

Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em *mindfulness*

Margarida Pedroso de Lima¹, Albertina L. Oliveira¹ & Patrícia Godinho¹

Resumo

O objectivo do presente artigo é apresentar os resultados da aplicação de uma intervenção baseada nos princípios do *mindfulness*, a qual visou promover o bem-estar de idosos institucionalizados. A amostra é constituída por sete idosos residentes na Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto – com uma média de idades de 75.1 anos, alfabetizados, com ausência de défices sensoriais e de declínio cognitivo. As investigadoras usaram um *design* pré-experimental e os instrumentos aplicados no pré e pós teste foram o Exame do Estado Mental (MMSE), a Escala de Afectividade Positiva e Negativa (PANAS), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), a Escala COOP/WONCA Charts, a Escala de Faces para a avaliação da intensidade da dor e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A nível do pós teste utilizou-se também o Questionário para Idosos Pós-Treino em *Mindfulness*

A intervenção teve uma duração de 9 semanas, tendo sido realizadas 27 sessões (3 por semana de 50 minutos de duração). Foram usadas técnicas de meditação, de respiração e de movimento *mindfulness*, no sentido de aumentar o bem-estar e o controlo da dor dos participantes.

Os resultados indicaram ganhos significativos nos níveis de depressão, entre o pré e pós teste, bem como mudanças positivas nas dimensões cognitiva, emocional, física e comportamental, avaliadas através do Questionário para Idosos Pós-Treino em *Mindfulness*. Não se verificaram outras mudanças significativas nos restantes instrumentos referidos.

Palavras-chave: Bem-estar; Idosos institucionalizados; *Mindfulness*; Meditação

O aumento progressivo da população idosa, devido principalmente a factores que se prendem com o incremento da esperança de vida, a redução das taxas de mortalidade e natalidade, a melhoria das condições de vida e os avanços na medicina nas últimas déca-

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (mplima@fpce.uc.pt; aolima@fpce.uc.pt; analogic_starsss@hotmail.com)

das, acarreta implicações sociais, económicas e políticas, bem como grandes desafios à sociedade contemporânea em termos de encontrar respostas para promover o bem-estar e uma melhor qualidade de vida deste grupo etário (Simões, 2006a; Sardinha, 2008). Perante a actual realidade sociodemográfica e aquela que as projecções deixam antecipar, urge delinear estratégias que sejam eficazes e, ao mesmo tempo, ajustadas à população, especialmente a idosa. Parece não haver dúvida que para minimizar o impacto que têm tido na nossa sociedade as questões relacionadas com as transições demográficas e epidemiológicas são necessárias várias vertentes de intervenção, entre as quais assume um especial relevo a investigação de estratégias para promover o bem-estar, com o intuito de aumentar a qualidade dos anos adicionais, sugerindo novas condutas que favoreçam o envelhecimento bem sucedido.

A presente investigação dá conta do trabalho desenvolvido para obter validação empírica, quanto à eficácia de um programa de treino em *mindfulness*, estruturado à medida das necessidades, capacidades, recursos e limitações de um grupo de sete idosos institucionalizados na Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade de Saúde Fernão Mendes Pinto em Coimbra.

As pesquisas sobre intervenções baseadas no *mindfulness* dirigidas a idosos ainda são escassas. No entanto, este tipo de prática tem vindo a consolidar-se como uma abordagem que por si só ou aliada à terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, para prevenir a recaída da depressão, os distúrbios de ansiedade e a dor física crónica (Smith, 2004).

Para além do seu valor terapêutico, o treino em *mindfulness*, enraizado filosoficamente nas práticas budistas de meditação, acarreta também um valor educativo e transformativo, podendo ser especialmente importante para pessoas idosas, ao contribuir para a mobilização dos recursos mais profundos de *coping* e de cura do ser humano (Segal, Teasdale & Williams, 2002).

No âmbito deste enquadramento, a nossa investigação pretendeu validar a importância das técnicas de treino em *mindfulness* com idosos institucionalizados, nomeadamente, em domínios tão importantes como o do controlo da dor, do estado de saúde funcional, do aumento do afecto positivo e da percepção de bem-estar.

As técnicas de *mindfulness* na promoção do bem-estar em idade avançada

O *mindfulness* é um conceito que tem as suas raízes nas práticas meditativas orientais (Budistas) e que se refere a uma forma específica de (prestar) atenção. A sua prática requer a presença de três elementos-chave: 1) atenção concentrada no

momento presente, 2) intencionalidade e 3) ausência de julgamento (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro et al., 2006).

É uma abordagem especialmente utilizada para lidar com o emaranhado de pensamentos e sentimentos sobre o passado ou o futuro, assim como sobre racionalizações que levam os sujeitos a perder o contacto com o que está a acontecer no momento presente e a viver num estado designado por “piloto automático” (Kabat-Zinn, 1990; Rejeski, 2008). Tal estado dificulta à pessoa lidar de maneira flexível com os acontecimentos do momento, sobretudo aqueles mais adversos e exigentes.

Para uma melhor compreensão do conceito de *mindfulness*, consideramos ainda importante recorrer à definição proposta por Bishop e colaboradores (2004, in Rejeski, 2008), que inclui dois componentes principais: *Regulação intencional da atenção, focada na vivência imediata*, que implica a capacidade de manter a atenção sustentada e trocar o foco da atenção intencionalmente e de maneira flexível quando surgir uma distração. Como resultado desta prática, a pessoa não fica presa na elaboração automática e desnecessária da experiência e das suas associações, que podem facilmente levar a processos de ruminação. Desta forma, a prática do *mindfulness* liberta recursos cognitivos, o que leva à capacidade de processar directamente uma maior variedade de acontecimentos e possibilita uma perspectiva mais ampla das vivências da pessoa.

