



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
INSTITUTO FEDERAL DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE DOUTORADO
INTERINSTITUCIONAL – DINTER-
PSICOLOGIA SOCIAL**



**A RESILIÊNCIA: UM PROCESSO POTENCIAL DE PROTEÇÃO E ADAPTAÇÃO
DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA VELHICE**

VANIA CRISTHINA NADAF

JOÃO PESSOA – 2013



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
INSTITUTO FEDERAL DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE DOUTORADO
INTERINSTITUCIONAL – DINTER
PSICOLOGIA SOCIAL**



**A RESILIÊNCIA: UM PROCESSO POTENCIAL DE PROTEÇÃO E ADAPTAÇÃO
DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA VELHICE**

VANIA CRISTHINA NADAF
Doutoranda

Ana Raquel Rosas Torres
Orientadora

Bernardino Fernández Calvo.
Co-orientador

João Pessoa
2013



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
INSTITUTO FEDERAL DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE DOUTORADO
INTERINSTITUCIONAL – DINTER
PSICOLOGIA SOCIAL**



**A RESILIÊNCIA: UM PROCESSO POTENCIAL DE PROTEÇÃO E ADAPTAÇÃO
DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA VELHICE**

VANIA CRISTHINA NADAF
Doutoranda

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Interinstitucional em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba e do Instituto Federal de Mato Grosso, por Vania Cristhina Nadaf, sob a orientação da Profª Drª Ana Raquel Rosas Torres, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

João Pessoa
2013

N126r Nadaf, Vania Cristhina.

A resiliência: um processo potencial de proteção e adaptação do bem-estar psicológico na velhice / Vania Cristhina Nadaf.-- João Pessoa, 2013.

274f. .

Orientadora: Ana Raquel Rosas Torres

Tese (Doutorado) – UFPB-IFMT

*1. Psicologia Social. 2. Idosos - qualidade de vida.
3. Resiliência. 4. Bem-estar subjetivo. 5. Estresse.*

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

RESILIÊNCIA: UM PROCESSO POTENCIAL DE PROTEÇÃO E ADAPTAÇÃO
DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA VELHICE

VANIA CRISTHINA NADAF

Banca avaliadora:

Profa. Dra. Ana Raquel Rosas Torres (UFPB, Orientadora)

Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo (UFPB, Membro Interno – Co-orientador)

Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho (UFPB, Membro Interno)

Profa. Dra. Ângela Elizabeth Lapa Coêlho (UNIPÊ, Membro Externo)

Profa. Dra Silvana Carneiro Maciel (UFPB, Membro Inteno)

Profa. Dra. Regina Lígia Wanderlei Azevedo (FIP – Membro externo)

João Pessoa, Abril de 2013

**Ao meu filho, o grande presente da minha vida,
e à minha família que compreenderam as minhas ausências;
a Deus por me acompanhar em mais esta jornada.**

*“As melhores pessoas que nós encontramos
são aquelas que conheceram a derrota, conheceram o sofrimento,
conheceram a luta interna, conheceram a perda, e conseguiram
se reafirmar. Estas pessoas têm uma apreciação, uma sensibilidade
e um entendimento da vida, que lhes enchem de compaixão,
gentileza e piedade. Seres humanos de grandeza não aparecem por acaso.”*
Elisabeth-Ross, psiquiatra (1926 – 2004).

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre foi a minha fonte de segurança, de sabedoria e confiança, por mais esta vitória na minha vida.

Ao meu filho Daniel, o meu “presente divino”, que trouxe momentos maravilhosos para a minha vida e a abrilhantou com a sua presença em João Pessoa, com seu violão e seu cavaquinho me tirando do estudo para ouvir novas músicas que aprendeu.

Aos meus pais, tias, tios, irmã, irmão, sobrinhos, comadre (Cláudia Neheme) e a toda minha família pela torcida, pela confiança, pelo amor que sempre demonstraram e pela compreensão da minha ausência neste último ano.

