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Shah, P., Sutton, H., ... Byford, S. (2015).

- Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 386(9988), 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Reading, Da Capo.
- Langer, E. J., & Weinman, C. (1981). When thinking disrupts intellectual performance: Mindfulness on an overlearned task. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 7(2), 240–243. <https://doi.org/10.1177/014616728172009>
- Lazar, S. W. (2016). A neurobiologia de mindfulness. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Org.), *Mindfulness e psicoterapia* (2nd Ed). Artmed.
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., Doré, P., & Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(10), 991–1000. <https://doi.org/10.1002/gps.4086>
- Li, S. Y. H., & Bressington, D. (2019), The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 635-656. <https://doi.org/10.1111/inm.12568>
- Mapurunga, M. V. (2020). *Efeitos do programa de promoção da saúde baseado em Mindfulness – MBHP na qualidade de vida de idosos: um estudo de intervenção controlado e randomizado* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo]. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/60121>
- Markus, P. M. N., & Lisboa, C. S. M. (2015). Mindfulness e seus benefícios nas atividades de trabalho e no ambiente organizacional. *Revista da Graduação*, 8(1), 1-15. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/20733>

- McBee, L. (2008a) *Mindfulness-Based Elder Care*. Springer Publishing.
- McBee, L. (2008b). *Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers*. Springer Publishing Co.
- McBee, L. (2009). Mindfulness-Based Elder Care: Communicating Mindfulness to Frail Elders and Their Caregivers. In: Didonna F. (Eds.), *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_24
- Menezes, C. B., Klamt-Conceição, I., & Melo, W. V. (2014). Mindfulness (2014). In: Melo, WV. (Org). *Estratégias Psicoterápicas e a Terceira onda em Terapia Cognitiva* (pp. 209-234). Sinopsys.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- 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>
- Neff, K., & Germer, C. (2019). *Manual de mindfulness e autocompaixão: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo*. Artmed.
- Newberg, A. B., & Iversen, J. (2003). The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical hypotheses*, 61(2), 282–291. [https://doi.org/10.1016/s0306-9877\(03\)00175-0](https://doi.org/10.1016/s0306-9877(03)00175-0)
- Olendzki, A. (2016). As raízes de mindfulness. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Org.), *Mindfulness e psicoterapia* (2nd Ed). Artmed.
- Pace, T. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Issa, M. J., & Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*,

- 34(1), 87–98. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011>
- Pastor, L. C. D. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness* [Tese de Doutorado, Universidade de Gravada]. <http://hdl.handle.net/10481/2177>
- Pinho, P. H., Carnevalli, L. M., Santos, R. O., & Lacerda, L. C. S. (2020). Mindfulness no contexto dos transtornos mentais: uma revisão integrativa. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 16(3), 105-117. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166027>
- Pires, J. G., Nunes, M. F. O., Demarzo, M. M. P., & Nunes, C. H. S. S. (2015). Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: uma revisão. *Avaliação Psicológica*, 14(3), 329-338. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712015000300005&lng=pt&tlng=pt
- Pollak, S. M. Ensinar mindfulness em terapia. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Org.), *Mindfulness e psicoterapia* (2nd Ed). Artmed.
- Powell S. K. (2014). Mindfulness: another tool in the case managers' toolbox. *Professional case management*, 19(4), 159–160. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000041>
- Ribeiro, L. L. G. (2020). *Intervenções baseadas em mindfulness no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: revisão de literatura* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de São Paulo]. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58922>
- Rimponché, S. (2006). *El libro Tibetano de la vida y la muerte*. Urano.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação* (M. A. V. Veronese, Trad.). Artmed.
- Salzberg, S. (2011). *Real happiness: the power of mindfulness*. Workman.
- Sánchez, R. G. (2016). *Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo* [Tese de Doutorado, Universidade de Valência].

<http://hdl.handle.net/10550/54143>

- Sant'Anna, J. L. (2020). *Enfrentamento do câncer e seu tratamento em crianças: uma proposta de programa de intervenção usando práticas de mindfulness* [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/17056>
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: técnicas milenarias para padres del Siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 157-175. <https://www.researchgate.net/publication/235430718>
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S. et al. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4, 3–17. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0122-5>
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116–1119. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.037>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. The Guilford Press.
- Seligman, M. (2009). *Felicidade autêntica: usando a Psicologia Positiva para a realização permanente*. Objetiva.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shier, M. L, & Graham, J. R. (2011). Mindfulness, Subjective Well-Being, and Social Work: Insight into their Interconnection from Social Work Practitioners. *The International Journal*, 30(1), 29-44. <https://doi.org/10.1080/02615471003763188>
- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>

- Smith, A., Graham, L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: a qualitative study. *Aging & mental health*, 11(3), 346–357. <https://doi.org/10.1080/13607860601086256>
- Soler, J. (2016). Avaliação de Mindfulness. In A. C. I. Martí, J. García-Campayo, & M. Demarzo (Orgs), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 19-35) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Sopezki, D. S. (2017). *Viabilidade e eficácia preliminar de uma intervenção baseada em mindfulness nos sintomas de burnout em profissionais da atenção primária à saúde: estudo controlado* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo]. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/49130>
- Souza, I. C. W. (2016). *Avaliação da efetividade do programa de Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) como estratégia adjunta ao tratamento da dependência de tabaco*. [Tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo]. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/47303>
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & mental health*, 13(3), 328–335. <https://doi.org/10.1080/13607860802459807>
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E)
- Vandenberghe, L., & Assunção, A. B. (2009). Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos Clínicos*, 2(2), 124-135. <http://doi.org/10.4013/ctc.2009.22.07>
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&tlng=pt

- 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/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Walsh, K. M., Saab, B. J., & Farb, N. A. (2019). Effects of a Mindfulness Meditation App on Subjective Well-Being: Active Randomized Controlled Trial and Experience Sampling Study. *JMIR mental health*, 6(1). <https://doi.org/10.2196/10844>
- Wang, Y., & Kong, F. (2014). The Role of Emotional Intelligence in the Impact of Mindfulness on Life Satisfaction and Mental Distress. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 116(3), 843-852. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0327-6>
- Waszczuk, M. A., Zavos, H. M., Antonova, E., Haworth, C. M., Plomin, R., & Eley, T. C. (2015). A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depression and anxiety*, 32(4), 254–261. <https://doi.org/10.1002/da.22326>
- Weber, B., Sala, L., Gex-Fabry, M., Docteur, A., Gorwood, P., Cordera, P., Bondolfi, G., Jermann, F., Aubry, J. M., & Mirabel-Sarron, C. (2017). Self-Reported Long-Term Benefits of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Disorder. *Journal of alternative and complementary medicine*, 23(7), 534–540. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0427>
- Weiss, I., & Noto, A. R. (2017). Tratamentos em grupos baseados em Mindfulness. In C. B. Neufeld, B. P. Rangé (Orgs), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática*. Artmed.
- Wenzel, A. (2018). *Inovações em terapia cognitivo-comportamental: intervenções*

estratégicas para uma prática criativa. Artmed.

Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., Hepburn, S., & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 275–279.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>

Williams, M., & Penman, D. (2015). *Atenção plena*. Sextante.

Yün, H. (2011). *Budismo Significados Profundos* (2. Ed.). Escrituras Editora.

Zanon, C. (2009). *Relações da ruminação e reflexão com bem-estar subjetivo, facetas do neuroticismo e sexo* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://hdl.handle.net/10183/15876>

Zanon, C., Borsa, J. C., Bandeira, D. R., & Hutz, C. S. (2012). Relações entre pensamento ruminativo e facetas do neuroticismo. *Estudos de Psicologia*. 29(2), 173-181.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200003>

Zeidan, F. (2015). The neurobiology of mindfulness meditation. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 171–189). The Guilford Press.

- ESTUDO 3 -

Autocompaixão e bem-estar subjetivo: uma revisão narrativa

Resumo

Esta revisão narrativa buscou compreender as bases históricas, conceituais e práticas da autocompaixão e o seu papel na promoção do bem-estar subjetivo (BES). Para dar conta deste objetivo, inicialmente, foi realizada uma contextualização do conceito de autocompaixão a partir da definição geral do construto da compaixão. Na sequência, discorreu-se sobre os aspectos históricos, conceituais e mecanismos de ação envolvidos na atitude de ofertar bondade e cordialidade diante da própria experiência de sofrimento, apresentando os principais protocolos voltados para o contexto clínico e medidas de avaliação do traço de autocompaixão. Por fim, foi realizada uma aproximação do construto da autocompaixão com o BES, com destaque para as experiências vividas na velhice. Neste sentido, destacou-se os principais efeitos da autocompaixão enquanto uma habilidade psicológica positiva de adaptação e enfrentamentos aos desafios da vida e da velhice na promoção de bem-estar ao longo do desenvolvimento.

Palavras-chave: compaixão, autocompaixão, mecanismos de ação, medidas de avaliação, bem-estar subjetivo.

Abstract

This narrative review sought to understand the historical, conceptual, and practical bases of self-compassion and its role in promoting subjective well-being (SWB). To accomplish this objective, initially, contextualization of the concept of self-compassion was performed based on the general definition of the construct of compassion. Afterward, the historical and conceptual aspects and mechanisms of action involved in the attitude of offering kindness and cordiality in the face of the suffering experience itself were discussed, presenting the main protocols aimed at the clinical context and measures for evaluating the trait of self-compassion. Finally, an approximation of the construct of self-compassion with subjective well-being was carried out, with emphasis on the experiences lived in old age. In this sense, the main effects of self-compassion were highlighted as a positive psychological ability to adapt and face the challenges of life and old age in promoting well-being throughout development.

Keywords: compassion, self-compassion, mechanisms of action, assessment measures, subjective well-being.

Introdução

Em seu primeiro artigo sobre a temática da compaixão direcionada a si próprio, Neff (2003a) aponta que a definição de autocompaixão está relacionada com a conceituação geral de compaixão, que envolve ser tocado pelo sofrimento dos outros, a partir de uma postura de abertura e aceitação, a fim de fazer surgir sentimentos de bondade para com os outros, que despertarão o desejo em ajudá-lo a ficar livre de tal experiência. Neste sentido, a estudiosa sinaliza que a autocompaixão envolve ser tocado pelo próprio sofrimento, sem evitá-lo ou ignorá-lo, ao passo que essa dinâmica promoverá o desejo de aliviá-lo e curar-se com bondade, gentileza e cordialidade.

Neste caminho, observa-se que a autocompaixão tem recebido grande destaque no contexto científico nos últimos anos, com mais de 200 artigos publicados e um número significativo de dissertações investigando a temática desde 2003, quando o primeiro artigo foi publicado (Neff & Dahm, 2015). Descobriu-se que a autocompaixão se constitui como um mecanismo-chave para a eficácia das intervenções baseadas em *mindfulness*, a exemplo do MBSR e do MBCT (Germer & Neff, 2013), além de ser um recurso psicológico positivo para a redução de diferentes formas de adoecimento psicológico ao longo do curso de vida (Schanche, 2011).

Em linhas gerais, quando o sujeito oferta compaixão a si próprio, este será capaz de se permitir sentir maior segurança emocional, a partir de uma menor autocondenação (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Essa atitude possibilitará com que este perceba, compreenda e corrija pensamentos desadaptativos, sentimentos negativos e comportamentos disfuncionais (Neff, 2003a). Neste sentido, ao contrário de entendimentos que associam a autocompaixão com uma postura de passividade, Neff (2003a) destaca que o sujeito não deve temer que a autocompaixão conduza a esse modo, uma vez que ofertar compaixão a si mesmo requer, necessariamente, que o sujeito assuma uma atitude de não julgamento diante de suas falhas e imperfeições, ao passo

que a falta de autocompaixão, por outro lado, é que estaria relacionada a um caráter de passividade frente às experiências vividas.

Com isso, alguns estudos têm apontado que a autocompaixão pode contribuir para aumentar a resiliência mental, para ajudar a diminuir a prevalência de psicopatologias (Heidweiller & Klaassen, 2021), para reduzir a autocritica (Neff & Germer, 2019; Neff et al. 2007a; Wakelin et al., 2022) e para a promoção de BE (Allen & Leary, 2010; Neff, 2003a; Zessin et al., 2015). Além disso, a autocompaixão se mostrou benéfica contra o sofrimento psicológico em adolescentes (Marsh et al., 2018), para reduzir a vergonha, os sintomas de Tratamento do Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão relacionada ao estupro (Bhuptani & Messman, 2021), ansiedade social (Bates et al., 2021) e para amortizar as reações negativas relacionadas a gagueira (Croft & Byrd, 2020).

Outros estudos também sugeriram que a autocompaixão pode atuar como um fator protetivo contra o surgimento de Burnout entre profissionais da saúde (Hashem & Zeinoun, 2020); como um facilitador do enfrentamento positivo (Allen & Leary, 2010); como uma estratégia capaz de melhorar a qualidade subjetiva do sono (Butz & Stahlberg, 2020); e como um recurso para precaver a obesidade (Shaw & Cassidy, 2022), a compulsão alimentar (Serpell et al., 2020) e a ideação suicida entre adolescentes com insatisfação corporal (Qi et al., 2022).

Em idosos, a autocompaixão tem se mostrado ser eficaz para melhorar a resiliência e para reduzir os sintomas de ansiedade e estresse, além de atuar como uma estratégia psicológica positiva de enfrentamento (Perez-Blasco et al. 2016). No estudo proposto por Farokhzadian e Mirderekvand (2018), a terapia focada na autocompaixão contribuiu para diminuir a depressão e aumentar o BEP de idosos, ao passo que o estudo desenvolvido por Bijaeyeh et al. (2021), foi sugerido que o treinamento de autocompaixão se apresentou como um recurso eficaz para se desenvolver em lares de idosos, especialmente quando se pretende promover resiliência, SV e características psicológicas positivas em mulheres idosas.

Neste sentido, entendendo que a autocompaixão representa um recurso positivo de enfrentamento diante dos eventos negativos da vida (Allen & Leary, 2010), estando relacionada ao funcionamento psicológico adaptativo (Neff et al, 2007a), ao promover um contexto amigável, de aceitação e bondade diante da ocorrência de eventos críticos ao longo do curso de vida (Diedrich et al., 2014), torna-se relevante compreender as bases históricas, conceituais e práticas deste construto psicológico, especialmente para entender o seu papel na promoção BES na velhice. Para o desenvolvimento desta revisão narrativa de literatura, buscou-se informações em livros, teses, dissertações e artigos indexados nas bases Scopus, PubMed, Web of Science, Pepsic, Scielo, APA PsycNet e Periódicos CAPES, acessadas através do acesso CAFE, fazendo uso dos seguintes termos: *compassion, self-compassion, mechanisms of action, evaluation measures* e *subjective well-being*.

Compaixão: da filosofia budista à psicoterapia

O conceito, benefícios e orientações para o cultivo da compaixão estão presentes e são reconhecidos pelas tradições contemplativas e pela filosofia Budista há milhares de anos, ao passo que nas últimas décadas, o estudo da compaixão vem demonstrando que esse construto possui grandes efeitos psicológicos e fisiológicos, que influenciam no BE, na SM e nos comportamentos sociais (Gilbert, 2020). De acordo com Garcia-Campayo e Cebolla (2018), este conceito se encontra amplamente difundido e possui uma grande importância para diferentes culturas e religiões, sendo referido em conotações específicas.

Os fundamentos do Budismo partem das Quatro Nobres Verdades, que sugerem que 1) a vida é sofrimento (*Dukkha Satya*): a primeira verdade aponta que a existência é insatisfatória e repleta de sofrimento; 2) a causa do sofrimento é o desejo (*Samudaya Satya*): a origem da dor é causada pela sede, pela apetência insaciável, que pode estar associada a um objeto de prazer, a existência ou a não existência; 3) O sofrimento pode ter um fim (*Nirodha Satya*): essa

verdade está relacionada à possibilidade de pôr fim ao ciclo dos nascimentos e das mortes, ao destacar que a experiência da dor pode ser cessada e 4) existe um caminho para acabar com o sofrimento (*Magga Satya*): há uma via, um caminho, que conduz à cessação da dor, sistematizada pelo Buda como o Caminho do Ótuplo (Diniz, 2010). O Caminho do Ótuplo, por sua vez, é constituído por passos, que ao serem seguidos, não necessariamente em ordem, contribuirão para a eliminação do sofrimento, a saber: 1) compreensão correta; 2) pensamento correto; 3) fala correta; 4) ação correta; 5) existência correta; 6) esforço correto; 7) atenção correta e 8) concentração correta (Diniz, 2010).

De acordo com Silva e Homenko (1990), para que o ser humano seja perfeito, segundo o budismo, este deverá cultivar, de forma igual, duas qualidades, a saber: compaixão e sabedoria, que devem permanecer juntas e indissolúveis. A compaixão inclui o amor universal, a tolerância e a caridade (dimensão afetiva), enquanto que a sabedoria representa as qualidades da mente. Desta forma, se um sujeito desenvolve apenas a dimensão afetiva e deixa de lado a dimensão mental, será um tolo de bom coração. Bem como, se cuida da sua dimensão mental e ignora a dimensão afetiva, tende a se tornar um intelectual insensível, frio e sem sentimentos para com os demais. Com isso, a conduta ética, baseada no amor e na compaixão envolve três fatores do Caminho do Ótuplo, a saber: a) fala correta: que envolve deixar de lado a linguagem bruta, rude, ofensiva e injuriosa; b) ação correta: a fim de cultivar uma postura moral honrosa e pacífica, almejando contribuir com as outras pessoas da mesma forma e por fim, 3) existência correta: que conduz o sujeito a adquirir o BE concreto e espiritual próprio, ajudando as demais pessoas da mesma forma.

Destarte, a definição de compaixão difundida no ocidente sofreu grande influência da tradição budista, principalmente pela importância dada ao *mindfulness* e ao tema da compaixão por este contexto, refletindo na criação de vários protocolos terapêuticos baseados na compaixão e na atenção plena (Garcia-Campayo & Cebolla, 2018). Para Dalai Lama (2002), a

compaixão refere-se ao desejo de que todos os seres de sentidos estejam livres da experiência do sofrimento. Neste caminho, Ribaudi (2018) destaca que o conceito de compaixão, segundo a perspectiva budista, pode ser dividido em três diferentes aspectos, a saber: 1) dimensão afetiva: sentimento de preocupação; 2) dimensão cognitiva: capacidade de perceber o sofrimento alheio e 3) dimensão motivacional: o desejo de aliviar o sofrimento do outro.

Uma das origens da palavra compaixão vem do latim, *compati*, que significa “sofrer com”, que sinaliza uma inclinação do ser humano em demonstrar sensibilidade pelo sofrimento do outro, a partir de um claro desejo de oferecer ajuda (Gilbert, 2017). Goetz et al. (2010) corroboraram com essa definição ao destacarem que a compaixão seria o sentimento que emerge ao presenciar o sofrimento alheio e que desperta um desejo de oferecer auxílio. Neste sentido, a perspectiva conceitual apresentada por Goetz et al. (2010) define este construto como um estado afetivo, a partir de um sentimento subjetivo específico, que consequentemente, difere dos tratamentos de compaixão como uma atitude.

Por outro lado, uma análise fatorial que buscou avaliar as diferentes definições de compaixão, através de percepções psicológicas budistas, Strauss et al. (2016) identificaram cinco componentes comuns, a saber: 1) reconhecimento do sofrimento; 2) compreensão da sua universalidade; 3) sentir simpatia, empatia ou preocupação com o sofrimento alheio; 4) expressar tolerância à angústia atrelada ao presenciar o sofrimento e 5) motivação para ajudar o outro em sofrimento. Para Negi et al. (2018), a compaixão surge mediante a sensação de conexão, assim como, diante do afeto em relação aos outros. Além disso, “A psicologia budista refere-se com frequência à ideia de que a compaixão cresce a partir de uma tomada de consciência da interdependência mútua” (p. 99).

Para Feldman e Kuyken (2011), a compaixão refere-se a uma resposta relacionada à experiência da dor, da tristeza e do sentimento de angústia, que inclui empatia, bondade, generosidade e aceitação. Na perspectiva de Neff (2003a), a compaixão também envolve

ofertar compreensão, sem julgamento, para aqueles que falham ou apresentam erros, a fim de que tais atitudes e ações sejam encaradas como parte da condição humana comum. Em contrapartida, Garcia-Campayo e Cebolla (2018) destacaram que a pessoa que desenvolve esse sentimento não necessariamente sofrerá como a outra pessoa na qual se direciona compaixão, mas sim, ficará marcada pelo sofrimento alheio. Para os estudiosos, isso significa dizer que, por um momento, a pessoa deixa de pensar em si mesma para se aproximar e acompanhar a outra pessoa.

Para Gilbert (2017), a compaixão também abarca a prevenção do sofrimento, a partir de uma percepção empática frente às necessidades das outras pessoas, ao entender que o ser humano possui uma série de competências socialmente inteligentes recém-evolutivas que transformam o desejo de cuidar em uma disposição social compassiva. Nas palavras de Gilbert e Choden (2013), a compaixão pode contribuir para desenvolver a bondade, o apoio e a motivação para se promover a coragem para colocar em prática as ações necessárias do cotidiano. Por outro lado, os estudiosos sinalizaram que é necessário tomar cuidado para não simplificar a compaixão a um único conceito, ao entender que ao longo dos anos este construto esteve associado a outros termos, a exemplo da bondade, da simpatia e do amor altruísta.

Para Ribaudi (2018), é provável que os componentes comumente mais associados à compaixão sejam o amor e a bondade amorosa. Para o estudioso, a amabilidade é conceituada como uma atitude cálida e compreensiva com as outras pessoas, sendo oposição ao que é crítico, severo e avaliativo. Entretanto, segundo Garcia-Campayo e Cebolla (2018), existe diferença entre compaixão e bondade amorosa, sendo a presença ou não de sofrimento o principal determinante para conceber tais conceitos. Neste sentido, “Se não existe sofrimento, o desejo de que outros sejam felizes é “bondade amorosa” (*metta, loving kindness*). Se há sofrimento, o desejo de que os outros estejam livres dele é “compaixão” (*karuna*)” (Garcia-Campayo & Cebolla, 2018, p. 30).

Além disso, ao apresentar a compaixão a partir do ponto de vista evolutivo, Gilbert (2020) sugere um fundo motivacional, a partir de três tarefas básicas, a saber: 1) há uma motivação para se evitar danos, prejuízos e perdas; 2) existe uma motivação que busca garantir os recursos necessários para abonar a sobrevivência e a reprodução da espécie e 3) há uma capacidade para atenuar esses motivos a fim de alcançar novos comportamentos sociais. Neste sentido, assim como a atenção plena, a compaixão também pode ser treinada e aprimorada, através de práticas mentais, protocolos e programas voltados para o contexto terapêutico (Cebolla et al., 2017).

O modelo evolucionista de Gilbert sinaliza que o potencial para a compaixão evoluiu com o fornecimento de cuidado a partir do sistema de apego, ao observar que a compaixão faz com que as pessoas se sintam seguras e calmas (Gilbert e Tirsch, 2009). Este modelo sugere que o fornecimento de compaixão surge de habilidades motivacionais, cognitivas e emocionais específicas, que podem ser treinadas através da prática compassiva, por meio de seis componentes importantes, a saber: 1) a compaixão requer o desenvolvimento de uma motivação para cuidado do BE de si e dos outros; 2) ampliar sensibilidade diante do próprio sofrimento e necessidades e dos outros; 3) desenvolver a própria habilidade para simpatia, a partir de uma abertura pelos sentimentos, sofrimento e necessidades dos outros; 4) promover a capacidade de ser tolerante ao sofrimento e as emoções dos outros, sem evitá-las ou dominá-las; 5) aumentar a empatia, a partir de competências imagéticas e cognitivas; e 6) desenvolver a capacidade de não julgar, a fim de afastar de condenações e acusações (Gilbert e Tirsch, 2009).

Com base na psicologia evolutiva e na biologia, a Terapia Focada na Compaixão (*Compassion Focused Therapy* – CFT), desenvolvida pelo psicólogo britânico Paul Gilbert, dá grande importância aos conceitos de vergonha e autocrítica (García-Campayo et al., 2018). Para Gilbert (2014), a CFT está baseada em uma análise evolucionista e funcional de sistemas básicos atrelados a motivação social, a exemplo da vivência em grupos; da procura por

parceiros(as) sexuais; formação de hierarquias; o cuidado com os iguais, entre outros, e a diferentes sistemas emocionais, a exemplo de procurar recursos e estados de alacridade e/ou segurança, a responder a ameaças, entre outros.

Segundo Gilbert (2020), uma das principais fontes de inspiração para a CFT está relacionada ao fato de que enquanto trabalhavam com a TCC, os clientes acabavam gerando pensamentos úteis para neutralizar os negativos, agressivos e autocríticos, mas que nem sempre eram úteis. Segundo Gilbert (2014), a CFT adaptou e incluiu conceitos da teoria junguiana de arquétipos e conceitos evolucionistas atrelados a modularização e encapsulamento com teorias motivacionais, com o intuito de apresentar o conceito de mentalidades sociais. Para o estudioso, as mentalidades sociais estão arraigadas em sistemas motivacionais inatos, de modo que, quando acionadas, colaboram para aparelhar uma série de funções psicológicas como atenção, cognição, emoção e comportamentos relacionados ao alcance de metas.

Mediante esse contexto, Gilbert destacou que o foco da CFT seria então os sentimentos das alternativas, e não apenas o conteúdo, uma vez que o foco exagerado no conteúdo não se mostra útil em clientes com um alto nível de vergonha (Gilbert, 2010). Ainda segundo Gilbert (2010), a mudança de foco promovida para as texturas emocionais dos pensamentos alternativos acabou revelando dois aspectos importantes do trabalho com a compaixão, a saber: 1) os sentimentos de calor e encorajamento estão associados a sistemas de regulação afetiva peculiares que evoluíram com apego e possuem um apoio neuro-hormonal específico e 2) algumas pessoas se mostravam resistentes e espantadas para desenvolver afetividade por si mesmas.

O sistema de calor humano parte do princípio de que muitos mamíferos, especialmente os humanos, acabam necessitando e respondem a sinais de cuidado e carinho para com os outros (Gilbert & Procter, 2006). Para Gilbert (2009) o funcionamento do ser humano se dá a partir de três sistemas biológicos, a saber: 1) sistema de satisfação, calma e segurança: constitui

a base biológica do apego, ao proporcionar segurança, paz e alegria, sendo ativado em relações seguras de apego; 2) sistema de ameaça e proteção: possibilita detectar as ameaças do mundo externo, acarretando na produção de emoções como ansiedade, medo, irritação e aversão, além de poder ser ativado mediante estímulos internos, a exemplo do medo do futuro, ruminação e a autocrítica; e 3) sistema de conquista: responsável por estimular o ser a buscar por alimentos, por segurança e a encontrar os recursos necessários para se viver (García-Campayo et al., 2018).

Em termos práticos, a CFT sempre inicia abrindo espaço para aparelhar e treinar a própria mente, a partir da aplicação do *mindfulness* como estratégia para o foco da atenção (García-Campayo et al., 2018). O *mindfulness* se correlaciona com a prática da autocompaixão uma vez que, segundo Morón (2018), a mera prática da atenção plena requer uma atitude amistosa e livre de julgamentos, o que já sugere, por si só, uma atitude compassiva com a experiência que desabrocha no aqui e agora. Para Gilbert e Tirsch (2009), alguns praticantes de *mindfulness* apontaram que a compaixão atua como uma qualidade emergente da mente juntamente com a prática da atenção plena, o que reforça a relação destes dois construtos.

Além da CFT, outros protocolos para cultivo da compaixão se destacam, a exemplo do Treinamento em compaixão de base cognitiva (*Cognitive-Based Compassion Training – CBCT*), desenvolvido pelo lama tibetano Lobsang Tenzin Negi, em colaboração com a Universidade de Emory e a Biblioteca de Obras e Arquivos Tibetanos (*Library of Tibetan Works and Archives*), caracterizado como um programa de oito semanas, que inclui práticas para o desenvolvimento da atenção e da estabilidade mental, seguida de um aprofundamento progressivo de práticas para o cultivo da compaixão, com o intuito de promover uma profunda transformação da mente, a partir de uma postura mais centrada em si e nos outros, e do desenvolvimento de uma consciência mais ampla acerca da interconexão entre todos os seres humanos (Simón, 2016).

Outro programa com base na compaixão é o Treinamento no cultivo da compaixão (*Compassion Cultivation Training* – CCT), proposto por Thupten Jinpa, em colaboração com o Centro para Pesquisas e Educação em Compaixão e Altruísmo (*Center for Compassion and Altruism Research and Education* – CCARE), da Universidade de Stanford (Simón, 2016). Para o estudioso, o CCT se constitui como um programa estruturado em seis passos, distribuídos em sessões semanais com duas horas de duração, ao longo de oito semanas, a partir do desenvolvimento progressivo da compaixão

Deste modo, as práticas baseadas na compaixão vêm recebendo grandes contribuições das pesquisas neurocientíficas, que acabaram se tornando grandes aliadas na divulgação e nos estudos de eficácia desses protocolos (Barrós-Loscertales & Cebolla, 2018). De acordo com Simón (2016), o estudo neural da compaixão deve perpassar os sistemas encarregados de gerar sentimentos de segurança, bondade e filiação. Neste caminho, os estudos de Lutz et al. (2006) e Enger e Singer (2015) citados por Barrós-Loscertales e Cebolla (2018) observaram que a prática da compaixão contribuiu para aumentar a reatividade da amígdala a excitações emocionais como provável resposta do acrescentamento da sensibilidade emocional; além de favorecer o AP, em vez de reduzir o AN, como ocorre na prática de *mindfulness*.

Ainda segundo Barrós-Loscertales e Cebolla (2018), o estado de compaixão, durante o treinamento, acaba contribuindo para acrescentar a atividade cerebral do córtex cingulado anterior e do pré-cúneo durante o processamento das emoções positivas. Além disso, o cultivo da compaixão se mostrou associado a um aumento no AP, a partir da ativação cerebral de regiões como córtex orbitofrontal medial, putâmen, o globo pálido, a substância negra, a área tegmental ventral e a ínsula, que foram associadas pela literatura com a recompensa, afiliação e ao amor.

No estudo de Klimecki et al. (2014), a compaixão se mostrou associada a sentimentos positivos de carinho e preocupação pelo outro, sinalizando um aumento da ativação nas regiões

cerebrais que correspondem à recompensa e afiliação. Ainda segundo o estudo, a prática da compaixão contribuiu para o aumento do AP e diminuição do AN de volta aos níveis basais, sugerindo que a promoção da compaixão contribui para o fortalecimento da afetividade positiva, sem deixar de lado a experiência de sofrimento ou em gerar mudanças na realidade negativa.

Destarte, os avanços neste campo abriram espaço para o estudo da compaixão direcionada para si próprio, também chamada de autocompaixão, entendida como a capacidade de ofertar a si próprio a mesma postura de cuidado, gentileza e bondade que espontaneamente se oferece às outras pessoas em momentos de sofrimento (Jinpa, 2016). Neste sentido, com o intuito de explorar o construto da autocompaixão, o tópico a seguir irá explorar as suas bases teóricas, principais definições, componentes e sua aproximação com o contexto da psicoterapia.

Autocompaixão: aspectos históricos, conceituais e mecanismos de ação

A temática da autocompaixão, no contexto das pesquisas científicas, surgiu nos primeiros anos do século XXI, com a publicação do artigo intitulado “*Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*”, produzido pela psicóloga norte-americana Kristin Neff, em 2003. A definição de autocompaixão mais conhecida possui raízes na tradição budista, com base no modelo *Theravada*, no qual vêm influenciando as formas contemporâneas do ensino da prática meditativa da compaixão (Anālayo & Dhammadinnā, 2021).

Neste contexto, professores budistas da atualidade visualizam a autocompaixão como um importante passo para o cultivo mais geral da compaixão (Anālayo & Dhammadinnā, 2021). De acordo com Jinpa et al. (2013), a capacidade de se conectar genuinamente com os próprios sentimentos e necessidades, com gentileza e bondade, se constitui como ponto

importante para o desenvolvimento genuíno da compaixão por outras pessoas, especialmente por estranhos ou adversários. Em contrapartida, ao não conseguir desenvolver uma postura mais afetuosa e bondosa diante das próprias falhas e imperfeições, o sujeito tenderá a enfrentar maiores dificuldades para assumir uma atitude mais compassiva com o outro em sofrimento.

Para Neff (2003a), a autocompaixão está estreitamente relacionada com a definição geral de compaixão, que abarca ser tocado pelo sofrimento alheio através de uma postura de cuidado, bondade e acolhimento, mediado por um desejo de aliviar a dor do outro. Para a estudiosa, a compaixão direcionada a si próprio envolve oferecer compreensão, sem julgamento, para com a própria experiência de sofrimento, dor, inadequações e erros, em uma tentativa de visualizar tal contexto como parte da experiência humana comum. Em outras palavras, a atitude autocompassiva implica em visualizar a própria vivência à luz da experiência humana compartilhada, de modo a reconhecer que o fracasso, o sofrimento, a dor e as inadequações são comuns a condição humana e que todas os seres humanos, incluindo a si mesmo, são dignos de compaixão (Neff, 2003a).

Para Neff e Germer (2019), muitas pessoas temem que a autocompaixão seja apenas uma forma de ofertar piedade a si próprio, o que para os autores não procede, uma vez que a compaixão direcionada a si próprio atua como um antídoto para a autopiedade, ao reconhecer que a vida é difícil para todas as pessoas. Além disso, os estudiosos também destacam que a autocompaixão não deve ser confundida com autoestima, uma vez que esta última se refere a uma avaliação positiva do próprio valor e uma certa atitude de se sentir melhor do que os outros, enquanto que a autocompaixão não se trata de um julgamento ou uma avaliação, muito menos uma supervalorização de si em relação aos outros, por reconhecer que todos os seres possuem suas imperfeições.

A autoestima tende a ser uma excelente “amiga” em momentos bons e prazerosos, entretanto, se torna uma grande “inimiga” em momentos de falhas, erros e imperfeições,

enquanto que a autocompaixão assume um papel importante de apoio em momentos de fragilidades e que envolvem erros, ao convidar o sujeito a assumir uma postura de gentileza e bondade quando o orgulho é ferido (Neff & Germer, 2019). Na visão de Neff (2003a), a autocompaixão representa uma postura emocional positiva em relação a si mesmo, não se baseando em avaliações de do seu próprio desempenho e dos outros, ou na busca por padrões ideais. Ao contrário disso, a autocompaixão remove todo o processo de autoavaliação, seja ele positivo ou negativo, direcionando sua atenção para os sentimentos de compaixão em relação a si mesmo e no reconhecimento de que o sofrimento faz parte da condição humana comum.

De acordo com Souza (2020), existem diferenças culturais que parecem interferir na habilidade de oferecer compaixão para si próprio, principalmente por considerar que a cultura ocidental, na qual a competitividade se apresenta como um valor central, acaba interferindo na forma como o sujeito se relaciona consigo mesmo, ao não apresentar condições valorais para que este pratique o cultivo da compaixão consigo mesmo. Essa dinâmica acaba contribuindo para que essas pessoas acabem não se tratando com gentileza, principalmente por considerar que desde cedo são estimuladas a se abordarem a partir de uma perspectiva mais crítica e dura com elas mesmas (Souza, 2020).

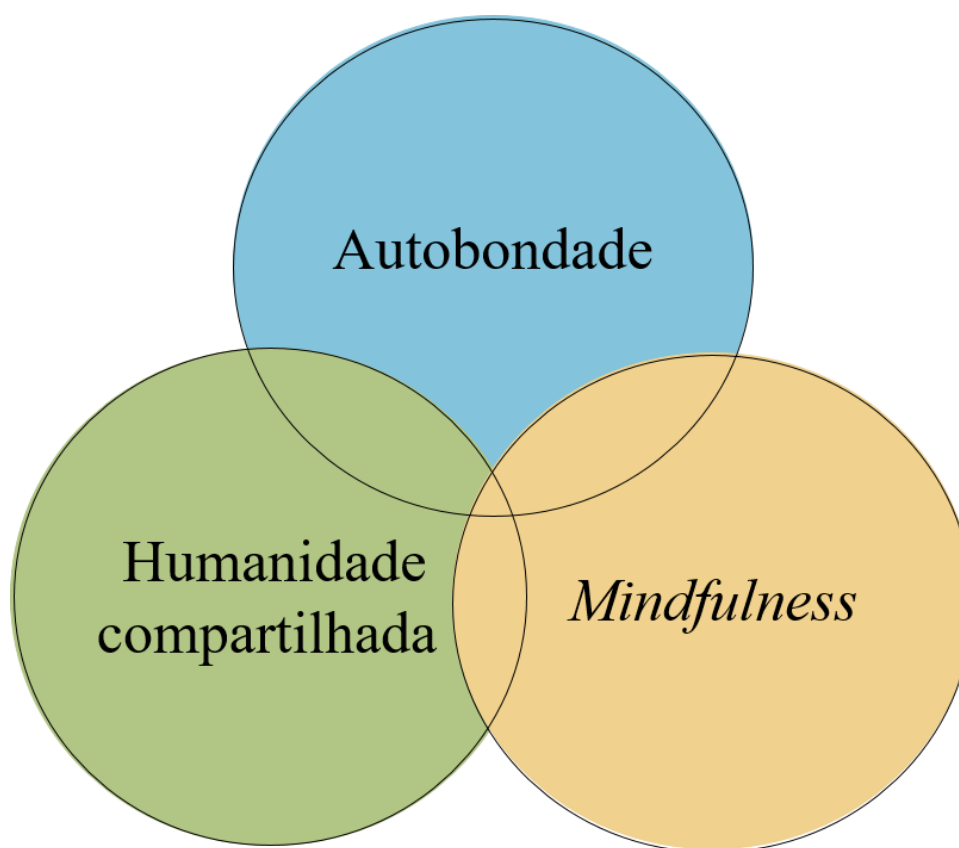
Relacionado a isso, existe o entendimento de que ser autocompassivo se constitui como um caminho para ser egoísta e autocentrado, o que por ventura, implicaria nas relações humanas. Ao contrário disso, Neff e Germer (2019) destacam que a autocompaixão se constitui como uma excelente estratégia para capacitar a si mesmo para ofertar mais aos outros nos relacionamentos interpessoais, visto que algumas pesquisas têm demonstrado que as pessoas autocompassivas tendem a ser mais apoiadoras e amorosas em relacionamentos afetivos, apresentam maior capacidade de resolução de conflitos e maior compaixão e misericórdia em relação às outras pessoas.

Neste caminho, a definição proposta por Neff (2003a) sugere três componentes

principais que apesar de serem conceituados separadamente, em diferentes níveis fenomenológicos, acabam se sobrepondo e interagindo de forma mútua (ver Figura 1), frente às experiências de sofrimento ou fracasso pessoal, a fim de contribuir para a manifestação da compaixão (Pommier, 2010), a saber: a) autobondade: oferecer bondade e compreensão a si mesmo, a partir de uma postura de gentileza, aceitação e cuidado; b) humanidade compartilhada: visualizar as próprias experiências como parte de uma experiência humana compartilhada; e c) *mindfulness*: assumir uma atitude mais consciente diante dos pensamentos, sentimentos, emoções e sensações (Neff, 2003a).

Figura 1

Componentes positivos da autocompaixão.



Nota. Adaptado de Neff & Germer (2019).

Além dos elementos autobondade, humanidade compartilhada e *mindfulness*, considerados como componentes positivos da autocompaixão, Neff e Germer (2019)

descreveram três componentes negativos da autocompaixão, a saber: a) autocrítica: surge da falta de bondade e cordialidade consigo mesmo diante de erros ou falhas, entendendo que é bem menos provável que o sujeito assuma uma postura acolhedora perante situações desafiadoras; b) isolamento: diante de erros, falhas ou do sentimento de inadequação, o sujeito pode cair na armadilha de acreditar que as coisas precisam ocorrer de uma determinada forma ou que alguma coisa não saiu como esperado, o que pode provocar um sentimento de solidão ante a experiência de sofrimento; e por fim, c) fixação, superidentificação ou ruminação: envolve ser submergido pelos pensamentos ou sentimentos negativos de forma excessiva, gerando um aprisionamento e ruminação frente a experiência (Neff & Germer, 2019).

Neste sentido, Neff e Germer (2019) destacaram que a autobondade contribui no combate a tendência autocrítica, ao possibilitar uma postura mais amorosa, empática e bondosa consigo mesmo, ao passo que quando situações externas na vida assumem um caráter desafiador e que parecem muito difíceis de atravessar, a autobondade refletirá em uma postura de calma e conforto. A autocompaixão também desperta um senso de interconectividade, ao passo que quando nos lembramos de que a dor é inerente à condição humana comum, cada situação de sofrimento é transformada em um momento de interconexão, fazendo distanciar-se do sentimento de solidão/isolamento. Por fim, a atenção plena no momento presente mostra-se como o primeiro passo para assumir uma nova postura frente às adversidades da vida, uma vez que esta atitude contribui para combater a tendência de evitar os pensamentos e as emoções dolorosas, ao distanciar o sujeito dos pensamentos ruminativos e ao promover maior consciência do aqui e agora.