O segundo componente referido pelos autores é a *Orientação para a experiência*, caracterizada por curiosidade, abertura e aceitação. Esta depende de uma decisão consciente de abandonar as tentativas de não viver o momento como este é, e de permitir que pensamentos, sentimentos e sensações se apresentem espontaneamente. É uma atitude receptiva frente à própria experiência. Ou seja, ao invés de se perceber a vida através de um filtro de crenças, suposições, expectativas e defesas, trabalha-se a atitude ligada a uma visão muito mais despreconceituosa da vivência do momento que se origina no contacto directo com a experiência. Esta prática, dada a sua natureza, leva à diminuição de estratégias de fuga e evitamento, bem como de estilos de *coping* repressivos (Smith, 2004; Vandenberghe & Sousa, 2006).

Um dos princípios fundamentais do *mindfulness* consiste na importância de dar atenção ao corpo. A atenção primordial dirigida ao corpo é relevante na medida em que uma maior e particular consciência do mesmo poderá ajudar a alcançar uma forma mais eficiente de lidar com as emoções. Sentimentos tão intensos como a tristeza, a desolação ou a desesperança podem ser expressos não apenas como objectos ou acontecimentos mentais, mas também como efeitos directos no corpo. Uma postura curvada, um peso ou aperto no peito, ou uma (o)pressão nos ombros podem por vezes ser a expressão da presença de fortes sentimentos,

dos quais nem sempre estamos totalmente conscientes. Por outras palavras, os pensamentos, os sentimentos e as imagens relacionados com o passado, o presente e o futuro accionam reacções em vários sistemas do corpo que podem levar à doença e à incapacidade (Segal, Teasdale & Williams, 2002; Rejeski, 2008) e a efeitos deletérios (Wallace & Shapiro, 2006).

Na abordagem *mindfulness* o que é relevante é a riqueza da experiência do momento presente que é experienciada por nós através dos sistemas sensoriais do corpo. Neste contexto, a mente é treinada para inibir o processamento semântico, para prestar atenção à experiência sensorial e para se abstrair das distorções que são criadas por conceitos mentais e imagens (Wallace & Shapiro, 2006).

Rejeski (2008), depois de fazer uma revisão das definições e modelos relacionados com o conceito, deu especial atenção ao papel que o corpo desempenha no cultivo do *mindfulness* e às vantagens que esse foco traz, especificamente para os idosos, mais susceptíveis de sofrerem de degenerescência dos sistemas biológicos, e igualmente mais afectados por doenças crónicas, dor e incapacidade.

Assim, o treino em *mindfulness* surge como uma nova abordagem para a compreensão das profundas conexões que existem entre o corpo e a mente, uma relação que assume um acréscimo de significância no processo de envelhecimento. O *mindfulness* pode ser um meio promotor de actividade física no envelhecimento e reciprocamente a actividade física pode servir de veículo para cultivar uma perspectiva *mindfulness* na vida diária dos adultos mais velhos (Rejeski, 2008).

A abordagem *mindfulness* desafia o sujeito a aprender a relacionar-se com os pensamentos como identidades auto-construídas e não como reais ou necessariamente exactas. Sendo os pensamentos considerados uma das principais causas do sofrimento, a perspectiva *mindfulness* contraria a tendência para lhes resistir e os reestruturar, conduzindo, antes, a pessoa a observá-los e aceitá-los como são – fenómenos transitórios não permanentes e que não definem o *self* (Greenberg & Padesky, 1995, in Rejeski, 2008).

De referir ainda que as emoções negativas e os sintomas físicos são importantes factores de inibição na alteração do comportamento e, geralmente, estão associados a queixas na medicina geriátrica e na gerontologia. É de toda a pertinência abordá-los nos programas de *mindfulness*. Neste enquadramento, os idosos são convidados a perceberem as suas sensações e encorajados a notarem como é que as emoções se expressam em sintomas físicos.

É sabido que na população idosa a dor contribui fortemente para reduzir ou mesmo comprometer o funcionamento psicológico e físico. Desde que esta surge, a mente fica absorvida em conseguir aliviá-la e a afastar-se ou ver-se livre dela, assim como

de outros acontecimentos desagradáveis, diminuindo o bem-estar e a qualidade de vida destes indivíduos. Neste âmbito, alguns estudos têm apontado para o elevado potencial que a aceitação da dor tem, em termos de permitir diminuir a sua intensidade, bem como a incapacidade física e psicológica, sendo considerado mais eficaz do que o *coping* orientado para o evitamento (McCracken et al., 2004, in Rejeski, 2008). Além disso, as distorções cognitivas e afectivas que quase sempre surgem associadas aos estímulos dolorosos intensificam a experiência da dor (Wallace & Shapiro, 2006).

Diversas correntes filosóficas, espirituais e psicológicas enfatizaram a importância da auto-consciência para manter e aumentar o bem-estar (Brown & Ryan, 2003). Efectivamente, as investigações recentes revelaram que o aumento do *mindfulness*, através de treino, promove o bem-estar a vários níveis (e.g., Kabat-Zinn, 1990; Brown & Ryan, 2003).