Ao meu companheiro Sasso Sacilotti pelo amor, pelo apoio e pela compreensão da minha escolha.

Ao meu co-orientador Bernardino Calvo que muito me ensinou do como fazer ciência, meu muito obrigado por dedicar seu precioso tempo para o êxito desta pesquisa.

A minha orientadora Ana Raquel Torres pela sua contribuição e pela gentileza em aceitar me orientar.

Aos coordenadores Maria da Penha Coutinho, Rita Oliveira e Valdiney Gouveia que abrilhantaram este Dinter, meus sinceros agradecimentos pelo constante apoio, dedicação e carinho.

A minha amiga Maria da Penha Coutinho pelo grande carinho e apoio durante o doutorado.

Aos membros da banca pela colaboração com a qualificação e com a defesa.

Aos professores que se deslocaram para Cuiabá para ministrar excelentes aulas, um especial agradecimento por disponibilizarem seu tempo e por colaborarem com a nossa formação.

Ao Márcio Coutinho e a Wilian Pereira pelo apoio na estatística e pelas suas valiosas contribuições para esta pesquisa.

Aos diretores, coordenadores do IFMT e ao Diretor Ali Veggi, pelo apoio ao projeto Dinter e a compreensão nas ausências das aulas e das reuniões.

À equipe de funcionários do Programa de pós-graduação da UFPB.

À equipe de funcionários da Diretoria de pós-graduação que com competência implementou o projeto do Dinter no IFMT e que nos apoiou em todos os momentos, vocês são pessoas especiais para uma instituição de ensino.

Aos colegas do IFMT e alunos que me ajudaram, apoiaram, participaram e colaboraram muito com esta pesquisa, meu muito obrigado.

Aos idosos participantes da pesquisa e a toda equipe do Centro de Convivência de Idosos Padre Firmo que muito me ensinaram. Apreendi muito e passei a ver a vida de uma outra forma.

Aos meus amigos, dos quais muitos se tornaram verdadeiros irmãos que encontrei neste programa de Dinter, pessoas maravilhosas como a Henry, Miriam, Luisa, Gislaine, Degmar, Ivone, Susi, Armindo, Eduardo, Cláudia, Francisco, Antônio César, Nadir, Mônica, enfim todos que pertencem à família Dinter.

A Capes pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO	PAG.
Índice de Figuras	XIII
Índice de Tabelas	XIV
Lista de Siglas e Abreviaturas	XV
Resumo	XVI
Abstract	XVIII
Resumen	XX
Introdução	21
Justificativa do estudo	27
Objetivo Geral	30
1 – Envelhecimento, velhice e estresse	32
1.1. Envelhecimento, velhice e idosos?	34
1.2. História do envelhecimento – uma nova temática?	35
1.3. A revolução demográfica – o século envelhecido	42
1.4. Teorias psicológicas do envelhecimento	49
1.5. O envelhecimento sob a ótica do desenvolvimento humano	51
1.6. A ocorrência do estresse associado às questões do envelhecimento	62
2. O bem-estar subjetivo (BES) e a sua dimensão cognitiva	68
2.1. Bem-estar Subjetivo: o que é	69
2.2. A Satisfação com a vida – A dimensão cognitiva de Bem-estar Subjetivo	77
2.3. Modelos teóricos do Bem-estar Subjetivo	80
2.3.1. Bottom-up – Influências situacionais	81
2.3.2. Top-down – Fatores intrínsecos	81
2.3.3. Teorias relativas à personalidade	83
2.3.3.1. Modelos de Temperamento	83
2.3.3.2. Modelo de congruência	85
2.3.3.3. Modelos Cognitivos	85
2.3.3.4. Modelos de Meta	86
2.3.3.5. Modelos de socialização da emoção	86
2.4. Teoria das Discrepâncias múltiplas e o bem-estar	88
2.5. As teorias relativas ao processo adaptativo ou ao modelo do <i>Hedonic Treadmill</i>	89
2.6. Alguns estudos sobre o envelhecimento e bem-estar subjetivo	91
3. Resiliência – a arte da superação	95
3.1. O construto resiliência: a origem	96
3.2. A resiliência e as diferenças abordagens nas diversas áreas do conhecimento	107