Segundo García-Campayo e Demarzo (2018a), a descrição de autocompaixão supracitada se constitui como uma das mais utilizadas mundialmente, por ser funcional e quantificável. Para os estudiosos, a conceituação de Neff (2003a) se apresenta como a base de sustentação da Escala de Autocompaixão mais adotada em todo o planeta. A Escala de

Autocompaixão (*Self-Compassion Scale* - SCS) foi proposta por Neff (2003b), com base na teoria da autocompaixão apresentada pela mesma autora, que inicialmente foi projetada para ser composta por três fatores, assim como o seu modelo de autocompaixão (Ribaudi, 2018). Ainda segundo Ribaudi (2018), durante o desenvolvimento, a pesquisadora percebeu que os componentes negativos não eram totalmente opostos, fazendo com que a mesma desenvolvesse uma escala formada por seis subescalas, a saber: autobondade vs autojulgamento; humanidade compartilhada vs isolamento; e *mindfulness* vs superidentificação.

O estudo proposto por Neff (2003b) para avaliar a versão da Escala de Autocompaixão de 26 itens apontou que a SCS possui boa confiabilidade teste-reteste, ao obter uma pontuação geral de 0,93, e pontuações de 0,88 para a subescala autobondade, 0,88 para a subescala autojulgamento, 0,80 para a subescala humanidade compartilhada, 0,85 para o componente isolamento, 0,85 para a dimensão *mindfulness* e 0,88 para a subescala superidentificação. Os resultados deste estudo sugeriram que indivíduos com altos níveis de autocompaixão apresentaram padrões emocionais diferenciados daqueles com baixa autocompaixão. Além disso, observou-se que a atitude autocompassiva apresentou uma significativa correlação negativa com a supressão do pensamento e a ruminação, indicando que um dos aspectos importantes da autocompaixão diz respeito a atitude de não se envolver em pensamentos ruminativos ou em tentativas de suprimir as emoções experimentadas.

No geral, o estudo proposto por Neff (2003b) indicou que a Escala de Autocompaixão se apresenta como uma medida de autocompaixão psicometricamente e teoricamente válida. No Brasil, a SCS possui evidências de validação para a população geral apresentadas por Souza e Hutz (2016), de modo que a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) reforçou a estrutura de seis fatores (subescalas) da versão original, além de indicar consistência interna geral de 0,92, e resultados específicos para cada fator de 0,81 para a subescala autobondade, 0,77 para a subescala autojulgamento, 0,66 para humanidade compartilhada, 0,79 para a subescala

isolamento, 0,77 para a subescala *mindfulness* e 0,76 para superidentificação, que reforçam o uso da SCS.

A partir da SCS, Raes et al. (2011) desenvolveram uma versão curta da Escala de Autocompaixão proposta por Neff (2003b), chamada de *Self-Compassion Scale – Short Form* (SCS-SF), ao propor 12 itens, ao invés de 26 (versão original). A SCS-SF apresentou boa consistência interna (α de *Cronbach* > 0,86) e correlação quase perfeita ($r > 0,97$) quando comparada com a versão longa. A SCS-SF, que ainda não possui evidências de validação no Brasil, é recomendada quando o fator tempo se mostra importante e quando se deseja alcançar uma pontuação representativa do quantitativo geral de compaixão, ao passo que a versão longa (26 itens) é sugerida quando se tem a necessidade de obter informações mais precisas sobre as dimensões específicas da compaixão (Ribaudi, 2018).

Em 2021, Neff e colaboradores propuseram o desenvolvimento de duas medidas do estado de autocompaixão (versão curta e longa) com base na SCS, sendo: uma escala constituída por 18 itens para medir os seis componentes da autocompaixão (*State Self-Compassion Scale - Long form - SSCS-L*) e uma escala de seis itens para medir o estado global de autocompaixão (*State Self-Compassion Scale – Short form - SSCS-S*) (Neff et al., 2021). Os resultados sinalizaram que ambas as escalas parecem ser medidas válidas do estado de autocompaixão. A análise do estudo original indicou que a SSCS-L possui boas propriedades psicométricas (α total de 0,883 (pré-teste) e 0,925 (pós-teste) e CR total de 0,932 (pré-teste) e 0,966 (pós-teste)), além de observar que o modelo bifator-ESEM (autocompaixão) e os seis fatores particulares (componentes da autocompaixão) foram acatados como ideais em ambos os grupos. Em relação a SSCS-S, também foi observada uma boa consistência interna tanto no pré-teste ($\alpha = 0,716$), quanto no pós-teste ($\alpha = 0,814$), além de uma forte correlação com a SSCS-L, tanto no pré-teste quanto no pós-teste.

Desta forma, apesar da autocompaixão se configurar como uma variável disposicional,

esta habilidade é passível de ser treinada (Neff & Germer, 2013). Sobre esse ponto, Neff et al. (2007a) sinalizaram que o desenvolvimento da autocompaixão se torna mais útil vista como uma habilidade que as pessoas podem cultivar para facilitar e promover SM, e não como um traço de personalidade estático.

Com isso, um dos protocolos mais difundidos e conhecidos para o cultivo da autocompaixão é o MSC, proposto por Neff e Germer (2013). O MSC foi desenvolvido a partir da combinação do treinamento em *mindfulness* e compaixão, além de misturar um treinamento de desenvolvimento pessoal e psicoterapia, sendo projetado para a população em geral para aumentar a capacidade humana de compaixão (Germer & Neff, 2019). Para os estudiosos, o MSC depende do *mindfulness* uma vez que o sujeito precisa saber quando está sofrendo para ofertar bondade a experiência vivida e a si mesmo, além de considerar que o cultivo da autocompaixão tende a ativar emoções difíceis, pelo menos nas fases iniciais, ao passo que a atenção plena contribuirá para ajudar a ancorar, estabilizar e a cultivar a consciência no momento presente (Germer & Neff, 2019).

O MSC é composto por 8 sessões de 2 horas e 30 minutos, em encontros semanais e um retiro silencioso de 4 horas, com estrutura semelhante MBSR, proposto por Jon Kabat-Zinn; em grupos de 10 a 25 participantes em uma sala de aula, conduzidos por um ou dois professores (dependendo do número de pessoas envolvidas na prática) e co-liderado por um especialista em saúde (García-Campayo & Demarzo, 2018a; Germer & Neff, 2019). Ao longo do treinamento, os participantes aprendem *mindfulness* e autocompaixão através de uma diversidade de modalidades, a exemplo de palestras, meditações, exercícios, práticas formais e informais, poesia, vídeos e discussões, além da recomendação de pelo menos 30 minutos de prática em casa, durante as 8 semanas (Germer & Neff, 2019).

De acordo com Neff & Germer (2013), no estudo original sobre os efeitos do programa MSC, foi observado um aumento significativo dos níveis de autocompaixão após o fim da

prática, além de uma maior compaixão para com as outras pessoas e uma melhor percepção de SV. Além disso, o estudo destacou a redução de sintomas psicológicos, com destaque para a depressão, ansiedade e estresse. Para García-Campayo e Demarzo (2018a), o MSC pode ser utilizado como ferramenta terapêutica complementar, especialmente em pacientes que sofrem de autocrítica e vergonha, bem como, para promover o BEP em participantes saudáveis.

No estudo piloto proposto por Finlay-Jones et al. (2018), os resultados reforçaram os achados de Neff e Germer (2013), ao apresentar evidências iniciais que poderão servir de base para o desenvolvimento de programas que visem melhorar a saúde psicológica de mulheres em diferentes culturas. A referida investigação observou que o MSC contribuiu para aumentar os níveis de autocompaixão e compaixão para com os outros, além de reduzir o sofrimento psicológico entre mulheres chinesas, a partir de melhorias dos sintomas de depressão, ansiedade, ruminação, estresse, perfeccionismo mal adaptativo e medo da autocompaixão. Na pesquisa de Serpa et al. (2021), o MSC contribuiu para aumentar os níveis de autocompaixão, felicidade e satisfação com o papel social, além de diminuir os níveis de depressão, ansiedade, fadiga e interferência em pacientes veteranos de um centro de saúde urbano.

Na investigação de Friis et al. (2016), os resultados apontaram que o treinamento em MSC aumentou a autocompaixão e produziu reduções estatisticamente e clinicamente significativas dos níveis de depressão e no sofrimento de diabéticos, com resultados mantidos em 3 meses de acompanhamento. No estudo controlado randomizado simples-cego desenvolvido por Torrijos-Zarcero et al. (2021), que buscou examinar os efeitos do programa MSC em pacientes com dor crônica, a partir de dois braços de intervenção (MSC e TCC), demonstrou que a MSC foi mais eficaz para aumentar os níveis de autocompaixão. Além disso, observou-se que a MSC contribuiu para melhorar os sintomas de ansiedade, interferência da dor e a aceitação em pacientes com dor crônica.

Na pesquisa desenvolvida por Jimenez-Gomez et al. (2022), que comparou os

programas MBSR e MSC, foi observado que ambos os treinamentos produziram resultados benéficos em estagiários de psicologia clínica e da saúde. Em comparação a um grupo controle, tanto o MBSR quanto o MSC melhoraram as habilidades desejáveis, a exemplo da atenção plena, além de contribuírem para a redução dos sintomas de ansiedade. A investigação também sinalizou que o MSC apresentou resultados semelhantes ao treinamento MBSR quanto aos níveis de atenção plena, autocompaixão e ansiedade.

Esses efeitos são possíveis uma vez que a prática da autocompaixão, em uma perspectiva evolucionista, estimula a produção de reações fisiológicas e hormônios, que por consequência, acabam gerando sentimentos de compaixão, segurança e conexão (Gilbert, 2017). De acordo com Neff e Germer (2019), a autocompaixão está associada ao sistema de cuidados dos mamíferos. Neste sentido, diante de forças ameaçadoras e de situações de perigo, a autocompaixão promove a desativação do sistema de ameaça-defesa e ativa o sistema de cuidados, liberando ocitocina (hormônio do amor) e endorfinas (opióceos naturais do BE), que contribuem para a redução do estresse e o aumento dos sentimentos de segurança e proteção.

Segundo Neff e Germer (2019), o sistema de ameaça-defesa evoluiu de maneira que, quando o sujeito percebe uma ameaça, a região da amígdala, responsável por registrar o perigo no cérebro, é acionada. Ao ser ativada, estimula a produção de cortisol e adrenalina, e desperta no sujeito comportamentos de luta, fuga e/ou estagnação. Esse sistema atua positivamente na proteção contra ameaças direcionadas ao corpo físico, ao passo que na atualidade tal aparelho tem atuado de forma mais ativa contra as ameaças relacionadas à autoimagem ou ao autoconceito. Esse contexto, ainda segundo Neff e Germer (2019), tem despertado alguns desafios, principalmente por considerar que quando o sujeito apresenta um sentimento de inadequação, o seu autoconceito tende a se sentir ameaçado, o que por ventura, pode gerar atitudes de autocríticas.

Conforme García-Campayo et al. (2018), a autocrítica possui diferentes objetivos que

muitas vezes podem não ser exclusivamente negativas, especialmente por considerar que muitas destas foram introduzidas por pais ou professores, em uma tentativa de proteção, a fim de contribuir, por meio da crítica, com o desenvolvimento da criança. Para os estudiosos, o problema não está meramente na crítica, mas sim, na tonalidade e nas emoções negativas atreladas a ela. Para García-Campayo e Demarzo (2018b), emoções como vergonha, ódio, culpa, entre outras, são consideradas essencialmente destrutivas e influenciam no surgimento de diferentes doenças psicossomáticas e psiquiátricas. Ainda conforme os estudiosos, a teoria do apego vem sendo apontada como um dos construtos teóricos de melhor precisão para explicar a influência das emoções (sejam elas positivas ou negativas) nos relacionamentos desenvolvidos consigo mesmo e com as outras pessoas.

As Teorias do Apego fundamentam-se na necessidade do ser humano em promover vínculos afetivos com os outros, propondo uma noção de apego como um comportamento instintivo cujo foco principal é a adaptação (Brando et al., 2008). Para Bowlby (1979), o apego é caracterizado como o vínculo estabelecido entre o sujeito e o seu principal cuidador, nos primeiros anos de vida. Segundo Bowlby (1960), ao estabelecer tais vínculos, a criança, de forma gradativa, internaliza e estrutura as primeiras experiências de apego, que servirão de base para promover a regulação das emoções, dos relacionamentos e dos comportamentos nas fases seguintes da vida.

Segundo García-Campayo e Demarzo (2018b), Bowlby defendeu a perspectiva de que uma criança, ao se sentir ameaçada, ativa o seu sistema de apego e procura, de forma instintiva, a proteção dos pais. Desta forma, ao encontrar tal proteção, essa criança acaba desenvolvido o que a literatura chama de “apego seguro”, ao passo que a ausência dessa proteção acaba desencadeando uma insegurança profunda em relação aos pais (apego inseguro), o que refletirá nas relações desenvolvidas na vida adulta, que serão, geralmente, baseadas na desconfiança.

Ainda segundo García-Campayo e Demarzo (2018b), os modelos de apego, chamados

de modelo de apego seguro (pessoas que recebem cuidados adequados na infância), modelo de apego preocupado (pessoas que receberam cuidados erráticos e instáveis na infância), modelo de apego de rejeição ou evitativo (crianças cujo cuidado foi inadequado ou nulo) e o modelo de apego temeroso (cuidado frio e violento, fundamentado em punição e rejeição), acabam modulando a imagem que o sujeito constrói em relação a si mesmo, bem como, a forma como estes lidam com os eventos estressores do cotidiano.

Desta forma, Gilbert et al. (2004) destacou que quando o sujeito se depara com o fracasso em tarefas importantes, ou quando coisas não saem como o esperado, é comum que este ative comportamentos de autoataque e autocríticas. Para os estudiosos, a compaixão por si mesmo atua como uma resposta alternativa, a fim de buscar estratégias de autotranquilização e de atitudes positivas de enfrentamento. Para Neff (2011), as pessoas com baixa autocompaixão tendem a apresentar sentimentos rebaixados de autoestima, especialmente por serem muito autocríticas e duras consigo mesmas.

Neff (2009) reforçou sinalizando que a autocompaixão se apresenta como uma nova forma de se relacionar positivamente consigo mesmo, a partir de atitudes que não envolvem autoavaliações ou comparações sociais. Para Neff (2003a), a autocompaixão vem se mostrando relacionada a níveis mais altos de abordagem emocional, em vez de uma postura de enfrentamento de evitação emocional. Ainda segundo a estudiosa, pessoas autocompassivas possuem maior clareza quanto às suas próprias emoções, sentimentos e sensações, possibilitando uma maior capacidade de identificar as maneiras pelas quais as suas próprias ações podem estar mantendo ou ampliando situações estressantes.

Na perspectiva de Allen e Leary (2010), a autocompaixão envolve um certo grau de reestruturação cognitiva positiva, uma vez que pessoas mais autocompassivas interpretam eventos negativos a partir de uma óptica menos terrível. A reestruturação cognitiva positiva envolve modificar a forma como se visualiza as situações estressantes, a partir de ações de

ordens internas, a exemplo do otimismo, engajamento em pensamentos positivos e da minimização das consequências negativas. Segundo Neff et al. (2007a), a autocompaixão está relacionada ao funcionamento psicológico adaptativo e à prevenção de sintomas psicológicos desadaptativos, ligadas a mudanças no BE e na melhora dos níveis de autocompaixão.

Em síntese, Cebolla e García-Campayo (2018) sinalizaram que Kristen Neff destacou quatro mecanismos básicos envolvidos na prática da autocompaixão, a saber: 1) redução da autocritica: a autocompaixão contribui para minimizar o discurso crítico em relação a si mesmo, a partir do entendimento de que o sofrimento faz parte da condição humana comum; 2) diminuição das ruminações: pessoas autocompassivas tendem a ter menos ruminações, principalmente por considerar que a autocompaixão contribui para romper o círculo de autorreprovação; 3) uma nova percepção dos eventos negativos: a atitude autocompassiva possibilita uma nova visão e uma nova leitura diante dos eventos negativos, através de uma perspectiva mais positiva e bondosa em relação às próprias falhas e sentimentos de inadequação; e por fim, 4) regulação das emoções: a autocompaixão evita a supressão dos pensamentos, sensações e emoções indesejados, ao reconhecer que tais experiências são válidas e relevantes.

Esses mecanismos contribuem para o desenvolvimento da atitude autocompassiva, o que por consequência, promove novas respostas para lidar com os(as) erros/falhas, com os sentimentos de inadequação e com a postura crítica em relação a si mesmo, além de contribuir nos processos de enfrentamento e adaptação aos desafios, as situações estressoras do cotidiano e as mudanças relacionadas ao processo de desenvolvimento/envelhecimento. Desta forma, entendendo que a autocompaixão se refere a assumir uma postura acolhedora, bondosa e cuidadosa diante das próprias falhas e imperfeições, almejando o desenvolvimento de um interesse autêntico pelo próprio BE, por meio de uma sensibilidade, empatia e tolerância diante da própria experiência de sofrimento (Neff, 2013a), a seção seguinte irá explorar a relação entre

autocompaixão e BES na experiência da velhice.

Autocompaixão e bem-estar subjetivo (BES) na velhice

Segundo Giacomoni (2004), diferentes perspectivas têm buscado investigar a QV das pessoas ao longo do tempo, sendo o BES uma das abordagens de definição e de avaliação da QV. Para a estudiosa, o BES vem recebendo grande destaque no campo da Psicologia nas últimas décadas, sendo referido, em alguns estudos, como felicidade, estado de espírito, SV e AP. Neste sentido, a perspectiva hedonista, subjacente ao modelo do BES, guiada pelas filosofias epicurista e utilitarista, parte do princípio da cumulação da satisfação e da evitação da experiência da dor, considerando que o BE, a partir do respeito às vivências de prazer e sofrimento, pode ser elevada a uma avaliação particular da felicidade (Costa, 2015).

Para Costa (2015), o BES é constituído por uma dimensão emocional (APs e ANs), capaz de expor a (in)felicidade por meio das emoções, assim como, por uma dimensão cognitiva, capaz de expressar a SV. Em outras palavras, o bem-estar afetivo é caracterizado pela presença de APs e a ausência de ANs, enquanto que o bem-estar cognitivo se refere a avaliação cognitiva que o sujeito faz de sua vida, também denominada de SV (Diener, 1984). Para Atienza et al. (2000), a avaliação que o sujeito faz acerca da SV dependerá de como este compara as circunstâncias experimentadas ao longo da vida e como este se comporta diante de tais vivências.

Para Rocha et al. (2017), o BES atua como uma variável importante a ser ponderada em estudos no campo do envelhecimento, uma vez que a avaliação subjetiva acerca da experiência de afetos (APs e ANs) e da SV evidencia o nível de adaptação dos idosos diante das circunstâncias objetivas da vida. Desta forma, diante do envelhecimento populacional, do aumento da expectativa de vida e do alto índice de doenças crônico-degenerativa em idosos, as investigações sobre envelhecimento saudável e BES vêm se tornando foco da atenção de

diversos pesquisadores do campo da gerontologia e de profissionais da saúde (Dutra & Silva, 2014).

Segundo Diogo (2003), o BES está relacionado com o estado de saúde da pessoa idosa, o que inclui nível de funcionalidade, autonomia e a percepção do estado de saúde física. Para Torres et al. (2009), os idosos conseguem manter o BES na medida em que estes aceitam as perdas e declínios relacionados ao envelhecimento, a partir do estabelecimento de novos desejos e planos de vida, especialmente por partir do pressuposto de que o processo de desenvolvimento é marcado pela não linearidade, e pela atuação conjunta de ganhos e perdas (Neri, 2006; Neri, 2013).

Desta forma, entende-se que o curso de vida é caracterizado por influências biopsicossociais, de caráter normativo e não normativo, que conduzem e direcionam o processo de desenvolvimento individual (Baltes & Baltes, 1990). Os eventos normativos, como ocorrem em determinados momentos da vida, em idades muitas vezes bem delimitadas, acabam gerando menos impactos no curso de vida, por apresentar um maior nível de previsibilidade e um maior grau de controlabilidade (Fontes & Neri, 2012). Por outro lado, Fontes e Neri (2012) destacam que os eventos críticos de vida, também chamados de eventos não normativos ou idiossincráticos, representam um certo nível de ameaça ao senso de controle particular, graças ao seu caráter imprevisível. Ainda segundo as estudiosas, tanto os eventos negativos (doenças, morte, desemprego, acidentes, entre outros) quanto os positivos (ganhar na loteria), com ocorrência não prevista, acabam exigindo um grande esforço adaptativo por parte do sujeito.

Desta forma, ao conseguir se adaptar aos eventos críticos ocorridos ao longo do curso de vida, especialmente aqueles vinculados a perdas e declínios, a partir da introdução de estratégias de seleção de objetivos, otimização de recursos e compensação de estratégias ou comportamentos, o idoso acabará promovendo o seu BES (Capitanini & Neri, 2012). Isso implica em dizer que a forma como os idosos percebem, processam e se adaptam aos eventos

de vida irão influenciar na forma como estes avaliam os vários domínios da sua existência.

No estudo proposto por Capitanini e Neri (2012), que buscou investigar os sentimentos de solidão, BES e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas, foi evidenciado sete temas relacionados a respostas sobre o significado de BES, a saber: 1) autonomia: envolve independência e avaliações de acordo com padrões próprios; 2) autoaceitação: abrange uma atitude positiva em relação ao eu e as próprias experiências; 3) altruísmo: atitudes e sentimentos de ajuda para com as outras pessoas; 4) relações positivas: estabelecimento de relações calorosas e com base na confiança, afeição e empatia; 5) estados afetivos: vivência de emoções positivas e negativas; 6) funcionalidade física: interrelação entre BE, capacidade física e senso de competência para o desenvolvimento das necessidades pessoais e do cotidiano; e por fim, 7) espiritualidade: relação entre sentido de vida e elementos que transcendem o campo material.

Neste caminho, alguns estudos têm apontado que níveis elevados de autocompaixão e de saúde estão associados a melhores desfechos na velhice, bem como, a uma melhor associação de sucesso em relação ao envelhecimento (Allen et al., 2012; Phillips & Ferguson, 2013). Por outro lado, Strawbridge et al. (2002) destacaram que o BES atua como um critério essencial para se promover o EBS, referido como o equilíbrio gerado a partir da compensação das perdas atreladas ao envelhecimento e da otimização das potencialidades particulares (Baltes & Baltes, 1990).

Desta forma, Teixeira e Neri (2008) sinalizaram que o BES, a partir das suas dimensões, se apresenta como o componente mais importante para avaliar o sucesso do envelhecimento, o que faz despertar o interesse por estratégias psicológicas que possam contribuir para a promoção do BES, a exemplo da compaixão direcionada a si próprio, principalmente por observar que níveis mais altos de autocompaixão auxiliam o indivíduo a processar, enfrentar e manejar melhor o sofrimento inerente à condição humana, enquanto que níveis mais baixos de autocompaixão se relacionam à vergonha e ao autocriticismo (Chinchilha & Michels, 2021).

Em idosos, a autocompaixão tem se mostrado ser um preditor para o BE, além de se tornar cada vez mais importante na medida em que as pessoas atingem idades mais elevadas, por considerar que o envelhecimento pode acabar envolvendo mudanças indesejadas, como declínios na saúde física e mental, a exemplo de lapsos ou falhas, fazendo despertar atitudes autocríticas e sentimentos autodepreciativos (Allen & Leary, 2014). Machado et al. (2021) reforçam essa perspectiva ao destacar que a autocompaixão se torna importante para a SM na medida em que as pessoas envelhecem, especialmente pela tendência à declínios da saúde física, lapsos de memória e falhas na execução de atividades diárias, que por consequência, podem culminar em atitudes de autocrítica e em sentimentos de raiva e frustração em relação a si mesmo.

Um dos mecanismos básicos que sustentam as emoções negativas e que se apresenta como um preditor de depressão é o mecanismo da ruminação, caracterizado por padrões de pensamentos autocentrados, repetitivos e autocríticos (Cebolla & García-Campayo, 2018). Sobre esse ponto, Cheung et al. (2004) observaram que os sentimentos de vergonha e inferioridade se mostraram associados à ruminação da depressão, indicando que pessoas com altos níveis de pensamentos ruminativos tendem a se envergonhar, assim como, a experimentarem uma maior autocrítica em relação as suas falhas e inadequações.

Destarte, a atitude autocompassiva contribui para regular a resposta de ameaça, a partir da desativação do sistema de ameaça-defesa e ativação do sistema de cuidados, especialmente por considerar que mediante fatores estressores o sujeito tende a expressar uma tríade de reações: luta (autocrítica), fuga (isolamento) ou congelamento (ruminação) (Neff & Germer, 2019). Cebolla e García-Campayo (2018) reforçaram ao destacar que os mecanismos de ação envolvidos na prática da autocompaixão, a saber: a) diminuição da autocrítica; b) diminuição das ruminações; c) nova percepção acerca dos eventos críticos da vida e d) regulação das emoções, contribuem para uma postura mais bondosa em relação a si mesmo; para romper o

ciclo de autorreprovação, para ampliar as percepções acerca dos problemas e das situações do cotidiano, bem como, para evitar a supressão das emoções e dos pensamentos indesejados.

Desta forma, em vez de responder a essas mudanças indesejadas com autocrítica, raiva ou lamentações, a autocompaixão permitirá que as pessoas enfrentem os desafios do envelhecimento com bondade, cuidado e gentileza (Homan, 2016). Além disso, ao possibilitar um ambiente amigável e acolhedor diante dos eventos estressores, a autocompaixão colaborará para aumentar a capacidade de regulação emocional (Souza, 2020). Para Diedrich et al. (2014), a atitude autocompassiva contribui para a regulação adaptativa das emoções, especialmente por oferecer um contexto amigável, de aceitação e compaixão frente a ocorrência de eventos estressores. Na perspectiva de Trompetter et al. (2017), a autocompaixão pode ser referida como um importante mecanismo de resiliência para pessoas com SM positiva, uma vez que este recurso possibilita a regulação emocional adaptativa diante de experiências estressantes do cotidiano, além de proteger contra o surgimento de sintomas psicopatológicos.

Para Neff (2009), a autocompaixão pode auxiliar os psicólogos do desenvolvimento a entender e a promover novas formas saudáveis para se envelhecer de forma mais positiva, bem como, para manejar os desafios e para melhorar a autorrelação ao longo do curso de vida. Essas contribuições são possíveis uma vez que a autocompaixão tem se mostrado associada a busca, em termos de desejo, por níveis mais elevados de saúde física e mental e de BES, estando vinculada a uma maior iniciativa pessoal, o que sugere fazer mudanças necessárias na vida para se alcançar desfechos mais positivos, bem como, para assumir uma nova postura diante das situações de fracasso, perdas e declínios.

Segundo Neff (2003a), a atitude autocompassiva, que envolve ofertar bondade, cuidado, gentileza e aceitação diante das próprias falhas e do sentimento de inadequação, pressupõe desejar BE a si próprio, a partir da oferta de gentileza e bondade, quando necessário, e da mudança de padrões de comportamentos disfuncionais e desadaptativos. Para Castilho e

Gouveia (2011), a autocompaixão diante de experiências de fracasso ou inadequação permite uma atitude mais compreensiva, de tolerância, bondade e aceitação, a partir do reconhecimento de que o sofrimento, a ocorrência de erros e a imperfeição fazer parte da condição humana comum. Com isso, a autocompaixão atua como uma estratégia psicológica de enfrentamento que contribui para a promoção do BE e para o funcionamento psicológico positivo (Allen & Leary, 2010).

Neste caminho, estudos têm apontado que pessoas mais autocompassivas apresentam níveis mais elevados de SV, otimismo, resiliência, APs, felicidade, iniciativa pessoal, inteligência emocional e menor autocrítica, além de contribuir para a diminuição de sintomas psicopatológicos, a exemplo da depressão, ansiedade e estresse (Neff, 2003a; Neff, 2017; Neff et al., 2007b; Iskender, 2009; Zessin et al., 2015). Para Pinto-Gouveia et al. (2013), a autocompaixão, enquanto uma estratégia psicológica de regulação emocional, contribui para encorajar as pessoas a se envolverem em comportamentos mais saudáveis e adaptativos frente aos desafios e acontecimentos do cotidiano, ao possibilitar uma mudança afetiva que acarretará em benefícios na saúde e na avaliação subjetiva acerca dos aspectos de sua vida.

Desta forma, Ding e Xu (2021) destacaram que, como a autocompaixão busca promover a aceitação das próprias fraquezas e inadequações, esta habilidade pode contribuir para amenizar o sofrimento quando o idoso vivencia uma situação dolorosa desafiadora. Além disso, os estudiosos reforçaram que a autocompaixão amplia a tolerância emocional e melhora a capacidade de resiliência em adultos mais velhos que enfrentam mudanças relacionadas ao envelhecimento, contribuindo para uma maior capacidade adaptativa, para a redução de sintomas depressivos e para melhores indicadores de BES.

Segundo Neff (2003a), a autocompaixão envolve desistir de comportamentos que são prejudiciais, e isso requer desapego e coragem para assumir atitudes de mudança, mesmo que estas sejam difíceis ou dolorosas de serem colocadas em prática. Para a estudiosa, esse

movimento contribuirá para a mudança de comportamentos e para a promoção do BES, o que na velhice poderá refletir em uma melhor percepção de QV. Neff et al. (2007b) reforçaram ao destacar que o desejo de promover o BE envolvido na prática da autocompaixão é a peça fundamental para gerar mudanças significativas e positivas.

Para Phillips e Ferguson (2013), idosos autocompassivos tendem a apresentar níveis mais elevados de APs e de SV, assim como menor afetividade negativa. Ainda segundo os estudiosos, idosos que se envolvem em autocríticas, promovem a fixação em experiências adversas e/ou se sentem isolados em seu sofrimento acabam experimentando maiores níveis de ANs, ao passo que a autocompaixão surge como uma resposta para lidar com a autocrítica, com o sentimento de isolamento e com a superidentificação, ao favorecer uma atitude de acolhimento, bondade, aceitação e curiosidade frente ao próprio sofrimento, sem avaliações ou muito menos pela via da evitação, o que por consequência contribui para uma melhor avaliação subjetiva em relação a SV e a vivência de APs.

No estudo proposto por Kim e Ko (2018), foi observado que os componentes negativos da autocompaixão foram correlacionados com a idade, sugerindo que na medida que as pessoas envelhecem, estas estão mais propensas a se autojulgarem, a se isolarem e a apresentar pensamentos ruminativos. Além disso, foi apontado que a autocompaixão se mostrou fortemente associada à SV na velhice e a melhores indicadores de QV, diminuindo também os sintomas de SM, com destaque para a depressão e os distúrbios do sono. Neste sentido, os achados sugerem que a autocompaixão contribui para que idosos avaliem a sua experiência a partir de uma perspectiva mais positiva, além de influenciar nos níveis de adaptação e enfrentamento aos eventos críticos do cotidiano.

Na investigação de Li et al. (2021), com residentes chineses em quarentena durante a pandemia de COVID-19, também foi observado associações positivas entre autocompaixão e SV, ao indicar que a compaixão direcionada a si próprio, como caráter positivo, pode ofertar

recursos psicológicos em situações críticas a fim de melhorar a SV em diferentes fases do desenvolvimento, a exemplo da velhice. Em linhas gerais, os achados indicaram que níveis mais elevados de autocompaixão contribuíram para uma melhor percepção de SV durante a quarentena da COVID-19.

Na pesquisa desenvolvida por Parente et al. (2018), observou-se associações positivas e significativas entre BES e a saúde física e mental e a autocompaixão, ao passo que a ocorrência de correlações negativas só foram observadas quando se considerava, por exemplo, o AP. Observou-se também que quanto maior era a idade, pior se mostrava a percepção do estado de saúde física e mental e menos AP eram sentidos, ao que os autores relacionaram aos vários desafios vivenciados ao longo do envelhecimento. Além disso, a escolaridade esteve associada a uma maior presença de AP e uma melhor SM, indicando que a escolaridade pode atuar como um fator protetivo no envelhecimento cognitivo e na afetividade.

Ainda segundo o estudo de Parente et al. (2018), a avaliação subjetiva de SM foi melhor predita pela SV, pelos AN e pela autocompaixão, sugerindo que a SV, a atitude de encarar os acontecimentos negativos com bondade e compreensão, a partir do entendimento de que tais experiências são compartilhadas por outras pessoas, sem se superidentificarem, contribui para que os idosos avaliem a sua SM a partir de uma ótica mais positiva.

Na revisão integrativa da literatura proposta por Souza (2020), que buscou descrever a relação entre autocompaixão e BE, foi apontado que a autocompaixão foi consistentemente associada a menos pensamentos pessimistas, negativos e autocríticos, além de menos catastrofização e personalização. Foi observado que o cultivo da autocompaixão contribui para diminuir o apego a um autoconceito fixo, a partir da redução do pensamento narrativo autobiográfico. Além disso, pessoas com níveis mais elevados de autocompaixão tendem a ser naturalmente mais dispostas a reconhecer que os problemas fazem parte do curso normal da vida e que as suas dificuldades não são piores ou menores do que os problemas das outras

peessoas.

No estudo proposto por Allen et al. (2012), a autocompaixão apresentou efeitos positivos no BE geral, na SV, no funcionamento social e no EBS. Além disso, foi sinalizado que a autocompaixão pode ser particularmente relevante para idosos que experimentam eventos negativos na vida, ao considerar que a mesma parece atuar como um forte moderador na relação entre saúde física e do BES, ajudando a explicar a forma como as pessoas lidam com os eventos estressores associados ao envelhecimento.

Para Allen e Leary (2010), a forma como as pessoas enfrentam, efetivamente, os eventos estressantes da sua vida será determinante para avaliar o seu BES. Allen et al. (2012) reforçam ao destacar que as pessoas que respondem aos eventos estressores e negativos da vida com autocompaixão apresentam uma maior tendência para manter níveis mais elevados de BE ao longo da vida. Para Gilbert (2005), a autocompaixão aumenta os níveis de BE por despertar nestes um sentimento de cuidado, conectividade e calma, favorecendo assim uma atitude mais compassiva diante das próprias experiências.

Neff (2003a) também destaca que indivíduos mais autocompassivos são mais capazes de admitir erros, além de estarem mais abertos para modificar comportamentos e assumir novas possibilidades. Para Allen e Leary (2010), a autocompaixão representa um recurso valioso de enfrentamento diante dos eventos negativos da vida, principalmente por considerar que pessoas mais autocompassivas tendem a apresentar menores índices de catastrofização em relação a situações negativas, além de expressarem menor ansiedade e evitação por medo do fracasso.

Considerações Finais

Conforme destacado, a definição mais difundida de autocompaixão é oriunda da conceituação mais ampla de compaixão, que envolve ser tocado pelo sofrimento alheio, mediante um desejo de aliviar a dor do outro (Neff, 2003a). Tanto a compaixão quando a

autocompaixão possui bases na tradição budista, ao passo que alguns estudiosos visualizam que a autocompaixão se apresenta como o primeiro passo para se desenvolver o cultivo mais geral da compaixão (Anālayo & Dhammadinnā, 2021; Jimpa et al., 2013). Com isso, o estudo da autocompaixão vem recebendo grande destaque no contexto científico nas últimas décadas, sendo referido como uma habilidade que pode ser cultivada através de protocolos e programas terapêuticos que objetivam o treinamento da atitude compassiva.

Já são claros e robustos os achados acerca do papel da autocompaixão na redução de sintomas psicológicos, com foco para a depressão, ansiedade e estresse, para amenização da atitude de autocrítica, da vergonha e do sofrimento psicológico, para a promoção do BE e para o desenvolvimento de comportamentos pró-saúde, além de outros aspectos da experiência humana, em qualquer fase do curso de vida (Allen & Leary, 2010; Heidweiller & Klaassen, 2021; Neff, 2017; Neff & Germer, 2019; Neff et al., 2007b; Wakelin et al., 2022; Zessin et al., 2015). Esses apontamentos indicam que a prática da autocompaixão vem sendo referida como eficaz para o desenvolvimento de habilidades, comportamentos e atitudes frente aos eventos críticos da vida, bem como, a partir da forma como o sujeito se relaciona com ele mesmo.

Ainda, a autocompaixão representa um recurso psicológico positivo para a promoção do BES ao longo do curso de vida, especialmente na velhice (Ding & Xu, 2021; Kim & Ko, 2018; Phillips & Ferguson, 2013). Os mecanismos de ação envolvidos no cultivo da atitude autocompassiva contribuem para o desenvolvimento de uma nova postura frente às experiências negativas e desafios ao longo da velhice, a partir de uma perspectiva mais acolhedora, bondosa, aberta e sem julgamento (Allen & Leary, 2010; Allen et al., 2012). Isso implica dizer que a forma como os idosos percebem, se adaptam e enfrentam as perdas e declínios relacionados ao envelhecimento irá influenciar na avaliação subjetiva que este realizará acerca dos vários aspectos da sua vida.

Neste sentido, a autocompaixão favorece a redução da autocrítica, do sentimento de

isolamento e dos pensamentos ruminativos, ao propor uma atitude de bondade, cuidado e acolhimento das próprias experiências (Neff, 2003a; Neff & Germer, 2019). Convida-se o sujeito a perceber que o sofrimento faz parte da condição humana comum e que os seus pensamentos, emoções e sentimentos não descrevem a sua realidade, a partir da abertura ao momento presente. Essa dinâmica atua na construção de novos modos de perceber os acontecimentos e as circunstâncias da vida, atuando no desenvolvimento de novos comportamentos e no modo como o sujeito enfrenta e se adapta aos desafios (Allen & Leary, 2014; Machado et al., 2021).

Destarte, a autocompaixão tem se mostrado correlacionada com o construto do *mindfulness*, especialmente por considerar que a simples prática da atenção plena requer uma atitude de autocuidado e livre de julgamento, o que por si só já evidencia a necessidade de uma atitude compassiva diante da própria vivência (Ribaudi, 2018). Além disso, o *mindfulness* é apontado como fundamento da autocompaixão, especialmente por considerar que é necessário se voltar para o próprio sofrimento de forma consciente antes de responder com bondade (Neff & Germer, 2019).

Por fim, apesar dos achados promissores, novos estudos acerca da relação entre autocompaixão e BES devem ser explorados, especialmente em idosos. Essa sinalização se faz importante por considerar que o BES vem sendo referido como o principal marcador para avaliar o EBS e a QV na velhice. Além disso, a autocompaixão vem apresentando relações significativas com o BES, ao mediar a avaliação subjetiva que os idosos desenvolvem acerca das várias dimensões da sua existência, no modo como estes lidam com as adversidades em seu cotidiano e na maneira como estes se relacionam consigo mesmo.

Referências

Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and*

- Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2014). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*, 54(2), 190-200. <https://doi.org/10.1093/geront/gns204>
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and identity: the journal of the International Society for Self and Identity*, 11(4), 428–453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Anālayo, B., & Dhammadinnā, B. (2021). From compassion to self-compassion: A text-historical perspective. *Mindfulness*, 12(6), 1350–1360. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01575-4>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Barrós-Loscertales, A., & Cebolla, A. (2018). Bases neurobiológicas da compaixão. In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da compaixão* (pp. 201-219) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Bates, G. W., Elphinstone, B., & Whitehead, R. (2021). Self-compassion and emotional regulation as predictors of social anxiety. *Psychology and psychotherapy*, 94(3), 426–442. <https://doi.org/10.1111/papt.12318>
- Bhuptani, P. H., & Messman, T. L. (2021). Self-compassion and Shame Among Rape Survivors. *Journal of interpersonal violence*, 37(17-18).