Analisando a literatura neste domínio, pode-se constatar que existem cada vez mais investigações que sublinham os benefícios da meditação *mindfulness* para adultos idosos. Com o intuito de verificar se uma mudança directa no estado da consciência, através de técnicas mentais específicas, pode prolongar a vida humana e reverter os declínios inerentes ao avanço da idade, foi realizado um estudo experimental com 73 idosos (60 mulheres e 13 homens) provenientes de lares, com uma média de idades igual a 81 anos. Os sujeitos foram distribuídos aleatoriamente por quatro condições diferentes de tratamento: condição - programa de Meditação Transcendental (TM); condição - Treino em *Mindfulness* (MF), sob forma intensiva; condição - programa de relaxamento (*low mindfulness*) e condição de controlo. As comparações feitas indicaram que o grupo sujeito à TM foi o que alcançou melhores resultados, sendo seguido do grupo MF e depois, pelo programa de relaxamento, não se registando qualquer mudança na condição de controlo. O referido estudo revelou que os adultos idosos que praticaram MT viveram significativamente mais anos do que aqueles que integraram os grupos das restantes condições experimentais. Verificou-se uma inversão notável dos efeitos neuro-fisiológicos inerentes ao processo de envelhecimento, um aumento da longevidade pessoal e consequentemente um abrandamento do mesmo processo (Alexander et al., 1989). Até à data não existem muitas intervenções que permitam moderar o envelhecimento biológico e promover o envelhecimento bem sucedido, contudo verificou-se que através da Meditação Transcendental, que liga corpo e mente, os sujeitos que a praticaram, ao longo de cinco anos, revelaram menos (doze anos) de idade biológica do que os sujeitos dos grupos de controlo (Wallace et al., 1982, in Alexander et al., 1989).

Os declínios mais comuns na pessoa que envelhece, sejam eles relativos à perda de funcionalidade cognitiva e/ou saúde física são inevitáveis (Simões, 2006a, 2006b; Merriam, Caffarella & Baumgartner, 2007). No entanto, as descobertas atrás referidas, relativas aos efeitos de práticas meditativas, às quais muitas outras se juntam, incluindo o nosso estudo, e que apontam de forma consistente para estados de pacificidade e bem-estar, decorrentes das alterações nos padrões eléctricos das regiões corticais (aumento da coerência intra e inter-hemisférica), constituem evidências de peso para afirmarmos que é possível envelhecer de uma forma mais positiva e potenciadora dos nossos recursos mais profundos, acrescentando anos à vida e mais vida aos anos (Cahn & Polish, 2006).

Metodologia

Objectivos

O objectivo principal desta investigação foi o de contribuir para promover o bem-estar do grupo de idosos institucionalizados que integrou a amostra, a partir de uma abordagem inovadora. Subjacente à intervenção encontra-se o pressuposto de que a facilitação do envelhecimento activo e da transformação pessoal (operacionalizados pela prática diária de *mindfulness*) permitem fazer face às fragilidades bio-psico-sociais que têm tendência para se manifestar nesta franja específica da população. Neste sentido, o nosso estudo procurou validar a hipótese de que a intervenção baseada na abordagem *mindfulness* é eficaz na promoção do bem-estar de idosos institucionalizados.

Para levar a cabo a presente investigação empírica utilizou-se um plano de natureza pré-experimental com pré e pós-teste.

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos para operacionalizar as diversas variáveis em investigação: o *Questionário de Dados Demográficos* que foi construído pelas investigadoras com vista à recolha de informação demográfica relevante, tal como a idade, sexo, área de residência, estado civil, nível de escolaridade; o *Exame do Estado Mental* (*Mini-Mental State Examination* — MMSE), validado para português por Guerreiro e colaboradores (1993, in Ribeiro, 2007);

a *Escala de Depressão Geriátrica* (*Geriatric Depression Scale — GDS*), validada para português por Guerreiro e colaboradores (2005, in Ribeiro, 2007); a *Escala de Afectividade Positiva e Negativa* (*Positive and Negative Affect Schedule* ou PANAS), adaptada por Simões (1993); a *Escala de Satisfação com a Vida* (*The Satisfaction with Life Scale — SWLS*), tendo-se utilizado a versão portuguesa adaptada por Simões (1992); a *Escala de Faces* (*Faces Scale*) que foi elaborada por Wong e colaboradores (2001, in Carvalho & Kowacs, 2006). Nesta escala é solicitado ao sujeito que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a ausência de dor é representada pela face alegre, a dor leve é representada através da face séria, a dor moderada corresponde à expressão pouco triste e triste, a dor forte corresponde à face cuja expressão é bastante triste e a face de choro corresponde à classificação “dor máxima”; a *Escala COOP/WONCA Charts* (*The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Chart* *WONCA* ou *COOP/WONCA*), cuja versão portuguesa foi preparada por Broeiro e colaboradores (1995, in Ribeiro, 2007). Esta escala consiste num questionário genérico, multidimensional, de auto-resposta, constituído por sete itens, destinados a avaliar o estado de saúde funcional actual de sujeitos nos cuidados de saúde primários (Aptidão Física; Disposição ou Estado Afectivo Emocional; Actividades do dia-a-dia; Convívio e Vida Social; Mudanças no estado de Saúde; Auto-percepção do Estado de Saúde Geral). As respostas são dadas numa escala ordinal do tipo Likert. Notas mais elevadas significam menor saúde percebida pelo sujeito. De salientar que as notas não devem ser agregadas para fornecer uma nota única. Cada resposta é ilustrada com um desenho simples e cada pergunta que é colocada refere-se às duas semanas anteriores. Por fim, foi ainda aplicado o Questionário para Idosos pós-Treino em *Mindfulness*, elaborado pelas investigadoras com base num trabalho prévio sobre *mindfulness* com idosos (Smith, 2004), o qual avalia as percepções de mudança nas esferas cognitiva, emocional, fisiológica e comportamental após o programa de treino em *mindfulness*. Considerámos pertinente a elaboração deste questionário dado que necessitávamos de uma medida que nos permitisse avaliar as percepções subjectivas relativas às mudanças atrás referidas nos participantes do nosso estudo, no final das nove semanas do programa.