3.3.	A resiliência como um desafio para o novo milênio	113
3.3.1.	Escola anglo-saxônica ou norte-americana	113
3.3.2.	A Escola europeia	114
3.3.3.	Corrente latino-americana	115
3.4.	Resiliência e a interface com o envelhecimento	116
3.5.	As escalas que avaliam a resiliência e as problemáticas que envolvem este complexo construto	125
3.6.	Resiliência, satisfação com a vida e estresse: intersecções conceituais com foco no envelhecimento	130
	Parte II – Estudos Empíricos	137
4.	Adaptação da escala de resiliência para adultos – RSA em uma mostra de idosos de Cuiabá.	138
4.1.	Objetivos específicos.	139
4.2.	Caracterização da amostra	139
4.3.	Critérios de inclusão	139
4.4.	Instrumentos da pesquisa	140
4.4.1.	Questionário Sociodemográfico.	140
4.4.2.	Escala de Resiliência para Adultos – RSA	140
4.5.	Procedimentos éticos	142
4.6.	Procedimento de coleta dos dados	142
4.7.	Análises estatísticas	143
4.8.	Resultados	144
4.9.	Discussão	151
5.	A relação existente entre a resiliência, estresse, ansiedade, depressão e o componente cognitivo do bem-estar subjetivo em uma mostra de idosos de Cuiabá.	162
5.1.	Objetivos específicos	164
5.2.	Hipóteses	164
5.3.	Participantes	166
5.4.	Amostra	167
5.5.	Delineamento do Estudo	168
5.6.	Instrumentos	168
5.6.1.	Questionário Sociodemográfico	168
5.6.2.	Escala de Resiliência para Adultos e Idosos – RSA	168
5.6.3.	Escala de Estresse Percebido	170
5.6.4.	Escala de satisfação com a vida (ESV)	170

5.6.5. Escala hospitalar de ansiedade e depressão	172
5.7. Procedimentos de Coleta dos Dados	172
5.8. Análises Estatísticas	174
5.9. Resultados	175
5.9.1. Sexo, Estado civil, Escolaridade e Renda	175
5.9.2. Trabalho, Atividades Religiosas e Atividades Físicas	176
5.9.3. Caracterização de Moradia	177
5.9.4. Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas com a escala RSA e as duas dimensões	177
5.9.5. Análise das Relações das variáveis sociodemográficas com o Estresse Percebido	180
5.9.6. Análise das Relações das variáveis sociodemográficas com as duas dimensões – Depressão e Ansiedade da Escala Hospitalar...	181
5.9.7. Relação entre a Satisfação com a vida (ESV) e as variáveis sociodemográficas	183
5.9.8. Análise de correlação das Escalas	184
5.9.9. Análise das relações da Escala de Resiliência com as duas dimensões Coesão Familiar, Otimismo e as escalas PSS, HADS – Ansiedade e Depressão e ESV	186
5.9.10. Análise das relações da variável “como você avalia a satisfação com a saúde” e “como você avalia a satisfação com a vida” com a escala RSA e as suas duas dimensões, a escala PSS, a escala HADS – com suas duas dimensões e a escala ESV	187
5.10. Discussão	189
5.10.1. Características sociodemográficas	189
5.10.1.1. Quanto ao sexo dos participantes	190
5.10.1.2. Quanto à escolaridade dos participantes	192
5.10.1.3. Quanto ao estado civil dos participantes	194
5.10.1.4. Quanto ao trabalho e renda dos participantes	196
5.10.1.5. Quanto à participação em atividades religiosas	197
5.10.1.6. Quanto à participação em atividades físicas	198
5.10.1.7. Quanto à moradia	200
5.10.2. Discussão da Resiliência com relação às variáveis sociodemográficas	202
5.10.3. Discussão dos resultados da Escala de Estresse Percebido, Ansiedade e Depressão e a Escala de Satisfação com a vida com as variáveis sociodemográficas	210
5.10.4. Discussão das medidas das escalas utilizadas neste estudo – Resiliência, Satisfação com a Vida, Estresse Percebido e Hospitalar	213
6. Considerações finais	219
Referências	226