<https://doi.org/10.1177/08862605211021994>

- Bijaeyeh, J. S. A., Majd, M. A., Ghamari, M., & Aghdam, G. F. (2021). The Effectiveness of the SelfCompassion Training on Life Satisfaction and Resilience in the Elderly Women. *Aging Psychology*, 7(1), 55-67. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6210.1509>
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52. https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Bowlby_Grief.pdf
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock.
- Brando, M., Valera, J. M., & Zarate, Y. (2008). Estilos de Apego y Agresividad en Adolescentes. *Psicologia: Segunda Época*, 27(1), 16-42. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/6330#:~:text=Los%20resultados%20se%C3%B1alan%20prevalencia%20en,los%20objetos%20agresivos%20en%20general
- Butz, S., & Stahlberg, D. (2020). The Relationship between Self-Compassion and Sleep Quality: An Overview of a Seven-Year German Research Program. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 10(3), 64. <https://doi.org/10.3390/bs10030064>
- Capitanini, M. E. S., & Neri, A. L. (2012). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In A. L. Neri, M. S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 71-89). Papirus.
- Castilho, P., & Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-criticismo e Auto-ataque (FSCS). *Psychologica*, (54), 63–86. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Cebolla, A., & García-Campayo, J. (2018). A compaixão como intervenção. Mecanismos de ação. In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da*

- compaixão* (pp. 221-235) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Cebolla, A., Demarzo, M., Martins, P., Soler, J., & Garcia-Campayo, J. (2017) Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLoS ONE*, 12(9), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>
- Cheung, M. S. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143–1153. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00206-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00206-X)
- Chinchilha, I. S., & Michels, M. S. (2021). Nível de autocompaixão e de afetos positivos e negativos em mães de filhos atendidos em um ambulatório psicológico. *Caderno Espaço Feminino*, 34(1), 360-384. <http://doi.org/10.14393/CEF-v34n1-2021-19>
- Costa, H. M. M. (2015). *Os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/32438>
- Croft, R. L., & Byrd, C. T. (2020). Self-Compassion and Quality of Life in Adults Who Stutter. *American journal of speech-language pathology*, 29(4), 2097–2108. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00055
- Dalai Lama (2002). *Um Coração Aberto: Praticando a compaixão na vida cotidiana*. Editora Martins Fontes.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 58, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Ding, N., & Xu, Z. (2021). Attachment, self-esteem, and subjective well-being among people in China aged 50 and over: The role of self-compassion. *Scientific Journal Publishers*,

- 49(2), 1-12. <https://doi.org/10.2224/sbp.10160>
- Diniz, A. M. A. (2010). Surgimento e dispersão do Budismo no mundo. *Espaço e Cultura (UERJ)*, (27), 89-105. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/espacoecultura/article/viewFile/3546/2467#:~:text=Desde%20o%20seu%20surgimento%20no,religi%C3%B5es%2C%20cultos%20e%20seitas%20locais>
- Diogo, M. J. D. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(6), 395-399. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2003.v13n6/395-399/>
- Dutra, F. C. M. S., & Silva, H. R. O. (2014). Bem-estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(3), 775-791. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.43389>
- Fan, Q., Li, Y., Gao, Y., Nazari, N., & Griffiths, M. D. (2022). Self-Compassion Moderates the Association Between Body Dissatisfaction and Suicidal Ideation in Adolescents: A Cross-Sectional Study. *International journal of mental health and addiction*, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00727-4>
- Farokhzadian, A., & Mirderekvand, F. (2018). The Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on Increase of Psychological Well-Being and Reduction of Depression in the Elderly. *Aging Psychology*, 3(4), 293-302. https://jap.razi.ac.ir/article_903_en.html
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011) Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155, <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Finlay-Jones, A., Xie, Q., Huang, X., Ma, X., & Guo, X. (2018). A Pilot Study of the 8-Week Mindful Self-Compassion Training Program in a Chinese Community Sample. *Mindfulness*, 9, 993–1002. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0838-3>
- Fontes, A. C. G., & Neri, A. L. (2012). Eventos de vida e envelhecimento humano. In A. L.

- Neri, M. S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 55-70). Papirus.
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G., & Consedine, N. S. (2016). Kindness Matters: A Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-Compassion Intervention Improves Depression, Distress, and HbA1c Among Patients With Diabetes. *Diabetes care*, 39(11), 1963–1971. <https://doi.org/10.2337/dc16-0416>
- Garcia-Campayo, J., & Cebolla, A. (2018). As origens da compaixão nas tradições espirituais. In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da compaixão* (pp. 23-37) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2018a). Protocolo de Autocompaixão (Mindful Self-Compassion). In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da compaixão* (pp. 131-144) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2018b). Terapia de Compaixão Baseada nos Estilos de Apego (Attachment-Based Compassion Therapy – ABCT). In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da compaixão* (pp. 165-183) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- García-Campayo, J., Cebolla, A., & Demarzo, M. (2018). Terapia Focada na Compaixão. In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da compaixão* (pp. 81-95) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Germer, C. & Neff, K. D. (2019). Mindful Self-Compassion (MSC). In I. Itzvan (Ed.) *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education* (pp. 357-367). Routledge.
- Germer, C. K., & Neff, K. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em*

Psicologia, 12(1), 43-50.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2004000100005&lng=pt&tlng=pt

Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). Routledge.

Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life Challenges*. Constable and Robinson.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.

Gilbert, P. (2017). Compassion: Definitions and controversies. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 3–15). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-1>

Gilbert, P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Gilbert, P., Choden. (2013). *Mindful Compassion*. Constable-Robinson.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S. Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>

Gilbert, P., Tirch, D. D. (2009). Emotional Memory, Mindfulness and Compassion. In F.

- Didonna (Org.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin*, 136(3), 351–374.
<https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Hashem, Z., & Zeinoun, P. (2020). Autocompaixão explica menos desgaste entre os profissionais de saúde. *Mindfulness*, 11, 2542-2551. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01469-5>
- Heidweiller, E. J., & Klaassen, M. C. (2021). (Zelf)compassie als antidotum voor psychische stoornissen [(Self)-compassion as an antidote for psychopathology]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 63(4), 287–293. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/4/63-2021-4-artikel-heidweiller.pdf>
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9227-8>
- Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 37(5), 711-720. <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.5.711>
- Jiménez-Gómez, L., Yela, J. R., Crego, A., Malero-Ventola, A. R., & Gómez-Martínez, M. A. (2022). Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) vs. the Mindful Self-Compassion (MSC) Programs in Clinical and Health Psychologist Trainees. *Mindfulness*, 13, 584–599. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01814-2>
- Jinpa, T. (2016). *Um coração sem medo* (Mendonça J. E., Trad.). Sextante.
- Jinpa, T., Cullen, M., Goldin, P., Mc-Gonigal, K., Rosenberg, E., & Weiss, L. (2013). *Compassion Cultivation Training Program (CCT Program): An eight-week course on cultivating a compassionate mindset; Instructor's manual*. Unpublished manuscript.

- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 39(6), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of Functional Brain Plasticity After Compassion and Empathy Training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
- Li, A., Wang, S., Cai, M., Sun, R., & Liu, X. (2021). Self-compassion and life-satisfaction among Chinese self-quarantined residents during COVID-19 pandemic: A moderated mediation model of positive coping and gender. *Personality and individual differences*, 170, 110457. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110457>
- Machado, B. D., Jesus, I. T. M. de, Manzini, P. R., Carvalho, L. P. N. de, Cardoso, J. de F. Z., & Orlandi, A. A. dos S. (2021). Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 23. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.63826>
- Marsh, I. C., Chan, S., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011–1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Morón, D. A. (2018). Mindfulness e compaixão: Esclarecendo o pot-pourri. In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da compaixão* (pp. 67-79) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

- Neff, K. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself [Editorial]. *Human Development*, 52(4), 211–214. <https://doi.org/10.1159/000215071>
- Neff, K. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. (2017). *Autocompaixão: pare de se torturar e deixe a insegurança para trás* (Trad. B. M. Flores). Lúcida Letra.
- Neff, K., & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. In: Ostafin B., Robinson M., Meier B. (eds), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10
- Neff, K., & Germer, C. (2019). *Manual de mindfulness e autocompaixão: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo*. Artmed.
- Neff, K., & 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>
- Neff, K., Kinkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Neff, K., Tóth-Király, I., Knox, M. C., Kuchar, A., & Davidson, O. (2021). The Development and Validation of the State Self-Compassion Scale (Long- and Short Form). *Mindfulness*, 12, 121-140. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01505-4>

- Negi, L. T., Harrisson, T., & Beck, C. E. (2018). Protocolo de treinamento da Compaixão na Abordagem Cognitiva da Universidade de Emory. In J. García-Campayo, A. C. I Martí, & M. M. P. Demarzo (Org.). *A ciência da compaixão* (pp. 97-116). (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt
- Neri, A. L. (2013). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, & L. Py. (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. Guanabara-Koogan.
- Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 3-13. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.57>
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 39(2), 90–103. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253>
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 68(4), 529–539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M. e Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 311-323. <https://doi.org/10.1002/cpp.1838>

- Pommier, E. A. (2010). *The Compassion Scale* [Dissertação de Mestrado, Department Educational Psychology, The University of Texas at Austin]. <http://hdl.handle.net/2152/ETD-UT-2010-12-2213>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K., Gucht, D. V. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 793-798. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>
- Ribaudi, J. S. (2018). Compaixão e Autocompaixão: definição, construto e medição. In J. Garcia-Campayo, A. Cebolla, M. P. Demarzo (Orgs.), *A ciência da compaixão* (pp. 39-65) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Rocha, L. F. D., Oliveira, E. R., & Mota, M. M. P. E. (2017). Relação entre apoio social e bem-estar subjetivo em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(4). <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6472>
- Serpa, J. G., Bourey, C. P., Adjaoute, G. N., & Pieczynski, J. M. (2020). Mindful Self-Compassion (MSC) with Veterans: a Program Evaluation. *Mindfulness*, 12, 153-161 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01508-1>
- Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, 144(1). <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104470>
- Shaw, R., & Cassidy, T. (2022). Self-Compassion, Mindful Eating, Eating Attitudes and Wellbeing Among Emerging Adults. *The Journal of Psychology*, 156(1), 33-47. <https://doi.org/10.1080/00223980.2021.1992334>
- Silva, G., & Homenko, R. (1990). *Budismo: Psicologia do autoconhecimento (o caminho da*

correta compreensão). Pensamento.

- Símon, V. (2016). O reencontro científico com a compaixão. In A. C. I. Martí, J. García-Campayo, & M. Demarzo (Orgs), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 163-191) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.
- Souza, J. P. M. (2020). *Autocompaixão e Bem-Estar e seus mecanismos psicológicos principais: uma Revisão Integrativa* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de São Paulo]. Repositório Institucional da UNIFESP. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58921>
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016). Adaptation of the Self-Compassion Scale for Use in Brazil: Evidences of Construct Validity. *Temas em Psicologia*, 24(1), 159-172. <http://doi.org/10.9788/TP2016.1-11>
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>
- Torres, S. V. S., Sé, E. V. G., & Queroz, N. C. (2004). Fragilidade, Dependência e Cuidado: Desafios ao Bem-Estar dos Idosos e de suas Famílias. In M. J. D. Diogo, A. L. Neri, M. Cachioni, Meire (Orgs.), *Saúde e qualidade de vida na velhice* (pp. 87-106). Alínea.
- Torrijos-Zarcero, M., Mediavilla, R., Rodríguez-Vega, B., Río-Diéguez, M. D., López-Álvarez, I., Rocamora-González, C., & Palao-Tarrero, A. (2021). Mindful Self-

- Compassion program for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 25(4), 930-944. <https://doi.org/10.1002/ejp.1734>
- Trompetter, H. R., Kleine, E., & de Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>
- Zessin, U., Dickhauser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

SEÇÃO II – Revisões integrativas de Literatura

- ESTUDO 4 -

Intervenções baseadas em *mindfulness* para idosos: uma revisão integrativa

Resumo

Este estudo buscou sintetizar os resultados das intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos, a partir de uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases Scopus, PubMed e BVS. Foram encontrados 121 artigos, dos quais 12 compuseram a amostra final desta revisão, mediante critérios de inclusão e exclusão. Os resultados apontaram que as intervenções, com destaque para o MBSR e MBCT, contribuíram para a redução dos sintomas de depressão, ansiedade, estresse e insônia, gerando uma melhor percepção de bem-estar subjetivo (BES), aumento da qualidade de vida e redução dos sintomas psicológicos. Recomenda-se que as futuras intervenções implementem critérios de avaliação e acompanhamento de suas respectivas propostas, além da utilização de métodos longitudinais e correlacionais.

Palavras-Chave: Atenção plena; Idosos; Saúde Mental.

Abstract

This study sought to synthesize the results of mindfulness-based interventions with the elderly, based on an integrative literature review carried out in the Scopus, PubMed, and BVS databases. A total of 121 articles were found, of which 12 made up the final sample of this review, using inclusion and exclusion criteria. The results showed that the interventions, with emphasis on the MBSR and MBCT, contributed to the reduction of symptoms of depression, anxiety, stress, and insomnia, generating a better perception of subjective well-being, increased quality of life, and reduction of psychological symptoms. It is recommended that future interventions implement criteria for evaluating and monitoring their respective proposals, in addition to using longitudinal and correlational methods.

Keywords: Mindfulness; Elderly; Mental health.

Introdução

Com as mudanças nos padrões de adoecimento, atrelada a uma maior vulnerabilidade relacionada a desfechos negativos (Baltes, 2000), muitos idosos acabam precisando lidar com o adoecimento crônico (Schramm et al., 2004). Nesta população, observa-se uma prevalência de quadros de diabetes, doenças cardíacas, respiratórias, *Alzheimer* e acidente vascular cerebral, que podem intensificar os sintomas psicológicos (Geiger et al., 2016). Segundo dados do IBGE (2020), 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais receberam diagnóstico clínico para depressão (cerca de 16,3 milhões de pessoas) em 2019. Deste total, 13,2% foi registrado em pessoas com idades entre 60 a 64 anos. Em relação à ansiedade, Machado et al. (2016) observaram uma prevalência de 40,5% desse transtorno em idosos no sul de Santa Catarina, enquanto que na pesquisa de Güenter et al. (2019), a ansiedade foi apontada como o segundo transtorno mais prevalente em idosos atendidos em um ambulatório em Porto Alegre.

Neste sentido, os desfechos negativos experimentados na velhice podem contribuir para o desencadeamento e/ou agravamento de diferentes doenças (Baltes, 2000), o que faz despertar uma maior necessidade de estratégias psicológicas que possam contribuir para uma melhor regulação e adaptação aos desafios do cotidiano (Baltes & Baltes, 1990). Entre esses recursos, o *mindfulness* vem demonstrando ser uma habilidade metacognitiva e uma intervenção com resultados promissores com idosos (Geiger et al., 2016; Hagen & Scortegagna, 2015).

Uma das conceituações mais aceitas e difundidas é a definição proposta por Kabat-Zinn (2017), ao compreender *mindfulness* como a capacidade de focalizar a atenção no momento presente, com aceitação e sem julgamento. O estudioso, considerado o responsável por aproximar a tradição meditativa oriental de mais de 2,5 mil anos com a prática clínica ocidental, desenvolveu o programa de treinamento de *mindfulness* denominado *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), na década de 1980, estruturado em oito semanas, com encontros de 2 horas cada e um retiro de 8 horas ao final do programa, inicialmente proposto para o tratamento da

dor crônica em pacientes que não melhoraram com os tratamentos médicos tradicionais (Cebolla & Demarzo, 2016; Kabat-Zinn, 1982).

Destarte, as intervenções em *mindfulness* vem contribuindo para a promoção da observação das experiências e acontecimentos que desabrocham no presente (Cebolla, 2016), fazendo com que o sujeito perceba o caráter transitório destes (Germer, 2016). Com idosos, verificaram-se efeitos no manejo do estresse, melhora na qualidade do sono, atenção, suporte social, autocompaixão, relacionamentos interpessoais (Mapurunga, 2020), regulação das emoções (Cruz, 2019), aumento do bem-estar físico e mental, diminuição do sofrimento psicológico (Silva & Assumpção, 2018) e redução dos sintomas depressivos (Reangsing et al., 2020).

Levando em consideração que o envelhecimento pode culminar em incapacidades físicas e/ou cognitivas (Hagen & Scortegagna, 2015) e que a prática de *mindfulness* vem apresentado resultados satisfatórios e sem qualquer perigo como terapia auxiliar, além da farmacoterapia, no bem-estar de idosos (Lindayani et al., 2020), torna-se relevante realizar uma revisão integrativa sobre as intervenções baseadas em *mindfulness* com esta população. Com isso, buscando sintetizar os resultados das intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos, este artigo de revisão integrativa reuniu estudos que recorreram a práticas baseadas em *mindfulness* com idosos, a partir de textos indexados nas bases Scopus, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Método

Este estudo refere-se a uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que permitiu a inclusão de pesquisas de caráter experimental e não-experimental, no intuito de promover uma compreensão integral do fenômeno em análise (Souza et al. 2010), tendo como base a seguinte pergunta norteadora: quais os resultados das práticas baseadas em *mindfulness* com idosos

apresentados pela literatura científica? Para tanto, exploraram-se artigos sobre intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos, bem como, a base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com a finalidade de definir os termos descritores e as bases de dados a serem utilizadas.

Neste sentido, o descritor “*mindfulness*” foi ajustado com os termos “*mental health*” ou “*health, Mental*” ou “*health promotion*” ou “*quality of life*”, e com “*elderly*” ou “*aged*”, para definição da população-alvo. Os termos foram combinados a partir dos operadores booleanos “AND” (quando se referia a descritores distintos) e “OR” (quando correspondiam a termos sinônimos). Os termos foram manipulados em inglês, usando o método de busca avançado por “título, resumo e/ou palavras-chave”.

O período de levantamento ocorreu entre os meses de maio e junho de 2021, nas bases de dados PubMed (via *National Library of Medicine*), Scopus (*Elsevier*) e BVS (BIREME), que rastreou artigos da MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), IBECS (*Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e da Index Psi Periódicos Técnico-Científicos. As bases foram escolhidas pelas suas publicações no campo da saúde, sendo acessadas por meio da plataforma Periódicos CAPES, através do acesso CAFE.

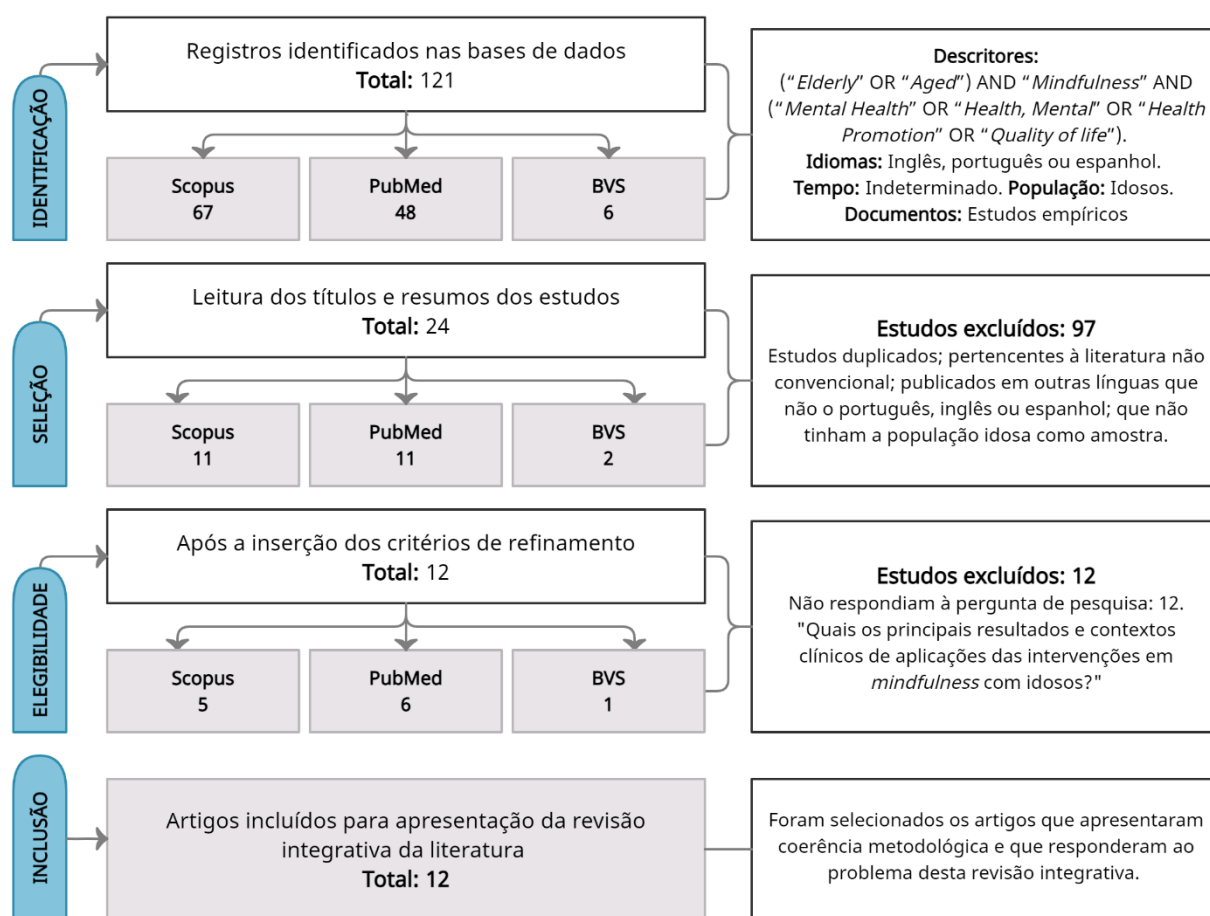
Para filtragem dos materiais, utilizou-se, como critério de inclusão: textos completos de estudos empíricos em qualquer desenho metodológico, publicados em inglês, português ou espanhol, que versassem sobre intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos, em qualquer período temporal. Quanto aos critérios de exclusão, destacam-se: materiais pertencentes a literatura não convencional (resenhas, livros, dissertações, teses e produções semelhantes) e artigos repetidos nas diferentes bases. As publicações foram catalogadas em planilhas do programa Microsoft Excel® (versão 2013), contando com o auxílio de um pesquisador independente, que realizou a validação da estratégia de busca e seleção dos materiais.

Resultados

Foram encontrados 121 artigos, dos quais 67 foram recuperados do Scopus, 48 do PubMed e 6 da BVS. Após leitura dos títulos e resumos, 24 artigos foram selecionados para a etapa seguinte; destes, 12 foram excluídos por não atenderem a pergunta de pesquisa. Ao final, 12 artigos foram incluídos, após leitura na íntegra (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma do processo de seleção conforme as diretrizes PRISMA.



Na sequência, serão apresentados os resultados extraídos dos manuscritos, divididos em duas subseções: (1) tópicos bibliométricos e metodológicos e (2) análise de categoria.

Tópicos bibliométricos e metodológicos

Os artigos encontrados correspondem à última década, no intervalo de 2012-2020, com prevalência do continente asiático (N = 6), seguido do continente americano (N = 4) e europeu (N= 2). O idioma inglês foi utilizado em todos os artigos. Somando a quantidade de participantes de todos os estudos, chega-se ao resultado de 650 idosos. Os maiores números de participantes foram registrados nas pesquisas de Gallegos et al (2013) (200 participantes) e Wetherell et al. (2017) (103 participantes). A Atenção Plena foi mensurada através da *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (n = 1) (Creswell et al., 2012), pela *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* (CAMS-R) (n = 1) (Candrawati et al., 2018) e pela *Five Facet Mindfulness Questionnaire – Short Form* (FFMQ-SF) (n = 1) (Berk et al., 2018). Os demais estudos não relataram a medição dos níveis de atenção plena por escalas de autorrelato.

Para uma melhor exposição dos dados, foi realizada uma síntese descritiva qualitativa dos estudos. A síntese corresponde aos autores, ano, desenho do estudo, participantes, objetivos e descrição das intervenções (Tabela 1).

Tabela 1

Síntese descritiva referente aos autores, ano, desenho do estudo, participantes, objetivos e descrição das intervenções.

Autores, ano e desenho do estudo	Participantes	Objetivos	Descrição da Intervenção
Creswell et al. (2012). Ensaio clínico randomizado.	40 idosos saudáveis, com idades entre 55 e 95 anos (EUA).	Testar se o MBSR reduz a solidão em um pequeno ensaio clínico randomizado em adultos mais velhos.	8 sessões de grupo semanais de 120 minutos, um retiro de um dia inteiro na sexta ou sétima semana e 30min de prática diária de <i>mindfulness</i> em casa.
Gallegos et al. (2013). Ensaio clínico randomizado.	200 idosos saudáveis, com idades iguais ou superiores a 65 anos (EUA).	Examinar o efeito do MBSR no afeto positivo em adultos da comunidade mais velhos que participaram do braço de intervenção do	9 sessões grupais (15-20 membros) ao longo de 8 semanas. Sete dessas sessões duraram 2 horas e uma, no meio do tratamento, teve 7 horas.

		MBSR de um ensaio clínico randomizado (RCT).	
O'Connor et al. (2014). Estudo piloto não randomizado e controlado.	30 idosos altamente angustiados, com idades entre 65 a 80 anos. (Dinamarca).	Investigar o efeito do MBCT no sofrimento psicológico e na memória de trabalho em idosos enlutados com sofrimento de longo prazo relacionado ao luto.	8 semanas, com 2 horas por sessão. As partes psicoeducativas do programa focavam no afeto negativo geral, sendo recomendado 40min por dia em exercícios de consciência plena. O programa foi seguido por duas sessões de reforço, uma aos 3 e outra aos 6 meses.
Zhang et al. (2015). Ensaio clínico randomizado.	60 idosos com diagnóstico de insônia e queixas de funcionamento diurno, com idades de 75 anos ou mais (China).	Avaliar a eficácia do MBSR para insônia crônica em idosos com 75 anos ou mais.	8 semanas, com aulas de duas horas e retiro de 0,5/dia. Para a meditação doméstica, cada participante recebeu um CD com gravações de áudio, sendo sugerido 45min todos os dias.
Ahmadpanah et al. (2017). Ensaio clínico randomizado.	34 mulheres idosas com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, com média de idade de 69,23 anos (Irã).	Investigar a influência da <i>Detached Mindfulness therapy</i> no tratamento de sintomas de depressão e ansiedade em mulheres idosas.	8 sessões, com duração de 60-90 min cada, duas vezes por semana como terapia de grupo (7-9 pessoas).
Wetherell et al. (2017). Ensaio clínico randomizado.	103 idosos com diagnóstico de depressão ou ansiedade e com problemas neurocognitivos subjacentes ao envelhecimento, com idade superior a 65 anos (EUA).	Determinar se o desempenho neurocognitivo e os resultados clínicos podem ser aprimorados por uma intervenção de atenção plena em adultos mais velhos com transtornos de estresse e queixas cognitivas.	Grupo MBSR: 8 sessões, com duração aproximada de 90 minutos e um retiro de meditação de meio dia. Grupo Educação em Saúde: 8 sessões, uma vez por semana, com duração aproximada de 90 minutos.

Berk et al. (2018). Estudo de métodos mistos (Quantitativo/Qualitativo).	13 pacientes de hospital universitário com queixas de memória, com idades entre 45 e 85 anos (Holanda).	Determinar a viabilidade e aceitabilidade de um programa MBSR em adultos de meia-idade e idosos com queixas cognitivas.	8 sessões semanais de 2,5 horas e um retiro silencioso de 6 horas na sexta semana e atividades para casa por pelo menos 6 dias, com duração de 45-60 minutos.
Candrawati et al. (2018). Estudo quase-experimental.	34 idosos hindus com ansiedade moderada, com idades entre 60 a 89 anos. (Indonésia).	Determinar os efeitos da Terapia <i>mindfulness</i> com <i>Gayatri</i> mantra na redução da ansiedade em idosos hindus.	2 sessões por semana, durante 5 semanas, com duração de 30min cada, treinamento guiado e observações, além de duas semanas de prática independente da supervisão.
Klainin-Yobas et al. (2019). Ensaio clínico randomizado.	55 idosos com comprometimento cognitivo leve, com idades entre 60 a 85 anos (Singapura).	Determinar a eficácia da prática de <i>mindfulness</i> no estado emocional e na função cognitiva de idosos que vivem na comunidade com comprometimento cognitivo leve.	Grupo MAP: realizado uma vez por semana, com duração de 40min, por três meses, seguido de uma vez por mês, por 40 min, durante 6 meses. Grupo Educação em Saúde: realizado em um formato de grupo de 20 pessoas, seguindo a mesma duração do grupo MAP.
Durães et al. (2020). Estudo de caso clínico.	1 paciente do sexo feminino com quadro severo de bruxismo do sono e ansiedade social, com 73 anos de idade. (Brasil).	Descrever o caso de uma paciente idosa de 73 anos com severo bruxismo do sono e ansiedade social tratada com terapia cognitivo-comportamental combinada com <i>mindfulness</i> e treinamento de habilidades sociais.	21 sessões de TCC de 60 minutos, combinadas com práticas de <i>mindfulness</i> . A participante recebeu um aplicativo com gravações de áudio de meditação de <i>mindfulness</i> formais guiadas (meditação de varredura corporal e meditações sentadas), e práticas formais e informais de meditação para casa.
Hatamian e Rasoolzadeh Tabatabaei (2020).	50 idosos com histórico de doenças	Comparar a eficácia do MBCT e da terapia	Primeiro grupo: MBCT de 8 sessões de 60 min. Segundo

Estudo experimental intergrupos com pré-teste e pós-teste.	cardíacas, com média de idade de 65,21, residentes em uma casa de repouso (Irã).	metacognitiva baseada no treinamento sobre a regulação da emoção e sensibilidade à ansiedade em idosos com doença cardíaca anterior na cidade de Teerã.	grupo: Treinamento Metacognitivo de 8 sessões de 60 min.
Kaur (2020). Estudo pré-experimental.	30 idosos saudáveis, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em um lar de idosos (Índia).	Avaliar a eficácia da técnica de meditação <i>mindfulness</i> na promoção do bem-estar subjetivo entre os idosos.	Meditação <i>mindfulness</i> realizada por um mês, com duração de 20 minutos diários.

Análise das categorias

Após leitura dos artigos, os resultados foram organizados e descritos em três categorias, a saber: (1) Características e efeitos do MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) (N = 5); (2) Características e efeitos do MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) e TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) combinada com *Mindfulness* (N = 3) e (3) Características e efeitos de outras intervenções em *Mindfulness* (N = 4).

Características e efeitos do MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*)

Esta categoria apresenta cinco artigos que incluíram em suas respectivas intervenções o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (Berk et al., 2018; Creswell et al., 2012; Gallegos et al., 2013; Wetherell et al., 2017; Zhang et al., 2015).

Entre as práticas desenvolvidas, destacam-se: exercícios de meditação guiada, alongamento e discussões em grupo (Creswell et al., 2012); ioga (Berk et al., 2018; Creswell et al., 2012; Gallegos et al., 2013; Wetherell et al., 2017), meditação sentada (Berk et al., 2018; Gallegos et al., 2013), varredura corporal (Berk et al., 2018; Gallegos et al., 2013; Zhang et al., 2015), meditação informal (em pé ou andando) (Gallegos et al., 2013; Zhang et al., 2015) e

discussão das experiências (Berk et al., 2018). Práticas que exigiam esforço físico foram modificadas (Wetherell et al., 2017) ou canceladas (Zhang et al., 2015) para atender algumas necessidades dos participantes, bem como, para evitar e reduzir o risco de lesões.

O estudo proposto por Creswell et al. (2012) observou uma diminuição dos sentimentos subjetivos de solidão (pré-tratamento: $M = 42,35$, $DP = 2,23$; pós-tratamento: $M = 37,40$, $DP = 2,51$) nos participantes do grupo intervenção, além de trazer novas indicações de que a solidão está associada à expressão regulada de genes pró-inflamatórios atreladas aos leucócitos e uma tendência do MBSR de diminuir a Proteína C Reativa (condição de tratamento $\times$ tempo de interação: ($F(1,33) = 3,39$, $p = 0,075$). Na investigação desenvolvida por Zhang et al. (2015), evidenciou-se que o MBSR contribuiu para melhorar a qualidade do sono (pré-tratamento ($M = 11,50$, $DP = 3,28$; pós-tratamento: $M = 8,17$, $DP = 2,61$)) e da depressão (pré-tratamento ($M = 14,20$, $DP = 2,50$; pós-tratamento: $M = 11,17$, $DP = 2,56$)) em idosos com mais de 75 anos.

Na pesquisa de Gallegos et al. (2013), o MBSR, associado à Teoria Motivacional do Desenvolvimento do Tempo de Vida, indicou uma diminuição da gravidade basal dos sintomas depressivos entre adultos mais velhos (composto de gravidade dos sintomas depressivos (soma padronizada CESD-R e HAM-D) na linha de base (Grupo intervenção: $M = 0,21$, $DP = 0,88$; grupo controle: $M = -0,21$, $DP = 1,07$); correlações entre a gravidade da depressão basal e a melhora no afeto positivo (pós-intervenção MBSR: $-0,21$, $p < 0,05$ e *follow-up*: $-0,29$, $p < 0,01$) e (grupo lista de espera: $-0,01$ e *follow-up*: $0,08$). Para os estudiosos, a redução da gravidade depressiva pode estar relacionada ao aumento do afeto positivo pós-intervenção medidas pelo PANAS (linha de base: $M = 34,36$, $DP = 7,47$; conclusão do tratamento: $M = 35,31$, $DP = 7,50$; acompanhamento/6 meses pós-tratamento: $M = 34,63$, $DP = 8,07$).

Na perquirição de Berk et al. (2018), o MBSR esteve associado a menores níveis de sintomas depressivos (linha de base: $M = 12,92$, $DP = 10,25$ e acompanhamento/5 semanas

pós-intervenção: $M = 9,31$, $DP = 8,46$), de estresse (linha de base: $M = 15,31$, $DP = 9,79$ e acompanhamento/6 meses pós-intervenção: $M = 12,60$, $DP = 11,08$) e menor preocupação com as queixas de memória (análise qualitativa), além de um aumento na qualidade de vida (linha de base: $M = 62,25$, $DP = 14,31$ e acompanhamento/6 meses pós-intervenção: $M = 70,10$, $DP = 12,33$) e atenção plena (linha de base: $M = 72,16$, $DP = 10,53$ e acompanhamento/6 meses pós-intervenção: $M = 79,73$, $DP = 14,16$).

Neste caminho, o estudo de Wetherell et al. (2017), que comparou o grupo MBSR com uma intervenção em educação em saúde, a partir de coletas em 3 e 6 meses, sinalizou que os resultados para o tempo por condição foram significativos para *Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated* (PSWQ) ($F = 2,86$, $p = 0,02$), depressão ($F = 3,87$, $p = 0,002$) e ansiedade ($F = 3,96$, $p = 0,002$), mas não para preocupação cognitiva ($F = 1,42$, $p = 0,22$); considerando os dados da linha de base: PSWQ ($M = 28,0$, $DP = 7,5$), sintomas depressivos ($M = 20,0$, $DP = 7,2$), ansiedade ($M = 20,4$, $DP = 5,8$) e preocupação cognitiva ($M = 23,7$, $DP = 7,3$). Após o tratamento, 47% dos participantes do grupo MBSR foram avaliados cegamente como “muito melhores” na *Clinical Global Impressions-Improvement scale* (CGI-I), em comparação com os 27% dos participantes do grupo de educação em saúde ($\chi^2 = 4,5$, $p = 0,03$). O estudo também evidenciou uma redução do cortisol em participantes do grupo MBSR com níveis basais $> 4,5\text{ng/mL}$ (de $5,1\text{ng/mL}$ para $4,7\text{ng/mL}$ pós-tratamento).

Características e efeitos do MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) e da TCC combinada com *mindfulness*

Esta categoria apresenta três artigos que incluíram em suas respectivas intervenções o *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Hatamian & Rasoolzadeh Tabatabaei, 2020; O'Connor et al., 2014), assim como, a combinação da TCC com a técnica de meditação *mindfulness* (Durães et al., 2020).

Todos os estudos incluíram a técnica de meditação de atenção plena, varredura corporal e meditação sentada. Foi utilizado também exercícios suaves de ioga (O'Connor et al., 2014), comer consciente (Hatamian & Rasoolzadeh Tabatabaei, 2020), atenção plena respiratória (Hatamian & Rasoolzadeh Tabatabaei, 2020), atividades domésticas (Durães et al., 2020; O'Connor et al., 2014).

Na averiguação de O'Connor et al., 2014, o MBCT indicou uma redução dos sintomas depressivos (pré-intervenção ($M = 11,1$, $DP = 7,9$) e pós-intervenção ($M = 10,6$, $DP = 8,4$) em idosos com reações de luto de longo prazo, apontando também melhorias na memória de trabalho em idosos (pré-intervenção ($M = 8,4$, $DP = 3,1$) e pós-intervenção ($M = 9,4$, $DP = 3,6$)). No estudo de Hatamian e Rasoolzadeh Tabatabaei (2020), o MBCT também sugeriu melhorias na regulação emocional (pré-teste ($M = 15,14$, $DP = 1,19$) e pós-teste ($M = 18,45$, $DP = 1,77$)) de idoso com histórico de doenças cardíacas, além de contribuir para reduzir a sensibilidade à ansiedade (pré-teste ($M = 21,68$, $DP = 2,05$) e pós-teste ($M = 14,21$, $DP = 1,34$)).

Na proposta de Durães et al. (2020), a técnica de Meditação *mindfulness* foi empregada em um contexto clínico, combinada com a TCC. Os resultados sinalizaram uma redução dos sintomas de bruxismo do sono (número de episódios caiu de 7 (sessões 1-2) para 0 (sessões 20-21 e seis meses após o tratamento)), enurese noturna (número de episódios caiu de 5 (sessões 1-2) para 0 (sessões 20-21 e seis meses após o tratamento)), melhorias nos níveis de estresse (saiu de aproximadamente 42 (pré-intervenção) para aproximadamente 24 (pós-intervenção) e se manteve em aproximadamente 25 no *follow-up*, medidas pela *Perceived Stress Scale* - PSS-14)), humor (saiu de aproximadamente 40 (pré-intervenção) para aproximadamente 21 (pós-intervenção) e se manteve em aproximadamente 20 no *follow-up*, medidas pela *Brunel Mood Scale* - BRUMS) e no tempo médio de sono autorrelatado (variou

de 3 horas (sessões 1-2), 9 horas (sessões 16-18) e 8 horas (sessões 10-14-15-17-19-21 e seis meses após o tratamento)).

Características e efeitos de outras intervenções em *mindfulness*

Esta categoria integrou resultados de estudos que incluíram a prática da *Detached Mindfulness Therapy* (DMT) (Ahmadpanah et al., 2017), a Terapia *Mindfulness* combinada com o mantra *Gayatri* (Candrawati et al., 2018), a Meditação *Mindfulness* (MM) (Kaur, 2020) e o *Mindfulness Awareness Program* (MAP) (Klainin-Yobas et al., 2019).

Quando implementada em um contexto clínico de Transtorno Depressivo Maior (TDM) em idosos, a atenção plena promoveu mudanças nas atitudes cognitivas e a redução dos sintomas depressivos (avaliação 1 - *Geriatric Depression Scale* (GDS) e autorrelato: linha de base ($M = 8,12$, $DP = 2,67$), conclusão do estudo ($M = 4,00$, $DP = 2,69$) e acompanhamento ($M = 4,30$, $DP = 2,46$); avaliação 2 - *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) e avaliação de especialistas: linha de base ($M = 30,06$, $DP = 2,52$), conclusão do estudo ($M = 12,19$, $DP = 6,78$) e acompanhamento ($M = 13,60$, $DP = 6,00$)); e ansiosos (*Beck Anxiety Inventory* (BAI) e autorrelato: linha de base ($M = 34,29$, $DP = 7,10$), conclusão do estudo ($M = 21,24$, $DP = 9,25$) e acompanhamento ($M = 20,88$, $DP = 7,22$)) (Ahmadpanah et al., 2017). Além disso, foi destacado que a atenção plena provocou mudanças nas atitudes cognitivas dos pacientes, visto que estes passaram a aceitar o seu estado físico e psicológico atual.

Na investigação de Candrawati et al. (2018), a atenção plena combinada com o mantra *Gayatri* obteve um efeito significativo na redução da ansiedade entre os hindus idosos (pré-tratamento ($M = 25,05$, $DP = 8,6$), pós-tratamento ($M = 7,8$, $DP = 3,2$)), sinalizando uma diferença média de 17,65 ($t = 14,21$, $p = 0,000$). Os resultados sugerem que a combinação contribuiu para reduzir os níveis de ansiedade, ao considerar que antes da intervenção, dos 34 idosos, 26 (76,47%) apresentavam ansiedade leve e 8 idosos (23,53%) expuseram ansiedade

mínima, sendo observado que após a intervenção todos os idosos amortizaram a ansiedade a um nível mínimo.

Na pesquisa de Klainin-Yobas et al. (2019), tanto o *Health Education Program* (HEP) quanto o *Mindfulness Awareness Program* (MAP) diminuíram os sintomas de depressão (MAP: linha de base ($M = 3,71$, $DP = 2,88$), após 3 meses ($M = 3,39$, $DP = 2,59$), após 9 meses ($M = 3,21$, $DP = 2,85$) e HEP: linha de base ($M = 2,52$, $DP = 3,14$), após 3 meses ($M = 1,26$, $DP = 1,13$), após 9 meses ($M = 1,48$, $DP = 2,16$)) e ansiedade (MAP: linha de base ($M = 4,29$, $DP = 5,45$), após 3 meses ($M = 3,50$, $DP = 4,11$), após 9 meses ($M = 3,14$, $DP = 4,27$) e HEP: linha de base ($M = 2,04$, $DP = 4,01$), após 3 meses ($M = 0,37$, $DP = 0,79$), após 9 meses ($M = 0,59$, $DP = 0,97$)) entre idosos com CCL, sendo que o HEP se mostrou superior ao MAP. Após três meses, o grupo HEP apresentou níveis mais baixos de depressão e ansiedade (diferença média: depressão ($M = 1,72$, $DP = 0,44$, $p < 0,001$); ansiedade ($M = 2,63$, $DP = 0,71$, $p = 0,001$), e após nove meses, a diferença média não foi estatisticamente significativa para os sintomas depressivos em ambos os grupos ($M = 1,15$, $DP = 0,58$, $p = 0,05$).

Por fim, a investigação de Kaur (2020), que buscou avaliar a eficácia da técnica de meditação *mindfulness* na promoção do Bem-Estar Subjetivo (BES) entre idosos, observou-se um aumento na média geral do BES após a realização da técnica (pré-teste ($M = 61,63$, $DP = 10,82$); pós-teste ($M = 86,76$, $DP = 6,56$)). Os resultados sugerem que a técnica de meditação *mindfulness* se mostrou ser um recurso positivo para a promoção de BES em idosos, visto que os níveis de BES aumentaram de forma significativa após a intervenção ($t = 13,84$, $p < 0,05$).