Amostra

A amostra deste estudo é composta por um grupo de sete idosos institucionalizados na Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto. De entre estes, cinco são

do sexo feminino (quatro sem mobilidade própria) e dois do sexo masculino (um sem mobilidade própria), três sofreram um AVC (membros superiores/ inferiores do lado esquerdo afectados) e um dos sujeitos do sexo feminino tem o membro inferior esquerdo amputado. A média etária do grupo é de 75.14 anos e o desvio-padrão de 5.73 (mínimo = 63 e máximo = 80).

Procedimento

Os participantes foram acompanhados três vezes por semana ao longo de nove semanas em sessões de grupo, com a duração de aproximadamente 50 minutos. Os exercícios de *mindfulness* utilizados foram ajustados às condições físicas dos participantes. Concomitantemente, foram recomendadas, aos sujeitos, práticas individuais várias vezes ao dia de consciencialização do momento presente.

As sessões de grupo foram, alternadamente, dirigidas por duas docentes universitárias, com formação em meditação *mindfulness*. O plano de actividades semanal foi flexibilizado, centrando-se mais no *body-scan* e no movimento *mindfulness* dado que a incapacidade física da maioria dos participantes impediu a realização de algumas práticas específicas, como, por exemplo, o treino *mindfulness* ao caminhar. No entanto, tal como se encontra no trabalho de Kabat-Zinn (1990), isto não é um problema desde que os participantes sejam encorajados a focarem-se na sua experiência presente seja ela qual for.

Durante a primeira semana do programa foram introduzidos alguns dos princípios básicos do *mindfulness*: reconhecer a tendência para estarmos em “piloto automático”, assumir um compromisso no sentido de aprender a sair do “piloto automático” e tornarmo-nos mais conscientes, fomentar uma postura de aceitação e gentileza para consigo próprio e os outros, procurar intencionalmente focalizar a atenção no corpo e ver o quão difícil/fácil isto pode ser (Smith, 2004).

A partir da segunda semana até à quarta uma sessão semanal era orientada por uma docente, enquanto que as restantes duas basearam-se na escuta de uma cassette áudio com uma gravação de 30 minutos das diferentes fases do *body scan*.

Na quarta semana foi feito o ponto da situação das sessões, perguntando-se aos participantes como se estavam a sentir com o treino *mindfulness*.

Consecutivamente, ao longo de todo o programa foram introduzidos exercícios de movimento *mindfulness* nos quais os sujeitos foram convidados a focar a sua atenção e a abrir a sua consciência a cada movimento realizado. O *mindfulness* do movimento permite que os participantes aprendam a perder, pouco a pouco, as suas tendências habituais de posturas incorrectas e/ou outros vícios posturais,

a estarem no momento presente aceitando as suas limitações físicas, a aprender novas formas de estar consigo próprio através do trabalho de consciencialização corporal. Esta experiência física permite ainda realizar um trabalho paralelo com a experiência a nível emocional. Foram também feitos exercícios de respiração *mindfulness* nos quais os participantes eram convidados a dirigir a sua atenção para a respiração, sendo guiados para diferentes partes do corpo onde poderiam sentir a respiração (e.g., nariz, pescoço, peito, abdómen, diafragma, região abdominal).

Focar a atenção nas diferentes partes do corpo através da respiração traz resultados quer a nível físico, quer a nível mental (e.g., focar a atenção no diafragma ou na zona da barriga abranda a respiração, e pode acalmar a mente e reduzir a tensão ou ansiedade).

Até ao final do programa cada sessão obedeceu à seguinte estrutura: aproximadamente 15 minutos de prática de *body scan*, 20 minutos dedicados aos exercícios de movimento e/ ou respiração *mindfulness* e por fim 10 minutos para discussão (iniciada com a questão: “Como se sentiram?”). Ao longo das nove semanas foram enfatizados os diversos pilares atitudinais que dão suporte à meditação *mindfulness*, tais como, ter paciência, confiança, não-julgar, aceitar, desprender-se, deixar ir, estar aberto/ receptivo a todos os aspectos da vida.

Não foi introduzida a meditação a andar nem deitada, dadas as restrições funcionais dos participantes. Também não foi incluído nenhum dia inteiro de retiro silencioso – componentes essenciais do Programa de Redução de Stress Baseado no *Mindfulness* (MBRS).

Resultados

Do ponto de vista dos participantes, a prática do *mindfulness* contribuiu para melhorias a nível cognitivo, emocional, fisiológico e comportamental. No Quadro 1 apresentam-se os resultados das respostas dos sujeitos aos itens do Questionário para Idosos Pós-treino em *Mindfulness*.