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição da população por grupos etários Brasil– 1950-2050	44
Figura 2	Taxas de crescimento populacional total e da população idosa – Brasil	45
Figura 3	O que é desenvolver-se? Análise comparativa	52
Figura 4	Componentes do Bem-estar Subjetivo	77
Figura 5	Diferenças entre invulnerabilidade e resiliência.	98
Figura 6	Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (<i>scree plot</i>) para a escala de Resiliência de Adultos – RSA.	145
Figura 7	Proporção de mulheres na população idosa por grupos de idade - Brasil, 2010.	190
Figura 8	Distribuição percentual das mulheres idosas pela posição no domicílio	200
Figura 9	Distribuição percentual dos homens idosos pela sua posição no domicílio	201

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Classificação por núcleo temático	122
Tabela 2	Valores próprios observados e simulados para a escala de resiliência de adultos – RSA	144
Tabela 3	Estrutura fatorial do fator coesão familiar	146
Tabela 4	Média e Desvio Padrão e correlação dos itens do fator Coesão Familiar	147
Tabela 5	Estrutura fatorial da característica Fator Otimismo	148
Tabela 6	Média, Desvio Padrão e Correlação dos Itens do Fator Otimismo	150
Tabela 7	Estatística Descritiva e Correlação das Dimensões da Escala RSA	151
Tabela 8	Frequência das variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda.	176
Tabela 9	Frequência das variáveis: trabalho, religiosa e atividades físicas.	177
Tabela 10	Frequência das variáveis residências	177
Tabela 11	Relação das Variáveis sociodemográficas com a RSA	178
Tabela 12	Relação de valores das variáveis sociodemográficas com a dimensão Coesão Familiar	179
Tabela 13	Relação de valores das variáveis sociodemográficas com a dimensão Otimismo	180
Tabela 14	Relação das variáveis sociodemográficas com a escala PSS.	181
Tabela 15	Relação dos valores das variáveis sociodemográficas com a Ansiedade.	182
Tabela 16	Relação dos valores das variáveis sociodemográficas com a Depressão.	183
Tabela 17	Relação dos valores das variáveis sociodemográficas com a ESV.	184
Tabela 18	Medidas descritivas e coeficiente de correlação linear de Pearson das escalas de Resiliência de Adultos - RSA, seus dois fatores Coesão Familiar Otimismo, Escala Estresse Percebido (PSS) e as duas dimensões da escala HADS - Ansiedade e depressão e a Escala ESV.	185
Tabela 19	Dados do teste <i>t</i> para amostra independente a RSA, PSS e Ansiedade e Depressão e a ESV.	187
Tabela 20	Estatísticas inferências da Variável – Está satisfeito com a saúde? - comparada as escalas RSA, Coesão Familiar, Otimismo, ESCV, PSS, Ansiedade e depressão.	188
Tabela 21	Estatísticas inferências da Variável – Está satisfeito com a vida? - comparada as escalas RSA, Coesão Familiar, Otimismo, ESCV, PSS, Ansiedade e depressão.	189

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

APA – American Psychological Association

BES - Bem-Estar Subjetivo

DP – Desvio Padrão

ESCV - Escala de Satisfação com a Vida

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFMT – Instituto Federal de Mato Grosso

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PBA - Programa Brasil Alfabetizado

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI – Plano Nacional do Idoso

PSS – Escala de Estresse Percebido

QV - Qualidade de Vida

RSA – Escala de Resiliência para Adultos

SOC – Seleção – Otimização – Compensação

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SWLS - Satisfaction With Life Scale

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UN – Nações Unidas

UNIPÊ - Centro Universitário de João Pessoa

WHOOQOL – OLD – World Health Organization Quality Of Life – versão para idosos.