Discussão

Esta revisão sintetizou os resultados das intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos. Todos os 12 artigos integrados referem-se a produções dos últimos 10 anos, de modo

que a ausência de publicações anteriores ao ano de 2012 possibilita a reflexão de que esta temática, atrelada ao público em questão, ainda é recente no contexto científico. Observou-se um maior predomínio de publicações nos Estados Unidos, podendo estar relacionado à ampliação no número de Centros de Tratamento e Pesquisa em *mindfulness*, que culminou em um aumento em publicações neste país (Germer, 2016). O levantamento também demonstrou que há uma carência de pesquisas no contexto brasileiro.

Quanto aos desenhos de estudos, observou-se uma maior prevalência de ensaios clínicos randomizados (Ahmadpanah et al., 2017; Creswell et al., 2012; Gallegos et al., 2013; Klainin-Yobas et al., 2019; Wetherell et al., 2017; Zhang et al., 2015). Por outro lado, não foi recuperado nenhum estudo longitudinal, o que sinaliza a importância e uma certa urgência para o desenvolvimento de estudos mais amplos que possam investigar e explorar os impactos das intervenções *mindfulness* com idosos.

Os protocolos encontrados nos estudos analisados são variados, com destaque para o MBSR (n = 5) e MBCT (n = 3). Além desses protocolos, foram identificadas outras práticas baseadas em *mindfulness* (n = 4), a saber: DMT, a Terapia *Mindfulness* com o mantra *Gayatri*, o MAP e a MM. O uso desses protocolos e práticas se justificam pelas significativas evidências científicas atreladas a promoção de saúde, saúde mental e BES, na medida em que o *mindfulness* vêm sendo recomendado e associado positivamente a prevenção e tratamento de diversas condições psicológicas e físicas (Weiss & Noto, 2017).

Os achados evidenciados pelos estudos que usaram o MBSR (Berk et al., 2018; Creswell et al., 2012; Gallegos et al., 2013; Wetherell et al., 2017; Zhang et al., 2015), em contextos de adoecimento psicológico, apontaram para a redução dos sintomas depressivos, ansiosos, queixas de memória e de insônia crônica, e na promoção de saúde mental e bem-estar quando comparado com os resultados obtidos na linha de base. Para Baer (2003), essas mudanças de comportamentos e a redução de sintomas podem ser explicadas a partir da

consideração de vários mecanismos que atuam mediante a prática de atenção plena, a exemplo da exposição, mudança cognitiva, autogerenciamento, relaxamento e a aceitação.

Alguns estudos também têm sinalizado que a prática de *mindfulness* pode ter um efeito direto e indireto no desempenho cognitivo, contribuindo para o gerenciamento do estresse e dos sintomas depressivos (Larouche, Hudon & Goulet, 2015), bem como, a partir da promoção de mudanças positivas de perspectiva e novos modos de visualizar as experiências de vida a partir de um modo mais objetivo (Kriakous et al., 2020). Outros achados corroboram os efeitos na prevenção e atenuação de quadros psicopatológicos, a exemplo do esgotamento físico e/ou emocional em indivíduos saudáveis, quadros de estresse, depressão, ansiedade, fadiga, doenças crônicas, além de benefícios na saúde física, mental, no treinamento da atenção e da regulação emocional (Cebolla, 2016; Pinho et al., 2020; Rahmani et al., 2014).

As pesquisas que incluíram o MBCT em suas intervenções também apresentaram achados satisfatórios na saúde mental e no bem-estar de idosos, especialmente quando comparado aos resultados da linha de base. Nos estudos de Hatamian & Rasoolzadeh Tabatabaei (2020) e O'Connor et al. (2014), o MBCT esteve associado positivamente à redução dos sintomas depressivos e ansiosos, além de apontar um decréscimo da angústia e efeitos na saúde mental e bem-estar dos idosos. No estudo de Durães et al. (2020), que combinou a TCC, o *mindfulness* e o treinamento de habilidades sociais, a intervenção apresentou resultados satisfatórios no tratamento do quadro destacado, principalmente por impactar positivamente na qualidade de vida da paciente, ao reduzir os sintomas, e por melhorar os níveis de estresse, humor e qualidade do sono.

Outros estudos reforçam os efeitos do MBCT no tratamento de pacientes com episódios de depressão, ansiedade, estresse (Almeida et al., 2020; Cebolla & Demarzo, 2016; Weiss & Noto, 2017), na prevenção de recaídas para pacientes com depressão maior, melhor qualidade de vida, humor, diminuição de risco de suicídio (Rizzuti et al., 2017), reconhecimento dos

pensamentos ruminativos e a autoconsciência (Pinho et al., 2020). De acordo com a literatura, os efeitos do MBCT são possíveis uma vez que este protocolo auxilia o paciente a se distanciar dos pensamentos ruminativos que costumam contribuir para manter os sintomas psicológicos (Cebolla & Demarzo, 2016), através de mudanças cognitivas que ampliam o entendimento total do sujeito acerca da sua realidade, na medida em que este passa a compreender que os seus pensamentos, emoções e sentimentos não descrevem o aqui e agora (Teasdale, 1999).

Para além dos protocolos de *mindfulness* tradicionais, como o MBSR e o MBCT, foram recuperados artigos que incluíram a DMT (Ahmadpanah et al., 2017), a Terapia *Mindfulness* com o mantra *Gayatri* (Candrawati et al., 2018), o MAP (Klainin-Yobas et al., 2019) e a MM (Kaur, 2020). Entre os principais efeitos, os estudos indicaram a redução do sofrimento psicológico em idosos, a partir da diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos, além de uma melhora nos índices de BES, sugerindo melhoras na saúde mental e uma amenização da experiência do sofrimento identificadas na linha de base dos estudos.

Os efeitos positivos dessas intervenções foram possíveis uma vez que neurocientistas têm relatado que a prática de *mindfulness* possui forte influência sobre o sistema nervoso central, a partir de modificações em áreas cerebrais que favorecem a melhoria das funções emocionais e cognitivas do sujeito (Bishop et al., 2004). Keng et al. (2011) reforça destacando que a atenção plena atua como um verdadeiro antídoto contra diferentes formas de sofrimento psíquico, a exemplo da ansiedade, depressão, ruminação, medo, entre outros.

Em linhas gerais, observou-se um maior predomínio de estudos que incluíram o MBSR em suas intervenções, que mantiveram, de modo geral, a estrutura de oito semanas e uma média de 120 minutos em cada encontro, com pequenos ajustes no desenvolvimento de algumas práticas. Essa informação chama a atenção uma vez que outros achados vêm sinalizando a importância de se pensar e projetar estruturas diferenciadas para a prática de *mindfulness* com idosos que considerem as especificidades do público em questão, especialmente por ponderar

que idosos saudáveis não visualizam um caráter de urgência para seguir um programa intensivo de oito semanas (Keller et al., 2014). Quando o público contempla idosos frágeis, a literatura tem sugerido sessões mais curtas, de aproximadamente 1 hora e grupos contínuos, destacando também a importância de se atentar para possíveis limitações físicas ou cognitivas que possam interferir durante o processo (Mcbee, 2008).

Por fim, foi observado também que dos 12 artigos recuperados, apenas três utilizaram escalas de autorrelato para mensurar os níveis de atenção plena (Berk et al., 2018; Candrawati et al., 2018; Creswell et al., 2012). Esse achado chama a atenção uma vez que, no contexto das pesquisas científicas, a utilização de escalas psicométricas é, até o momento, a abordagem padrão e a mais utilizada para aferir o estado e o traço de atenção plena (Sauer et al., 2013; Soler, 2016). Para Brown et al. (2011), a mensuração da atenção plena torna-se imprescindível para o progresso da ciência, ao compreender que sem essa avaliação, pesquisadores e clínicos não poderão, ao certo, saber se a atenção plena está de fato provocando mudanças, se esta habilidade está sendo aprimorada, bem como, se este aspecto está relacionado a resultados de interesse.

Por outro lado, embora o conteúdo e qualidade das medidas psicométricas sejam, parcialmente, ajustadas do ponto de vista conceitual e psicométrico, estas necessitam de melhorias, sendo recomendado que pesquisadores do campo da medição da atenção plena se esforcem para desenvolver modelos de avaliação baseadas na teoria de resposta ao item, bem como, na elaboração de métodos qualitativos, medidas baseadas em linguagem e avaliações externas (Sauer et al., 2013).

Destarte, apesar da grande maioria dos estudos não incluírem medidas de autorrelato para avaliação dos níveis de atenção plena, o que para muitos pode surgir como uma fragilidade e/ou limitação, não se pode afirmar que os efeitos apontados pelos estudos são irrelevantes, especialmente por considerar que a própria prática de *mindfulness* pode ser utilizada como um

critério de medição (Felver et al., 2018). Sobre isso, destaca-se que durante a prática, pode-se avaliar a contagem da respiração, a descrição de comportamentos observáveis, os registros de prática e a avaliação externa, com destaque para a avaliação de terceiros (por exemplo: cuidadores ou filhos, no caso de idosos) e a avaliação de especialistas (Felver et al., 2018).

Considerações finais

A partir dos estudos incluídos nesta revisão, percebeu-se que os contextos de aplicações das intervenções em *mindfulness* com idosos estavam atrelados aos quadros psicopatológicos, com ênfase para a depressão e ansiedade, além de quadros de insônia crônica, estresse, sofrimento psicológico e bruxismo severo do sono. Além destes, o *mindfulness* também foi empregado em condições específicas, a exemplo de idosos com comprometimento cognitivo leve, doenças cardíacas, luto, emoções positivas e queixas cognitivas. Os resultados indicaram redução dos sintomas psicológicos, além de efeitos positivos diante do sentimento de solidão e da experiência de sofrimento relacionada ao luto de longo prazo, observando, em alguns estudos, uma melhoria na memória e uma diminuição dos níveis de cortisol.

Apesar dos resultados promissores, os estudos apresentam algumas lacunas quanto ao manejo teórico e prático em *mindfulness* por parte dos instrutores e pesquisadores implicados nos estudos, especialmente na forma como estruturam e entregaram determinadas intervenções. Alguns estudos mencionam adaptações na estrutura de alguns protocolos, porém, não sinalizam as possíveis implicações das modificações. A ausência de medição dos níveis de *mindfulness* através de escalas de autorrelato, em boa parte dos estudos, e a não avaliação de outros fatores que podem ter influenciado nos resultados, como suporte social e relacionamento interpessoal, autocompaixão e a própria interação com a figura do instrutor, além do baixo fator de generalização, considerando a escolha de participantes com demandas específicas, também podem ser colocadas como limitações dos estudos.

Em geral, os achados indicam que o *mindfulness* é eficaz para se desenvolver com idosos, principalmente quando se pretende promover saúde mental, BES e uma melhora dos sintomas psicológicos. Neste sentido, essa revisão organiza evidências acerca das práticas baseadas em *mindfulness* com idosos, a partir da integração de resultados de diferentes desenhos metodológicos e com propostas de intervenções distintas. O número reduzido de artigos pode ser entendido como uma limitação, principalmente por considerar a pouca produção sobre intervenções em *mindfulness* com esta população. Considera-se relevante que as futuras intervenções implementem critérios de avaliação e acompanhamento de suas respectivas propostas, além de se atentarem ao processo de planejamento e entrega dos programas. Também recomenda-se a utilização de métodos longitudinais e correlacionais, bem como, o uso de medidas que possam contribuir para um maior rigor e profundidade.

Referências

- *Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghighi, M., Jahangard, L., Bahmani, D. S., Bajoghli, H., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2017). Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 257, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.030>
- Almeida, N. O., Demarzo, M., & Neufeld, C. B. (2020). Terapia cognitiva baseada em mindfulness no atendimento clínico individual de depressão. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(3), 55-63. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165509>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: science and practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>

- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp.1-6). American Psychological Association.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- *Berk, L., Hotterbeekx, R., Os, J., & Boxtel, M. (2018). Mindfulness-based stress reduction in middle-aged and older adults with memory complaints: a mixed-methods study. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1113-1120. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1347142>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Camody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, (11), 230-241.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., Loverich, T. M., Biegel, G. M., & West, A. M. (2011). Out of the armchair and into the streets: Measuring mindfulness advances knowledge and improves interventions: Reply to Grossman (2011). *Psychological Assessment*, 23(4), 1041–1046. <https://doi.org/10.1037/a0025781>
- *Candrawati, A. K., Dwidiyanti, M., & Widyastuti, R. H. (2018). Effects of mindfulness with Gayatri mantra on decreasing anxiety in the elderly. *Holistic Nursing and Health Science*, 1(1), 35-45. <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/hnhs>
- Cebolla, A. (2016). Por que e para que praticar mindfulness? Mecanismos de ação e eficácia. In A. C. I. Martí, J. García-Compayo, & M. Demarzo (Eds), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 57-71). Palas Athena.

- Cebolla, A., & Demarzo, M. (2016). O que é mindfulness?. In A. C. I. Martí, J. García-Compayo, & M. Demarzo (Eds), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 19-35). Palas Athena.
- *Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., & Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomised controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1095–11101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>
- Cruz, G. S. (2019). *Mindfulness em idosos institucionalizados: validação do inventário de Mindfulness de Freiburg para a população geriátrica institucionalizada em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/974>
- *Durães, R. S. S., Folquitto, C. T. F., & Serafim, A. P. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy Combined with Mindfulness for a Case of Severe Sleep Bruxism and Social Anxiety in an Elderly Woman: A Single Case Study for 6-Month Follow-up. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(5), 1145-1155. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I5/PR201789>
- Felver, J. C., Clawson, A. J., Helminen, E. C., Koelmel, E. L., Morton, M. L., & Sinegar, S. E. (2018). Reconceptualizing the measurement of mindfulness. In D. Grimes, Q. Wang, & H. Lin, *Empirical Studies of Contemplative Practices* (pp. 19-42). Nova Science Publishers.
- *Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Moynihan, J. A., & Duberstein, P. R. (2013). Emotional Benefits of Mindfulness-Based Stress Reduction in Older Adults: The Moderating Roles of Age and Depressive Symptom Severity. *Aging & mental health*, 17(7), 823-829. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.799118>

- Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., Caldera, C. A., Combs, H. L., Peters, J. R., & Baer, R. (2016). Mindfulness-Based interventions for older adults: A review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296–307. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0444-1>
- Germer, C. L. Mindfulness: O que é? Qual é a sua importância?. In Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2016), *Mindfulness e Psicoterapia*. Artmed.
- Güenter, L., Jardim, G. B. G., Pascoal, F., Spanemberg, L., Pacheco, M. A., Sgnaolin, V., & Cataldo, A. (2019). Estudo comparativo do perfil de idosos atendidos em um hospital terciário: ambulatório de psiquiatria geriátrica e unidade de internação psiquiátrica. *Pan-American Journal of Aging Research*, 7(2), 1-8. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2019.2.34069>
- Hagen, D. N. P., & Scortegagna, H. M. (2015). Um olhar de cuidado sobre a saúde mental de idosos. In S. A. Scortegagna, N. A. Pichler, L. A. Bettinelli, & A. M. B. Migott (Eds.). *O cuidado na multidimensionalidade do envelhecimento humano*. Méritos.
- *Hatamian, P., & Rasoolzadeh Tabatabaei, S. K (2020). Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Meta-Cognitive Therapy based on Training on Emotion Regulation and Anxiety Sensitivity in Elderly with Heart Disease. *Elderly Health Journal*, 6(2), 78-84. <https://doi.org/10.18502/ehj.v6i2.5011>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa nacional de saúde 2019: percepções do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. IBGE. <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
- 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(1), 33-47.
[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total: Como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*. Editora Palas Athena.
- *Kaur, S. (2020). A Pre-Experimental Study to Evaluate the Effectiveness of Mindfulness Meditation Technique on the Promotion of Subjective Well-Being among Elderly in Bhai Ghanayia Charitable trust District Patiala, Punjab. *International Journal of Psychiatric Nursing*, 6(2), 92-97. <https://doi.org/10.37506/ijpn.v6i2.11196>
- Keller, B. Z., Singh, N. N., & Winton, A. S. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors (MBCAS): Program Development and Implementation. *Mindfulness*, 5(4), 453–459. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0262-2>
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- *Klainin-Yobas, P., Kowitlawakul, Y., Lopez, V., Tang, C. T., Hoek, K. E., Gan, G. L., Lei, F., Rawtaer, I., & Mahendran, R. (2019). The effects of mindfulness and health education programs on the emotional state and cognitive function of elderly individuals with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Neuroscience*, 68, 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.05.031>
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review. *Mindfulness*, 24, 1-28. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
- Larouche, E., Hudon, C., & Goulet, S. (2015). Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: an

- interdisciplinary perspective. *Behavioural Brain Research*, 276, 199-212.
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.05.058>
- Lindayani, L., Hendra, A., Juniarni, L., & Nurdina, G. (2020). Effectiveness Of Mindfulness Based Stress Reduction On Depression In Elderly: A Systematic Review. *Journal Of Nursing Practice*, 4(1), 8-12. <https://doi.org/10.30994/jnp.v4i1.101>
- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., Schwalm, M. T., Ceretta, R. A., Ceretta, L. B., & Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 28-35.
<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000100>
- Mapurunga, M. V. (2020). *Efeitos do programa de promoção da saúde baseado em Mindfulness – MBHP na qualidade de vida de idosos: um estudo de intervenção controlado e randomizado*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/60121>
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers*. Springer Publishing Co.
- *O'Connor, M., Piet, J., & Hougaard E. (2014). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms in Elderly Bereaved People with Loss-Related Distress: a Controlled Pilot Study. *Mindfulness*, 5, 400–409.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0194-x>
- Pinho, P. H., Carnevali, L. M., Santos, R. O., & Lacerda, L. C. S. (2020). Mindfulness-based interventions for adults and older adults with mental disorders: An integrative review. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(3), 105-117.
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166027>

- Rahmani, S., Talepasand, S., & Ghanbary-Motlagh, A. (2014). Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 7(4), 184-196. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307101/>
- Reangsing, C., Rittiwong, T., & Schneider, J. K. (2020). Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1793901>.
- Rizzuti, M. S., Siquara, G. M., & Abreu, N. S. (2017). Uso da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness na prevenção de recaída para pacientes com depressão: revisão sistemática. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(1), 27-36. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v6i1.1044>
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness* 4, 3–17. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0122-5>
- Schramm, J. M. A., Oliveira, A. F., Leite, I. C., Valente, J. G., Gadelha, A. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897-908. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>
- Silva, A. C. C., & Assumpção, A. A. (2018). A influência de Mindfulness na qualidade de vida de idosos: revisão narrativa. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(6), 37-51. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18404>
- Soler, J. (2016). Avaliação de Mindfulness. In A. C. I. Martí, J. García Compayo, & M. Demarzo (Orgs), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 19-35) (D. S. Kato, Trad.). Palas Athena.

- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: O Que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E)
- Weiss, I., & Noto, A. R. (2017). Tratamentos em grupos baseados em Mindfulness. In C. B. Neufeld, B. P. Rangé (Eds), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática*. Artmed.
- *Wetherell, J. L., Hershey, T., Hickman, S., Tate, S. R., Dixon, D., Bower, E. S., & Lenze, E. J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction for Older Adults With Stress Disorders and Neurocognitive Difficulties: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(7), 734-743. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10947>
- *Zhang, J., Liu, X., Xie, X., Zhao, D., Shan, M., Zhang, X., Kong, X., & Cui, X. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Insomnia in Adults Older than 75 Years: A Randomized, Controlled, Single-Blind Clinical Trial. *Explore*, 11(3), 180-185. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.02.005>

- ESTUDO 5 -

A autocompaixão enquanto recurso psicológico positivo para a promoção de bem-estar na velhice: uma revisão integrativa

Resumo

Este estudo buscou identificar e descrever evidências sobre o papel da autocompaixão como estratégia positiva para o bem-estar na velhice, a partir de uma revisão integrativa realizada nas bases Scopus, PubMed, BVS e Web of Science. Foram encontrados 671 artigos, dos quais 10 fizeram a composição final desta revisão. Os resultados indicaram que a autocompaixão se apresenta como uma estratégia psicológica positiva para a promoção do bem-estar em idosos. Além disso, idosos com maior autocompaixão se mostraram mais engajados em comportamentos de autocuidado, o que promove uma melhor saúde mental e gera o desenvolvimento de práticas saudáveis, oportunizando nestes indivíduos um envelhecimento positivo.

Palavras-chave: Autocompaixão; Idoso; bem-estar.

Abstract

This study sought to identify and describe the evidence on the role of self-compassion as a positive strategy for well-being in old age, based on an integrative review carried out in the Scopus, PubMed, VHL, and Web of Science databases. A total of 671 articles were found, of which 10 composed the final composition of this review. The results indicated that self-compassion presents itself as a positive psychological strategy for promoting well-being in the elderly. In addition, elderly people with greater self-compassion were more engaged in self-care behaviors, which promotes better mental health and generates the development of healthy practices, providing these individuals with positive aging opportunities.

Keywords: Self-compassion; Elderly; Well-being.

Introdução

Ao longo do processo de desenvolvimento, o indivíduo pode sofrer influências de perdas de domínio biológico, entendendo que ao longo do curso de vida, há uma redução da capacidade de reserva funcional, que ocasiona um declínio da plasticidade comportamental e biológica, ao passo que essas influências podem afetar outras extensões de funcionamento, a exemplo da dimensão psicológica, social e econômica (Baltes, 2000; Baltes & Baltes, 1990). Esse contexto sinaliza a necessidade de habilidades que contribuam para a manutenção do desempenho pessoal e para um melhor desenvolvimento das atividades diárias, através da implementação de comportamentos e da introdução de estratégias que objetivem compensar as perdas e maximizar os ganhos na experiência da velhice (Lima et al., 2008).

Na tentativa de buscar ferramentas que possam contribuir para o EBS, entendido como o equilíbrio alcançado a partir da compensação das perdas associadas ao envelhecimento e da otimização das potencialidades individuais (Baltes & Baltes, 1990); alguns autores têm apontado a autocompaixão como forte indicador de saúde psicológica ao longo do curso de vida (Neff, 2011). Em linhas gerais, a autocompaixão tem sido referida como um traço psicológico, associado a regiões cerebrais envolvidas no processamento emocional, na regulação emocional e no autorreferenciamento (Guan et al., 2021); assim como uma habilidade passível de ser treinada e aprimorada, a partir de programas e intervenções específicas (Neff & Germer, 2013).

Em aspectos teóricos, a autocompaixão refere-se à capacidade de ofertar uma postura cuidadosa e gentil consigo mesmo, especialmente em momentos difíceis, da mesma forma como disponibilizamos para pessoas próximas (Jinpa, 2016). Trata-se de um recurso psicológico que pode contribuir para que as pessoas lidem com reações negativas, bem como, para que estas se envolvam em comportamentos de promoção de saúde, a partir de um relacionamento gentil, bondoso e compassivo consigo mesmo (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Para

Neff (2003b), a autocompaixão envolve três componentes inter-relacionados e que se potencializam de forma mútua, a saber: autobondade (atitude de oferecer cordialidade, generosidade e aceitação às próprias falhas e a si mesmo), humanidade compartilhada (visualiza o sofrimento como uma experiência comum e inerente a condição humana) e *mindfulness* (sugere uma abertura à experiência de forma intencional, com aceitação e curiosidade).

Estudos anteriores apontaram que a autocompaixão está relacionada a melhores indicadores de BEP, como felicidade, QV e redução de sintomas psicológicos, a exemplo da depressão, ansiedade e estresse (Neff, 2009; Neff, 2003a; Neff, 2003b). A autocompaixão também tem sido apontada como um meio importante para o gerenciamento de condições médicas, através do aumento de comportamentos de promoção de saúde, autocuidado e melhoria da trajetória da doença e dos desfechos em condições crônicas (Grady & Gough, 2014; Misurya et al., 2020), além de se mostrar eficaz para melhorar os resultados de BE relacionados ao contexto do trabalho (Kotera & Gordon, 2021).

Em relação aos idosos, algumas evidências têm sugerido que a autocompaixão pode representar um artifício psicológico extremamente importante para que adultos mais velhos possam atingir um EBS (Allen et al., 2012; Phillips & Ferguson, 2013). Outros achados têm apontado que a autocompaixão protege os idosos contra o desenvolvimento de sintomas de SM, promove uma melhor QV (Kim & Ko, 2018), BES (Phillips & Ferguson, 2013; Allen & Leary, 2014), regulação emocional (Leary et al., 2007; Wrosch et al., 2003) e autoestima (Allen & Leary, 2014), estando também relacionada a construtos psicológicos positivos, a exemplo da felicidade, do otimismo, a sabedoria, a curiosidade e a iniciativa pessoal (Neff et al., 2007).

Neste sentido, com o intuito de investigar recursos psicológicos de ajustamento e adaptação que possam contribuir para melhores desfechos na velhice e para o EBS, este estudo buscou identificar e descrever as evidências científicas sobre o papel da autocompaixão como

estratégia positiva para o BE na velhice, a partir da realização de uma revisão integrativa de literatura. O interesse por essa temática justifica-se por considerar que os indicadores de BE na velhice atuam como forte preditor do EBS (Strawbridge et al., 2002).

Método

Trata-se de um estudo de RIL, método que possibilita a inclusão de estudos de caráter experimental e não-experimental, a fim de se analisar o estado da arte, a partir da identificação, análise e sistematização dos estudos existentes acerca de uma determinada temática (Souza et al., 2010), a partir da seguinte pergunta norteadora: Quais as evidências científicas sobre o papel da autocompaixão como estratégia positiva para o BE na velhice? Em seguida, estudos na área da autocompaixão foram explorados, assim como o DeCS, almejando delimitar os termos e as bases de dados a serem utilizadas na revisão.

Na tática de busca, os descritores foram combinados entre si, fazendo uso dos operadores booleanos *AND* e *OR*, de acordo com a seguinte combinação: (“*old age*”) *OR* (“*elderly*”) *OR* (“*aged*”) *OR* (“*old-aged*”) *OR* (“*Elder*”) *OR* (“*Older Adults*”) *AND* (“*Self-compassion*”) *AND* (“*well-being*”). O descritor “*aged*” está indexado nos DeCS. Os demais termos utilizados no rastreamento dos documentos foram extraídos de outras revisões que exploraram a autocompaixão em idosos e o BE (Moraes et al., 2021; Souza, 2020).

O levantamento dos artigos foi efetuado durante o mês de setembro e outubro de 2021, nas bases de dados Scopus (*Elsevier*), PubMed (via *National Library of Medicine*), *Web of Science* – Coleção Principal (*Clarivate Analytics*) e BVS (BIREME), que levantou artigos da MEDLINE e da IBECs; fazendo uso do método de busca “Título, resumo e/ou palavras-chave”, em pesquisa avançada, acessadas por meio da plataforma Periódicos CAPES, através do acesso CAFe. As bases foram selecionadas considerando o armazenamento de artigos no campo da saúde.

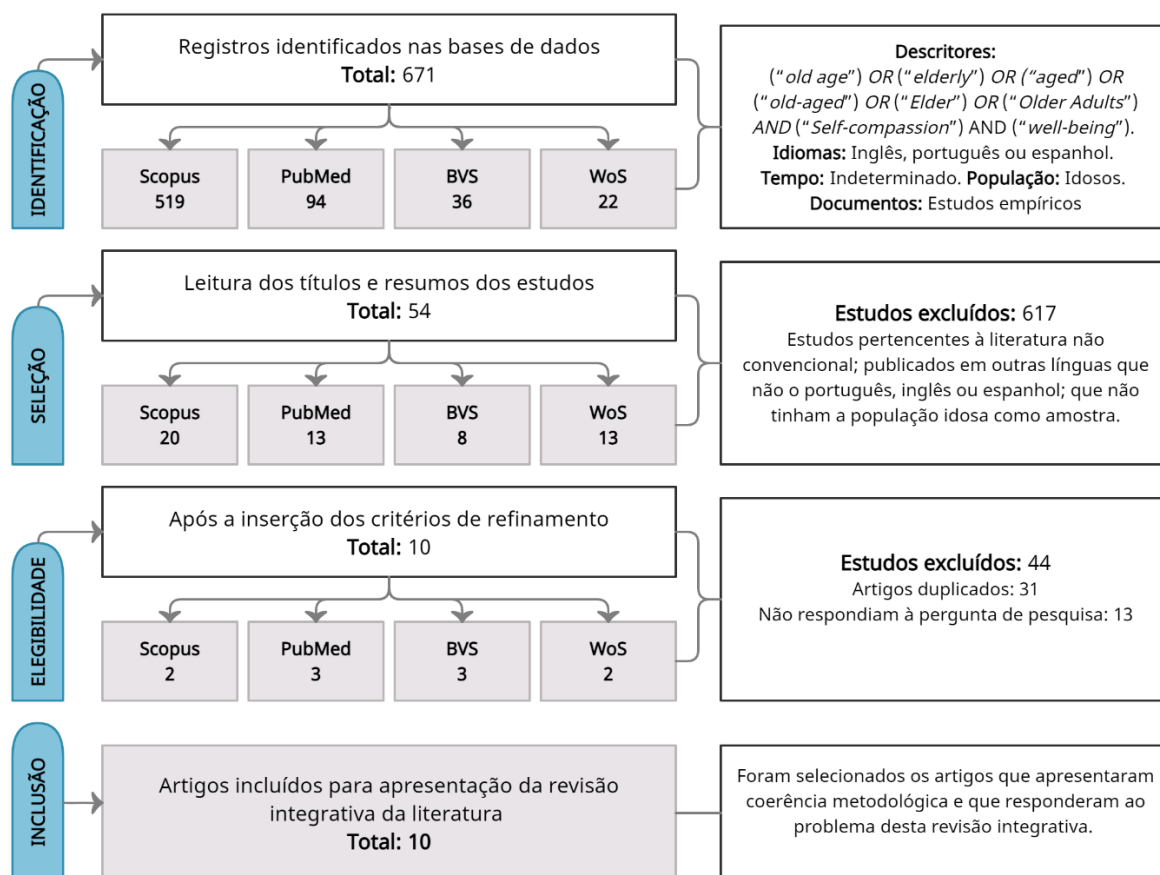
Utilizou-se como filtro: textos completos de artigos empíricos em qualquer desenho metodológico, publicados em inglês, português ou espanhol, sem marcador temporal (tempo indeterminado), que apresentassem em seu conteúdo a autocompaixão e a população idosa. Foram excluídos os estudos pertencentes a literatura não convencional (livros, resenhas, trabalhos monográficos, publicados em anais de eventos, dissertações, teses e produções semelhantes) e que se repetissem nas diferentes bases. Os estudos foram catalogados em planilhas do programa Microsoft Excel® (versão 2013), sintetizados através de protocolo desenvolvido pelos próprios autores. Para avaliação dos artigos selecionados na etapa de seleção, contou-se com o auxílio de um juiz e do suporte do *software* Rayyan, que auxiliou no procedimento de integração dos materiais já publicados (Ouzzani et al., 2016).

Resultados

Foram encontrados 671 artigos, dos quais 519 foram oriundos do Scopus, 94 da PubMed, 36 da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 22 da *Web of Science* (WoS). Após leitura dos títulos e resumos, 54 artigos foram pré-selecionados; destes, 44 foram excluídos, sendo 31 pelo critério de duplicação e 13 por não responderem à pergunta de pesquisa. Ao final, 10 artigos foram incluídos para composição final, após realização de leitura (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma segundo o modelo PRISMA do processo de seleção dos artigos.



A seguir, serão apresentados os resultados obtidos através dos artigos recuperados, separados em duas subseções, a saber: (1) tópicos bibliométricos e metodológicos e (2) análise de categoria. Na primeira subseção, serão destacadas as seguintes informações: ano e país da publicação, idioma, desenho e quantidade de participantes, gênero, escalas, seguida de uma síntese descritiva dos artigos integrados (Tabela 1).

Tópicos bibliométricos e metodológicos

A publicação dos artigos recuperados neste trabalho revisional estava concentrada na última década, com destaque para os últimos 5 anos (2018-2021), sendo: um estudo de 2012 (E1: Allen, Goldwasser & Leary); um estudo em 2013 (E2: Phillips & Ferguson), um em 2014

(E3: Allen & Leary); um estudo de 2016 (E4: Homan); dois estudos de 2018 (E5: Herriot, Wrosch & Gouin; E6: Kim & Ko); dois estudos de 2020 (E7: Machado et al.; E8: Semenchuk et al.) e dois estudos de 2021 (E9: Herriot & Wrosch; E10: Kunuroglu & Yuzbasi).

Quanto aos países de origem das publicações, os EUA e o Canadá concentraram o maior número de publicações, sendo 3 em cada país (EUA: Allen et al., 2012; Allen & Leary, 2014; Homan, 2016) (Canadá: Herriot et al., 2018; Herriot & Wrosch, 2021; Semenchuk et al., 2020). Os demais países dispuseram de uma (1) publicação cada, sendo: Austrália (Phillips & Ferguson, 2013), Coreia do Sul (Kim & Ko, 2018), Brasil (Machado et al., 2020) e Turquia (Kunuroglu & Yuzbasi, 2021). O idioma inglês prevaleceu nas publicações, sendo utilizado em 9 artigos (Allen et al., 2012; Allen & Leary, 2014; Herriot et al., 2018; Herriot & Wrosch, 2021; Homan, 2016; Kim & Ko, 2018; Kunuroglu & Yuzbasi, 2021; Phillips & Ferguson, 2013; Semenchuk et al., 2020). O estudo de Machado et al. (2020) foi escrito e publicado em português.

Em relação ao delineamento dos estudos, oito artigos recuperados nesta revisão tinham um delineamento transversal e exploratório (Allen et al., 2012; Allen & Leary, 2014; Herriot et al., 2018; Homan, 2016; Kim & Ko, 2018; Kunuroglu & Yuzbasi, 2021; Machado et al., 2020; Phillips & Ferguson, 2013), um estudo de coorte observacional (Semenchuk et al., 2020) e um estudo longitudinal (Herriot & Wrosch, 2021). Somando a quantidade de participantes de todos os estudos integrados nesta revisão, chegou-se ao total de 1.789 participantes, com idades entre 55-97 anos.

O sexo feminino foi prevalente em oito estudos (Allen et al., 2012; Allen & Leary, 2014; Herriot et al., 2018; Herriot & Wrosch, 2021; Homan, 2016; Kim & Ko, 2018; Kunuroglu & Yuzbasi, 2021; Phillips & Ferguson, 2013). Na pesquisa de Semenchuk et al. (2020), com mulheres idosas que apresentavam uma média de idade de 66,5 anos. Na investigação de Machado et al. (2020), contrariando os demais, a maior parte dos idosos

incluídos foi do sexo masculino (54,5%). Os estudos com maiores números de participantes foram registrados nas pesquisas de Herriot e Wrosch (2021) e Kunuroglu e Yuzbasi (2021), ambas com um total de 264 idosos, cada. O menor número de participantes foi registrado no segundo estudo da pesquisa desenvolvida no estudo de Allen et al. (2012), que contou com 71 idosos, seguida do estudo brasileiro (Machado et al., 2020), com 88 idosos.

Para uma melhor exposição dos dados obtidos a partir dos artigos analisados, foi realizada uma síntese descritiva qualitativa dos estudos. A síntese corresponde ao número, título dos artigos, autor(es), ano, país de origem da publicação, objetivos e escalas utilizadas para medição da autocompaixão (ver Tabela 1).

Tabela 1

Síntese descritiva referente aos, autores, ano, país, participantes, objetivos e escalas utilizadas para medição da autocompaixão.

<i>Autores/Ano/País</i>	<i>Participantes</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Escalas</i>
Allen, Goldwasser e Leary (2012). EUA.	Estudo 1: 132 idosos, com idades entre 67 a 90 anos (58 do sexo masculino, e 72 do sexo feminino). Estudo 2: 71 idosos, com idades entre 63 a 97 anos (16 do sexo masculino, 54 do sexo feminino e 1 não identificado).	a) Examinar a relação entre a saúde física, autocompaixão e BE em adultos mais velhos. b) Investigar a relação entre a autocompaixão e a disposição das pessoas em se envolver em comportamentos pró-saúde.	a) Self-Compassion Scale (SCS). b) Self-Compassion Scale (versão adaptada com 12 itens).
Phillips e Ferguson (2013). Austrália.	e 185 idosos, com idades entre 65 a 95 anos ($M = 73,42$, $DP = 6,72$) (79 do sexo masculino, 105 do sexo feminino e 1 não identificado).	a) Investigar se a autocompaixão pode estar associada ao BES e BEP em adultos mais velhos. b) Avaliar a estrutura da Escala de Autocompaixão (SCS) em idosos.	Self-Compassion Scale (SCS)

Allen e Leary (2014) EUA.	131 idosos, com idades entre 63 a 93 anos ($M = 76,2$, $DP = 6,74$) (38 do sexo masculino, 79 do sexo feminino e 4 não identificados).	Examinar o papel da Autocompaixão no BE à Scale – Short Form (SCS-SF)
Homan (2016). EUA.	126 idosos, com idades entre 59 a 95 anos ($M = 70,59$, $DP = 7,84$) (37 do sexo masculino e 89 do sexo feminino).	Explorar as relações entre Self-Compassion e Scale – Short Form (SCS-SF)
Herriot, Wrosch e Gouin (2018). Canadá.	233 idosos, com idades entre 59 a 93 anos ($M = 75,57$, $DP = 7,75$) (91 do sexo masculino e 142 do sexo feminino).	Examinar se as diferenças individuais na autocompaixão disposicional predizem níveis mais baixos de cortisol em idosos que sofrem de estressores crônicos e incontroláveis relacionados à idade.
Kim e Ko (2018). Coreia do Sul.	203 idosos, sendo 132 do sexo feminino e 71 do sexo masculino, SM, distúrbios do sono, SV e divididos em três grupos: jovem/velho (65 a 75 anos), meia-idade (75 a 84 anos) e idosos frágeis (85 anos ou mais)	Examinar associações entre Self-Compassion e Scale (SCS)
Machado et al. (2020). Brasil.	88 idosos institucionalizados, com idades entre 61 a 97 anos (48 do sexo masculino e 40 do sexo masculino)	Verificar a relação entre ansiedade, autocompaixão e ações de promoção de SM de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência.
Semenchuk et al. (2020). Canadá.	102 idosas, com média de idade de 66,5 anos ($DP = 6,03$).	Determinar se a autocompaixão ajuda as pessoas em risco de doença cardiovascular a lidar com as reações emocionais e se auxilia na autorregulação de comportamentos de saúde.

Herriot e Wrosch (2021) Canadá. 264 idosos foram incluídos inicialmente no estudo. Os participantes foram avaliados a cada 2 anos (2 anos depois: n = 226; 4 anos depois: n = 176). A média de idade foi de 75,25 (*DP* = 7,85). Testar se a autocompaixão pode prever níveis e trajetórias de saúde física comuns ao longo do tempo. Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF)

Kunuroglu e Yuzbasi (2021). Turquia. 264 idosos, com idades entre 60 e 96 anos (*M* = 70,29, *DP* = 6,07) (109 do sexo masculino e 154 do sexo feminino). Investigar o papel da autocompaixão, resiliência psicológica, atitudes em relação ao envelhecimento e BE psicossocial de idosos. Self-Compassion Scale (SCS)

Análise das categorias

Os principais resultados encontrados a partir dos estudos recuperados nesta revisão integrativa foram organizados e agrupados nas seguintes categorias, elaboradas após leitura dos materiais incluídos nesta revisão: a) autocompaixão, BE e comportamentos de saúde na velhice (*n* = 5) e b) autocompaixão, EBS e desfechos positivos na velhice (*n* = 5). Para uma melhor exposição das informações, serão apresentados os principais resultados, efeitos e implicações dos estudos integrados.

Categoria 1. Autocompaixão, bem-estar e comportamentos de saúde na velhice

Esta categoria apresenta cinco artigos que abordaram o papel da autocompaixão no bem-estar físico, psicológico e subjetivo, assim como, no engajamento de idosos em comportamentos de promoção de saúde (Allen et al., 2012; Allen & Leary, 2014; Homan, 2016; Phillips & Ferguson, 2013; Semenchuk et al., 2020). Observou-se que a autocompaixão,

enquanto uma resposta psicológica positiva na velhice, tem sido apontada como um elemento importante para melhores indicadores de BE na velhice e para a manutenção de comportamentos saudáveis neste período da vida.

Neste caminho, a primeira parte do estudo proposto por Allen et al. (2012) destacou, a partir de análises de regressões múltiplas hierárquicas, que a autocompaixão explicou significativamente o bem-estar geral em participantes idosos ($t(127) = 6,35, p < 0,001, b = 0,49$). Níveis mais elevados de autocompaixão também explicaram, significativamente, maior bem-estar geral entre aqueles que experimentavam maiores níveis de dor ($t(117) = 2,24, p < 0,05, b = 0,19$). A autocompaixão também explicou o bem-estar geral entre idosos que relataram baixa saúde geral, mas que eram autocompassivos ($t(117) = -2,20, p = 0,03, b = -0,19$). Além disso, a autocompaixão explicou significativamente o envelhecimento bem-sucedido (EBS) ($t(128) = 2,87, p = 0,005, b = 0,25$).