Quadro 1. Perguntas do Questionário para Idosos pós Treino em Mindfulness

Perguntas	Respostas "Sim"	Respostas "Não"
1. Mudanças Cognitivas - Sente-se a si próprio/a, desde que começou a participar nas sessões de grupo, mais completo/a, mais inteiro/a, mais positivo/a?	7/ 7	0/ 7
2. Cognitivas - Acha que as sessões de grupo lhe permitiram ser mais capaz de parar e observar a sua experiência (o que está a acontecer no momento), em vez de reagir a elas de imediato, como habitualmente?	7/ 7	0/ 7
3. Mudanças Cognitivas - Considera que as sessões de grupo (mindfulness) o/a ajudaram a libertar-se da tendência para estar sempre à volta dos problemas, e o/a levaram a aceitar as coisas como elas são?	7/ 7	0/ 7
4. Mudanças Cognitivas - Considera que "estar mais consciente" das suas experiências o/a tem feito sentir melhor, comparativamente ao modo habitual de funcionar, em piloto automático?	7/ 7	0/ 7
5. Mudanças Cognitivas - Considera que aprender/praticar mindfulness foi confuso e/ou aborrecido, no início?	4/ 7	3/ 7
6. Mudanças Emocionais - Acha que, à medida que as sessões iam decorrendo, a prática no grupo e fora do grupo se tornou, mais agradável?	7/ 7	0/ 7
7. Mudanças Emocionais - Considera que durante e depois das sessões passou a apreciar mais outros aspectos da sua vida?	6/ 7	1/ 7
8. Mudanças Fisiológicas - Acha que se sente mais calmo e mais relaxado/a desde que começaram as sessões de grupo?	6/ 7	1/ 7
9. Mudanças Comportamentais - Deu conta de que passou a agir de forma mais apropriada/adequada com as pessoas e em diversas situações?	5/ 7	2/ 7
10. Mudanças Comportamentais - Considera que, com a prática, se libertou mais das suas formas habituais de reagir?	6/ 7	1/ 7
11. Benefícios Gerais - Acha que as outras pessoas o/a vêem a comportar-se de maneira diferente (ex. "Sorrir mais?"; "A comentarem que se encontra mais relaxado/a?").	3/ 7	4/ 7
12. Benefícios Gerais - No geral acha que gosta mais de si próprio/a?	5/ 7	2/ 7
13. Benefícios Gerais - Considera que aprender (esta experiência) em grupo foi no geral uma situação que ajudou a maioria dos participantes?	7/ 7	0/ 7
14. Benefícios Gerais - Acha que há algumas mudanças na sua vida que estejam relacionadas com a prática do mindfulness? (Exemplos: dormir melhor, perda de peso, menos irritável, menos susceptível a mudanças de humor?)	5/ 7	2/ 7

De salientar que foram encontrados resultados muito positivos nas respostas aos 14 itens que compõe o questionário, tal como se pode verificar no Quadro 1, tendo-se obtido na maioria das perguntas uma mudança no sentido esperado. Todos os sujeitos referiram ter melhorado com a intervenção realizada em seis itens (1, 2, 3, 4, 6 e 13), verificando-se um menor número de mudanças positivas apenas nos itens 5 e 11. Passamos agora a considerar as principais estatísticas descritivas das diversas variáveis quantitativas em estudo (Tabela 1), quer no pré quer no pós teste.

Tabela 1: Estatísticas descritivas

Instrumentos	Pré-teste				Pós-teste			
	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP
GDS	3.00	21.00	12.57	7.18	2.00	18.00	10.43	6.40
Afecto Positivo	15.00	40.00	28.00	10.81	14.00	37.00	25.14	7.86
Afecto Negativo	11.00	26.00	17.86	4.81	11.00	36.00	18.43	8.16
SWLS	5.00	25.00	15.71	8.51	5.00	25.00	16.71	6.40
Escala de Faces	0.00	4.00	1.57	1.40	0.00	5.00	2.29	1.60
Forma física	1.00	5.00	3.29	1.38	3.00	5.00	4.00	0.58
Sentimentos	1.00	3.00	2.43	0.79	1.00	4.00	2.71	1.12
Actividades do dia-a-dia	2.00	5.00	3.00	1.29	1.00	5.00	2.00	1.41
Vida social	1.00	4.00	1.86	1.21	1.00	2.00	1.14	0.38
Estado de saúde	1.00	2.00	1.57	0.53	2.00	5.00	3.14	1.07
Estado geral de saúde	2.00	5.00	3.00	1.15	2.00	5.00	3.14	1.07

Relativamente às pontuações obtidas pela amostra na Escala de Depressão Geriátrica (GDS), no período de pré-teste, elas variaram entre 3 e 21, com média de 12.57 e desvio-padrão 7.18. Estes resultados são indicadores de depressão ligeira segundo os pontos de corte definidos para esta escala (11-20). No período de pós-teste, a pontuação obtida pela amostra, nesta mesma medida oscilou entre 2 e 18, com média de 10.43 e desvio-padrão 6.43, situando-se no ponto de corte (0-10) que indica um estado de humor normal (ausência de depressão).

No que concerne à afectividade positiva (PA), os idosos da amostra, obtiveram pontuações, no pré e no pós-teste, um pouco acima do meio da escala dos valores possíveis (entre $5 \times 11 = 55$ e $5 \times 1 = 5$). Assim para a afectividade positiva (PA), as pontuações da amostra, no pré-teste, oscilaram entre 15 e 40, com média de 28 e desvio-padrão 10.81; no período de pós-teste, as pontuações da amostra oscilaram entre 14 e 37, com média de 25.14 e desvio-padrão 7.86.

Relativamente à afectividade negativa (NA), as pontuações obtidas pela amostra, situaram-se, no pré e no pós-teste, ligeiramente abaixo do meio da escala dos valores possíveis (entre $5 \times 11 = 55$ e $5 \times 1 = 5$). Para a afectividade negativa (NA) as pontuações

obtidas pelos idosos do nosso estudo, durante o período de pré-teste oscilam entre 11 e 26, com média de 17.86 e desvio-padrão de 4.81. No período de pós-teste, os valores obtidos oscilaram entre 11 e 36, com média de 18.43 e desvio-padrão de 8.16. No que respeita à satisfação com a vida, a pontuação dos idosos, no período de pré-teste, oscilou entre os 5 e os 25, com uma média de 15.71 e desvio-padrão de 8.51, situando-se um pouco acima da escala dos valores possíveis ($1 \times 5 = 5$ e $5 \times 5 = 25$). No período de pós-teste, a pontuação da amostra, relativamente à satisfação com a vida, oscilou também entre os 5 e os 25, com uma média de 16.71 e desvio-padrão de 6.40, situando-se novamente um pouco acima da escala de valores possíveis.