RESUMO:

Com o aumento da duração da vida humana e do número de idosos na população, o envelhecimento passou a ser um tema privilegiado e um dos grandes desafios da sociedade contemporânea. Considerado como um período de grandes adversidades e de aumento do estresse (maior convivência com o risco) pode ser também considerado como uma nova etapa da vida que pode ser vivenciada de forma positiva. Estudos têm comprovado que para tal vivência positiva, a resiliência é fundamental, uma vez que está ligada a processos intrapsíquicos de proteção e risco e de interação social, o que a torna importante neste processo de adaptação e superação das adversidades desta etapa da vida. Aliada à resiliência, tem-se a medida da satisfação com a vida, com a qual se realiza um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos da vida e reflete como a pessoa percebe a sua vida em relação ao presente, ao passado e às suas perspectivas em relação ao futuro, e é vista como o componente cognitivo fundamental, que complementa a felicidade. Da necessidade de estudar esses construtos, surgiu esta pesquisa que teve como objetivo analisar as ligações existentes entre a capacidade da resiliência e a percepção do Estresse com o componente cognitivo do Bem-estar Subjetivo (BES) – a satisfação com a vida - em uma amostra de idosos de Cuiabá, tendo como referencial teórico o modelo do desenvolvimento humano, com forte influência da teoria psicossocial de Erikson (1972) e o modelo de Grotberg que define a resiliência como um conceito ligado ao desenvolvimento e ao crescimento humano. Método: a pesquisa se caracteriza como um estudo transversal de abordagem quantitativa. Foi dividido em dois estudos, o primeiro estudo consistiu na adaptação da Escala de Resiliência para Adultos - RSA (por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003), do qual participaram 200 idosos. No segundo estudo, a amostra foi constituída de 379 idosos que responderam um questionário sociodemográfico, a escala RSA (Hjemdal, et al. 2006), a escala Perceived Stress Scale (PSS – Escala de Estresse Percebido) de Cohen, Karmack & Mermelsteinm (1983), Satisfaction With Life Scale (SWLS) – Escala de Satisfação Com a Vida (ESV), de Diener (1985), e a escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond & Snaith (1983). Os dados foram compilados utilizando-se o SPSS versão 21 para análises estatísticas. Como resultado, obteve-se no Estudo I um predomínio de mulheres (n= 146) e com uma média de 67,23 anos (DP= 5,9). Na Análise Fatorial realizada no I estudo, emergiram duas dimensões – Coesão Familiar (Alfa = 0,95) e Otimismo (Alfa=0,88) e dois itens foram eliminados ficando assim a RSA total (Alfa = 0,91) adaptada para idosos com 31 itens. Os resultados do II Estudo apontam que a amostra tem um nível de resiliência médio e que a maioria dos idosos avalia estar satisfeita com a vida. Os resultados também demonstraram que os idosos que apresentaram maiores médias nas avaliações da RSA e da ESV apresentaram menores pontuações nas escalas PSS e HADS- Ansiedade e Depressão. A hipótese do Estudo I não foi confirmada, o que sugere que a resiliência pode ser medida de forma diferente para os idosos, pois a resiliência nesta fase pode refletir o processo de adaptação positiva em uma fase de maior amadurecimento psicológico. No estudo II, os resultados confirmaram as hipóteses do trabalho, as mulheres tiveram maiores pontuações nas RSA e nas suas dimensões, sendo que, somente na dimensão otimismo essa diferença foi significativa. Dos resultados que se