Na segunda parte do estudo de Allen et al. (2012), a autocompaixão correlacionou-se positivamente com o EBS e negativamente com a depressão e o comprometimento de funções. Em relação aos idosos com dificuldades de locomoção, a autocompaixão previu significativamente a disposição em buscar o apoio de uma outra pessoa ($t(66) = -2,09, p = 0,041, b = -0,19$). Para aqueles com dificuldades auditivas, a autocompaixão explicou a disposição dos idosos em solicitar a repetição do conteúdo falado ($t(69) = -2,22, p = 0,030, b = -0,20$), além de explicar o uso de “truques”, por parte dos idosos com dificuldades de memórias, para lembrar o nome das pessoas ($t(68) = -2,44, p = 0,018, b = -0,27$).

As análises de caminhos propostas por Phillips e Ferguson (2013), que buscou testar as hipóteses de que a autocompaixão se mostraria associada à integridade do ego, APs e ANs e para determinar se a autocompaixão estaria associada ao significado da vida, indicou a plausibilidade dos modelos testados para o fator geral da autocompaixão ($\chi^2(5) = 6,91, p = 0,23$; CFI = 0,99; GFI = 0,99; RMSEA = 0,05; SRMR = 0,03) e para o modelo com as duas

subescalas (subescala 1: fatores positivos; subescala 2: fatores negativos) da autocompaixão, identificadas pelos autores durante uma análise fatorial exploratória, ($\chi^2(5) = 6,91, p = 0,23$; CFI = 0,99; GFI = 0,99; RMSEA = 0,05; SRMR = 0,02). Os estudiosos sinalizaram que a autocompaixão se mostrou associada a indicadores de BES (afetos positivos, e afetos negativos) e a dois indicadores de bem-estar psicológico (integridade do ego e significado na vida). Isso significa dizer que quanto maior for o estado de autocompaixão, maior será a presença de APs, integridade do ego e significado na vida, bem como, menor ANs.

Na investigação de Allen e Leary (2014), a autocompaixão foi significativa correlacionada ao tom emocional positivo ($r = 0,32, p < 0,001$), pensamentos sobre o envelhecimento ($r = 0,25, p < 0,01$) e mudanças associadas ao envelhecimento ($r = 0,27, p < 0,01$). A partir de análises de regressões hierárquicas múltiplas, a autocompaixão explicou significativamente as cognições autocompassivas em relação ao evento ($b = 0,22, p < 0,05$) e as mudanças associadas ao envelhecimento ($b = 0,26, p < 0,05$). Além disso, análises de mediações observaram que a autocompaixão previu cognições positivas de autocompaixão ($a_1 \text{ path} = 0,63, p = 0,014$), mas não as cognições negativas ($a_2 \text{ path} = -0,23, p = 0,31$). Tanto a cognição autocompassiva positiva ($b_1 \text{ path} = 0,39, p < 0,001$) quando a negativa ($b_2 \text{ path} = -0,62, p < 0,001$) previram o tom emocional das respostas dos participantes. Na análise de atitudes dos participantes como fator de enfrentamento, a autocompaixão previu cognições positivas autocompassivas ($a_1 \text{ path} = 0,70, p = 0,007$), mas não as negativas ($a_2 \text{ path} = -0,28, p = 0,22$). Além disso, as cognições autocompassivas positivas ($b_1 \text{ path} = 0,22, p = 0,01$), mas não negativas ($b_2 \text{ path} = 0,01, p = 0,903$), previram o grau em que os idosos achavam que as suas respectivas atitudes os ajudavam a lidar com os acontecimentos.

No estudo de Homan (2016), análises de regressões hierárquicas destacaram que a autoavaliação de saúde previu significativamente a ansiedade ($b = -0,186, t = -1,97, p = 0,050$), mas não a autocompaixão ($b = -0,164, t = -1,734, p = 0,086$). Com a introdução da

depressão como variável de critério, tanto a autoavaliação de saúde ($b = -0,164$, $t = -2,193$, $p = 0,030$) quanto a autocompaixão ($b = -0,586$, $t = -7,830$, $p < 0,001$) atuaram como preditores significativos. Além disso, diante de baixos níveis de autocompaixão, a pior autoavaliação da saúde se mostrou fortemente relacionada ao aumento da depressão ($b = -0,237$, $t = -4,820$, $p < 0,001$). Por outro lado, diante de altos níveis de autocompaixão, a autoavaliação de saúde não se mostrou estatisticamente relacionada com a depressão ($b = 0,095$, $t = 1,793$, $p = 0,085$).

Na inquirição de Semenchuk et al. (2020), ao controlar a autoestima, a autocompaixão se mostrou associada a um foco proativo na saúde ($r = 0,17$, $p = 0,06$), a autoculpabilização do adoecimento ($r = -0,36$, $p < 0,001$) e engajamento geral na saúde ($r = 0,41$, $p < 0,001$), atividade física ($r = 0,24$, $p = 0,01$), nutrição ($r = 0,28$, $p = 0,002$), gerenciamento de estresse ($r = 0,37$, $p < 0,001$), responsabilidade pela saúde ($r = 0,31$, $p = 0,001$), crescimento espiritual ($r = 0,35$, $p < 0,001$) e relações interpessoais ($r = 0,30$, $p = 0,001$). Na sequência, uma análise de regressão logística buscou verificar quais componentes da autocompaixão explicavam a introdução de comportamentos de promoção de saúde em mulheres idosas, sendo evidenciado que a autobondade ($b = 0,24$, $p < 0,001$), a humanidade compartilhada ($b = 0,27$, $p < 0,001$) e a atenção plena ($b = 0,25$, $p < 0,001$) se mostraram associadas ao foco proativo na saúde, assim como, aos comportamentos promotores de saúde (autobondade ($b = 0,34$, $p < 0,001$); humanidade compartilhada ($b = 0,27$, $p < 0,05$); atenção plena ($b = 0,34$, $p < 0,001$)).

Neste sentido, os estudos indicaram que a autocompaixão surge como um forte preditor de BE na velhice, ao promover melhores indicadores de QV, maior SV, uma maior presença de APs em relação ao ANs e uma maior disposição para o engajamento em comportamentos de manutenção e promoção de saúde nesta etapa da vida. Com isso, entendendo que a velhice pode apresentar uma maior prevalência de perdas em relação aos ganhos, visualiza-se a autocompaixão como uma esperteza psicológica de ajustamento, adaptação e otimização para a promoção de BE e saúde na velhice.

Categoria 2. Autocompaixão, EBS e desfechos positivos na velhice

Esta categoria incluiu os estudos de Herriot e Wrosch (2021), Herriot et al. (2018), Kim e Ko (2018), Kunuroglu e Yuzbasi (2021) e Machado et al. (2020). Os artigos, em aspectos gerais, sinalizaram que a autocompaixão assume um papel importante para o EBS, ao promover melhores indicadores de BE, entendendo que idosos que visualizam uma maior prevalência de AP, significado e SV, tendem a apresentar desfechos mais positivos na velhice.

Na pesquisa de Herriot et al. (2018), a autocompaixão apresentou interações significativas com problemas de saúde física ($b = -0,52, p < 0,01$), incapacidade funcional ($b = -0,29, p \leq 0,05$) e emoções de arrependimento ($b = -0,44, p < 0,03$). Na interação com problemas de saúde física, a autocompaixão previu significativamente níveis mais baixos de cortisol apenas entre participantes com altos níveis de problemas de saúde ($b = -0,79, t = -3,54, p < 0,01$). Em relação a interação com a incapacidade funcional, a autocompaixão previu mais fortemente níveis de cortisol entre idosos com maior incapacidade funcional ($b = -0,54, t = -2,48, p = 0,01$). Por fim, na interação com a intensidade de arrependimento, a autocompaixão previu níveis mais elevados de cortisol apenas entre idosos com maior intensidade de arrependimento ($b = -0,67, t = -2,71, p < 0,01$).

Na pesquisa desenvolvida por Kim e Ko (2018), a partir de regressões lineares multivariadas, o fator positivo a autocompaixão se associou significativamente com a depressão ($\beta = -0,08, p < 0,001$), distúrbio do sono ($\beta = -0,10, p < 0,001$), satisfação com a vida ($\beta = 0,23, p < 0,001$), autocuidado ($\beta = -0,01, p = 0,032$) e atividades usuais de qualidade de vida relacionada à saúde ($\beta = -0,01, p = 0,032$), enquanto que o fator negativo da autocompaixão se mostrou associado, significativamente, com a depressão ($\beta = 0,13, p < 0,001$), ansiedade ($\beta = 0,21, p < 0,001$), distúrbio do sono ($\beta = 0,26, p < 0,001$) e satisfação com a vida (SV) ($\beta = -0,32, p < 0,001$) e com o subdomínio ansiedade/depressão da qualidade de vida relacionada à saúde ($\beta = 0,03, p < 0,001$).

Na investigação de Machado et al. (2020), a autocompaixão se correlacionou negativamente com a ansiedade ($r = -0,379$; $p < 0,001$), indicando que idosos que apresentam níveis mais elevados de autocompaixão, tendem a expressar menor ansiedade. A autocompaixão e as ações de saúde mental apresentaram associações significativas e correlação negativa com a ansiedade, sendo verificado que para cada ponto aumentado nos escores de autocompaixão houve redução de -1,11% nos escores de ansiedade ($p = 0,005$) e -0,54 para cada ponto aumentado nas ações de promoção à saúde mental ($p = 0,043$).

Na sequência, a pesquisa desenvolvida por Herriot e Wrosch (2021) observou que a autocompaixão previu significativamente os níveis médios de sintomas físicos entre participantes em idade avançada ($r = -0,35$, $t = -2,76$, $p < 0,01$), mas não entre aqueles no início da velhice ($r = -0,06$, $t = -0,71$, $p = 0,48$), indicando que participantes com idade avançada que apresentam baixa autocompaixão tendem a exibir maior grau de sintomas físicos diários. O estudo também observou que o adoecimento crônico aumentou, ao longo dos 4 anos, entre os participantes em idade avançada que relataram baixa autocompaixão ($r = 0,20$, $t = 2,79$, $p < 0,01$), mas não entre aqueles que relataram alta autocompaixão ($r = -0,02$, $t = -0,23$, $p = 0,82$). Essa interação não foi observada em participantes no início da velhice com baixa ($r = -0,05$, $t = -1,13$, $p = 0,26$) e alta ($r = 0,05$, $t = 0,87$, $p = 0,39$) autocompaixão.

Por fim, a investigação de Kunuroglu e Yuzbasi (2021) destacou que a autocompaixão se correlacionou significativamente com o EBS ($r = 0,493$, $p < 0,01$), além de se correlacionar com a saúde física ($r = 0,287$, $p < 0,01$), saúde psicológica ($r = 0,362$, $p < 0,01$), atitudes em relação ao envelhecimento ($r = -0,447$, $p < 0,01$), SV ($r = 0,356$, $p < 0,01$) e resiliência ($r = 0,371$, $p < 0,01$). Na sequência, uma análise de regressão hierárquica confirmou que o EBS foi significativamente previsto pela autocompaixão ($b = 3,55$, $t = 3,65$, $p < 0,001$), enquanto que uma análise de caminhos evidenciou bons índices de ajustes ($\chi^2/gl = 0,25$; CFI = 1,00; GFI = 1,00; AGFI = 0,99; NFI = 0,99; RMSEA = 0,00) para um modelo explicativo que introduziu a

SV e a atitude em relação ao envelhecimento com variáveis preditoras, a autocompaixão e a resiliência como variáveis mediadoras, e o envelhecimento bem sucedido como desfecho.

Com isso, os resultados apresentados nesta categoria indicam que a prática e o cultivo da autocompaixão surgem como uma aptidão para melhorar a autocompaixão na medida em que as pessoas envelhecem, além de atuar como um fator preditor de BES, a partir dos indicadores SV e APs, e uma melhor percepção de saúde física e mental, contribuindo assim para desfechos mais positivos na velhice. Neste sentido, observa-se que a autocompaixão se apresenta como um recurso positivo para explorar e descobrir as potencialidades de desenvolvimento na velhice, bem como, para alcançar o EBS.

Discussão

Esta revisão organizou evidências científicas sobre o papel da autocompaixão como estratégia positiva para a promoção do BE na velhice, a partir de uma revisão integrativa de literatura. Todos os 10 artigos integrados referem-se a produções da última década, com destaque para os últimos 5 anos. Neste sentido, a ausência de publicações anteriores ao ano de 2012 sugere que esta temática, relacionada ao público em questão, é recente na literatura. Observou-se um predomínio de publicações nos EUA e no Canadá, ao passo que apenas uma publicação brasileira foi recuperada. O delineamento transversal e exploratório foi o mais utilizado entre as pesquisas recuperadas ($n = 8$), seguido de um estudo de coorte observacional e um estudo longitudinal. Nenhum estudo interventivo foi recuperado, o que demonstra a necessidade do desenvolvimento de investigações que possam explorar a qualidade e a eficácia de protocolos clínicos para o cultivo da autocompaixão com o público em questão.

Os estudos integrados na primeira categoria, denominada de “Autocompaixão, bem-estar e comportamentos de saúde na velhice”, sugeriram que a autocompaixão atua como um forte indicador de BE na velhice, ao destacar que idosos com baixa saúde geral, mas que eram

autocompassivos, apresentavam maior BE do que os participantes com pouca autocompaixão (Allen et al., 2012). Além disso, a autocompaixão se mostrou positivamente associada a uma melhor qualidade de saúde física e psicológica, ao possibilitar uma maior experiência de APs e de SV. Para os estudiosos incluídos neste conjunto, a autocompaixão tem se apresentado como uma estratégia positiva que tem favorecido o engajamento de idosos em comportamentos saudáveis, o que por consequência, tem favorecido maior QV e uma melhor percepção de saúde (Allen et al., 2012; Allen & Leary, 2014; Homan, 2016; Phillips & Ferguson, 2013; Semenchuk et al., 2020).

Para Terry et al. (2013) a autocompaixão contribui para encorajar as pessoas a se envolverem de forma mais ativa em comportamentos de promoção de saúde, especialmente quando estão diante de riscos à saúde, a exemplo de doenças cardiovasculares. Desta forma, a autocompaixão, ao estar positivamente associada a uma busca por comportamentos mais saudáveis ou de sintomas que possam expressar algum risco à saúde, pode contribuir para comportamentos de promoção da saúde e manutenção do BE, assim como uma tática preventiva em adultos saudáveis que almejam ampliar os comportamentos saudáveis (Biber e Ellis, 2019).

Souza (2020) destacou, a partir da literatura, que a autocompaixão promove o aumento do BE na medida em que possibilita aos indivíduos um sentimento de cuidado e calma (em termos emocionais), ao promover a desativação do sistema de ameaças e a ativação do sistema de calma e relaxamento (associado aos sentimentos de tranquilidade e segurança). Zessin et al. (2015) corroboraram com esses achados ao destacarem que a autocompaixão promove mudanças de atitudes para modos de funcionamento e processamento mais positivos, funcionais e de cuidado frente aos eventos e ocorrência da vida diária, reduzindo assim a experiência de AN.

Segundo o estudo de Phillips e Ferguson (2013), idosos apresentam uma maior

probabilidade de vivenciar AN quando se envolvem em autocríticas. Neste caminho, a pesquisa de Allen, Goldwasser e Leary (2012) observou que as intervenções em autocompaixão podem contribuir para aumentar o BE de idosos, especialmente aqueles que experimentam uma maior autocrítica ou desânimo frente aos desafios do cotidiano. Outros achados na literatura reformam ao destacar que indivíduos mais velhos, que se envolvem em autocríticas, estão mais sujeitos a vivenciar maiores AN, e observam que a autocompaixão assume um papel importante para a promoção de BE, na medida em que contribui para o aumento dos estados afetivos através da autoconsciência, da postura acolhedora, bondosa e da aceitação sem julgamento direcionada a si mesmo (Brown et al., 2016; Neff, 2003a; Neff, 2003b).

De acordo com Phillips e Ferguson (2013), um idoso altamente autocompassivo tende a abordar as situações e experiências de vida do momento atual a partir de uma perspectiva mais positiva, ao entender que a autocompaixão faz com que o indivíduo não fixe as suas respostas em aspectos negativos, não se sinta isolado ou promova autocríticas severas. Homan (2016) destacou em sua investigação que a autocompaixão pode contribuir como uma resposta positiva na resolução das tarefas de desenvolvimento ao longo da velhice, além de atuar como uma saída que contribui para que os idosos continuem buscando o desenvolvimento e o crescimento pessoal, a partir da manutenção e/ou da introdução de comportamentos saudáveis que influenciam no procedimento de EBS, ao passo que no estudo de Semenchuk et al., (2020), idosas autocompassivas com risco de doenças cardiovasculares apresentaram maiores intenções de buscar ajuda de um profissional de saúde

Esses resultados são possíveis a partir da postura de aceitação, presente na autocompaixão, que atua como uma esperteza fundamental da regulação emocional (Trompetter et al., 2017). Segundo os estudiosos, esse artifício não objetiva alterar as experiências estressantes, mas sim, modificar o contexto no qual essas experiências negativas se desenvolvem, a partir de uma postura de abertura, cuidado, tolerância, bondade e

equanimidade. Ainda segundo Trompetter et al. (2017), a regulação emocional abre espaço para uma importante habilidade reguladora, a saber: a reavaliação cognitiva positiva, caracterizada como uma resposta de regulação emocional. Perez-Blasco et al. (2016) reforçam ao destacar que a prática da autocompaixão em populações de adultos mais velhos vem contribuindo para o aumento de critérios de enfrentamento de autoproteção, a exemplo da reavaliação cognitiva positiva.

Destarte, os estudos integrados na segunda categoria refletiram o papel da autocompaixão, enquanto um processo psicológico e uma habilidade de adaptação aos desafios do desenvolvimento, no EBS e a sua influência nos desfechos vivenciados nesta etapa da vida. Os achados sinalizaram que o cultivo da autocompaixão contribuiu para aumentar a autocompaixão na medida em que as pessoas envelhecem, acarretando em uma mudança na forma como os idosos visualizam, processam e se adaptam aos desafios e aos declínios do desenvolvimento. Além disso, a autocompaixão possui estreita relação com o BES e BEP nesta etapa da vida, o que vem contribuindo para uma melhor percepção de saúde e um maior engajamento em comportamentos saudáveis (Herriot et al., 2018; Herriot & Wrosch, 2021; Kim & Ko, 2018; Kunuroglu & Yuzbasi, 2021; Machado et al., 2020).

Esses achados são corroborados pela literatura, ao observar que o BE vem sendo apontado como um importante elemento para o EBS, uma vez que idosos que visualizam uma maior prevalência de APs, significado e SV, tendem a conceber uma percepção mais positiva em relação aos desfechos do seu envelhecimento (Strawbridge et al., 2002; Teixeira & Neri, 2007). Com isso, mesmo considerando que ao longo do desenvolvimento humano, o sujeito acaba experimentando perdas e declínios relacionadas a capacidade de reserva funcional, ao passo que a velhice marca um ponto crucial onde a redução da eficácia das competências culturais e biopsicossociais se tornam mais evidentes, observa-se a necessidade de ferramentas psicológicas adaptativas e de enfrentamento que possam compensar as perdas e maximizar os

ganhos a fim de alcançar desfechos positivos, mesmo em um contexto de adoecimento e declínios (Baltes e Baltes, 1990).

Sobre isso, os estudos integrados apontaram que a autocompaixão contribuiu para amenizar os efeitos dos estressores físicos e psicológicos relacionados ao aumento da produção de cortisol (Herriot et al., 2018); atuou como fator protetivo e um artifício psicológico útil e benéfica contra o desenvolvimento de sintomas de SM, distúrbios do sono, para o EBS e para uma velhice saudável (Kim & Ko, 2018; Machado et al., 2020); desempenhou um papel importante na prevenção do desenvolvimento de problemas de saúde física ao longo do tempo (Herriot & Wrosch, 2021); além de contribuir para a compreensão do EBS em pessoas idosas, ao entender que a forma como as pessoas lidam com os desafios relativos à idade irão refletir o quão afetuosas estas tratam a si mesmas diante de problemas (Kunuroglu & Yuzbasi, 2021).

Neff (2003b) reforça esses achados ao sugerir que a autocompaixão promove uma mudança na maneira como as pessoas respondem às mudanças e aos eventos cotidianos, especialmente os indesejados. Segundo a estudiosa, a autocompaixão pode representar um caminho para alcançar níveis mais elevados de saúde psicológica e uma maior capacidade adaptativa. Segundo Souza (2020), a autocompaixão, ao possibilitar, momentaneamente, a sustentação do evento estressor na consciência com uma postura de gentileza e cuidado, constrói um caminho para o desenvolvimento de habilidades mais amplas e duradouras, a exemplo da equanimidade, resiliência, sabedoria e a bondade, que consequentemente, contribuem para o BE e para desfechos mais positivos na velhice.

Esses desfechos positivos são possíveis uma vez que ao oferecer compaixão a si próprio, o sujeito observará a sua própria vivência a partir de uma ótica humana comum, reconhecendo que o sofrimento, o fracasso e as inadequações fazem parte da condição humana e que todas as pessoas, incluindo a si mesmo, são dignas de compaixão (Neff, 2003b). Ainda segundo a estudiosa, para além desse contexto de regulação emocional, a autocompaixão

favorece uma força de mudança e de crescimento pessoal, entendendo que a autocompaixão, em alguns casos, envolve desistir de comportamentos que são prejudiciais, a fim de tomar todas as ações necessárias para se promover o seu BE.

Considerações Finais

Os estudos que compuseram esta revisão observaram que o envelhecimento e a velhice despertam a necessidade de recursos psicológicos que possam contribuir para o ajustamento psicológico, para a regulação das emoções e para o enfrentamento dos desafios e eventos estressores, especialmente quando a experiência do indivíduo é combinada com uma maior presença de AN. De modo geral, os autores consultados evidenciaram que a autocompaixão pode representar uma estratégia psicológica positiva para a promoção de BES, ao indicar uma melhora dos aspectos de saúde física e mental, uma melhor SV, maior prevalência de APs, redução de sintomatologia psicológica e amenização de estressores crônicos.

Esses achados sugerem uma maior capacidade adaptativa diante do envelhecer, o que resulta, em casos, em um maior engajamento em comportamentos de autocuidado, promoção de saúde e práticas saudáveis, gerando, como consequência, uma maior presença de desfechos positivos na velhice. Os estudos revisados constataram uma forte correlação entre BES e BEP e o EBS, ao passo que a percepção de SV e de APs, mesmo em casos de adoecimento e declínio, contribuíram para o alcance de melhores desfechos na velhice.

Apesar dos resultados promissores, os estudos apresentaram algumas limitações que poderão ser exploradas em pesquisas futuras. O desenho transversal e exploratório utilizado na maioria dos estudos não possibilita o estabelecimento de relações causais. Além disso, a Escala de Autocompaixão, em alguns casos, se mostrou longa; sinalizando a possibilidade de investigar a validade desta escala para a população idosa, assim como, o desenvolvimento e a validação de outras escalas com foco na avaliação dos níveis de autocompaixão. Observou-se

também que os artigos recuperados foram publicados no intervalo da última década, com destaque para os últimos quatro anos, fazendo concluir que esta temática, atrelada ao público em questão, ainda é recente. Neste sentido, sugere-se que novas investigações possam ser desenvolvidas, especialmente com desenhos mais robustos, a exemplo de estudos longitudinais e ensaios clínicos randomizados, que possam explorar com maior precisão os efeitos das intervenções baseadas em autocompaixão com idosos.

Em suma, este estudo acrescenta evidências acerca da autocompaixão como estratégia para a promoção de BE, e conseqüentemente, para o BES em idosos, e enquanto competência para o alcance do EBS; além de contribuir de forma significativa para a psicologia do desenvolvimento ao longo de toda vida, ao corroborar com uma competência que poderá ser utilizado para explorar e descobrir potencialidades encobertas na velhice a serem desenvolvidas ou aprimoradas com a prática da autocompaixão.

Referências

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2014). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*, 54(2), 190-200. <https://doi.org/10.1093/geront/gns204>
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and identity: the journal of the International Society for Self and Identity*, 11(4), 428–453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp.1-6). American Psychological Association.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>

- Biber, D. D., & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of health psychology*, 24(14), 2060–2071. <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V., Bei, B., & Judd, F. (2016). Self-compassion, attitudes to ageing and indicators of health and well-being among midlife women. *Aging & mental health*, 20(10), 1035–1043. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1060946>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health*, 104(8), 0–31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Guan, F., Liu, G., Pedersen, W. S., Chen, O., Zhao, S., Sui, J., & Peng, K. (2021). Neurostructural correlates of dispositional self-compassion. *Neuropsychologia*, 160, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107978>
- Herriot, H., & Wrosch, C. (2021). Self-compassion as predictor of daily physical symptoms and chronic illness across older adulthood. *Journal of health psychology*, 27(7), 1697–1709. <https://doi.org/10.1177/13591053211002326>
- Herriot, H., Wrosch, C., & Gouin, J. P. (2018). Self-compassion, chronic age-related stressors, and diurnal cortisol secretion in older adulthood. *Journal of behavioral medicine*, 41(6), 850–862. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9943-6>
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9227-8>
- Jinpa, T. (2016). *Um coração sem medo* (Mendonça J. E., Trad.). Sextante.
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 39(6), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>

- Kotera, Y., & Gordon, W. V. (2021). Effects of Self-Compassion Training on Work-Related Well-Being: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.630798>
- Kunuroglu, F., Yuzbasi, D. V. (2021). Factors Promoting Successful Aging in Turkish Older Adults: Self Compassion, Psychological Resilience, and Attitudes towards Aging. *Journal of Happiness Studies*, 22, 3663–3678. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00388-z>
- Lima, A. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um construto e novas fronteiras. *Interface: comunicação saúde educação*, 12(27), 795-807. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400010>
- Machado, B. D., Jesus, I. T. M. de, Manzini, P. R., Carvalho, L. P. N. de, Cardoso, J. de F. Z., & Orlandi, A. A. dos S. (2021). Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 23, 1-7. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.63826>
- Misurya, I., Misurya, P., & Dutta, A. (2020). The Effect of Self-Compassion on Psychosocial and Clinical Outcomes in Patients With Medical Conditions: A Systematic Review. *Cureus*, 12(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.10998>
- Moraes, A. A., Quiroga, C. V., Dacroce, L. R. B., & Argimon, I. I. L. (2021). Exploring self-compassion in older adults: a systematic review. *Contextos Clínicos*, 14(1), 333-357. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000100016&lng=pt&tlng=
- Neff, K. D., & Germer, C. (2013). *Manual de Mindfulness e autocompaixão: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo*. (S. M. da Rosa, Trad.). Artmed.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion.

- Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: a healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211–214. <https://doi.org/10.1159/000215071>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(210). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016) The Effects of Mindfulness and Self-Compassion on Improving the Capacity to Adapt to Stress Situations in Elderly People Living in the Community. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 90-103. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253>
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 68(4), 529–539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- Semenchuk, B. N., Boreskie, K. F., Hay, J. L., Miller, C., Duhamel, T. A., & Strachan, S. M. (2021). Self-compassion and responses to health information in middle-aged and older women: An observational cohort study. *Journal of health psychology*, 26(12), 2231–2247. <https://doi.org/10.1177/1359105320909860>

- Souza, J. P. M. (2020). *Autocompaixão e Bem-Estar e seus mecanismos psicológicos principais: uma Revisão Integrativa* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de São Paulo]. Repositório Institucional da UNIFESP. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58921>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: O Que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>
- Terry, M. L., Leary, M. R., Mehta, S., & Henderson, K. (2013). Self-compassionate reactions to health threats. *Personality & social psychology bulletin*, 39(7), 911–926. <https://doi.org/10.1177/0146167213488213>
- Trompetter, H. R., Kleine, E., & de Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., & Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality & social psychology bulletin*, 29(12), 1494–1508. <https://doi.org/10.1177/0146167203256921>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied psychology. Health and well-being*, 7(3),

340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

SEÇÃO III – Artigos Empíricos

- ESTUDO 6 -

Bem-estar subjetivo, *mindfulness* e autocompaixão na velhice: possibilidades para o envelhecimento bem-sucedido

Resumo

Essa pesquisa buscou verificar a percepção de idosos quanto ao bem-estar subjetivo (BES), a atenção plena e a autocompaixão na velhice, e a relação destes fatores com o envelhecimento bem-sucedido. O estudo contou com 11 idosos residentes nos estados da Bahia e Sergipe, com idades entre 60 e 72 anos ($M = 63,90$), sendo 63,63% do gênero feminino. Para tanto, foi processada uma Classificação Hierárquica Descendente, fazendo uso do *software* IRaMuTeQ. Emergiram aspectos que parecem importar na avaliação subjetiva acerca do bem-estar, a exemplo dos processos de adoecimento e autoavaliação de saúde, além de habilidades que podem contribuir para melhores desfechos na velhice, a exemplo da autocompaixão e da atenção plena. Conclui-se que o BES assume um papel importante na percepção de sucesso do envelhecimento, e que a autocompaixão e a atenção plena podem contribuir para uma melhor satisfação com a vida e maior afetividade positiva.

Palavras-Chave: Envelhecimento bem-sucedido, atenção plena, autocompaixão, bem-estar subjetivo, velhice.

Abstract

This research sought to verify the perception of the elderly regarding subjective well-being, mindfulness, and self-compassion in old age, and the relationship of these factors with successful aging. The study included 11 elderly people living in the states of Bahia and Sergipe, aged between 60 and 72 years ($M = 63.90$), 63.63% of whom were female. For that, a Descending Hierarchical Classification was processed, using the IRaMuTeQ software. Aspects that seem to matter in the subjective assessment of well-being emerged, such as the processes of illness and self-assessment of health, as well as skills that can contribute to better outcomes in old age, such as self-compassion and mindfulness. It is concluded that BES plays an important role in the perception of successful aging and that self-compassion and mindfulness can contribute to better satisfaction with life and greater positive affectivity.

Keywords: Successful aging, mindfulness, self-compassion, subjective well-being, old age. bjective Well-Being; old age; aging.

Introdução

O desenvolvimento humano é entendido, a partir do paradigma *lifespan*, como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional, que envolve a relação conjunta de ganhos e perdas (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2006; Neri, 2013). Nesta dinâmica, o curso de vida acaba sofrendo influências que podem ser graduadas por idade (ocorrem em um mesmo tempo e com uma duração padrão ou aproximada para todos os indivíduos); graduadas por história (afetam indivíduos nascidos em um mesmo período histórico); ou de ordem não normativas ou idiossincrásicas (eventos que ocorrem de forma imprevisível e que em decorrência disso, acabam exigindo recursos de enfrentamento mais assertivos) (Neri, 2013).

Na velhice, os idosos acabam experimentando um maior desequilíbrio na dinâmica de ganhos e perdas, especialmente por considerar que nesta fase existe uma redução da eficácia dos recursos culturais (que inclui a totalidade psicológica, social, material e simbólica construída ao longo dos anos), gerando, em casos, uma maior vulnerabilidade e prevalência de desfechos negativos (Baltes, 1997; Baltes, 2000; Baltes & Baltes, 1990). Por outro lado, apesar da prevalência de desfechos negativos, a velhice guarda potencialidades a serem descobertas e melhoradas, que podem conduzir a desfechos mais positivos e a uma melhor percepção de sucesso (Neri, 1993).

Todavia, o sucesso do envelhecimento só é possível através da introdução de estratégias que possam compensar as perdas (resultados indesejáveis) e maximizar os ganhos (resultados ou objetivos esperados) (Baltes & Baltes, 1990). Com isso, as estratégias de Seleção, Compensação e Otimização (SOC) assumem um papel importante na busca desse equilíbrio, especialmente na velhice, ao propor caminhos para o enfrentamento das mudanças normativas e não normativas que podem surgir ao longo do curso de vida (Freire et al., 2012).

No modelo SOC, a “Seleção” envolve eleger metas que sejam compatíveis com os recursos disponíveis, podendo ser de caráter eletiva ou baseada em perda; a “Otimização”

refere-se ao gerenciamento e a otimização de habilidades importantes para atingir as metas e objetivos selecionados, enquanto que a “Compensação” abrange a utilização de recursos e comportamentos alternativos e/ou substitutivos para compensar perdas e declínios relacionados ao envelhecimento, almejando manter um nível satisfatório de funcionamento (Freund & Baltes, 1998; Freund & Baltes, 2002).

A literatura vem destacando que a forma como os idosos avaliam o seu processo do seu envelhecimento e da sua velhice atuam como um dos critérios mais importantes para a compreensão de sucesso relacionada a tais experiências (Blanco-Molina et al., 2019; Papadopoulos, 2020; Teixeira e Neri, 2008; Wu et al., 2020). Para os autores do modelo de SOC, tais estratégias são preditores importantes para a avaliação subjetiva do bem-estar, com destaque para as ponderações acerca do gerenciamento da vida e do EBS (Freund & Baltes, 1998; Freund & Baltes, 2002).

Dada a importância, o Bem-Estar Subjetivo (BES) vem sendo definido como avaliações cognitivas e emocionais, que partem de critérios subjetivos, realizadas pelos indivíduos acerca das diferentes dimensões de sua vida (Diener, 1984). A perspectiva apresentada por Andrews e Crandall (1976) caracteriza o BES como um modelo multidimensional, ao propor três dimensões, que incluem a satisfação com a vida (SV), qualificada como um componente cognitivo, e os afetos positivos (APs) e afetos negativos (ANs), que integram os componentes emocionais do bem-estar.

Observa-se que existe um interesse nos aspectos positivos do desenvolvimento e do EBS, principalmente pela necessidade de se promover bem-estar e uma melhor qualidade de vida das pessoas em idade avançada (Farriol-Baroni et al., 2021). Além disso, o BES tem se mostrado associado a melhores desfechos na velhice, uma vez que pessoas que vivenciam uma maior prevalência de emoções positivas acabam relatando maiores experiências de sucesso e SV (Lyubomirsky et al., 2005).

As estratégias SOC, além de contribuírem para um melhor ajustamento e enfrentamento dos desafios e eventos negativos de vida (Baltes & Baltes, 1990; Freund & Baltes, 2002), podem atuar como um fator protetivo e promotor de bem-estar nesta etapa da vida (Freund, 2008; Zając-Lamparska, 2021). Entre as estratégias psicológicas que podem contribuir para a promoção do BES na velhice estão o *mindfulness* (atenção plena), entendido como a consciência que emerge de forma intencional ao prestar atenção no momento presente, com abertura, curiosidade e aceitação (Kabat-Zinn, 2017) e a autocompaixão, que envolve ofertar cuidado, compreensão e acolhimento, sem julgamento e com abertura, diante da própria experiência de sofrimento, entendendo que a mesma faz parte da condição humana comum compartilhada (Neff, 2003).

Neste caminho, diferentes estudos têm relatado que tanto o *mindfulness* quanto a autocompaixão tem contribuído para a promoção de uma maior afetividade positiva, maior SV e uma menor afetividade negativa em idosos (Allen et al., 2012; Fiocco & Mallya, 2015; Hanley et al., 2015; Iskender, 2009; MacAulay et al., 2021; Neff, 2017; Phillips & Ferguson, 2013; Schutte & Malouff, 2011; Souza & Silva, 2022). Ambos os construtos psicológicos parecem contribuir no enfrentamento e na adaptação aos eventos estressores de vida, refletindo assim em melhores desfechos na velhice e na forma como as pessoas avaliam o seu envelhecimento (Boxtel & Speckens, 2014; Brown et al., 2019; Ding & Xu, 2021; MacAulay et al., 2022; Mace et al., 2022; Pinheiro & Rodrigues, 2021).

Neste sentido, levando em consideração que a utilização das estratégias SOC desempenham um papel importante no sucesso do envelhecimento; que tanto o *mindfulness* quanto a autocompaixão parecem contribuir para a avaliação subjetiva que os idosos realizam acerca dos seus aspectos cognitivos e emocionais; e do entendimento que essas ponderações refletem na forma como estes avaliam o seu envelhecimento e a sua experiência na velhice, faz-se relevante verificar a percepção de idosos quanto ao BES, a atenção plena e a

autocompaixão na velhice, e a relação destes fatores com o envelhecimento bem-sucedido (EBS).

Método

Foi realizada uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa. Neste sentido, buscou-se aprofundar-se em discussões relacionadas ao BES, EBS, estratégias SOC, *mindfulness* e a autocompaixão na velhice.

Participantes

Seguindo o critério de saturação teórica (Fontanella et al., 2008), foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que morassem em qualquer cidade dos estados da Bahia ou Sergipe, apresentassem disponibilidade, capacidade de leitura, escrita e compreensão, lucidez e plena competência para responder e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Foram excluídos idosos que fizessem autorreferência, no momento do convite, de sintomas psicóticos ou algum tipo de limitação que interferissem no ato de resposta da entrevista e dos demais instrumentos, mesmo com auxílio do entrevistador.

Instrumentos

Foi aplicado um Questionário Sociodemográfico (QSD) (Anexo 2), com o intuito de caracterizar os participantes sobre: idade, estado de residência, gênero, estado civil e religiosidade. Na sequência, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Anexo 3) contendo os seguintes eixos temáticos: (1) Bem-Estar Subjetivo; (2) Saúde mental; (3) Envelhecimento Bem-Sucedido; (4) Estratégias de Seleção, Otimização e Compensação (SOC); (5) *Mindfulness* e (6) Autocompaixão.

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 55444722.0.0000.5546, Nº parecer: 5.328.634) (Anexo 4). A princípio, foi realizado um estudo piloto com 3 idosos, com o intuito de verificar a qualidade do instrumento, a compreensão do conteúdo e o tempo de execução. Após essa avaliação, os idosos foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre o caráter voluntário, objetivos, riscos e benefícios, sigilo das informações, incluindo da sua identidade, e do seu direito de desistir da pesquisa em qualquer momento da pesquisa. Posteriormente, após todos consentirem a sua participação e autorizarem a gravação, através da assinatura do TCLE (Anexo 1), as entrevistas foram realizadas em ambiente virtual, através da plataforma de videochamadas Google Meet, fazendo uso do recurso de “Gravação de Chamada”. No geral, as entrevistas tiveram média de duração de 40 minutos, sendo armazenadas em pasta criptografada com senha. Vale ressaltar que foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados às pesquisas com seres humanos, dispostos nas resoluções de nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise de dados

Os dados sociodemográficos foram analisados pela plataforma estatística de código aberto JASP (*Jeffrey's Amazing Statistics Program*), versão 0.16.4.0, a fim de se promover cálculos de estatísticas descritivas. As entrevistas foram analisadas através do *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que contribuiu para a organização da distribuição do vocabulário contido nas entrevistas, possibilitando uma visualização clara e uma facilidade na forma de compreensão (Camargo & Justo, 2013). Para tanto, foi processada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para o reconhecimento do dendograma, que possibilitou a identificação das co-

ocorrências de termos nos mesmos segmentos e a hierarquização de cada termo em classes de palavras, sendo desconsiderado as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$).

Resultados

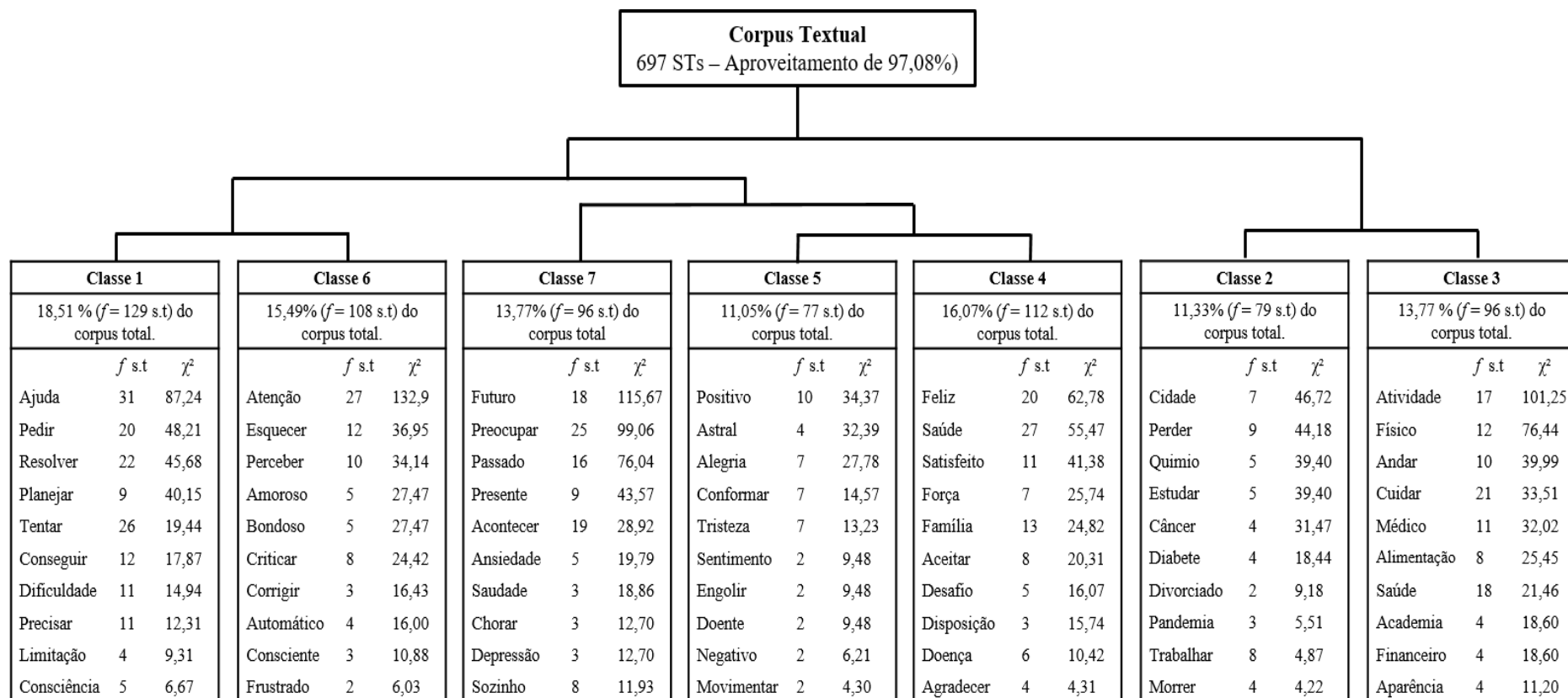
Estatísticas descritivas, textuais e Classificação Hierárquica Descendente

Participaram desta pesquisa 11 idosos residentes nos Estados da Bahia (72,72%) e Sergipe (27,28%), com idades entre 60 e 72 anos ($M = 63,90$, $DP = 3,91$), sendo 63,63% do gênero feminino. Deste total, 54,54% eram casados(as) e 27,27% viúvos(as), 54,54% não chegaram a concluir o ensino fundamental I e 100% expressaram praticar alguma religião, com destaque para Católicos Apostólicos Romanos (90,91%).