No que respeita à intensidade da dor avaliada através da Escala de Faces, as pontuações obtidas pela amostra, no período de pré-teste variaram entre 0 e 4, com média de 1.57 e desvio-padrão 1.40. No pós-teste os resultados obtidos pelos idosos do nosso estudo, oscilaram entre 0 e 5, com média de 2.29 e desvio-padrão 1.61.

No que concerne ao domínio *Forma física* da Escala COOP/WONCA *charts*, as pontuações auferidas pela amostra, oscilaram entre 1 e 5, com média de 3.29 e desvio-padrão 1.38, no pré-teste. No período de pós-teste, os idosos da nossa amostra obtiveram no mesmo domínio pontuações que variaram entre 3 e 5, com média de 4 e desvio-padrão de 0.58.

Relativamente ao domínio *Sentimentos*, a amostra obteve pontuações que oscilaram entre 1 e 3, com média igual a 2.43 e desvio-padrão 0.79, em período de pré-teste. No mesmo domínio da Escala COOP/WONCA *charts* as pontuações colhidas no período de pós-teste variaram entre 1 e 4, com média de 2.71 e desvio padrão de 1.12. No domínio referente às *Actividades do dia-a-dia*, os sujeitos obtiveram resultados que oscilaram entre 2 e 5, com média de 3 e desvio-padrão de 1.29, no período de pré-teste. Durante o período de pós-teste a amostra obteve neste domínio da escala pontuações que variaram entre 1 e 5, com média de 2 e desvio-padrão 1.41.

Quanto à *Vida social*, as pontuações do total de sujeitos do nosso estudo, variaram entre 1 e 4, com média 1.86 e desvio-padrão 1.21, em pré-teste. No período de pós-teste a amostra obteve neste domínio, resultados que oscilaram 1 e 2, com média de 1.14 e desvio padrão de 0.38.

No que respeita aos resultados do domínio *Mudanças no estado de saúde*, referidos pelos idosos, oscilaram entre 1 e 2 com média de 1.57 e desvio padrão 0.53., no período de pré-teste. Durante o pós-teste os resultados colhidos pela amostra variaram entre 2 e 5, com média de 3.14 e desvio padrão de 1.07.

Finalmente, no último domínio da Escala COOP/WONCA - *Estado geral de saúde*, a amostra, alcançou pontuações, no período de pré-teste que oscilaram entre 2 e 5, com média de 3 e desvio-padrão de 1.15. O *Estado geral de saúde*, em período de

pós-teste, obteve por parte da amostra pontuações que variaram entre 2 e 5, com média de 3.14 e desvio-padrão 1.07.

Para efeitos do teste da principal hipótese subjacente à investigação, compararam-se as médias do pré e pós teste nas várias medidas utilizadas, recorrendo-se ao teste t de Student para amostras dependentes. A tabela 2 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 2: *t teste (medidas repetidas)*

Instrumentos	Média Pré-Teste	Média Pós-Teste	t	gl	p
GDS	12.57	10.43	5.303	6	0.002
Afecto Positivo	28.00	25.14	1.594	6	0.162
Afecto Negativo	17.86	18.43	-0.185	6	0.859
SWLS	15.71	16.71	-0.500	6	0.635
Escala de Faces	1.57	2.29	-1.050	6	0.334
Forma física	3.29	4.00	-1.179	6	0.283
Sentimentos	2.43	2.71	-0.471	6	0.654
Actividades do dia-a-dia	3.00	2.00	1.146	6	0.296
Vida Social	1.88	1.14	1.987	6	0.094
Estado de saúde	1.57	2.43	-3.286	6	0.017
Estado geral de saúde	3.00	3.14	-0.311	6	0.766

Considerando os dados da tabela 2, a análise dos resultados entre os períodos de pré e pós teste revela uma diminuição significativa dos níveis de depressão ($p= 0.002$) e um resultado significativo no “Estado de saúde” ($p= 0.017$). Quanto às restantes variáveis, não se registaram quaisquer mudanças significativas.

Discussão

A análise dos resultados entre os períodos de pré e pós teste revelou uma diminuição significativa dos níveis de depressão ($p= 0.002$, Tabela 2). Tal como referimos na introdução, os pensamentos negativos, muito associados à sintomatologia depressiva, são uma das principais causas do sofrimento. Neste âmbito, os dados da literatura e os que encontrámos no nosso estudo apontam para o *mindfulness* como uma abordagem que desafia o sujeito a aprender a relacionar-se com os pensamentos como identidades auto-construídas e não como reais ou necessariamente exactas. A perspectiva *mindfulness* contraria a tendência para resistir aos pensamentos e para os modificar, procurando antes desenvolver no sujeito a atitude de os observar e aceitar tal como são – manifestações transitórias, não permanentes e não definidoras do *self* (Greenberg & Padesky, 1995, in Rejeski, 2008).

Bishop e colaboradores (2004, *in*, Rejeski, 2008) referem ainda que o resultado desta prática pode levar a que a pessoa não fique presa na elaboração automática e desnecessária da experiência e das suas associações, as quais podem levar a processos de ruminação. Desta forma, e como verificámos no nosso estudo, uma vez que se obteve uma diminuição significativa dos níveis de depressão, supõe-se que um dos efeitos intermediários do treino em *mindfulness* foi reduzir os pensamentos automáticos negativos ou as ruminações que os idosos tendiam a apresentar.