obteve, concluiu-se haver necessidade de se investir em outras pesquisas para melhor entender os efeitos e consequências da capacidade da resiliência na velhice, pois os resultados trazem a ideia que é um fator protetor e promotor de bem-estar neste período. A velhice acarreta perdas no que tange à saúde, à capacidade laboral, ao poder aquisitivo e às relações interpessoais. Portanto, a continuidade da presença do quesito *satisfação com a vida* após os 60 anos demonstra que a resiliência – enquanto processo de adaptação e superação das condições adversas que a vida impõe – tornou-se fundamental para não só a manutenção do sentimento da certeza de ter qualidade de vida, mas também para a forma como essas perdas são absorvidas e ressignificadas na vida dos idosos.

Palavras-chave: Resiliência, Bem-estar Subjetivo, Estresse, Envelhecimento, Idosos.

ABSTRACT:

The increasing extent of human life and the number of elderly in the population, aging has become a privileged theme and one of the great challenges of contemporary society. Aging has been considered as a period of great adversity and increased stress (higher familiarity with the risk) may also be considered as a new stage of life that might be positively experienced. Studies have demonstrated that for such positive experience, the resilience is critical, since it is linked to intrapsychic processes of protection and risk and social interaction, which has relevance in the process of adapting and overcoming the diversity of this stage of life. Tied to the resilience it is the measure of life satisfaction, characterized as performing a cognitive judgment of some specific domains of life and reflects how persons perceives their lives concerning the present, the past and their expectations to the future. This construct is also comprehended as essential cognitive component that complements happiness. The need of studying these constructs, this research was emerged aimed at examining the associations between the capacity of resilience and perceived stress with the cognitive component Subjective well-being (SWB) - the satisfaction with life - in a sample of elderly in Cuiabá, in the state of Mato Grosso. The theoretical model of human development, with a deep influence of Psychosocial Theory of Erikson (1972) and Grotberg's model that defines resilience as a concept associated to human and growth development. Method: This research is characterized as a cross-sectional study of quantitative approach. It was divided into two studies; the first consisted in adapting the Resilience Scale for Adults - RSA (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003) that was submitted to a number of 200 elder participants. In the second study, the sample consisted of 379 elder participants who answered a sociodemographic questionnaire, the RSA scale (Hjemdal, et al. 2006), the Perceived Stress Scale (PSS) by Cohen, Karmack & Mermelsteinm (1983), Satisfaction with life Scale (SWLS) (Diener, 1985), and scale Hospital Anxiety and Depression (HADS) Zigmond & Snaith of (1983). The data were processed by the software Statistical Package for Social Science (SPSS) version 21 for the statistical analysis. The results obtained in the study I showed the predominance of women ($n = 146$) with an average of 67.23 years ($SD = 5.9$). The findings concerning the Factorial Analysis done in the study I indicated two dimensions - Family Cohesion ($\alpha = 0.95$) and Optimism ($\alpha = 0.88$) and two items were eliminated, thus, the RSA totalized ($\alpha = 0.91$) adapted with 31 items for the elderly people. The results of the study II indicated that the sample has an average score of resilience and the majority of the elderly people answered to be satisfied with their lives. The results also revealed that elderly participants who had higher averages on assessments of RSA and SWLS had lower scores on scales PSS and HADS- Anxiety and depression. The hypothesis of the study I was not confirmed, suggesting that resilience may be measured differently for the elderly people, for the reason that the resilience at this life stage may be reflected in their positive adaptation processes in a psychological mature stage. In study II, the results confirmed the hypothesis of this research, the women had higher scores in RSA and its dimensions, and only in the optimism dimension this difference was significant. Based on the obtained results, it was concluded the need to advance in further research

to better understand the effects and consequences of the capacity of resilience in old age, as the findings of this study revealed the notion of a protective and promoter factor of welfare in this life phase. Old age brings losses concerning health, labor capacity, purchasing power and interpersonal relationships. Consequently, the constant presence of the item *life satisfaction* after 60 years reveals that resilience as a process of adaptation and overcoming the adversities imposed by life, became fundamental to not only to maintain the sense of certainty of having quality life, but also in the way these losses are absorbed and resignified in the lives of the elderly people.