O corpus foi constituído por 11 textos, separados em 718 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 697 STs (97,08%). Emergiram 25022 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.539 palavras distintas e 1.249 com uma única ocorrência. Os dados foram organizados em 7 classes temáticas, alocados em 2 grupos, onde o primeiro grupo é composto pelas classes 2 e 3, e o segundo grupo se subdivide em 3 grupos, sendo: subgrupo 1 – formado pelas classes 1 e 6; subgrupo 2 – composto pela classe 7; e o subgrupo 3 – constituído pelas classes 5 e 4 (Figura 1). Neste sentido, para uma melhor apresentação dos resultados, as classes foram organizadas em 4 categorias, seguindo a mesma ordem disponibilizada pela CHD: Categoria 1 – Envelhecimento e velhice bem-sucedida (incluiu conteúdos das classes 2 e 3); Categoria 2 – Estratégias SOC, atenção plena e autocompaixão na velhice (incluiu conteúdos das classes 1 e 6); Categoria 3 – Saúde mental, solidão e preocupação na velhice (incluiu conteúdos da classe 7); e Categoria 4 – Bem-estar subjetivo na velhice (incluiu conteúdos das classes 4 e 5).

Figura 1

Dendrograma com o agrupamento em classes geradas na CHD.



Categoria 1 – Envelhecimento e velhice bem-sucedida.

Essa categoria abrange os conteúdos relacionados a Classe 2 - “Eventos de vida”, com 79 ST (11,33%) e a Classe 3 - “Envelhecimento e velhice bem-sucedida”, com 96 ST (13,77%). Para os idosos, o sucesso do envelhecimento e da velhice surge como uma meta difícil de ser alcançada, especialmente pelas influências dos eventos críticos de vida, com destaque para a ocorrência de perdas e doenças que estes precisam enfrentar ao longo da vida. O cuidado com a saúde, em sua integralidade, foi sinalizado como uma das principais estratégias para alcançar melhores desfechos na velhice. Para os idosos, as ações de cuidado foram mantidas ao longo da vida, e em casos, ampliadas na velhice em decorrência de desfechos negativos, sendo a melhora do fator econômico um ponto positivo para o acesso aos meios de cuidado e de promoção de saúde.

Tive momentos de dor e de sofrimento, eu tive um câncer de mama, mas eu fiz quimioterapia, foi um momento de dor, de muito sofrimento. Pegou a gente assim desprevenido, mas deu tudo certo (Participante 10).

Todos os dias eu faço uma musculação, uma dança, uma aeróbica, todo dia é uma coisa diferente, e aí eu, eu sempre fiz atividade física, só nessa pandemia que eu dei uma parada, mas a gente está voltando porque os médicos cobram (Participante 10).

Categoria 2 – Estratégias SOC, atenção plena e autocompaixão na velhice.

Essa categoria abrange os conteúdos relacionados a Classe 1 - “Estratégias SOC na velhice”, com 129 ST (18,51%) e a Classe 6 - “Atenção Plena e Autocompaixão”, com 108 ST (15,49%). Verificou-se que os entrevistados sinalizaram buscar, em sua grande maioria, reavaliar os objetivos e traçar novas metas de acordo com os recursos disponíveis, aceitando as dificuldades e as suas próprias limitações, além de se colocarem em abertura para solicitar ajuda de uma terceira pessoa, com destaque para filhos, netos, vizinhos e fé/espiritualidade.

Para os idosos, o envelhecimento culmina em algumas limitações que são entendidas como esperadas, despertando uma certa necessidade em aceitar as experiências e agir com atenção plena no momento presente, ofertando bondade, cordialidade e gentileza diante da própria experiência de sofrimento.

[...] eu geralmente faço aquilo que eu dou conta de fazer, aquilo que o meu braço alcança, procuro fazer sempre isso (Participante 10).

[...] eu costumo fazer as coisas com consciência, sabe?! Às vezes até demais. Gosto de ficar atenta no que estou fazendo, comendo e olhando (Participante 1).

Tem que ser amorosa com a gente mesma, porque se for... a bondade e tudo, porque se for se criticar aí vai desgrçar com tudo. Eu sou mais amorosa comigo mesma (Participante 3).

Categoria 3 – Saúde mental, solidão e preocupação na velhice.

Essa categoria abrange os conteúdos relacionados a Classe 7 - “Saúde mental, solidão e preocupação na velhice”, com 96 ST (13,77%). Observou-se uma preocupação moderada com o futuro, especialmente em como chegarão, fisicamente e psicologicamente, nos anos seguintes, sendo mais evidente em idosos que expressaram maior solidão. Por outro lado, alguns idosos destacaram não se preocupar com o passado ou com o futuro, por entender que não conseguem modificar o que já aconteceu e por não terem controle diante do que está por vir.

A gente tem que se preocupar com o presente e o que vem. Acho que a preocupação com o futuro é mais ou menos. Nem de mais, nem de menos. Seria viver o agora, mas atenta ao que está por vir (Participante 3).

Eu me preocupo com o futuro. O passado já passou. Agora para frente é que eu não sei o que vai me acontecer. O que é que eu vou viver nesse mundo sozinha na vida quando eu estiver mais velha (Participante 2).

Categoria 4 – Bem-estar subjetivo na velhice.

Essa categoria abrange os conteúdos relacionados a Classe 4, “Satisfação com a vida na velhice”, com 112 ST (16,07%) e a Classe 5 - “Velhice e vivência de afetos”, com 77 ST (11,05%). Os idosos entrevistados destacaram experimentar mais afetos positivos, com destaque para a alegria, aceitação e gratidão, enquanto que os ANs foram associados, principalmente, a vivência de eventos críticos de vida. Neste contexto, os idosos atribuíram a SV a convivência com a família; a melhores percepções de saúde; a autonomia; a presença de disposição para trabalhar e para enfrentar os desafios; e a vivência de emoções positivas. Por outro lado, idosos que sinalizaram enfrentar muitos problemas de saúde demonstraram insatisfação e maior expressão de ANs, com destaque para tristeza, frustração e preocupação.

Meus filhos são a minha riqueza. Então, se eles estão bem, eu me sinto bem. Eu me sinto satisfeita com a vida que tenho. A saúde, eu ousa dizer e agradecer a Deus que eu me sinto vencedora, pois já passei por muita coisa. Quando a gente anda e está se movimentando, a gente já pode dizer que está feliz (Participante 1).

São mais positivas, apesar de tudo. Eu me esforço para manter emoções mais positivas. É claro que uma hora ou outra surge uma emoção desagradável, mas tento manter a calma e superar aquela situação (Participante 11).

Discussão

Os resultados gerados através da CHD indicaram a existência de sete classes, que na sequência foram organizadas em quatro categorias temáticas pelos autores. A primeira

categoria, denominada de “Envelhecimento e velhice bem-sucedida”, sinalizou, inicialmente, que o envelhecimento, apesar de ganhos, acaba sendo marcado por uma maior prevalência de perdas, fazendo com que a velhice se torne mais vulnerável a desfechos negativos (Baltes, 2000). Entre os eventos e/ou experiências negativas de vida, destacam-se, além do adoecimento crônico, a viuvez e a solidão, mais evidente em idosos que, além da ausência do(a) cônjuge, não possuem nenhum filho.

Neste caminho, a categoria “Saúde mental, solidão e preocupação na velhice” integrou relatos acerca dos desafios de lidar com a solidão e com a preocupação de como enfrentarão os desafios do futuro, quando estiverem com mais idade e, possivelmente, com maiores limitações. Para Son et al. (2022), o apoio conjugal parece desempenhar um papel significativo na saúde mental dos idosos, enquanto que a viuvez pode estar relacionada ao aumento dos efeitos dos eventos negativos de vida na incidência de demência, e os eventos de vida de caráter negativo parecem aumentar o risco da demência vascular (Gerritsen et al., 2017). Por outro lado, Hsieh & Zhang (2021) observaram que diferentes estudos destacaram que idosos sem filhos apresentam pior bem-estar, podendo incluir níveis elevados de solidão, preocupação, ansiedade, depressão, limitação funcional e baixa SV.

Ainda na categoria “Envelhecimento e velhice bem-sucedida”, foi sinalizado que, apesar dos desafios, limitações e declínios, os idosos tendem a avaliar sua saúde como melhor do que realmente é, ao passo em que as avaliações subjetivas de saúde acabam não se diferenciando conforme a idade, apesar da saúde objetiva acabar declinando ou piorando com a passagem do tempo (Baltes & Smith, 2006). Tal contexto aponta para o fato de os idosos possuem capacidade psicológica para transformar a realidade e para realizar adaptações e processos de reconstruções internas, graças a capacidade de plasticidade do *self* (Baltes & Smith, 2006).

A categoria denominada “Bem-estar subjetivo na velhice” discorreu sobre a avaliação subjetiva acerca do bem-estar, incluindo percepções e considerações acerca deste indicador ao longo da velhice. Com isso, foi percebido que idosos que avaliaram a sua saúde de uma forma mais positiva, demonstraram maior SV e maior vivência de afetos positivos. Idosos que experimentam mais emoções positivas, que são casados, que possuem filhos, que apresentam boas condições de saúde e boa renda tendem a expressar comportamentos e pensamentos mais adaptativos, além de maior BES (Woyciekoski et al., 2012; Zhou et al., 2015). Por outro lado, idosos que avaliaram a sua saúde como precária, demonstraram maior insatisfação com a vida e maior vivência de ANs, especialmente por considerar que as mudanças enfrentadas pelos idosos em decorrência do avanço da idade podem impactar negativamente no bem-estar dos idosos (Jivraj et al., 2014).

A avaliação subjetiva acerca do bem-estar parece influenciar na forma que os idosos percebem o seu envelhecimento, algo que já foi destacado na literatura (Blanco-Molina et al., 2019; Papadopoulos, 2020; Teixeira e Neri, 2008; Wu et al., 2020). Para os entrevistados, o sucesso do envelhecimento e da velhice é encarado como uma meta a ser alcançada ao longo da vida, sendo também corroborado por Teixeira e Neri (2008). Entretanto, os desafios, as dificuldades e as doenças que estes precisam enfrentar e conviver, acabam dificultando e/ou limitando a experiência de sucesso.

A categoria quatro ainda descreveu que, apesar de demonstrarem satisfação com os seus respectivos processos de envelhecimento, os idosos, em sua grande maioria, não avaliaram a sua velhice como bem-sucedida. Neste contexto, observou-se que a avaliação subjetiva acerca da saúde parece assumir um papel importante na avaliação do bem-estar e do sucesso do envelhecimento, especialmente por compreender que os fatores biológicos e o adoecimento possuem efeitos importantes no EBS (Özsungur, 2020) e que algumas definições de EBS

incluem o baixo risco a doença e a própria saúde como critérios que podem influenciar neste processo (Rowe & Kahn, 1998).

A primeira categoria, por sua vez, destacou que os idosos apontaram o cuidado com a saúde como uma das principais estratégias para se alcançar melhores desfechos na velhice, o que inclui atividades de autocuidado (atividade física, lazer, alimentação saudável e cuidado com a aparência) e a presença de vínculos familiares. Destarte, os membros da família podem atuar positivamente na promoção do bem-estar de idosos, ao contribuírem para o planejamento da aposentadoria, como ponto de apoio e como facilitadores à adaptação à vida e aos desafios da velhice, favorecendo assim um BES mais positivo (Switsers et al., 2021; Szinovacz et al., 2012).

Um outro fator que parece contribuir para a promoção de melhores condições de saúde e para a velhice bem-sucedida são os aspectos socioeconômicos. Nos relatos, o fator socioeconômico, com destaque para ter melhores condições financeiras, foi apontado como uma estratégia para acessar os meios de cuidado e de promoção de saúde. Alguns estudos têm apontado que tais aspectos podem impactar significativamente na saúde de idosos, contribuindo, nos casos em que esses aspectos são elevados, para um menor risco de adoecimento individual, para uma maior participação social, melhor alocação de recursos, menor limitação funcional, além de influenciar no funcionamento cognitivo e na qualidade de vida de idosos (Larnyo et al., 2022; Selvamani & Arokiasamy, 2021; Selvamani & Singh, 2018; Teerawichitchainan & Knodel, 2015).

Com isso, a categoria denominada “Estratégias SOC, atenção plena e autocompaixão na velhice” observou que, diante da necessidade de minimizar as perdas e maximizar os ganhos, os idosos destacaram evitar ou “deixar para lá” tarefas nas quais acreditam possuir alguma dificuldade e/ou quando possíveis limitações o impedirão de realizá-las, fazendo com que estes elejam metas que sejam compatíveis com os recursos disponíveis (Baltes & Baltes,

1990). Sinalizaram buscar otimizar os recursos através da manutenção de processos internos e externos, a exemplo do cuidado com a saúde física e mental, com destaque para a regulação das emoções, e do aprimoramento de habilidades e competências. Além disso, foi destacado a importância de se colocar em abertura para utilizar estratégias de compensação, através da introdução de comportamentos alternativos ou substitutivos.

A atenção plena foi indicada como um dos recursos utilizados pelos idosos para obter melhores resultados na velhice. Para os entrevistados, estar atento no momento presente pode ajudar a deixar a vida mais fácil, além de contribuir para uma melhor execução de tarefas, podendo incluir menores chances de erros, acidentes e/ou situações indesejadas. Neste sentido, os idosos referem-se ao traço psicológico, que envolve autorregular a atenção, de forma sustentada e intencional no momento presente, com atitudes de abertura, curiosidade e aceitação (Bishop et al., 2004).

O cultivo da atenção no momento presente também foi referido como uma estratégia para desenvolver consciência acerca das próprias emoções, sentimentos, reações e experiências do agora, bem como, para distanciar os idosos dos pensamentos ruminativos relacionados ao passado ou futuro. Neste sentido, entende-se que a prática da atenção plena possibilita com que o idoso altere o modo como percebe e processa o pensamento, não se tratando de modificar o seu conteúdo (Teasdale, 1999). Além disso, a prática contribui para regular as emoções, especialmente as negativas (Cebolla, 2016), algo que também foi sinalizado por alguns idosos.

A autocompaixão, por sua vez, também foi associada a melhores desfechos nesta etapa da vida, de modo que os entrevistados sinalizaram que agir com bondade, cuidado e cordialidade diante dos próprios erros, falhas e/ou limitações pode favorecer uma maior adaptação e um melhor enfrentamento dos eventos negativos de vida, de modo que a autocrítica, o isolamento e a ruminação foram apontadas como atitudes negativas, e em casos, promotora de maior sofrimento.

Por experimentarem processos que já são esperados ao longo do desenvolvimento, os idosos acreditam que é estratégico aceitar as experiências como elas se mostram, uma vez que a aceitação pode contribuir para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao envelhecimento (Allen et al., 2012) e para um melhor ajustamento psicológico (Homan, 2016). Desta forma, parece promissor buscar desenvolver habilidades psicológicas como a autobondade, a tolerância e a aceitação do sofrimento, tendo em vista que idosos podem encontrar dificuldades que necessitarão de recursos mais adaptativos (Cunha et al., 2017).

Destarte, tanto a atenção plena, que envolve atitudes de abertura, curiosidade e aceitação as experiências como elas se mostram, quanto a autocompaixão, que integra atitudes de autobondade, humanidade compartilhada e a própria atenção consciente no momento presente, foram sinalizadas pelos idosos como estratégias psicológicas positivas para envelhecer de uma forma bem-sucedida, na medida em que contribuem para promover uma maior afetividade positiva e uma perspectiva mais otimista acerca dos eventos de vida, com destaque para os negativos. Além disso, essas competências parecem possibilitar com que o indivíduo maneje os recursos disponíveis, trace novas metas e se adapte aos desafios e eventos de vida de uma forma mais positiva, culminando, em casos, em uma melhora da qualidade de vida, da saúde e do seu bem-estar.

Considerações Finais

A presente pesquisa buscou verificar a percepção de idosos quanto ao BES, a atenção plena e a autocompaixão na velhice, e a relação destes fatores com o EBS. Os resultados mostraram que as estratégias de SOC assumem um papel importante na adaptação aos eventos negativos de vida e as possíveis limitações provenientes do processo de envelhecendo, de modo que a autocompaixão e a atenção plena foram entendidas como habilidades psicológicas que podem ser otimizadas e utilizadas pelos idosos com o objetivo de se promover o BES, que por

consequência, contribui para que os idosos enfrentem e se adaptem, de forma mais positiva, aos eventos de vida.

Para os idosos, o envelhecimento é marcado por uma maior vulnerabilidade relacionada a eventos negativos, com destaque para perdas de pessoas próximas, adoecimento crônico e declínios relacionados aos níveis de funcionalidade física, cognitiva e psicológica, fazendo com que estes acabem necessitando de estratégias psicológicas de enfrentamento mais adaptativas. Neste contexto, as estratégias de SOC parecerem contribuir no modo como os idosos percebem, processam e se adaptam aos eventos de vida, ao introduzir metas compatíveis com as possibilidades disponíveis, na otimização de recursos que auxiliem a realização dos objetivos propostos e na admissão de comportamentos alternativos e/ou substitutivos, afim de se promover um maior equilíbrio na dinâmica de perdas e ganhos.

Entre os recursos percebidos, a autocompaixão e a atenção plena no momento presente, que podem ser entendidas como processos de otimização, por envolver o gerenciamento de habilidades psicológicas para se alcançar melhores desfechos de ajustamento psicológico, regulação emocional e adaptação comportamental, foram associados a uma maior aceitação das experiências de sofrimento e do próprio envelhecimento, um melhor ajustamento e enfrentamento aos eventos de vida, melhora da capacidade de regular emoções negativas e maior consciência em relação ao aqui e agora, contribuindo para autoavaliações mais positivas acerca do bem-estar

Esses processos, quando combinados a outros aspectos, como uma melhor percepção de saúde, incluindo a baixa probabilidade de adoecimento, menor convivência com morbidades, maiores níveis de funcionalidade física, cognitiva e psicológica; relações sociais emocionalmente ativas e satisfatórias, com destaque para os laços familiares e a percepção de suporte social ao longo da experiência, religiosidade, e melhores condições socioeconômicas, parece influenciar na forma como os idosos avaliam a sua vida e o seu envelhecimento. Vale

ressaltar que os aspectos socioeconômicos, com destaque para “ter melhores condições financeiras” não foi percebido, sozinho, como promotor de BES e EBS, mas sim, aquilo que emerge a partir dessas condições, a exemplo de dispor de maior acesso aos recursos de promoção de saúde e prevenção de doenças; maior engajamento social, com a introdução de atividades de lazer; e melhores experiências de autocuidado.

De modo geral, os idosos que sinalizam a importância da atenção plena e da autocompaixão, bem como, aqueles que melhor perceberam e avaliaram a sua própria saúde, suporte social e condições financeiras, sinalizaram uma melhor SV e uma maior vivência de afetos positivos, enquanto que idosos que sinalizaram pior saúde e maior número de morbidades, baixo suporte social, solidão e menores condições financeiras, reportaram maior insatisfação com a vida e maior afetividade negativa. Para os idosos, as emoções positivas contribuem para uma melhor percepção de sucesso em relação ao seu envelhecimento, além de resultar em desfechos mais satisfatórios e uma maior disposição para enfrentar e manejar os eventos negativos da vida.

Entretanto, apesar dos resultados encontrados apresentarem consistência teórica e representarem uma contribuição significativa para a compreensão das temáticas estudadas, observaram-se limitações. Em primeiro lugar, por se tratar de uma pesquisa realizada de forma pontual, não foi possível realizar um acompanhamento longitudinal. Além disso, as características dos participantes podem não representar a diversidade encontrada nos diferentes modos de envelhecimento. Com isso, recomenda-se que pesquisas futuras possam realizar um acompanhamento a longo prazo, com amostras maiores e mais robustas em relação a gênero, raça, escolaridade, orientação sexual e fatores socioeconômicos e culturais.

Com isso, conclui-se ser relevante ampliar os conhecimentos acerca dos temas estudados, especialmente por considerar o avanço do envelhecimento populacional e os desafios que essa dinâmica pode provocar. Faz-se necessário desenvolver programas de

promoção de saúde e prevenção de doenças, com foco no EBS da população. Entende-se que esse desfecho perpassa melhores indicadores de BES e uma melhor percepção de saúde, o que também sinaliza a importância de se pensar em estratégias psicológicas que possam ampliar a SV e a vivência de afetos positivos na velhice, a exemplo da atenção plena e da autocompaixão, bem como, o desenvolvimento de políticas públicas que fomentem o acesso e a manutenção dos aspectos relacionados à saúde em sua integralidade.

Referências

- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and identity: the journal of the International Society for Self and Identity*, 11(4), 428–453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Andrews, F. M., & Crandall, R. (1976). The validity of measures of self-reported well-being. *Social Indicators Research*, 3, 1–19. <https://doi.org/10.1007/BF00286161>
- Baltes P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *The American psychologist*, 52(4), 366–380. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.4.366>
- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. Em J. E. Birren & J. J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp. 7–26). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10367-002>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice

- bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17(36), 7-31. https://issuu.com/sescsp/docs/a_terceira_idade_n_36_novas_front
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Susan, A., 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>
- Blanco-Molina, M., Pinazo-Hernandis, S., & Tomás, J. M. (2019). Subjective well-being key elements of Successful Aging: A study with Lifelong Learners older adults from Costa Rica and Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.06.002>
- Boxtel, M. P. V., & Speckens, A. E. (2014). Mindfulness, cognitieve functies en 'succesvol ouder worden'. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 45(3), 137–143. <https://doi.org/10.1007/s12439-013-0055-z>
- Brown, L., Huffman, J. C., & Bryant, C. (2019). Self-compassionate Aging: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(4), 311–324. <https://doi.org/10.1093/geront/gny108>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(22), 513-518. <http://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Cebolla, A. (2016). Por que e para que praticar mindfulness? Mecanismos de ação e eficácia. Em A. C. I. Martí, J. García-Compayo, & M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade* (pp. 57-71). Palas Athena.
- Cunha, M., Parente, L., Galhardo, A., & Couto, M. (2017). Self-compassion, Well-being and Health in Elderly: Are there Related? *European Psychiatry*, 41(1), 648-648. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1078>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

- Ding, N., & Xu, Z. (2021). Attachment, self-esteem, and subjective well-being among people in China aged 50 and over: The role of self-compassion. *Scientific Journal Publishers*, 49(2), 1-12. <https://doi.org/10.2224/sbp.10160>
- Farriol-Baroni, V., González-García, L., Luque-García, A., Postigo-Zegarra, S., & Pérez-Ruiz, S. (2021). Influence of Social Support and Subjective Well-Being on the Perceived Overall Health of the Elderly. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 2-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105438>
- Fiocco, A. J., & Mallya, S. (2015). The importance of cultivating mindfulness for cognitive and emotional well-being in late life. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 20(1), 35–40. <https://doi.org/10.1177/2156587214553940>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Freire, S. A., Resende, M. C., & Rabelo, D. F. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspectivas em Psicologia*, 16(1). <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/27556>
- Freund, A. M. (2008). Successful Aging as Management of Resources: The Role of Selection, Optimization, and Compensation. *Research in Human Development*, 5(2), 94-106. <https://doi.org/10.1080/15427600802034827>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531–543. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>

- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642–662. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>
- Gerritsen, L., Wang, H. X., Reynolds, C. A., Fratiglioni, L., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2017). Influence of Negative Life Events and Widowhood on Risk for Dementia. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(7), 766–778. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.02.009>
- Hanley, A., Warner, A., & Garland, E. L. (2015). Associations Between Mindfulness, Psychological Well-Being, and Subjective Well-Being with Respect to Contemplative Practice. *Journal of Happiness Studies*, 16, 1423–1436. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9569-5>
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9227-8>
- Hsieh, N., & Zhang, Z. (2021). Childlessness and Social Support in Old Age in China. *Journal of cross-cultural gerontology*, 36(2), 121–137. <https://doi.org/10.1007/s10823-021-09427-x>
- Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 37(5), 711–720. <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.5.711>
- Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B., & Chandola, T. (2014). Aging and subjective well-being in later life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 69(6), 930–941. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu006>
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total: Como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*. Palas Athena.

- Larnyo, E., Dai, B., Nutakor, J. A., Ampon-Wireko, S., Larnyo, A., & Appiah, R. (2022). Examining the impact of socioeconomic status, demographic characteristics, lifestyle and other risk factors on adults' cognitive functioning in developing countries: an analysis of five selected WHO SAGE Wave 1 Countries. *International Journal for Equity in Health*, 21(31), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01622-7>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- MacAulay, R. K., Brown, L. F., & Moore, L. (2022). Mindfulness stress-buffering model of health: implications for successful aging. *Aging & mental health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2107175>
- MacAulay, R. K., Halpin, A., Andrews, H. E., & Boeve, A. (2021). Trait mindfulness associations with executive function and well-being in older adults. *Aging & mental health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1998352>
- Mace, R. A., Popok, P. J., Hopkins, S. W., Fishbein, N. S., & Vranceanu, A. M. (2022). Adaptation and virtual feasibility pilot of a mindfulness-based lifestyle program targeting modifiable dementia risk factors in older adults. *Aging & mental health*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2032600>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. (2017). *Autocompaixão: pare de se torturar e deixe a insegurança para trás*. Lúcida Letra.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Papirus.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt

- Neri, A. L. (2013). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. Em E. V. Freitas, & L. Py. (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. Guanabara-Koogan.
- Özsongur, F. (2020). Gerontechnological factors affecting successful aging of elderly. *The Aging Male*, 23(5), 520-532. <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1539963>
- Papadopoulos, D. (2020). The Role of Well-Being, Spirituality, and Religiosity for Successful Aging in Late Life: A Brief Review. *Advances in Aging Research*, 9(2), 23-31. <https://doi.org/10.4236/aar.2020.92003>
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 68(4), 529–539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- Pinheiro, D., & Rodrigues, M. (2021). Os benefícios do mindfulness para um envelhecimento saudável e sustentável. *JIM - Jornal De Investigação Médica*, 2(2), 36-52. <https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.426>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. Pantheon Books.
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116–1119. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.037>
- Selvamani, Y., & Arokiasamy, P. (2021). Association of life course socioeconomic status and adult height with cognitive functioning of older adults in India and China. *BMC geriatrics*, 21(354), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02303-w>
- Selvamani, Y., & Singh, P. (2018). Socioeconomic patterns of underweight and its association with self-rated health, cognition and quality of life among older adults in India. *PloS*

- one, 13(3). 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193979>
- Son, H., Cho, H. J., Cho, S., Ryu, J., & Kim, S. (2022). The Moderating Effect of Social Support between Loneliness and Depression: Differences between the Young-Old and the Old-Old. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042322>
- Souza, F. V. S., & Silva, J. P. (2022). Intervenções Baseadas em Mindfulness para Idosos: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 15(2), 666-688. <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.152.15>
- Switsers, L., Dierckx, E., Domènech-Abella, J., Donder, L., Dury, S., & D-SCOPE Consortium (2021). Negative old-age life events and well-being in later life: the moderating and mediating role of loneliness. *International psychogeriatrics*, 33(12), 1265–1276. <https://doi.org/10.1017/S1041610220004196>
- Szinovacz, M. E., Ekerdt, D. J., Butt, A., Barton, K., & Oala, C. R. (2012). Families and Retirement. In R. Blieszner & V H. Bedford (Eds.), *Handbook of families and aging* (pp. 461-488). ABC-CLIO LLC.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E)
- Teerawichitchainan, B., & Knodel, J. (2015). Economic status and old-age health in poverty-stricken Myanmar. *Journal of Aging and Health*, 27(8), 1462–1484. <https://doi.org/10.1177/0898264315584577>
- Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. S. (2012). Determinantes do Bem-Estar

Subjetivo. *Psico*, 43(3), 280-288.

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8263>

Wu, J., Li, X., Gao, B., & Su, X. (2020). The Effects of Serious Leisure Involvement on Subjective Well-Being and Successful Aging: A Case Study of Young-Old Participants in Chinese Seniors' Universities. *SAGE Open*, 10(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1177/2158244020914559>

Zajac-Lamparska, L. (2021). Selection, optimization and compensation strategies and their relationship with well-being and impulsivity in early, middle and late adulthood in a Polish sample. *BMC psychology*, 9(144), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00650-2>

Zhou, Y., Zhou, L., Fu, C., Wang, Y., Liu, Q., Wu, H., Zhang, R., & Zheng, L. (2015). Socio-economic factors related with the subjective well-being of the rural elderly people living independently in China. *International journal for equity in health*, 14(5), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0136-4>

- ESTUDO 7 -

O envelhecimento bem-sucedido e sua relação com o *mindfulness*, os fatores da autocompaixão e o bem-estar subjetivo em idosos

Resumo

O presente estudo, de caráter transversal e quantitativo, teve como objetivo testar um modelo explicativo de envelhecimento bem-sucedido (EBS), tendo o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do bem-estar subjetivo (BES) como variáveis mediadoras, em idosos. Participaram 233 idosos, residentes dos estados da Bahia (34,8%) e Sergipe (65,2%), com uma média de idade geral de 69,2 anos ($DP = 7,33$). Foram aplicadas, nas modalidades *online* e presencial, as versões validadas para o contexto brasileiro dos seguintes instrumentos: *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS), *Self-Compassion Scale* (SCS), Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) e a Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido (EEBS). Os resultados da regressão linear múltipla (RLM) apontaram que o EBS foi explicado pelo *mindfulness*, pelo fator positivo da autocompaixão e pelos afetos positivos (APs). Na sequência, a modelagem por equações estruturais (MEE), sugeriu que tanto o *mindfulness* quanto a autocompaixão, que se correlacionaram positivamente entre si, explicaram significativamente e positivamente os APs, enquanto os APs explicaram de forma positiva e significativa o EBS. Conclui-se que o *mindfulness* e a autocompaixão podem atuar como habilidades psicológicas positivas contribuintes para a promoção de maior afetividade positiva, que por consequência, contribui para mudar a forma como os idosos visualizam e enfrentam os desafios de vida, resultando em um EBS.

Palavras-chave: envelhecimento bem-sucedido; atenção plena; autocompaixão; bem-estar subjetivo.

Abstract

This cross-sectional and quantitative study aimed to test an explanatory model of successful aging (SA), with mindfulness and self-compassion factors as predictive variables, and subjective well-being (SWB) components as predictors. mediating variables, in elderly. Participants were 233 elderly people, residents of the states of Bahia (34.8%) and Sergipe (65.2%), with an overall mean age of 69.2 years ($SD = 7.33$). The versions validated for the Brazilian context of the following instruments were applied, both online and in person: Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), Self-Compassion Scale (SCS), Subjective Well-Being Scale (SWBS) and the Scale of Successful Aging (SSA). The results of multiple linear regression (MLR) showed that SA was explained by mindfulness, the positive factor of self-compassion and positive affects. Subsequently, structural equation modeling (SEM) suggested that both mindfulness and self-compassion, which were positively correlated with each other, significantly and positively explained the positive affects, while the positive affects positively and significantly explained the SA. It is concluded that mindfulness and self-compassion can act as positive psychological skills that can contribute to the promotion of greater positive affectivity, which, consequently, contributes to changing the way elderly people visualize and face life challenges, resulting in an SA.

Keywords: successful aging; mindfulness; self-compassion; subjective well-being.

Introdução

O envelhecimento humano se caracteriza como um processo multidirecional, multidimensional, contínuo e não reversível, por meio de mudanças orquestradas por influências biopsicossociais, de natureza normativa e não normativa (Neri, 2013). Essas influências, que podem ser graduadas por idade, pela história e/ou não normativas, atuam de forma concorrente na construção de simetrias e de individualidades ao longo do curso de vida (Baltes, 1987; Neri, 2013). Nessa dinâmica, o indivíduo pode sofrer com perdas do domínio biológico que tendem a afetar outras dimensões de funcionamento, a exemplo do domínio psicológico e cognitivo, fazendo, em muitos casos, com que a velhice seja marcada por uma maior prevalência de perdas em relação aos ganhos (Baltes, 2000; Baltes & Smith, 2006).

Neste caminho, uma revisão da literatura observou que muitos idosos tendem a se sentirem mais isolados, o que por consequência tende a aumentar o risco para o surgimento de sintomas psicológicos, com destaque para a depressão, em decorrência das alterações fisiológicas e anatômicas atreladas ao aumento da idade biológica, da aposentadoria e redução das atividades sociais, da morte de parentes e amigos, da separação dos filhos por casamento, trabalho ou imigração (Estebsari et al., 2020). Em consequência dessas mudanças nos padrões de enfermidades, muitos idosos acabam precisando conviver e lidar com o adoecimento crônico, com destaque para quadros de diabetes, doenças respiratórias, cardíacas, Alzheimer e acidente vascular cerebral (AVC), que também podem contribuir para intensificar ou despertar sintomas psicológicos (Souza & Silva, 2022).

Por outro lado, apesar das perdas, existem potencialidades a serem descobertas e desenvolvidas na velhice (Neri, 1993), uma vez que os idosos possuem uma capacidade de reserva cognitiva, psicológica e comportamental, podendo desenvolver plasticidade funcional ao longo desta etapa da vida (Freire, 2001). É neste contexto de possibilidades e potencialidades que surge a definição do envelhecimento bem-sucedido (EBS), entendido como

o equilíbrio na dinâmica de ganhos e perdas, através da introdução de estratégias que possam compensar os declínios e maximizar os resultados positivos (Baltes, 1997; Baltes & Baltes, 1990). O EBS envolve o engajamento em um estilo de vida saudável; a flexibilidade individual e social; o fortalecimento da capacidade de reserva cognitiva, psicológica, comportamental, biológica e cultural; a utilização do conhecimento e da tecnologia como potenciais recursos compensatórios; a abertura para o uso de compensação especial, quando necessário, a exemplo de próteses; a busca pelo equilíbrio na dinâmica de aquisições e declínios; e a utilização de estratégias que respeitem e considerem a subjetividade humana (Baltes & Baltes, 1990).

O modelo de EBS (Baltes & Baltes, 1990) sugere que o sucesso do envelhecimento é possível através da introdução de estratégias que visem compensar os desfechos negativos, através da otimização de recursos e da seleção de metas condizentes com as possibilidades presentes, almejando manejar as mudanças ocorridas ao longo do desenvolvimento humano e o alcance de desfechos mais positivos ao longo do curso de vida, com destaque na velhice (Baltes, 1997). A premissa do modelo de compensação seletiva com otimização é de que o desenvolvimento individual bem-sucedido envolve três condições importantes, a saber: antecedentes (por exemplo, adaptação seletiva e transformação, a partir de recursos externos e internos), processos de orquestração (seleção, otimização e compensação) e resultados (redução das perdas e ampliação dos ganhos) (Martin et al., 2015).

Destarte, diferentes estudos têm sinalizado que as avaliações subjetivas acerca do bem-estar atuam como um dos critérios mais importantes para o EBS, ao observar que pessoas que vivenciam maior afetividade positiva, menor afetividade negativa e maior satisfação com a vida tendem a conceber uma visão mais otimista acerca da vida, resultando em avaliações mais positivas acerca do sucesso do envelhecimento (Blanco-Molina et al., 2019; Freund & Riediger, 2003; Papadopoulos, 2020; Teixeira e Neri, 2008; Wu et al., 2020).

O bem-estar subjetivo (BES) refere-se a um construto psicológico constituído por uma dimensão emocional (afetos positivos e negativos) e uma dimensão cognitiva (satisfação com a vida) (Siqueira & Padovam, 2008). Com origem no campo da Psicologia Positiva, essa dimensão do bem-estar está relacionada à avaliação, a partir de critérios próprios, que as pessoas realizam acerca da própria vida, o que inclui aspectos como satisfação com a vida (SV), felicidade e frequência em que vivenciam afetos positivos (APs) e afetos negativos (ANs) (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

O senso subjetivo de bem-estar assume um papel importante no modo como os idosos funcionam e visualizam a vida (George, 2009). Este recurso contribui para reduzir os impactos negativos atrelados aos eventos críticos de vida e as perdas relacionadas à idade e para aumentar os desfechos positivos que impactam de forma significativa e positiva no sucesso do envelhecimento (Westerhof, 2003). Além disso, vem sendo destacado como uma variável que pode assumir um papel de mediação entre atividades que despertam e introduzem benefícios positivos e o EBS (Wu et al., 2020).

Neste contexto, surge a necessidade de utilizar estratégias psicológicas que possam contribuir para regular as emoções e para promover uma melhor adaptação aos desafios do desenvolvimento (Baltes & Baltes, 1990), a exemplo da atenção plena e da autocompaixão. O *mindfulness* vem sendo descrito como a capacidade de prestar atenção com qualidade, intencionalmente, com abertura e sem julgamento as experiências que desabrocham no aqui e agora (Kabat-Zinn, 2017), aceitando o que está acontecendo, sem se perder em processos de julgamentos ou autojulgamentos (Neff & Germer, 2019). A autocompaixão, por sua vez, envolve visualizar a própria condição de sofrimento enquanto uma condição humana comum compartilhada, entendendo que o sofrimento, as inadequações, a dor e o fracasso são comuns a todos os seres humanos, e que todos, incluindo a si mesmo, são dignos de receber compaixão (Neff, 2003).

O modelo de autocompaixão proposto por Neff (2003) envolve três componentes principais. O primeiro, autobondade, sugere ofertar gentileza e compreensão consigo mesmo diante de situações de dor ou fracasso, em vez de ser duramente autocrítico e severo consigo mesmo. O componente humanidade compartilhada, por sua vez, convida o indivíduo a perceber as próprias experiências como parte da condição humana comum compartilhada, ao invés de se sentir isolado e sozinho em sua experiência de sofrimento. Por fim, o *mindfulness*, que busca sinalizar a importância de manter pensamentos e sentimentos dolorosos a partir de uma perspectiva mais equilibrada na consciência, deixando de lado atitudes de se identificar demais com esses processos.

Tanto o *mindfulness* quanto a autocompaixão parecem contribuir para a promoção de maior afetividade positiva, menor afetividade negativa e maior satisfação com a vida, melhorando assim os indicadores de BES (Allen et al., 2012; Atanes, 2013; Brown et al., 2015; Fiocco & Mallya, 2015; Hanley et al., 2015; MacAulay et al., 2021; Neff, 2003; Neff, 2011; Neff, 2017; Phillips & Ferguson, 2013; Russell-Williams et al., 2018; Schutte & Malouff, 2011; Souza & Silva, 2022). Esses resultados são possíveis uma vez que ambos os construtos envolvem mecanismos de regulação emocional que contribuem para a redução das ruminações, da autocrítica e para a introdução de atitudes de aceitação, favorecendo assim um melhor equilíbrio emocional (Brown & Ryan, 2003; Cebolla & García-Campayo, 2018; Hölzel et al., 2011; Hwang et al., 2016; Trompetter et al., 2017).

Investigar os fatores que influenciam o EBS vem sendo descrito como um caminho a ser trilhado por pesquisadores do campo do desenvolvimento humano (Jang, 2020), especialmente considerando a necessidade de compreender o papel de fatores subjetivos sobre esse desfecho (Salamene et al., 2021). Destarte, entendendo que tanto o *mindfulness* quanto os componentes da autocompaixão atuam como recursos psicológicos positivos que contribuem para a promoção do BES, e que o BES opera como um critério subjetivo importante para a

avaliação do sucesso do envelhecimento, este estudo buscou testar um modelo explicativo de EBS, tendo o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do BES como variáveis mediadoras, em idosos. De maneira específica, teve como finalidade verificar quais variáveis são preditoras do EBS nessa população.

Método

Participantes

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado por meio da plataforma *Google Forms* e questionários impressos aplicados em formato de entrevista, em uma amostra de idosos dos estados da Bahia e Sergipe. A quantidade de participantes foi calculada com base na literatura existente sobre simulações Monte Carlo para modelagem por equações estruturais (MEE), que sugere uma faixa de 200-500 respondentes para realizar as análises, para dados ordinais com o estimador *Diagonally Weighted Least Square* (DWLS) (Forero et al., 2009).