De acordo com Segal, Teasdale e Williams (2002), esta abordagem terapêutica foi desenvolvida com o intuito de compreender e minorar o sofrimento humano, sendo, em última análise, uma estratégia que está destinada a promover o potencial que todos temos para a transformação pessoal. De facto, os participantes nesta investigação alcançaram resultados que indicam o decréscimo dos níveis de depressão o que nos leva a crer que o *mindfulness* se consubstanciou para estes idosos como uma estratégia eficaz, capacitando-os com novos recursos para fazer face à relação com a sintomatologia depressiva. Estes resultados vão ainda ao encontro daqueles apresentados por Teasdale et al. (2000), o que contribui para reforçar o treino em *mindfulness* como uma abordagem eficaz na redução dos níveis depressivos.

Adentro das conceptualizações utilizadas, foi ainda referido que sentimentos como a tristeza ou a desesperança podem ser expressos não apenas como pensamentos ou acontecimentos mentais, mas também como efeitos directos no corpo. Neste sentido, a atenção dirigida ao corpo, levada a efeito na prática de *mindfulness* parece revelar-se bastante importante, na medida em que uma maior e particular consciência do mesmo ajudou a alcançar uma melhor forma de lidar com a emoção, verificada igualmente através da redução dos níveis de depressão, associados, como sabemos, a emoções negativas.

No que respeita às restantes medidas, encontrou-se ainda outro resultado significativo, embora no sentido contrário ao esperado - estado de saúde ($p=0.017$; Tabela 2). Este resultado poderá ser explicado pelo facto dos idosos da nossa amostra revelarem uma saúde frágil a par de grandes incapacidades físicas. Ao longo do programa em *mindfulness* verificámos que, para estes, a saúde, ou a falta dela, emergiu como uma das variáveis que condicionaram fortemente o alcance de resultados mais significativos nos diferentes domínios da Escala COOP/WONCA *charts*, subjectivamente avaliada pelos participantes nesta investigação (Tabela 2).

Não se registaram outros resultados significativos (Tabela 2), para os quais julgamos muito ter contribuído a ocorrência de factores acidentais, fora do controlo das investigadoras. Efectivamente, a instituição defrontava-se com um processo de insolvência, o que levou a que a direcção tomasse medidas drásticas, como, por

exemplo, mudar os idosos de quarto (nalguns casos a mudança foi mesmo de piso) sem terem sido previamente consultados, ou seja, sem o seu consentimento. Esta situação ocorreu durante a quinta e sexta semanas do nosso programa e tal facto deu origem a muitas queixas, manifestadas em algumas sessões, e mesmo a muitas reacções emocionais negativas, as quais, na nossa opinião, interferiram fortemente com os resultados, comprometendo-os.

Na verdade, verificou-se uma total falta de controlo pelos idosos da instituição. Schulz (1998, *in* Sardinha, 2008) definiu a falta de controlo como a (in)capacidade de manipular um dado aspecto do ambiente. A manutenção do controlo e da auto-eficácia, considerada como a capacidade de auto-determinação e decisão sobre a própria vida, são aspectos básicos do envelhecimento saudável. Não há boa qualidade de vida sem que o indivíduo tenha um bom controlo sobre numerosos aspectos da sua vida, independentemente do seu nível de autonomia funcional.

Contudo, a partir das respostas ao Questionário para Idosos Pós-Treino em *Mindfulness*, verificou-se que a maioria dos participantes percepcionou melhorias nas esferas cognitiva, emocional, fisiológica e comportamental (Quadro 1). A par destes ganhos, registou-se a estabilização nas restantes variáveis medidas, uma vez que, como referimos, não apresentaram mudanças significativas.

Quanto aos resultados na escala que avalia o componente emocional do bem-estar subjectivo (PANAS), os participantes nesta investigação apresentaram um ligeiro aumento do nível negativo de bem-estar subjectivo e um decréscimo do nível positivo entre os períodos de pré e pós-teste (Tabela 2). Consideramos que estes resultados, embora não significativos, podem estar relacionados com o facto de este instrumento avaliar apenas o afecto estado que diz respeito a estados emocionais mais breves, o qual difere do afecto humor que remete para predisposições estáveis de estados emocionais particulares (Bates, 2000, *in* Galinha, 2005). Assim, se considerarmos que a aplicação do pós-teste da Escala de Afectividade Positiva e Negativa (PANAS) decorreu num momento em que a maioria dos participantes se encontravam negativamente afectados pelas mudanças de quarto e de piso a que foram sujeitos, como atrás referimos, percebemos o aumento de emoções negativas neste período. Acreditamos que este resultado possa ser um efeito directo das alterações na instituição e não um resultado atribuível à (in)eficácia do programa em *mindfulness*.

Finalmente, as melhorias obtidas vão ao encontro da hipótese geral formulada de que a prática de *mindfulness* contribui para melhorar o bem-estar dos idosos. Contudo, não podemos afirmar que a mesma foi inteiramente validada, dadas as estabilizações verificadas nas restantes variáveis e, mesmo, a diminuição na percepção do *Estado de saúde* (Tabela 2). No nosso entender, os resultados alcançados devem-se

às diversas limitações do estudo, que impediram um controlo mais elevado sobre numerosas variáveis parasita. De destacar, para além das mudanças de quarto e de piso já referidas, a assinalável incapacidade física dos participantes, que dificultou o cumprimento da prática diária de *mindfulness*, a inexistência de um grupo de controlo, o tamanho muito reduzido da amostra, e a falta de colaboração institucional para incentivar os idosos a praticar diariamente. Será fundamental, em estudos futuros, garantir uma melhor colaboração das instituições no sentido de assegurar a aplicação completa do programa em *mindfulness*, colmatando desta maneira um dos mais fortes constrangimentos da nossa investigação, e utilizar um plano de investigação que permita um maior grau de controlo sobre as diversas ameaças à validade interna da investigação.

Conclusão

Em conclusão, consideramos que este estudo acerca da promoção do bem-estar de idosos institucionalizados, através de uma intervenção com base no treino em *mindfulness*, pode juntar-se ao rol de tentativas que já têm sido feitas no sentido de aumentar a qualidade de vida dos anos adicionais dos nossos idosos.