Keywords: Resilience, Subjective Well-being, Stress, Aging, Elderly people.

RESUMEN:

Con el aumento de la duración de la vida humana y el número de ancianos en la población, el envejecimiento se ha convertido en un tema privilegiado y uno de los grandes desafíos de la sociedad contemporánea. Considerado como un período de grandes adversidades y del aumento del estrés (mayor familiaridad con el riesgo), también se puede considerar como una nueva etapa de la vida que puede ser experimentado de manera positiva. Los estudios han demostrado que para una experiencia positiva, la resiliencia es fundamental, ya que está vinculada a los procesos intrapsíquicos de la protección y el riesgo y de la interacción social, lo cual es importante en ese proceso de adaptación y la superación de la adversidad de esta etapa de la vida. Asociada a la resiliencia, se tiene la medida de la satisfacción con la vida, con la que se realiza un juicio cognitivo de algunos dominios específicos de la vida y refleja como una persona percibe su vida con relación al presente, al pasado y a sus perspectivas con relación al futuro, y es visto como el componente cognitivo fundamental, que complementa la felicidad. De la necesidad de estudiar estos constructos surgió esta investigación que tuvo como objetivo analizar las relaciones entre la capacidad de la resiliencia y la percepción del estrés con el componente cognitivo del bienestar subjetivo (BES) - La satisfacción con la vida - en una muestra con ancianos de Cuiabá, teniendo como referencial teórico el modelo de desarrollo humano, con una fuerte influencia de la teoría psicosocial de Erikson (1972) y el modelo de Grotberg que define la resiliencia como un concepto relacionado al desarrollo y al crecimiento humano. La resiliencia puede ser definida de distintas maneras, pero se distingue de otras construcciones por considerarla como un proceso que conduce a la adaptación positiva ante la adversidad y que siempre está en los procesos de interacción social e intrapsíquicos de protección y riesgo. Ya es el Bienestar Subjetivo es un concepto ampliamente reconocido como un componente importante de una vida sana y feliz. El envejecimiento, a su vez, puede ser considerado como un período de gran adversidad y estrés (mayor convivencia con riesgos). Por ello, el objetivo de este estudio fue tratar de identificar la relación entre la resiliencia, el bienestar subjetivo y el estrés en ancianos de Cuiabá-MT. A partir del modelo teórico del desarrollo humano, con una fuerte influencia de la teoría psicosocial de Erikson (1972) y el modelo de Grotberg, que define la resiliencia como un concepto ligado al crecimiento y desarrollo humano, se determinó la relación entre la satisfacción con la vida, la resiliencia y el estrés. Método: La investigación se caracteriza como un estudio transversal de enfoque cuantitativo. Se dividió en dos estudios, el primer estudio consistió en la adaptación de la Escala de Resiliencia para Adultos - RSA (Hjemdal et al, 2003), al que asistieron 200 ancianos. En el segundo estudio, la muestra consistió en 379 ancianos que completaron un cuestionario sociodemográfico, la escala de RSA, la escala PSS (PSS - Escala de Estrés Percibido), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) - Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) (Diener, 1985), y la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond y Snaith (1983). Los datos fueron compilados utilizando el SPSS versión 21 para el análisis estadístico. Como resultado, se obtuvieron en el estudio I predominio de mujeres ($n = 146$) y con un promedio de 67,23 años ($SD = 5,9$). En análisis factorial realizada en el estudio, surgieron dos dimensiones - la cohesión familiar ($\alpha = 0,95$) y el optimismo ($\alpha = 0,88$) y dos temas fueron eliminados, siendo el RSA total ($\alpha = 0,91$) adaptado para personas de edad avanzada con 31 artículos. Los resultados del Estudio II indican que la muestra tiene una puntuación media en la resiliencia y que la mayoría de los ancianos valúan estar satisfechos con la vida. Los resultados también mostraron que las personas de edad