A amostragem para esta pesquisa foi do tipo não probabilística e por conveniência, levando em consideração os seguintes critérios de elegibilidade de inclusão: apresentar idade igual ou superior a 60 anos; disponibilidade em participar do estudo; nível de escolaridade que possibilite a leitura e a abstração de conteúdo falado; estar lúcido e plenamente capaz para responder por si mesmo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quanto aos critérios de exclusão, destacam-se: apresentar sintomas psicóticos ou algum tipo de limitação autorreferenciada pelos participantes no momento do convite (deficiência intelectual moderada ou grave, ou quadros demenciais) que interfiram na ação de responder os instrumentos, mesmo com auxílio dos pesquisadores.

Um total de 239 idosos responderam aos questionários, após aceite do convite. Na sequência, durante uma verificação dos formulários respondidos, optou-se por remover 6 documentos preenchidos na versão impressa em decorrência da ausência completa de respostas

em escalas importantes para essa pesquisa, resultando em 233 participantes. Do total de participantes, 76,4% eram do sexo feminino, com uma média de idade de 69,2 anos ($DP = 7,48$), com idades entre 60 e 93 anos. Para o sexo masculino (23,6%), a média de idade foi de 69,1 anos ($DP = 6,92$), com idades entre 60 e 90 anos. A média total de idade para ambos os sexos foi de 69,2 anos ($DP = 7,33$), variando de 60 a 93 anos. Em relação ao Estado, 152 idosos residiam em Sergipe (65,2%), enquanto 81 idosos eram residentes do estado da Bahia (34,8%). Quanto à zona de residência, um total de 176 idosos (75,5%) residiam na zona urbana, e 57 habitavam em zona rural (24,5%). Do total de idosos, 119 se autodeclararam pardos (51,1%), 84 brancos (36,1%), 29 pretos (12,4%) e 1 amarelo (0,4%). Quanto ao estado civil, 100 idosos eram casados (43%), 56 viúvos (24%), 46 solteiros (19,7%) e 31 eram divorciados/separados (13,3%).

Procedimentos

A referida pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (CAAE: 55444722.0.0000.5546, N° parecer: 5.328.634) (Anexo 4). Sob posse do protocolo de autorização, foi desenvolvido um estudo piloto com o protocolo de pesquisa, em uma amostra de 5 idosos, para avaliação do tempo de resposta, encadeamento dos instrumentos e captação do conteúdo. O tempo foi registrado para cada aplicação, resultando em um período de 30-40 minutos. Para avaliar o seguimento dos instrumentos e a compressão do conteúdo contido no formulário, foi aberto um espaço para que os participantes expressassem suas respectivas opiniões e ponderações acerca da aplicação.

O estudo foi realizado entre os meses de abril a outubro de 2022. Os idosos foram informados sobre os objetivos, procedimentos, confiabilidade dos dados e os aspectos relacionados ao sigilo das informações coletadas, por meio da solicitação da leitura e assinatura do TCLE. Inicialmente, a pesquisa foi divulgada apenas em ambiente virtual, por meio de

publicações em diferentes redes sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp). Os participantes que demonstraram interesse em participar da pesquisa e que atenderam aos critérios de elegibilidade, foram convidados a acessar um formulário *online* do Google, constituído por uma carta convite e pelo TCLE (Anexo 5). Após aceite, a partir da sinalização de anuência ao termo em campo específico ao final da página do formulário, o participante foi direcionado a uma nova aba com os instrumentos desta pesquisa. Apenas 4,7% dos formulários foram preenchidos na modalidade *online*.

Diante da dificuldade de acessar o público-alvo no ambiente virtual, a partir do segundo mês de aplicação (maio/2022), optou-se por seguir com a pesquisa no ambiente presencial, em forma de entrevista, seguindo a mesma estrutura da versão disponibilizada em ambiente virtual. Para tanto, foram recrutados estudantes e profissionais de Psicologia, com *expertise* em entrevista, para realizar a aplicação dos questionários, gerando um percentual de 95,3% de aplicações na modalidade presencial.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico (QSD) (Anexo 6) – um questionário, desenvolvido pelos autores do estudo, contendo perguntas objetivas. Teve como intuito caracterizar os participantes sobre: gênero, idade, raça, situação conjugal, estado em que reside, zona de residência e modo de aplicação.

Variáveis preditoras

Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS, Brown & Ryan, 2003) (Anexo 7): caracteriza-se como um instrumento autoadministrado que objetiva medir diferenças individuais a partir dos níveis dos estados de espírito e consciência ao longo do tempo. A MAAS é constituída por 15 itens, sendo pontuada em escala tipo *Likert* que varia entre 1 e 6, a partir dos pólos quase sempre e quase nunca. No Brasil, a MAAS conta com evidências de

validação para a população em geral apresentadas por Barros et al. (2015), no qual obteve um alfa de *Cronbach* de 0,83, sugerindo uma boa consistência interna para os itens presentes na escala. Neste estudo, a MAAS apresentou os seguintes índices de ajuste: $\chi^2 = 63,528$, $gl = 90$, $\chi^2/gl = 0,70$, $p = .985$, CFI = 1,000, TLI = 1,018, RMSEA (0,000; IC90% = 0,000 - 0,000), SRMR = 0,053. Considerando os índices de ajustes perfeitos para CFI, TLI e RMSEA, e uma possível superestimação dos indicadores, optou-se por realizar uma AFE. Os testes de esfericidade de *Bartlett* (1292.0; $gl = 105$; $p < 0,001$) e KMO (0,88) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise paralela confirmou a estrutura de um fator, com uma variância explicada de 45,13% da variância total, sendo observado os seguintes índices de ajustes: ($\chi^2 = 128,426$, $gl = 90$; $\chi^2/gl = 1,42$, $p = < 0,05$; RMSEA = 0,043; TLI = 0,982; CFI = 0,985). A medida de replicabilidade da estrutura fatorial (*H-index*, Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018) sugeriu que a estrutura de um fator poderá ser replicável em estudos futuros ($H > 0,80$). Em relação a qualidade e eficácia das estimativas de pontuação do fator, foi observado um valor de FDI e ORION de 0,95 e 0,91, respectivamente. A consistência interna (fidedignidade composta) foi satisfatória para o fator geral (FC = 0,884).

Self-Compassion Scale (SCS, Neff, 2003) (Anexo 8): é formada por 26 itens e separada em 6 subescalas, que avaliam: fatores positivos (autobondade, atenção plena e humanidade compartilhada) e fatores negativos (autojulgamento, isolamento e superidentificação). Cada item é avaliado de acordo com uma escala *Likert*, com pontuação entre 1 e 5, a partir dos pólos: quase nunca e quase sempre. No Brasil, a SCS possui evidências de validação para população em geral apresentadas por Souza e Hutz (2016), com um alfa de *Cronbach* de 0,92, sugerindo alta consistência interna para os itens que compõem a SCS. Inicialmente, em nosso estudo, a versão de seis fatores de segunda ordem da SCS não apresentou bons índices de ajustes: $\chi^2 = 837,913$, $gl = 293$, $\chi^2/gl = 2,85$, $p < 0,001$, CFI = 0,828, TLI = 0,810, RMSEA (0,090; IC90% = 0,082 - 0,097) e SRMR = 0,110. Uma segunda AFC

buscou examinar se as seis subescalas poderiam ser explicadas por uma única variável latente de ordem superior. Esse modelo também não apresentou bons índices de ajustes: $\chi^2 = 465$, $gl = 284$, $\chi^2/gl = 1,63$, $p < 0,001$, CFI = 0,887, TLI = 0,871, RMSEA (0,052; IC90% = 0,043 - 0,060) e SRMR = 0,069.

Com isso, decidimos realizar uma AFE, almejando identificar a estrutura latente de respostas para todos os 26 itens da SCS, seguindo o caminho realizado por Phillips e Ferguson (2013), que também encontrou problemas com a estrutura fatorial da SCS em uma amostra de idosos. Nosso intuito com a AFE foi verificar a estrutura mais adequada da SCS para a nossa amostra. Os testes de esfericidade de *Bartlett* (2561,6; $gl = 325$; $p < 0,001$) e KMO (0,82) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise paralela sugeriu dois fatores como sendo os mais representativos para os dados, de modo que o fator 1 (itens negativos da autocompaixão) explicou 29,92% da variância total, enquanto o fator 2 (itens positivos da autocompaixão) explicou 16,80%, sendo observado os seguintes índices de ajustes: ($\chi^2 = 319,799$, $gl = 274$; $\chi^2/gl = 1,17$, $p = < 0,001$; RMSEA = 0,027; TLI = 0,989; CFI = 0,990). A medida de replicabilidade da estrutura fatorial (*H-index*, Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018) sugeriu que ambos os fatores poderão ser replicados em estudos futuros ($H > 0,80$). Em relação a qualidade e eficácia das estimativas de pontuação dos fatores gerados pela análise, foi observado um valor de FDI e ORION de 0,94 e 0,89, respectivamente, para fator 1, e FDI = 0,96 e ORION = 0,91 para o fator 2. A consistência interna (fidedignidade composta) foi satisfatória para o fator 1 (FC = 0,875) e para o fator 2 (FC = 0,901).

Variáveis mediadoras

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES, Albuquerque & Tróccoli, 2004) (Anexo 9)

- busca avaliar os três componentes principais do BES: SV, APs e ANs. A EBES é distribuída por duas subescalas. A primeira conta com palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções, a partir de 47 itens, avaliada em escala do *Likert*, que varia de 1 (Nem um pouco) a

5 (Bastante). A segunda subescala conta com 15 itens, que correspondem a frases que podem identificar opiniões sobre a própria vida do sujeito, sendo avaliada em escala do *Likert*, que varia de 1 (discordo plenamente) e 5 (concordo plenamente). Somadas, a EBES conta com 62 itens. Em sua validação, o instrumento obteve o alfa de *Cronbach* de 0,86 (fator geral), indicando uma boa consistência interna. Nesta pesquisa, a EBES obteve índices de ajustes apropriados para CFI = 0,985, TLI = 0,984, RMSEA (0,033; IC90% = 0,029 - 0,038), SRMR = 0,079 na AFC e $\chi^2/gl = 1,25$, com exceção do $\chi^2 = 2300,441$, $gl = 1826$; que obteve um valor de p significativo ($p < 0,001$). A consistência interna (fidedignidade composta) foi satisfatória para ambas as subescalas da EBES (subescala 1: FC = 0,97; subescala 2: FC = 0,90), e para o fator geral (FC = 0,97).

Variável de desfecho

Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido (EEBS, Reker, 2009) (Anexo 10) - a escala original conta com 14 itens, distribuídos em 3 dimensões: hábitos de vida saudáveis, enfrentamento adaptativo e engajamento com a vida, objetivando avaliar o EBS. A versão adaptada e validada para o contexto brasileiro por Crispim (2014) conta com 10 itens e duas dimensões, a saber: compromisso com a vida e estilo de vida saudável, sendo avaliada em escala do tipo *Likert*, que varia de 1 (concordo fortemente) e 7 (discordo fortemente), resultado na soma de escores que podem variar de 10 a 70. Para Crispim (2014), os itens 01 e 11 foram excluídos considerando que os resultados indicaram uma inconsistência, provavelmente relacionada a formulação negativa das questões, o que implicou em dificuldades de compreensão, ao passo que os itens 04 e 05 da versão original e que foram excluídos na versão brasileira, não indicaram um valor significativo, uma vez que os participantes associaram atividades produtivas como um emprego. A versão validada no Brasil apresentou uma confiabilidade interna de 0,65 (alfa de *Cronbach*). Neste estudo, a EEBS também exibiu índices

de ajustes adequados na AFC para $\chi^2 = 36,955$, $gl = 34$, $\chi^2/gl = 1,09$, $p = 0,334$, CFI = 0,994, TLI = 0,992, RMSEA (0,019; IC90% = 0,000 - 0,053) e SRMR = 0,068. A consistência interna (fidedignidade composta) foi satisfatória para o fator geral (FC = 0,79).

Análise dos dados

A normalidade dos dados foi avaliada através dos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, cujos pressupostos foram violados ($p < 0,001$) (Razali et al., 2011). Para aproximar a distribuição dos dados à normalidade, foram adotados procedimentos de *bootstrapping* para os dados sociodemográficos e para a regressão linear múltipla (RLM), gerenciado por meio do método de reamostragem simples ($N = 1000$), com intervalo de confiança de 95%, corrigido e acelerado por viés (BCa) (Haukoos & Lewis, 2005). Foram utilizadas estatísticas descritivas com o intuito de identificar os resultados dos dados sociodemográficos (frequência, média [M] e desvio padrão [DP]), realizadas através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), e estatísticas inferenciais para testagem do modelo explicativo, por meio de RLM e modelagem por equações estruturais (MEE) a análises fatoriais. Vale ressaltar que foi utilizado um nível de significância de 5% (IC 95%, $p < 0,05$) para as análises descritivas, para a RLM e para a MEE (Hazra, 2017).

O *software JASP (Jeffrey's Amazing Statistics Program)*, versão 0.16.4.0, foi utilizado para atender ao objetivo geral e para verificar a estrutura fatorial dos instrumentos, por meio de análises fatoriais confirmatórias, para cada instrumento, através do método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), adequado para dados categóricos (DiStefano & Morgan, 2014). Considerou-se os seguintes índices de ajustes: χ^2 ; χ^2/gl ; *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Standardized Root Mean Residual* (SRMR) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Foram utilizados os seguintes parâmetros: χ^2 não devem ser significativos; a razão χ^2/gl deve ser $<$ que 5 ou,

preferencialmente, < 3 ; valores de CFI e TLI devem ser $> 0,90$ e, preferencialmente acima de $0,95$; Valores de RMSEA e SRMR devem ser $< 0,08$ ou, preferencialmente $< 0,06$, e RMSEA com intervalo de confiança (limite superior) $< 0,10$ (Brown, 2015).

Levando em consideração os índices de ajustes inadequados para a SCS e os possíveis índices superestimados da MAAS observados através da AFC, optou-se por conduzir uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) para cada um dos instrumentos. A referida análise foi conduzida no *software* Factor, versão 12.03.02, sendo implementada através de uma matriz policórica, com método de extração RDWLS (Asparouhov & Muthen, 2010) e utilizando-se dos mesmos índices de ajustes utilizados na AFC. Foram aplicados o Teste de esfericidade de *Bartlett*, com o intuito de testar se as variáveis seriam correlacionadas na população (esperando um valor de $p < 0,05$); e a medida de adequabilidade da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), com valores aceitáveis entre $0,5$ e $1,0$ (Hair et al., 2009). A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e a rotação utilizada foi a *Robust Promin* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste RMSEA, TLI e CFI, seguindo os mesmos parâmetros utilizados na AFC. A estabilidade dos fatores foi avaliada através do índice *H*, que mede quão bem um conjunto de itens representa um fator comum (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Para tanto, valores $H > 0,80$ indicam uma variável latente bem definida, com grande probabilidade de se apresentar estável em diferentes estudos. Por fim, para verificar a qualidade e eficácia das estimativas de pontuação dos fatores, será utilizado os indicadores *Factor Determinacy Index* (FDI) e *ORION marginal reliability*, onde se espera valores $> 0,90$ para o FDI e $> 0,80$ para o ORION (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018).

Para analisar a qualidade das medidas integradas neste estudo, foi calculada a fidedignidade composta para cada instrumento, com base nas cargas fatoriais da AFC (EBES

e EEBS) e AFE (MAAS e SCS). Este cálculo é baseado nas cargas fatoriais e nos erros de mensurações padronizados (Valentini & Damásio, 2016), e, apesar de não existir um consenso quanto ao ponto de corte, Hair et al. (2009) recomendaram valores acima de 0,70.

Foi realizada uma análise de RLM com o intuito de atender ao objetivo específico de verificar quais variáveis são preditoras do EBS. No implemento do modelo regressivo, foram utilizadas como variáveis independentes: o fator geral de *mindfulness* medido pela MAAS, os dois fatores da autocompaixão identificados na AFE, a saber: 1) fator positivo: formado pelos itens de autobondade, humanidade compartilhada e atenção plena; e 2) fator negativo: formado pelos itens de autojulgamento, isolamento e superidentificação; assim como, os três fatores do bem-estar subjetivo, sendo: APs, ANs e SV. Para tanto, foi adotado o método backward, almejando evitar um possível efeito supressor (Hair et al., 2009). Em relação aos parâmetros, foram adotados: estatística F do modelo com $p < 0,001$; índice de tolerância da independência entre as variáveis independentes deveriam, preferencialmente, ser próximo a 1 e valores de VIF > 10 , enquanto que a independência entre resíduos, verificadas através do Coeficiente de Durbin-Watson, deveriam ficar entre 1,5 e 2,5, com frequência de 1% da amostra de resíduos < 3 e distância de Cook > 1 (Field, 2009).

Por fim, as variáveis identificadas na análise de RLM foram introduzidas ao modelo explicativo, sendo, na sequência, analisadas através da MEE. A primeira análise utilizou o mesmo método de estimação, intervalo de confiança, índices de ajustes e parâmetros da AFC. Considerando os possíveis valores superestimados dos índices de ajustes identificados pelo primeiro modelo, entendendo que o uso do estimador DWLS, em casos, pode produzir resultados problemáticos quando se tem uma amostra pequena, por exemplo (DiStefano & Morgan, 2014), decidimos fazer uma nova MEE, introduzindo o estimador *Unweighted Least Squares* (ULS), com cálculo de erro do tipo robusto, que surge como alternativa ao DWLS (Xia & Yang, 2019).

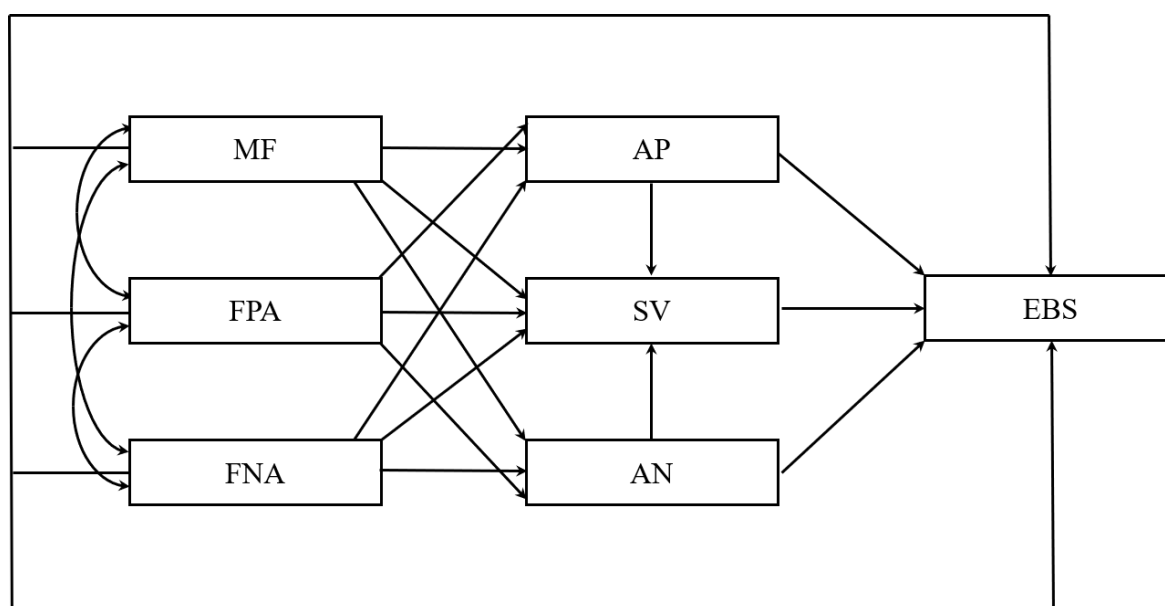
Resultados

Teste do modelo explicativo para o EBS

Foi proposto um modelo teórico que contou com o *mindfulness* e os dois fatores da autocompaixão identificados na AFE, sendo um fator positivo (formado pela integração dos itens autobondade, humanidade comum e atenção plena) e um fator negativo (constituído pela junção dos itens dos fatores autojulgamento, isolamento e superidentificação), como variáveis predictoras, e os componentes do BES como variáveis mediadoras para o EBS (desfecho) (Figura 1). O referido modelo foi construído com base nas revisões teóricas e integrativas apresentadas nas seções anteriores.

Figura 1

Modelo teórico inicial previsto para o EBS.



Nota. 1. *Mindfulness* (MF) (fator geral, MAAS), 2. Fator Positivo Autocompaixão (FPA), 3. Fator Negativo Autocompaixão (FNA), 4. Afetos Positivos (AP), 5. Satisfação com a vida (SV), 6. Afetos Negativos (AN), 7. Envelhecimento Bem-Sucedido (EBS).

Na sequência, foi realizada uma RLM (método *backward*). Os resultados indicaram uma influência significativa do modelo contendo o *Mindfulness* (medido pela MAAS), o fator positivo da autocompaixão e o componente APs ($F(3, 229) = 47,783, p < 0,001; R^2_{ajustado} =$

0,377), com valores de Durbin-Watson igual a 2,344 ($p < 0,05$). A tabela 1 apresenta os coeficientes para todos os preditores significativos.

Vale destacar que menos de 1% dos participantes apresentaram resíduos padronizados acima de 3. Além disso, não foram identificados nenhum caso com valores de Distância de Cook acima de 1.

Tabela 1

*Variáveis predictoras do EBS – Regressão linear múltipla (método backward)**

Preditores	B	Viés	Erro padrão	p	95% IC*		Tolerância	VIF
					Inf.	Sup.		
1	24.803	0.055	3.478	< ,001	16.500	30.733		
2	2.178	0.006	0.666	< ,001	0.910	3.598	0.832	1.203
3	0.234	-0.001	0.035	< ,001	0.154	0.300	0.805	1.240
4	0.098	9.599×10^{-5}	0.033	< ,001	0.035	0.165	0.914	1.094

Nota. 1. Intercepto; 2. Fator positivo da autocompaixão; 3. Afetos Positivos; e 4. *Mindfulness*. A estimativa do coeficiente é baseada na mediana da distribuição bootstrap, a partir de 1000 reamostragem. *Viés corrigido acelerado.

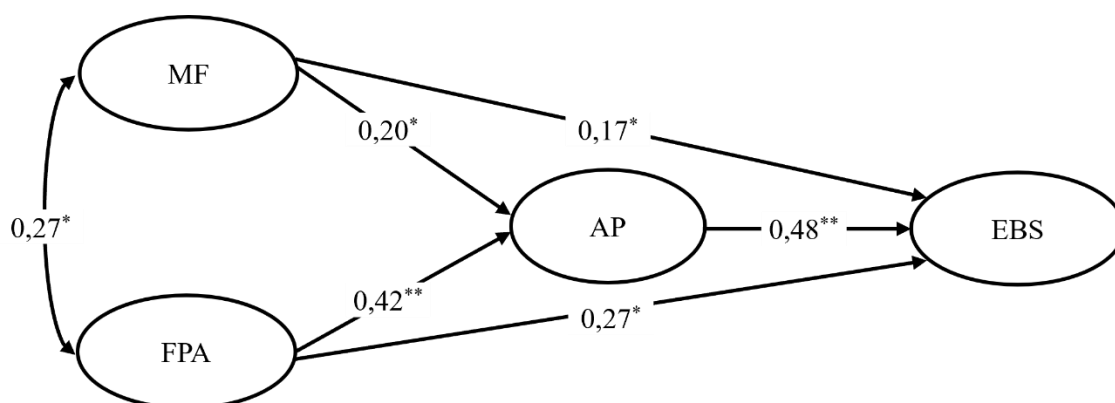
Em seguida, foi realizada uma MEE para o modelo de EBS com as variáveis identificadas no modelo de RLM apresentado acima. Os índices da MEE ($\chi^2 = 1582,744$; $gl = 1646$; $\chi^2/gl = 0,96$; $p = 0,865$; CFI = 1,000; TLI = 1,004; RMSEA = 0,000 [IC. 90% = 0,000 - 0,009], SRMR = 0,068), sugeriram, a princípio, a plausibilidade do modelo proposto. O *mindfulness* se relacionou positivamente e significativamente com os APs ($\beta = 0,20$, $p < 0,05$). O fator positivo da autocompaixão também se relacionou positivamente e significativamente com os APs ($\beta = 0,42$, $p < 0,001$). Na sequência, os APs se relacionaram positivamente e significativamente o EBS ($\beta = 0,50$, $p < 0,001$). Desta forma, evidencia-se que o EBS é explicado indiretamente pelo *mindfulness* (efeito indireto: $\beta = 0,16$; $p < 0,05$) e pelo fator positivo da autocompaixão (efeito indireto: $\beta = 0,26$; $p < 0,05$) por meio dos APs. Além disso, o *mindfulness* e o fator positivo da autocompaixão se correlacionaram significativamente entre si.

Apesar dos resultados satisfatórios, Xia e Yang (2019) observaram, a partir de outros achados, que o uso do estimador DWLS tende a produzir valores de RMSEA menores e índices de CFI e TLI maiores quando comparado, por exemplo, ao estimador ML. Essa sinalização poderia justificar os índices perfeitos em nosso primeiro modelo e, uma possível superestimação dos valores, principalmente por considerar que o uso do DWLS pode apresentar resultados problemáticos de RMSEA e CFI diante de tamanhos amostrais pequenos, distribuições categóricas assimétricas e dados dicotômicos, sendo sugerido, como alternativa, o uso do estimador ULS, que, quando combinado com a estatística qui-quadrado ajustada pela média e variância, acaba superando o DWLS em relação às taxas de erro e potência do tipo I (Xia & Yang, 2019). Neste sentido, os achados com o estimador ULS tendem a apresentar estimativas de parâmetros e erros padrões ligeiramente mais precisos do que o DWLS (Li, 2014; Yang-Wallentin et al., 2010).

Com isso, uma segunda MEE para o modelo de EBS foi realizada, fazendo uso do estimador ULS. Os índices da MEE ($\chi^2 = 1880,525$; $gl = 1646$; $\chi^2/gl = 1,14$; $p = < 0,001$; CFI = 0,988; TLI = 0,988; RMSEA = 0,025 [IC. 90% = 0,019 - 0,030], SRMR = 0,068), sugeriram a plausibilidade e uma melhor precisão do modelo proposto. O *mindfulness* se mostrou relacionado positivamente e significativamente com os APs ($\beta = 0,20$, $p < 0,05$). O fator positivo da autocompaixão também se relacionou de forma positiva e significativa com os APs ($\beta = 0,42$, $p < 0,001$). Em seguida, os APs se relacionaram positivamente e significativamente com o EBS ($\beta = 0,48$, $p < 0,001$). Por fim, observou-se que o EBS é explicado indiretamente pelo *mindfulness* (efeito indireto: $\beta = 0,17$; $p < 0,05$) e pelo fator positivo da autocompaixão (efeito indireto: $\beta = 0,27$; $p < 0,05$) por meio dos APs, enquanto o *mindfulness* e o fator positivo da autocompaixão se correlacionaram significativamente entre si (Figura 2).

Figura 2.

Modelo explicativo para EBS – MEE (Estimador ULS)



Nota. 1. *Mindfulness* (MF) (fator geral, MAAS), 2. Fator Positivo Autocompaixão (FPA), 3. Afetos Positivos (AP), 4. Envelhecimento Bem-Sucedido (EBS). * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$. A figura é um gráfico representativo. Os itens que integram cada variável não foram apresentados almejando parcimônia da representação gráfica.

Discussão

A análise de RLM na população pesquisada sinalizou que o envelhecimento bem-sucedido (EBS) pode ser explicado pelo *mindfulness*, pela autocompaixão e pelos APs, que integra o construto do bem-estar subjetivo (BES). Diferentes estudos têm sinalizado que o *mindfulness*, os fatores positivos da autocompaixão, que incluem a autobondade, a humanidade comum e a atenção plena (integrados em um único fator neste estudo), e os APs podem contribuir para promover o EBS e para fornecer resiliência diante dos declínios e perdas relacionadas à idade (Allen & Leary, 2014; Bercovitz et al., 2019; Blanco-Molina et al., 2019; Cho et al., 2015; Hwang et al., 2016; MacAulay et al., 2021; MacAulay et al., 2022; MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2003; Sulek, 2021).

Em nosso estudo, o *mindfulness* e o fator positivo da autocompaixão, mediadas pelos APs, explicaram indiretamente o EBS, uma vez que essas variáveis parecem possibilitar um melhor ajuste às mudanças associadas ao envelhecimento, cooperando para uma adaptação mais positiva e uma visão mais otimista acerca dos eventos de vida, que por consequência, contribuem para promover um envelhecimento psicossocial e emocional mais saudável (Brown

et al., 2018; Frias, 2014; Herriot & Wrosch, 2022; Nilsson et al., 2015; Sperduti et al., 2017; Terry et al., 2013). Essa dinâmica tem sido refletida em estudos do campo do desenvolvido humano, de modo que as dimensões do bem-estar emocional, incluindo os APs, e comportamentos de autoaceitação e autocontentamento, estão sendo apontadas como critérios subjetivos que devem ser adicionados às conceituações de EBS (Martinson & Berridge, 2015).

Manter uma atitude positiva, uma perspectiva emocional equilibrada, engajar-se em pensamentos positivos (incluindo felicidade, satisfação e otimismo), praticar a autoaceitação e concentrar-se no momento presente, foram descritos como atitudes positivas que contribuem para o EBS (Teater & Chonody, 2019). Ainda segundo essa pesquisa, que se refere a uma *scope review*, também foi destacado pelos idosos a necessidade de manter uma atitude positiva e de cultivar emoções positivas diante das experiências de vida, aceitando a existência da forma como ela se apresenta, incluindo emoções de felicidade e tristeza, mantendo uma perspectiva mais otimista e equilibrada acerca vida.

A princípio, em nossa MEE, o *mindfulness* e o fator positivo da autocompaixão foram correlacionadas positivamente entre si. Esse achado pode estar atrelado ao fato de que a atenção plena vem sendo descrita como um fundamento da atitude de autocompaixão, uma vez que para que se possa responder com bondade diante da própria experiência de sofrimento, faz-se necessário voltar-se para tal contexto com consciência plena (Neff & Germer, 2019), o que por sua vez, também poderia explicar a junção dos fatores de autobondade, humanidade comum e *mindfulness*, descritos na versão original da SCS, em um único fator em nosso estudo.

Com base na “*Mindfulness-to-Meaning Theory*”, discutida por Garland et al. (2015), que busca explicar o mecanismo de efeito de *mindfulness* no bem-estar, entende-se que a prática da atenção plena da atenção plena contribui para aumentar a capacidade metacognitiva da experiência, melhorando a habilidade de *mindfulness* e conduzindo a uma ampliação do reconhecimento e da construção do momento presente. Essa dinâmica resulta em uma

reavaliação mais positiva dos eventos, das emoções, sensações e pensamentos, e no aumento da afetividade positiva. Além disso, essa reavaliação só é possível a partir da atitude de aceitar, de forma consciente, as experiências da forma como elas se apresentam, entendendo que através desta atitude recursos cognitivos são liberados para ampliar o escopo da atenção que, por sua vez, contribuirão para construir motivação para o engajamento e envolvimento intencional com a vida (Garland et al., 2015).

Na sequência, o *mindfulness* explicou significativamente os APs. Nesse sentido, diferentes estudos têm sugerido que a atenção plena pode atuar como uma habilidade metacognitiva eficaz para se promover atitudes mais positivas em relação aos eventos e acontecimentos de vida, com destaque para os negativos, além de contribuir para o aumento do BES, incluindo maior afetividade positiva, menor afetividade negativa e maior satisfação com a vida (Aliche & Onyishi, 2020; Geschwind et al., 2011; Jue & Ha, 2022; Lindsay et al., 2018; Liu et al., 2013; Shapiro et al., 2011; Vibe et al., 2013).

Em um estudo com adultos, o *mindfulness* previu APs e, através da vivência de emoções positivas, foram observadas mudanças residuais atreladas à saúde psicológica, especialmente para aqueles com maior experiência em vivenciar o momento presente (Kiken et al., 2017). Neste caminho, a prática da atenção plena, por meio de práticas voltadas para o aprimoramento do traço e para a manutenção do estado de estar atento no aqui e agora, parece desempenhar um papel importante na espiral ascendente de APs, uma vez que esta prática contribui para estimular a experiência de emoções positivas e a cognição em pessoas com declínios de afetividades positivas (Garland et al., 2015).

Isso pode ser explicado pelo fato de que os mecanismos envolvidos na atitude de estar consciente, de modo intencional, no momento presente, contribuem para aumentar os níveis de afetividade positiva, especialmente por considerar que a atenção plena coopera para ampliar a habilidade de se envolver e vivenciar acontecimentos a partir de uma perspectiva mais

favorável, assim como, por melhorar as habilidades de regulação emocional que conduzem a autoavaliações mais adaptativas e uma consciência mais ampliada acerca do aqui e agora (Brown & Ryan, 2003).

A regulação das emoções ocorre na medida em que esta habilidade modifica a maneira como o indivíduo pensa sobre si mesmo e sobre a situação em que se encontra, passando por um processo de reavaliação cognitiva que favorece a uma visualização de uma determinada ocorrência emocional como positiva (Grecucci et al., 2015). Além disso, a atenção plena também envolve aceitar as experiências como elas se mostram, a partir de um desapego/descentramento que possibilita vivenciar as emoções, sensações, pensamentos e/ou situações como processos passageiros, que não descrevem a realidade (Grecucci et al., 2015; Teasdale, 1999).

Além do fator geral de *mindfulness*, o fator positivo da autocompaixão, formado pelos itens de autobondade, humanidade comum e atenção plena da versão original da escala proposta por Neff (2003), explicou significativamente e com maior força os APs, indicando que a autocompaixão tende a assumir um papel mais importante na promoção de afetividade positiva na velhice. Esse resultado é corroborado pela literatura, que destaca que a autocompaixão, que inclui atitudes de autobondade, de atenção plena e do entendimento de que o sofrimento faz parte da condição humana comum compartilhada, possui uma estreita relação com o BES e seus componentes (Herriot et al., 2018; Herriot & Wrosch, 2021; Kim & Ko, 2018; Kunuroglu & Yuzbasi, 2021).

Na população idosa, a atitude autocompassiva tem se mostrado preditora do bem-estar, além de ser reportada como uma habilidade importante na medida em que as pessoas atingem idades mais avançadas e precisam lidar com possíveis mudanças indesejadas, a exemplo de potenciais declínios na saúde física ou mental, por exemplo (Allen & Leary, 2014; Machado et al., 2021). Esta característica contribui para amenizar a atitude de autocrítica diante dos

eventos críticos de vida, dos erros e dos sentimentos de inadequação, na medida em que possibilita com que o idoso responda com aceitação e ofereça cuidado, ao invés de autocrítica, diante dos desafios e experiências de sofrimento, além de não se sentir sozinho em sua experiência de sofrimento (Hwang et al., 2016; Neff, 2003).

Trompetter et al., (2017) observaram que ao ofertar bondade e uma consciência mais equilibrada diante da própria condição de sofrimento, o indivíduo tende a desenvolver recursos positivos de saúde mental, incluindo emoções positivas, autoaceitação, domínio ambiental e relacionais sociais mais positivas. Portanto, a autocompaixão parece contribuir para diminuir a carga emocional de problemas de saúde em idades mais avançadas, sendo referida como uma habilidade relevante para se promover bem-estar em populações que experimentam problemas de saúde (Brown et al., 2019).

Por fim, os APs explicaram significativamente e com maior força o EBS, sugerindo que idosos que visualizam e experimentam uma maior afetividade positiva tendem a conceber uma visão mais positiva em relação aos desfechos na velhice e acerca da própria experiência de envelhecimento, algo corroborado pela literatura da área (Blanco-Molina et al., 2019; Papadopoulos, 2020; Teixeira e Neri, 2008; Wu et al., 2020). Outros estudos também evidenciaram que os APs, com destaque para a felicidade, assumem um papel importante na avaliação subjetiva do sucesso do envelhecimento (Cruz et al., 2016; Feng & Straughan, 2017; Zhang et al., 2018).

Há consenso de que eventos graves incomuns e grandes mudanças negativas ao longo do desenvolvimento podem influenciar na forma como as pessoas se adaptam na velhice, enquanto que experiências agradáveis e eventos satisfatórios, incluindo emoções positivas e percepções mais otimistas acerca da vida, parecem contribuir positivamente para o sucesso do envelhecimento (Dziechciaż & Filip, 2014; Estebsari et al., 2020). De certo modo, entendemos que a afetividade positiva assume um papel importante no EBS na medida em que este

componente contribui para uma vida emocionalmente mais saudável e equilibrada, que contribui para uma avaliação do envelhecimento mais positiva e bem-sucedida.

Ao promover maior afetividade positiva e ao introduzir uma percepção mais positiva e otimista acerca dos eventos de vida, o *mindfulness* e a autocompaixão se apresentam como respostas positivas para a resolução de tarefas ao longo da velhice e para a promoção de bem-estar, contribuindo para que os idosos continuem buscando o desenvolvimento e o crescimento pessoal, por meio da manutenção e da introdução de comportamentos mais saudáveis que influenciam no sucesso do envelhecer (Homan, 2016; Lee & Jang, 2021; Terry et al., 2013).

Considerações finais

Este estudo buscou testar um modelo explicativo de EBS, tendo o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do BES, a saber: APs, ANs e SV, como variáveis mediadoras, em uma amostra de idosos. Concluiu-se, a partir das análises de RLM e da MEE, que o *mindfulness* e a autocompaixão atuam como habilidades psicológicas positivas para a promoção de maior afetividade positiva, que por consequência, através de uma perspectiva mais otimista acerca dos eventos de vida e de processos que incluem a regulação emocional, a diminuição das ruminações e da autocrítica, contribuem para o sucesso do envelhecimento.

Entendemos que esses desfechos não são provocados, exclusivamente, pela atitude de estar atento no momento presente e de ofertar bondade, de forma consciente, diante da própria experiência de sofrimento, mas sim, a partir da mudança positiva, que inclui a regulação das emoções, a diminuição da autocrítica e das ruminações, e da inclusão de percepções mais positivas acerca dos eventos críticos, que resultam no bem-estar. Essa dinâmica indica uma transformação na forma como os idosos experimentam, observam e enfrentam os eventos de vida, as mudanças provocadas pelo avanço da idade e os desafios atrelados a esses processos.

A partir das análises, concluímos que a atenção plena e a autocompaixão, mediadas pelos APs, explicaram, indiretamente, o EBS, e que os componentes positivos da autocompaixão tendem a assumir um papel mais importante para a promoção de afetividade positiva. Entende-se que os APs, que podem ser promovidos por meio de práticas que incluam mecanismos de regulação emocional, tributam para reduzir os impactos negativos relacionados aos eventos críticos de vida e das perdas e declínios relacionadas ao avanço da idade, na medida em que essa dimensão promove desfechos mais positivos, incluindo o envolvimento em comportamentos mais saudáveis, o engajamento com a vida e o crescimento pessoal, que, por consequência, influenciam na avaliação de sucesso do envelhecimento.

Em suma, destacamos que os nossos resultados acrescentaram evidências a literatura existente, contribuindo assim para pesquisas futuras que projetam investigar o papel do *mindfulness*, da autocompaixão e do BES no EBS em populações idosas, ao fornecer achados que poderão fomentar práticas, políticas públicas e discussões no campo da psicologia do envelhecimento e na busca por melhores desfechos na velhice, principalmente por entender que o sucesso do envelhecimento é apontado como uma meta a ser alcançada ao longo da vida. Além disso, o nosso estudo sugere um caminho possível para o aprimoramento e a promoção do BES, através da introdução de habilidades psicológicas positivas, tendo como objetivo final a promoção de melhores desfechos na velhice.

Apesar dos pontos positivos, o nosso estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas. A princípio, a nossa amostra pode ser relativamente pequena, o que por sua vez pode ter superestimado os índices de ajuste do primeiro modelo testado pela MEE com o estimador RDWLS. Além disso, pode-se enfrentar dificuldades para se promover generalizações para grupos de idosos mais específicos, a exemplo de idosos com deficiências ou com uma alta presença de morbididades. Como sinalizado anteriormente, tivemos dificuldade em desenvolver o nosso estudo na modalidade *online*, o que pode estar relacionada às

dificuldades de acesso aos recursos tecnológicos por pessoas com 60 anos ou mais, a baixa escolaridade (especialmente por pessoas com idades mais avançadas e residentes em regiões mais remotas) e um possível medo em acessar links virtuais com receio de golpes e/ou possíveis fraudes.

Destarte, por se tratar de variáveis que são poucos exploradas no contexto nacional, as nossas discussões ficaram muito limitadas em achados internacionais. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de investigações nacionais, com destaque para acompanhamentos que investiguem a efetividade do *mindfulness* e da autocompaixão no BES, a relação entre BES e EBS, e estudos que explorem, longitudinalmente, as relações entre tais variáveis, incluindo estratificação por grupo de idade, gênero, escolaridade e raça. Além disso, em nossa pesquisa, a versão de seis fatores de segunda ordem da SCS, validada para um público mais jovem no contexto brasileiro, não obteve índices de ajustes satisfatórios, sendo encontrado, após uma AFE, uma estrutura de dois fatores de primeira ordem, o que nos faz sugerir que, possivelmente, a SCS não funciona ou não seja adequada para populações mais velhas. Neste sentido, recomenda-se estudos mais robustos com o intuito de investigar o uso da SCS em amostras de idosos e/ou o desenvolvimento de uma escala de autocompaixão específica para a população idosa. Mais estudos também são necessários para avaliar a qualidade da MAAS para a população idosa e, principalmente, para saber se essa escala é a mais adequada para o público em questão.