Os resultados que conseguimos obter, nomeadamente, na redução dos níveis de depressão, são encorajadores e vêm reforçar as evidências que apontam o treino em *mindfulness* como uma estratégia eficaz no desenvolvimento de valiosas aprendizagens acerca da natureza do sofrimento, da impermanência das sensações e da experiência, bem como das funções da mente na construção do *self*. Assim, apesar das limitações encontradas, acreditamos que esta abordagem revelou um potencial promissor no aumento da qualidade de vida dos idosos institucionalizados que têm a sua saúde física fortemente comprometida.

Gostaríamos também de salientar que, mais do que uma técnica terapêutica, o *mindfulness* é uma abordagem educativa que pode conduzir a um modo de vida no qual mobilizamos os nossos recursos mais profundos de *coping* e de cura. Este tipo de intervenção coloca o seu foco nas expressões fenomenológicas do momento, desenvolvendo em nós a atitude de aceitação e neutralidade, ao contrário das abordagens cujo enfoque se direcciona para a consciencialização do problema e, consequentemente, para o que há de negativo na pessoa, pelo que pode contribuir para que a velhice seja um processo de crescente lucidez.

A perspectiva *mindfulness* convida-nos a estar no momento presente, a senti-lo, a respirar com ele sem que tentemos explicá-lo, mudá-lo ou vermo-nos livres dele.

E, neste sentido, como concluíram Myers e Diener (1995), reforça que a satisfação com a vida “*is less a matter of getting what you want than wanting what you have*” (p. 13). Contudo, reunir evidências empíricas mais consistentes, a acrescer ao corpo de investigação desta abordagem terapêutica e transformativa, é o desafio que se coloca à investigação e à prática futuras em contexto(s) gerontológico(s).

Referências

- Alexander, C. N., Newman, E. J., Chandler, H. M., & Davies, J. L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness, and longevity: An experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 950-964.
- Brown, K., & Ryan, R., (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Cahn, B. R., & Polish, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- Carvalho, D. S., & Kowacs, P. A. (2006). Avaliação da intensidade da dor. *Migrações Cefálicas*, 9(4), 164-168.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2(23), 209-218.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Merriam, S. B., Caffarella, R. S., & Baumgartner, L. M. (2007). *Learning in adulthood: A comprehensive guide* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rejeski, W. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and the mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist*, 48(2), 135-141.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português* (1ª ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sardinha, L. (2008). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: Universidade.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII(3), 387-404.
- Simões, A. (2006a). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A. (2006b). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.

- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L., (2006). Mental balance and well-being—Building bridges between Buddhism and western psychology. *American Psychologist*, 61, 690-701.

Résumé

Le but du présent article c'est d'apporter en avance les résultats d'une intervention concernant les principes du mindfulness, qui a cherché à promouvoir le bien-être subjectif des personnes âgées. L'échantillon d'individus est composé par sept personnes âgées institutionnalisées, demeurant dans une résidence à Coimbra (l'Unidade de Saúde de Coimbra - Fernão Mendes Pinto), dont la moyenne d'âges était 75.1 ans, alphabétisé, et n'ayant pas d'handicap sensoriel ou cognitif. Les investigateurs ont utilisé un plan de recherche pré-expérimental, les instruments étant l'Examen de l'État mental (MMSE), l'échelle d'Affectivité Positive et Négative (PANAS), l'échelle de Satisfaction avec la Vie (SWLS), l'échelle COOP/ WONCA *Charts*, l'échelle desFaces pour évaluer l'intensité de la douleur et l'échelle de Dépression Geriatrique (GDS). Au niveau du post-test, on a utilisé aussi un Questionnaire pour personnes âgées après intervention avec Mindfulness.

L'intervention a eu une durée de 9 semaines, et un total de 27 sessions (3 par semaine, d'une durée de 50 minutes). Des techniques de méditation, respiration, mouvement, *mindfulness* ont été utilisées dont le but était de promouvoir le bien-être et le contrôle de la douleur.

Les résultats indiquent des gains positifs au niveau de la dépression, du pré-test jusqu'au post-test, aussi bien que des changements positifs dans la dimension cognitive, affective, physique et comportementale, évaluée par le Questionnaire pour personnes âgées après l'intervention avec *Mindfulness*. On n'a pas enregistré d'autres changements significatifs.

Mots-clés: Bien-être; Personnes âgées institutionnalisées; *Mindfulness*; Méditation.

Abstract

In this paper we present the results of a mindfulness group intervention, which aimed to improve the well-being of institutionalized elderly people. The sample comprised seven elderly people living at the Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto – with a mean age of 75.1. Participant selection criteria were age, literacy level, and lack of cognitive and sensory impairments. The researchers used a pre-experimental design and the instruments used in the pre- and post-test data collection were the *Mini-Mental State Examination* (MMSE), the *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) the *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), the *COOP/WONCA Charts*, the *Faces Scale* for pain intensity evaluation, and the *Geriatric Depression Scale* (GDS). In the post test phase the *Questionnaire for older people after Mindfulness Training* was also used. The study was conducted over a period of 9 weeks, in a total of 27 sessions (3 sessions of 50 minutes each week). Mindfulness meditation, breathing and movement techniques were used to improve the well-being and pain control of the participants.

The results show significant gains in depression levels between the pre and post-test. The participants also described improvement in cognitive, emotional, physiological and behavioural aspects, which were measured by the *Questionnaire for older people after Mindfulness Training*. No other significant changes were recorded in the remaining instruments.

Key-words: Well-being; Institutionalized elderly; Mindfulness; Meditation.