Por fim, faz-se necessário pontuar que o modelo proposto e avaliado neste estudo se refere apenas a um caminho possível, mas não único, para se promover o EBS, principalmente por considerar que estamos falando de um fenômeno multidimensional, heterogêneo e complexo. A partir desta consideração, entende-se que outras variáveis, não incluídas em nosso estudo, podem implicar em melhores desfechos na velhice e, conseqüentemente, no sucesso do envelhecimento, a exemplo de fatores como a autopercepção de saúde, recursos psicossociais,

relações sociais, segurança financeira, espiritualidade, autonomia, saúde cognitiva, entre outros aspectos, e que podem ser incluídas em investigações futuras como variáveis mediadoras do EBS.

Referências

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008>
- Aliche, J. C., & Onyishi, I. E. (2020). Mindfulness and wellbeing in older adults' survivors of herdsmen attack. The mediating effect of positive reappraisal. *Aging & mental health*, 24(7), 1132–1140. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1602592>
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2014). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*, 54(2), 190-200. <https://doi.org/10.1093/geront/gns204>
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and identity: the journal of the International Society for Self and Identity*, 11(4), 428–453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Asparouhov, T., & Muthen, B. (2010). *Simple second order chi-square correction*. Unpublished manuscript. https://www.statmodel.com/download/WLSMV_new_chi21.pdf
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *The American psychologist*, 52(4), 366–380. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.4.366>

- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp.1-6). American Psychological Association.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17(36), 7-31. https://issuu.com/sescsp/docs/a_terceira_idade_n_36_novas_front
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, M. T. (2015). Evidences of validity of the brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>
- Blanco-Molina, M., Pinazo-Hernandis, S., & Tomás, J. M. (2019). Subjective well-being key elements of Successful Aging: A study with Lifelong Learners older adults from Costa Rica and Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.06.002>
- 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>
- Brown, L., Huffman, J. C., & Bryant, C. (2019). Self-compassionate Aging: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(4), 311–324. <https://doi.org/10.1093/geront/gny108>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.
- Cho, J., Martin, P., Poon, L. W., & Georgia Centenarian Study (2015). Successful aging and

- subjective well-being among oldest-old adults. *The Gerontologist*, 55(1), 132–143.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu074>
- Crispim, M. C. M. (2014). *Envelhecimento bem-sucedido: uma análise dos fatores de proteção e vulnerabilidade* [Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba e Instituto Federal de Mato Grosso]. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7705>
- Cruz, C., Navarro, E., Pocinho, R., & Ferreira, A. (2016). Happiness in advanced adulthood and the elderly: the role of positive emotions, flourishing and mindfulness as well-being factors for successful aging. *ACM Digital Library*, 16, 411-417.
<https://doi.org/10.1145/3012430.3012549>
- DiStefano, C., & Morgan, G. B. (2014) A Comparison of Diagonal Weighted Least Squares Robust Estimation Techniques for Ordinal Data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21(3), 425-438.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915373>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med.*, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Estebarsari, F., Dastoorpoor, M., Khalifehkandi, Z. R., Nouri, A., Mostafaei, D., Hosseini, M., Esmaeili, R., & Aghababaeian, H. (2020). The Concept of Successful Aging: A Review Article. *Current aging science*, 13(1), 4–10.
<https://doi.org/10.2174/1874609812666191023130117>
- Feng, Q., & Straughan, P. T. (2017). What Does Successful Aging Mean? Lay Perception of Successful Aging Among Elderly Singaporeans. *Journals of Gerontology, Series B*, 72(2), 204–213. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw151>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational*

and *Psychological Measurement*, 78, 762-780.

<https://doi.org/10.1177/0013164417719308>

Field, A. (2021). *Descobrimo Estatística usando o SPSS* (5a ed.). Penso.

Fiocco, A. J., & Mallya, S. (2015). The importance of cultivating mindfulness for cognitive and emotional well-being in late life. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 20(1), 35–40. <https://doi.org/10.1177/2156587214553940>

Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., & Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(4), 625-641. <https://doi.org/10.1080/10705510903203573>

Freire, S. A. (2001). *Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251584>

Freund A. M., Riediger M. (2003). Successful aging. In Lerner R. M., Easterbrooks M. A., Mistry J. (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 601–628). John Wiley.

Frias C. M. (2014). Memory compensation in older adults: the role of health, emotion regulation, and trait mindfulness. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 69(5), 678–685. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt064>

Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F., & Wichers, M. (2015). Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Frontiers in psychology*, 6, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00015>

George, L.K. (2009). Still Happy after All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-Being in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(3), 331-339. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq006>

- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 618–628. <https://doi.org/10.1037/a0024595>
- Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A., & Job, R. (2015). Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. *BioMed research international*, 2015, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2015/670724>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Black, W. C., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6a ed., A. S. Sant'Anna Trad.). Bookman.
- Hanley, A., Warner, A., & Garland, E. L. (2015). Associations Between Mindfulness, Psychological Well-Being, and Subjective Well-Being with Respect to Contemplative Practice. *Journal of Happiness Studies*, 16, 1423–1436. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9569-5>
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 360–365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>
- Hazra A. (2017). Using the confidence interval confidently. *Journal of thoracic disease*, 9(10), 4125–4130. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.09.14>
- Herriot, H., & Wrosch, C. (2021). Self-compassion as predictor of daily physical symptoms and chronic illness across older adulthood. *Journal of health psychology*, 13591053211002326. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/13591053211002326>
- Herriot, H., & Wrosch, C. (2022). Self-compassion as predictor of daily physical symptoms and chronic illness across older adulthood. *Journal of health psychology*, 27(7), 1697–1709. <https://doi.org/10.1177/13591053211002326>

- Herriot, H., Wrosch, C., & Gouin, J. P. (2018). Self-compassion, chronic age-related stressors, and diurnal cortisol secretion in older adulthood. *Journal of behavioral medicine*, 41(6), 850–862. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9943-6>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011a). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9227-8>
- Jang, H. Y. (2020). Factors Associated with Successful Aging among Community-Dwelling Older Adults Based on Ecological System Model. *International journal of environmental research and public health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093220>
- Jue, J., & Ha, J. H. (2022). Art therapists' fear of COVID-19, subjective well-being, and mindfulness. *The Arts in psychotherapy*, 77, 101881. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101881>
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total: Como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*. Editora Palas Athena.
- Kiken, L. G., Lundberg, K. B., & Fredrickson, B. L. (2017). Being present and enjoying it: Dispositional mindfulness and savoring the moment are distinct, interactive predictors of positive emotions and psychological health. *Mindfulness*, 8(5), 1280–1290. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0704-3>
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 39(6), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>

- Kunuroglu, F., Yuzbasi, D. V. (2021). Factors Promoting Successful Aging in Turkish Older Adults: Self Compassion, Psychological Resilience, and Attitudes towards Aging. *Journal of Happiness Studies*, 22, 3663–3678. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00388-z>
- Li, C. H. (2014). *The performance of MLR, USLMV, and WLSMV estimation in structural regression models with ordinal variables* (Doctoral Theses). Michigan State University. <https://doi.org/doi:10.25335/M58979>
- Lindsay, E. K., Chin, B., Greco, C. M., Young, S., Brown, K. W., Wright, A. G. C., Smyth, J. M., Burkett, D., & Creswell, J. D. (2018). How mindfulness training promotes positive emotions: Dismantling acceptance skills training in two randomized controlled trials. *Journal of personality and social psychology*, 115(6), 944–973. <https://doi.org/10.1037/pspa0000134>
- Lorenzo-Seva, U. (2000). The weighted oblimin rotation. *Psychometrika*, 65, 301–318. <https://doi.org/10.1007/BF02296148>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019). *Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation*. Technical report, URV.
- MacAulay, R. K., Brown, L. F., & Moore, L. (2022). Mindfulness stress-buffering model of health: implications for successful aging. *Aging & mental health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2107175>
- MacAulay, R. K., Halpin, A., Andrews, H. E., & Boeve, A. (2021). Trait mindfulness associations with executive function and well-being in older adults. *Aging & mental health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1998352>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>

- Machado, B. D., Jesus, I. T. M. de, Manzini, P. R., Carvalho, L. P. N. de, Cardoso, J. de F. Z., & Orlandi, A. A. dos S. (2021). Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 23, 1-7. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.63826>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: a tangible or elusive concept?. *The Gerontologist*, 55(1), 14–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58–69. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K., & Germer, C. (2019). *Manual de mindfulness e autocompaixão: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo*. Artmed.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Papirus.
- Neri, A. L. (2013). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, & L. Py. (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. Guanabara-Koogan.
- Nilsson, H., Bülow, P. H., & Kazemi, A. (2015). Mindful Sustainable Aging: Advancing a Comprehensive Approach to the Challenges and Opportunities of Old Age. *Europe's journal of psychology*, 11(3), 494–508. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i3.949>
- Papadopoulos, D. (2020). The Role of Well-Being, Spirituality, and Religiosity for Successful

- Aging in Late Life: A Brief Review. *Advances in Aging Research*, 9(2), 23-31.
<https://doi.org/10.4236/aar.2020.92003>
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 68(4), 529–539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.
http://www.de.ufpb.br/~ulisses/disciplinas/normality_tests_comparison.pdf
- Reker, G. T. (2009). *A brief manual of the successful aging (SAS)*. Student Psychologists Press.
- Russell-Williams, J., Jaroudi, W., Perich, T., Hoscheidt, S., El Haj, M., & Moustafa, A. A. (2018). Mindfulness and meditation: treating cognitive impairment and reducing stress in dementia. *Reviews in the neurosciences*, 29(7), 791–804.
<https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0066>
- Salamene, L. C., Martins, E. L. M., Lucchetti, G., & Lucchetti, A. L. G. (2021). Factors associated with successful aging in Brazilian community-dwelling older adults: When physical health is not enough. *Geriatric nursing*, 42(2), 372–378.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.01.009>
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116–1119. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.037>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. G. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a

- randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 67(3), 267–277.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20761>
- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Souza, F. V. S., & Silva, J. P. (2022). Intervenções Baseadas em Mindfulness para Idosos: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 15(2), 666-688.
<https://doi.org/10.4013/ctc.2022.152.15>
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016). Adaptation of the Self-Compassion Scale for Use in Brazil: Evidences of Construct Validity. *Temas em Psicologia*, 24(1), 159-172.
<http://doi.org/10.9788/TP2016.1-11>
- Sperduti, M., Makowski, D., Blondé, P., & Piolino, P. (2017). Meditation and successful aging: can meditative practices counteract age-related cognitive decline? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.*, 15(2), 205–213.
<https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0672>
- Sulek, J. (2021). Mindfulness-Based Interventions For Successful Aging: Benefits, Barriers, and the Future. *The Arbutus Review*, 12(1), 71-83.
<https://doi.org/10.18357/tar121202120162>
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146-155.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E)
- Teater, B., Chonody, J. M. (2020). How Do Older Adults Define Successful Aging? A Scoping Review. *The International Journal of Aging and Human Development*, 91(4), 599-625.
<https://doi.org/10.1177/0091415019871207>
- Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso

- da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>
- Terry, M. L., Leary, M. R., Mehta, S., & Henderson, K. (2013). Self-compassionate reactions to health threats. *Personality & social psychology bulletin*, 39(7), 911–926. <https://doi.org/10.1177/0146167213488213>
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*, 16(2), 209–220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Trompetter, H. R., Kleine, E., & de Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Valentini, F., & Damásio, B. F. (2016). Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322225>
- Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC medical education*, 13, 107. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-107>
- Westerhof G. J. (2003). The personal experience of aging. Multidimensionality and multidirectionality in relation to successful aging and well-being. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 34(3), 96–103. <http://europepmc.org/article/MED/12866251>
- Wu, J., Li, X., Gao, B., & Su, X. (2020). The Effects of Serious Leisure Involvement on Subjective Well-Being and Successful Aging: A Case Study of Young-Old Participants in Chinese Seniors' Universities. *SAGE Open*, 10(1), 1-17.

<https://doi.org/10.1177/2158244020914559>

- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 51, 409–428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Yang-Wallentin, F., Jöreskog, K. G., & Luo, H. (2010). Confirmatory factor analysis of ordinal variables with misspecified models. *Structural Equation Modeling*, 17, 392–423. <https://doi.org/10.1080/10705511.2010.489003>
- Zhang, W., Liu, S., & Wu, B. (2018). Defining Successful Aging: Perceptions From Elderly Chinese in Hawai‘i. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 1-7. <https://doi.org/10.1177/2333721418778182>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo explorar como a atenção plena, os fatores da autocompaixão e os componentes do bem-estar subjetivo (BES) se relacionavam com o envelhecimento bem-sucedido (EBS) em idosos. Para tanto, foram desenvolvidos sete (07) estudos, sendo: três (03) estudos de revisão narrativa, dois (02) estudos de revisão integrativa da literatura, e dois (02) estudos transversais (empíricos). Os dois últimos estudos contaram com a participação de seres humanos e, por isso, foram registrados em comitê de ética especializado, considerando as diretrizes éticas para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

O primeiro estudo buscou propor uma discussão acerca do modelo de EBS de Baltes e Baltes e discutir sobre o papel do BES ao longo do envelhecimento humano. Inicialmente, foi hipotetizado que o BES seria referido como um forte indicador para avaliar o sucesso do envelhecimento, ao passo em que os resultados encontrados corroboram tal afirmação. Como observado, os achados sugeriram que o EBS foi referido como uma meta a ser alcançada ao longo do curso vida e que o BES, a partir dos componentes afetos positivos (APs), satisfação com a vida (SV) e afetos negativos (ANs), atua como um dos principais indicadores na avaliação do sucesso do envelhecimento. Além disso, foi observado que o sucesso do envelhecimento só é possível a partir da introdução de estratégias que contribuam para compensar as perdas e maximizar os ganhos, o que por sua vez tende a refletir em um maior equilíbrio na dinâmica de ganhos e perdas, além de melhores desfechos ao longo do desenvolvimento.

O segundo estudo propôs delinear os aspectos históricos e conceituais do *mindfulness* e sua relação com o BES, frente à hipótese de que o *mindfulness* se mostraria relacionado a uma maior capacidade de regular as emoções negativas e, conseqüentemente, a uma melhor percepção de BES. Os achados deste estudo indicaram que os mecanismos de ação envolvidos

no cultivo e na prática de *mindfulness* atuam como antídotos contra diferentes formas de sofrimento psíquico, o que sua vez, tem feito com que esta habilidade seja referida como uma estratégia psicológica positiva para a promoção do BES e para o alcance de melhores desfechos na velhice. De modo geral, a regulação das emoções, presente no cultivo do *mindfulness*, contribui para regular os ANs, ao promover um maior equilíbrio emocional e por despertar o entendimento de que as emoções, sentimentos e sensações são temporárias e não representam a totalidade da experiência.

Na sequência, o estudo três buscou compreender as bases históricas, conceituais e práticas da autocompaixão e o seu papel na promoção BES, sendo hipotetizado que a autocompaixão seria apontada como um fator protetivo ao longo do desenvolvimento, sendo conexa a uma redução da autocrítica e ao aumento do BES na velhice. Os achados corroboram tal afirmação ao sugerir que a autocompaixão tende a ser uma habilidade psicológica útil na medida em que as pessoas envelhecem, ao contribuir para amenizar a atitude de autocrítica, vergonha e sofrimento psicológico, para reduzir sintomas psicológicos de depressão, ansiedade e estresse, e para a promoção do BES, a partir da ampliação da afetividade positiva e da SV, e da redução da afetividade negativa.

O quarto estudo, que se utilizou do método de revisão integrativa da literatura, buscou sintetizar os resultados das intervenções baseadas em *mindfulness* com idosos. Esperava-se que o *mindfulness* fosse apresentado como um fator protetivo na velhice, sendo implementado para o tratamento de sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Os achados indicaram que as intervenções baseadas em *mindfulness* estavam atreladas aos quadros psicopatológicos, com destaque para a depressão, ansiedade, estresse e insônia. Os estudos integrados nesta revisão sinalizaram que esta modalidade interventiva parece ser promissora para treinar o traço e o estado de atenção plena ao longo da velhice. Foi observado também a necessidade da utilização de medidas claras para avaliar a atenção plena em estudos com idosos, bem como, o

desenvolvimento de estudos mais robustos, com delineamentos longitudinais e experimentais, no âmbito nacional.

Na sequência, o quinto estudo, que também se utilizou do método de revisão integrativa da literatura, buscou identificar e descrever as evidências científicas sobre o papel da autocompaixão como estratégia positiva para o bem-estar na velhice, sendo hipotetizado que a autocompaixão será sinalizada como um fator promotor de BE e SM, e redutor da autocrítica relacionada à idade. Os achados, além de corroborar tal afirmação, ainda indicaram que a atitude autocompassiva tem se mostrado associada a um maior engajamento em comportamentos de autocuidado, promoção de saúde e práticas saudáveis, culminando em uma maior prevalência de desfechos positivos na velhice. De modo geral, a autocompaixão foi associada a uma menor autocrítica, menor afetividade negativa, maior afetividade positiva e a uma maior capacidade de aceitar as perdas relacionadas ao envelhecimento e a uma melhor adaptação diante dos eventos críticos de vida.

O estudo seis, que buscou verificar a percepção de idosos quanto ao BES, a atenção plena e a autocompaixão na velhice, e a relação destes fatores com o EBS, indicou que a autocompaixão e a atenção plena no momento presente foram associadas à autoavaliações mais positivas acerca do bem-estar, especialmente quando combinadas a outros aspectos, a exemplo de uma melhor percepção de saúde, relações sociais mais satisfatórias, religiosidade e melhores condições financeiras. Os idosos observaram que o EBS é apresentado como uma meta a ser alcançada ao longo da vida, mas que os desafios enfrentados por eles, com destaque para o adoecimento crônico e a solidão, acabam dificultando o alcance de melhores desfechos nesta etapa da vida. Além disso, foi intuído que os idosos que experimentam maior insatisfação com vida e maior afetividade negativa expressam percepções menos positivas em relação ao envelhecimento.

Por fim, o estudo sete, que propôs testar um modelo explicativo de EBS, tendo o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do BES como variáveis mediadoras, em idosos, tinha como hipótese que o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão explicariam significativamente os componentes do BES, enquanto que os componentes desta dimensão de BE iriam explicar, significativamente, o EBS. Contrariando a hipótese de pesquisa, os resultados indicaram que apenas o fator positivo da autocompaixão (formado pela integração dos fatores autobondade, humanidade compartilhada e *mindfulness* da versão original da SCS, identificado na análise fatorial exploratória desenvolvida neste estudo), o fator geral de *mindfulness* medido pela MAAS e o componente “afetos positivos” do BES explicaram significativamente o EBS na análise de regressão linear múltipla (RLM). Na testagem do modelo, através da modelagem por equações estruturais (MEE), ambos os modelos sinalizaram que tanto o fator geral de *mindfulness* quando o fator positivo da autocompaixão explicaram positivamente e significativamente os afetos positivos, enquanto que os afetos positivos explicaram significativamente e positivamente o EBS, de modo que o segundo modelo, que fez uso do estimador ULS, apresentou índices de ajustes mais precisos. Além disso, o *mindfulness* e o fator positivo da autocompaixão, mediados pelos APs, explicaram indiretamente o EBS.

Quanto às limitações desta dissertação, observa-se a pouca capacidade de generalização dos estudos seis e sete, por contar com uma amostra que foi coletada por conveniência e de forma pouco controlada. Neste sentido, os achados podem dificultar a extrapolação para grupos específicos, a exemplo de idosos com deficiências ou em instituições de longa permanência. Além disso, considerando as dificuldades para acessar o público idoso, o baixo número de participantes do estudo 7 também pode ser visualizado como uma limitação. Neste sentido, sugere-se que estudos futuros possam fazer uso de maior controle na seleção dos participantes, além da estratificação por gênero, raça, escolaridade, condições financeiras e de saúde

(incluindo populações clínicas e não clínicas), além de desenhos de estudos mais robustos, a exemplo de pesquisas longitudinais e de intervenções que incluam outras variáveis que possam contribuir para o EBS, a exemplo da autoavaliação de saúde, apoio social percebido, religiosidade/espiritualidade, autonomia, saúde cognitiva, entre outros fatores.

De modo geral, este trabalho conseguiu atender aos objetivos que se propôs alcançar. Os resultados desta dissertação sinalizaram que o *mindfulness* e a atitude de ofertar bondade com consciência diante da própria experiência de sofrimento podem atuar como fatores promotores de maior afetividade positiva na velhice, especialmente pela capacidade de regular as emoções negativas e de introduzir uma perspectiva mais positiva acerca dos eventos e dos desafios da vida. Foi observado também que, ao visualizar maior afetividade positiva em sua experiência e, conseqüentemente, uma melhor percepção de bem-estar, os idosos tendem a avaliar mais positivamente o seu envelhecimento, resultando em melhores avaliações de sucesso e desfechos mais positivos nesta fase do curso de vida. Com isso, este trabalho dissertativo acrescenta evidências à literatura do campo da Psicogerontologia e da Psicologia do Desenvolvimento Humano, além de trazer subsídios que poderão ser utilizados para fomentar práticas profissionais, pesquisas futuras e políticas públicas que objetivem promover melhores desfechos na velhice.

ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo 6)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “BEM-ESTAR SUBJETIVO, *MINDFULNESS* E AUTOCOMPAIXÃO NA VELHICE: POSSIBILIDADES PARA O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO”, que buscará verificar a percepção de idosos quanto ao BES, a atenção plena e a autocompaixão na velhice, e a relação destes fatores com o EBS. O referido estudo integra parte da dissertação de Mestrado intitulada “MODELO EXPLICATIVO PARA O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: EXPLORANDO O PAPEL DA ATENÇÃO PLENA, DOS FATORES DA AUTOCOMPAIXÃO E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS”, que buscará explorar as relações entre *mindfulness* e os fatores da autocompaixão no bem-estar subjetivo (BES), e o papel desta dimensão de bem-estar no envelhecimento bem-sucedido (EBS). A entrevista e aplicação dos questionários será gravada (vídeo e áudio), para fins de transcrição, sendo realizada em ambiente presencial ou virtual (via Google Meet) em uma duração aproximada de 30 minutos. Desta forma, AUTORIZO, através deste termo, os pesquisadores (Francisco Vitor Soldá de Souza e Joilson Pereira da Silva) a realizar as fotos e/ou vídeos que serão necessárias e/ou meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, LIBERO a utilização destas fotos e/ou vídeos (suas respectivas cópias) e/ou depoimentos somente para fins científicos e de estudos (livros, artigos e slides), em favor da pesquisa anteriormente citada, porém não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

O motivo que nos leva a explorar esse assunto refere-se ao fato que, o Bem-Estar Subjetivo vem sendo apontado como o componente mais importante para avaliar o sucesso do envelhecimento, além de ser considerado como fundamental para o processo adaptativo ao ambiente, atuando como um recurso positivo capaz de potencializar a autorrealização do indivíduo, grupo ou comunidade. A sua participação se dará no sentido de responder um questionário sociodemográfico e clínico, e um roteiro de entrevista semiestruturado acerca de hábitos de vida saudáveis, enfrentamento adaptativo, compromisso com a vida, satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo, na modalidade *online*. Os riscos relacionados a sua participação são mínimos, como possíveis reações adversas ao conteúdo da pesquisa, desconforto psicológico ou uma sensação de perda de tempo ao responder a entrevista.

Em caso de potenciais desconfortos com o conteúdo dos questionários/escalas ou quando o pesquisador perceber qualquer possibilidade de dano (material ou imaterial) ao participante em decorrência da participação no estudo (previsto ou não neste documento), será

discutido junto ao participante as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento do estudo e o acionamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) para possíveis esclarecimentos ou denúncias; ofertando toda a assistência e suporte necessário. Além disso, para evitar qualquer risco de vazamento de informação ou quebra de sigilo, o pesquisador atenderá algumas medidas de segurança, a saber; garantia do sigilo quanto a identidade dos participantes, a partir da abreviação e/ou uso de codinomes; armazenamento do conteúdo transcrito em um computador seguro, com antivírus ativo e com senha de acesso. Além disso, será sugerido aos participantes a utilização de um espaço privativo e seguro, e se possível, com o uso do fone de ouvido (quando houver a necessidade de contato com os responsáveis pela pesquisa).

Ressaltamos que para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr. (a) terá o direito à indenização. Informamos também que o (a) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, estando livre, inclusive, para decidir sobre a sua participação, podendo retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo. Asseguramos que o que for registrado e escrito será respeitosamente utilizado para fins científicos, e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações, inclusive na divulgação dos resultados, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde). Destacamos também que esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/UFS, mediante o número de protocolo 5.328.634. Com esta investigação, espera-se compreender o papel do *mindfulness* e da autocompaixão no bem-estar subjetivo de idosos, trazendo contribuições para o campo da psicologia do envelhecimento e para a área acadêmica de modo geral.

Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados da pesquisa por meio de envio eletrônico dos artigos produzidos oriundos dos estudos aos participantes e as instituições e realizar seminários e debates. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos em local seguro, e após esse período, serão destruídos. CONFORME ORIENTAÇÃO DO CONEP DE 05 DE JUNHO DE 2020, REFORÇAMOS A IMPORTÂNCIA DE GUARDAR EM SEUS ARQUIVOS UMA VIA DO DOCUMENTO. O pesquisador responsável pela pesquisa é o mestrando Francisco Vitor Soldá de Souza. Fornecemos o endereço de e-mail (solda.francisco@gmail.com) e o telefone ((71) 99986-6574) para que os (as) participantes possam entrar em contato conosco. O CEP/UFS, que se constitui como um órgão de proteção ao participante da pesquisa, pode ser contatado para constatação de qualquer informação e/ou dúvidas sobre seus direitos como participante. Em caso de dúvidas, reclamações ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo você pode entrar em contato com o CEP/UFS: (79) 3194-7208 no horário das 07h às 12h ou mandar um e-mail para cephu@ufs.br. O endereço do CEP/UFS é: Rua Cláudio Batista s/nº, Bairro Sanatório, CEP: 49060-100, Aracaju – SE. Por ser a expressão da minha vontade assino a presente autorização, cedendo, a título gratuito, todos os direitos decorrentes dos elementos por mim fornecidos, abdicando do direito de reclamar de todo e qualquer direito conexo à minha imagem e/ou som da minha voz, e qualquer outro direito decorrente dos direitos abrangidos pela Lei 9160/98 (Lei dos Direitos Autorais).

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico (Estudo 6)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Qual a sua idade? _____
2. Em qual Estado brasileiro você mora? _____
3. Qual o seu gênero?
☐ Feminino
☐ Masculino ☐ Outro: _____
4. Qual o seu estado civil?
☐ Solteiro (a)
☐ Casado (a)
☐ Viúvo (a)
☐ Divorciado (a) / Separado (a)
☐ Outro: _____
5. Você é praticante de alguma religião?
☐ Não
☐ Sim
Se sim, qual? _____

Anexo 3: Entrevista Semiestruturada (Estudo 6)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO EM PSICOLOGIA

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Bem-Estar Subjetivo

1. Como você avalia a sua vida neste momento? Se sente feliz e satisfeita(o) com os diferentes aspectos da sua vida?
2. Como você avalia as suas emoções? Você tem experimentado mais emoções positivas ou negativas ultimamente?
3. Você acredita que a sua vida, neste momento, condiz com as suas expectativas (o que você esperava viver na velhice)? Você acredita que a sua vida poderia estar melhor?

Saúde mental

4. No seu dia a dia, você costuma experimentar sensações ou emoções negativas? Como você percebe tudo isso?
5. Você mantém os mesmos cuidados com a aparência ou acha que perdeu o interesse em cuidar de si? Acha que ainda gosta das mesmas coisas que apreciava antes?
6. Como você avalia a sua saúde mental? Acha que poderia estar melhor?

Envelhecimento Bem-Sucedido

7. Como você avalia o seu envelhecimento? Se sente satisfeita(o) com as suas escolhas ao longo deste processo?
8. Você costuma introduzir hábitos de vida saudáveis na sua rotina? Quais estratégias você costuma utilizar para alcançar melhores desfechos na velhice?
9. Como você avalia a sua qualidade de vida e a sua saúde neste momento? Sente que a sua velhice é satisfatória?
10. Para você, o que é envelhecer com sucesso? O que é necessário para chegar à velhice de forma bem-sucedida?

Estratégias de Seleção, Otimização e Compensação (SOC)

11. Quando as coisas não saem como planejado, como você costuma reagir? Quais estratégias você costuma utilizar?

12. Diante de possíveis limitações ou dificuldades para desenvolver uma determinada tarefa, você costuma utilizar estratégias que possam auxiliar ou substituir um recurso que não se encontra disponível? Como você avalia esse processo?

Mindfulness

13. Você costuma prestar atenção nas situações do dia a dia ou acha que faz tudo no “piloto automático” / sem consciência do que está fazendo?
14. Em sua opinião, você costuma prestar atenção nas suas emoções, sentimentos, nas reações do seu corpo, nas sensações de tensão física ou de desconforto durante o seu dia a dia ou acaba ignorando por falta de atenção?
15. Você se considera uma pessoa muito preocupada com o passado ou com o futuro, ao ponto de esquecer de viver o momento presente? Como você percebe isso no seu dia a dia?

Autocompaixão

16. Quando uma coisa ruim acontece ou quando algo não sai como planejado ou quando você não consegue desenvolver algo no seu dia a dia, como você costuma se sentir? Como você costuma avaliar essas situações?
17. Diante dos seus próprios erros e defeitos, você costuma agir de forma crítica e severa com você mesmo(a) ou tende a ser mais bondoso(a) e amoroso(a)? Como você avalia essa situação?
18. Qual a sua visão a respeito do sofrimento? Como você costuma lidar com situações que envolvem eventos negativos e situações desafiadoras?

Anexo 4: Aceite do projeto de pesquisa pelo comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Bem-Estar Subjetivo na velhice: o papel mediador do mindfulness e da autocompaixão

Pesquisador: FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55444722.0.0000.5546

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.328.634

Continuação do parecer 5.328.634

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1880500.pdf	28/01/2022 18:31:50		Aceito
Outros	Carta_Resposta_a_Pendencias_UFS.pdf	28/01/2022 18:26:32	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_e_Comfianca_UFS.pdf	28/01/2022 18:02:16	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_O_TCLE.pdf	06/01/2022 12:57:09	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_H_TCLE.pdf	06/01/2022 12:55:31	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_G_TCLE.pdf	06/01/2022 12:55:20	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_F_TCLE.pdf	06/01/2022 12:55:12	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_D_TCLE.pdf	06/01/2022 12:55:04	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C_TCLE.pdf	06/01/2022 12:54:55	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	03/01/2022 14:45:34	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	03/01/2022 14:38:33	FRANCISCO VITOR SOLDA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo 7)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E SUA RELAÇÃO COM O MINDFULNESS, A AUTOCOMPAIXÃO E O BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS”, que buscará testar um modelo explicativo de envelhecimento bem-sucedido (EBS), tendo o *mindfulness* e os fatores da autocompaixão como variáveis preditoras, e os componentes do bem-estar subjetivo (BES) como variáveis mediadoras, em idosos. O referido estudo integra parte da dissertação de Mestrado intitulada “MODELO EXPLICATIVO PARA O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: EXPLORANDO O PAPEL DA ATENÇÃO PLENA, DOS FATORES DA AUTOCOMPAIXÃO E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS”, que buscará explorar as relações entre *mindfulness* e os fatores da autocompaixão no bem-estar subjetivo (BES), e o papel desta dimensão de bem-estar no envelhecimento bem-sucedido (EBS)

O motivo que nos leva a explorar esse assunto refere-se ao fato que, o Bem-Estar Subjetivo vem sendo apontado como o componente mais importante para avaliar o sucesso do envelhecimento, ao passo que a atenção plena e a autocompaixão vêm sendo reportadas como estratégias e recursos positivos para a promoção de bem-estar e saúde mental nesta etapa da vida. Essa investigação contribuirá para a construção de programas e protocolos futuros voltados para a promoção de bem-estar e saúde mental na velhice.

A sua participação se dará no sentido de responder um questionário sociodemográfico e clínico, e uma sequência de instrumentos que irão mensurar o bem-estar subjetivo, atenção plena, autocompaixão, o envelhecimento bem-sucedido e sintomas depressivos e ansiosos. Os riscos relacionados a sua participação são mínimos, como possíveis reações adversas ao conteúdo da pesquisa, desconforto psicológico ou uma sensação de perda de tempo ao responder os instrumentos.

Em caso de potenciais desconfortos com o conteúdo dos questionários/escalas ou quando o pesquisador perceber qualquer possibilidade de dano (material ou imaterial) ao participante em decorrência da participação no estudo (previsto ou não neste documento), será discutido junto ao participante as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento do estudo e o acionamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) para possíveis esclarecimentos ou denúncias; ofertando toda a assistência e suporte necessário.

Além disso, para evitar qualquer risco de vazamento de informação ou quebra de sigilo, o pesquisador atenderá algumas medidas de segurança, a saber; garantia do sigilo quanto a identidade dos participantes, a partir da abreviação e/ou uso de codinomes; armazenamento do conteúdo transcrito em um computador seguro, com antivírus ativo e com senha de acesso. Será sugerido aos participantes a utilização de um espaço privativo e seguro, e se possível, com o uso do fone de ouvido (quando houver a necessidade de contato com os responsáveis pela pesquisa).

Ressaltamos que para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr. (a) terá o direito à indenização. Informamos também que o (a) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, estando livre, inclusive, para decidir sobre a sua participação, podendo retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo.

Asseguramos que o que for registrado e escrito será respeitosamente utilizado para fins científicos, e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações, inclusive na divulgação dos resultados, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde). Destacamos também que esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/UFS, mediante o número de protocolo 5.328.634. Com esta investigação, espera-se compreender o papel do mindfulness e da autocompaixão no bem-estar subjetivo de idosos, trazendo contribuições para o campo da psicologia do envelhecimento e para a área acadêmica de modo geral.

Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados da pesquisa por meio de envio eletrônico dos artigos produzidos oriundos dos estudos aos participantes e as instituições e realizar seminários e debates. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos em local seguro, e após esse período, serão destruídos.

O pesquisador responsável pela pesquisa é o mestrando Francisco Vitor Soldá de Souza. Fornecemos o endereço de e-mail (solda.francisco@gmail.com) e o telefone ((71) 99986-6574) para que os (as) participantes possam entrar em contato conosco. O CEP/UFS, que se constitui como um órgão de proteção ao participante da pesquisa, pode ser contatado para constatação de qualquer informação e/ou dúvidas sobre seus direitos como participante.

Em caso de dúvidas, reclamações ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo você pode entrar em contato com o CEP/UFS: (79) 3194-7208 no horário das 07h às 12h ou mandar um e-mail para cephu@ufs.br. O endereço do CEP/UFS é: Rua Cláudio Batista s/no, Bairro Sanatório, CEP: 49060-100, Aracaju - SE.

Anexo 6: Questionário Sociodemográfico (Estudo 7)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Modo de aplicação: () Presencial () On-line
2. Qual a sua idade? _____
3. Em qual Estado brasileiro você mora? _____
4. Qual o seu gênero?
() Feminino
() Masculino () Outro: _____
5. Qual a sua cor?
() Branca
() Preta
() Parda
() Amarela
() Indígena
6. Qual o seu estado civil?
() Solteiro (a)
() Casado (a)
() Viúvo (a)
() Divorciado (a) / Separado (a)
() Outro: _____
7. Sua residência é situada na zona:
() Rural () Urbana

Anexo 7: *Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)*

Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1 a 6 abaixo, por favor, **indique a frequência** com que você tem cada experiência, **atualmente**. Por favor, **responda de acordo com o que realmente reflita a sua experiência**, ao invés de o que você pensa que a sua experiência deveria ser. Por favor, **pense em cada item separadamente dos outros**.

1	2	3	4	5	6
Quase sempre	Muito Frequentemente	Relativamente Frequente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca

1) Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.	1	2	3	4	5	6
2) Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.	1	2	3	4	5	6
3) Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente.	1	2	3	4	5	6
4) Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho.	1	2	3	4	5	6
5) Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção.	1	2	3	4	5	6
6) Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez.	1	2	3	4	5	6
7) Parece que eu estou “funcionando no piloto automático”, sem muita consciência do que estou fazendo.	1	2	3	4	5	6
8) Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas.	1	2	3	4	5	6
9) Eu fico tão focado no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá.	1	2	3	4	5	6
10) Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.	1	2	3	4	5	6
11) Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6
12) Eu dirijo no “piloto automático” e depois penso porque eu fui naquela direção.	1	2	3	4	5	6
13) Encontro-me preocupado com o futuro ou com o passado.	1	2	3	4	5	6
14) Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção.	1	2	3	4	5	6
15) Eu como sem estar consciente do que estou comendo.	1	2	3	4	5	6

Anexo 8: Escala de Autocompaixão (ECS)

Como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis

Por favor, **leia cada frase com cuidado** antes de responder. À esquerda de cada frase, **indique com que frequência você se comporta da forma descrita**, usando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

1) Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.	1	2	3	4	5
2) Quando fico “pra baixo”, não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.	1	2	3	4	5
3) Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.	1	2	3	4	5
4) Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.	1	2	3	4	5
5) Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.	1	2	3	4	5
6) Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.	1	2	3	4	5
7) Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.	1	2	3	4	5
8) Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.	1	2	3	4	5
9) Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.	1	2	3	4	5
10) Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.	1	2	3	4	5
11) Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.	1	2	3	4	5
12) Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.	1	2	3	4	5
13) Quando fico “pra baixo”, sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.	1	2	3	4	5
14) Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.	1	2	3	4	5
15) Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.	1	2	3	4	5
16) Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.	1	2	3	4	5
17) Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.	1	2	3	4	5
18) Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.	1	2	3	4	5
19) Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.	1	2	3	4	5

20) Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.	1	2	3	4	5
21) Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.	1	2	3	4	5
22) Quando fico “pra baixo”, tento aceitar e entender meus sentimentos.	1	2	3	4	5
23) Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.	1	2	3	4	5
24) Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.	1	2	3	4	5
25) Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.	1	2	3	4	5
26) Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.	1	2	3	4	5

Anexo 9: Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível.

Leia cada item e depois **escreva o número** que expressa sua resposta **no espaço ao lado da palavra**, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido...

- | | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 1) aflito _____ | 17) transtornado _____ | 33) abatido _____ |
| 2) alarmado _____ | 18) animado _____ | 34) amedrontado _____ |
| 3) amável _____ | 19) determinado _____ | 35) aborrecido _____ |
| 4) ativo _____ | 20) chateado _____ | 36) agressivo _____ |
| 5) angustiado _____ | 21) decidido _____ | 37) estimulado _____ |
| 6) agradável _____ | 22) seguro _____ | 38) incomodado _____ |
| 7) alegre _____ | 23) assustado _____ | 39) bem _____ |
| 8) apreensivo _____ | 24) dinâmico _____ | 40) nervoso _____ |
| 9) preocupado _____ | 25) engajado _____ | 41) empolgado _____ |
| 10) disposto _____ | 26) produtivo _____ | 42) vigoroso _____ |
| 11) contente _____ | 27) impaciente _____ | 43) inspirado _____ |
| 12) irritado _____ | 28) receoso _____ | 44) tenso _____ |
| 13) deprimido _____ | 29) entusiasmado _____ | 45) triste _____ |
| 14) interessado _____ | 30) desanimado _____ | 46) agitado _____ |
| 15) entediado _____ | 31) ansioso _____ | 47) envergonhado _____ |
| 16) atento _____ | 32) indeciso _____ | |

Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, **marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião** sobre sua **vida atual**. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1	2	3	4	5
Discordo	Discordo	Não	Concordo	Concordo
Plenamente		sei		Plenamente

48. Estou satisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida	1	2	3	4	5
50. Avalio minha vida de forma positiva	1	2	3	4	5
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida	1	2	3	4	5
52. Mudaria meu passado se eu pudesse	1	2	3	4	5
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida	1	2	3	4	5
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim	1	2	3	4	5
55. Gosto da minha vida	1	2	3	4	5
56. Minha vida está ruim	1	2	3	4	5
57. Estou insatisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
58. Minha vida poderia estar melhor	1	2	3	4	5
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida	1	2	3	4	5
60. Minha vida é “sem graça”	1	2	3	4	5
61. Minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
62. Considero-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5

Anexo 10: Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido (EEBS)

INSTRUÇÃO: Abaixo estão afirmações que avaliam como as pessoas se sentem acerca de seu próprio envelhecimento. **Leia cuidadosamente** cada afirmação e **indique como cada uma delas se aplica a você**, usando uma escala de pontos de 1 a 7.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Moderadamente	Nem concordo, nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Fortemente

1. Quando as coisas não saem tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	1	2	3	4	5	6	7
2. Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação.	1	2	3	4	5	6	7
3. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	1	2	3	4	5	6	7
4. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	1	2	3	4	5	6	7
6. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.	1	2	3	4	5	6	7
7. Faço todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	1	2	3	4	5	6	7
9. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.	1	2	3	4	5	6	7