avanzada que tuvieron promedios más altos en las evaluaciones de RSA y ESV tuvieron menores puntuaciones en las escalas de PSS y HADS-Ansiedad y Depresión. La hipótesis del estudio I no fue confirmada, lo que sugiere que la resiliencia se puede medir de manera diferente a las personas mayores, dado que la capacidad de recuperación en esta etapa puede estar relacionado con sus experiencias y cómo está la persona en desarrollo. En el estudio II, los resultados confirmaron la hipótesis del estudio, las mujeres tuvieron una mayor puntuación en RSA y sus dimensiones, y sólo en la dimensión optimismo esta diferencia fue significativa. A partir de los resultados, se concluyó que es necesario invertir en nuevas investigaciones para comprender mejor los efectos y consecuencias de la capacidad de resiliencia en la vejez, ya que los resultados muestran que es un factor protector y promotor del bienestar durante este período. La vejez provoca la pérdida con relación a la salud, la capacidad de trabajo, el poder adquisitivo y las relaciones interpersonales. Por lo tanto, la presencia constante del elemento “satisfacción con la vida” después de 60 años muestra que la resiliencia - como un proceso de adaptación y superación de las condiciones adversas que impone la vida - se ha convertido en esencial no sólo para mantener la sensación de seguridad de tener calidad de vida, sino también la forma cómo esas pérdidas son absorbidas y resignificadas en la vida de los ancianos.

Palabras clave: Resiliencia, Bienestar Subjetivo, Estrés, Envejecimiento, Tercera edad.

INTRODUÇÃO

Algumas alterações significativas vêm emergindo num mundo que se encontra, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, cada vez mais envelhecido. Mudanças acerca de como viver a velhice podem ser percebidas e algumas delas eram praticamente impossíveis de ser imaginadas em outras décadas. Um exemplo recente foi a participação em uma maratona de *Fauja Singh*, um indiano nascido no interior da Índia em 1911 e de cidadania britânica. Este idoso de 100 anos, em um domingo, dia 16 de outubro de 2011 concluiu a Toronto Waterfront Marathon, no Canadá, uma maratona de 42 quilômetros e 195 metros em 8 horas, 25 minutos e 16 segundos.

É pela ocorrência de fatos como esse que o envelhecimento vem sendo destaque. Em 2012 a OMS, no dia 07 de abril – Dia Mundial da Saúde – lançou o lema: **“Envelhecimento e Saúde”**, com o slogan: **“uma boa saúde acrescenta anos de vida”**, para disparar a discussão por todos os países participantes do evento sobre a problemática da saúde, com enfoque no envelhecimento saudável. A tentativa era estabelecer estratégias e mostrar como uma boa saúde durante todos os períodos da vida – infância, adolescência, adulta – pode possibilitar que as pessoas permaneçam saudáveis e tenham uma vida plenamente produtiva no período da velhice (OMS, 2012).

Neste sentido, vale ressaltar que a ciência atualmente vem procurando entender, pesquisar, edificar saberes sobre este fenômeno complexo que emergiu como uma problemática desde meados do século XX, momento em que a velhice passou a ser percebida em sua totalidade, pois mesmo sendo um fenômeno biológico, traz consequências sociais, políticas e psicológicas, principalmente quando se considera certos comportamentos, desafios e mudanças que se apresentaram na sociedade contemporânea (Neri, 2009).

No campo da Psicologia Social, observa-se o crescimento de estudos que contemplam a problemática do envelhecimento e da velhice, podendo assim, contribuir

– juntamente com outros campos de conhecimento da psicologia – para o conhecimento acerca dos diversos fatores intrínsecos ao período da velhice e para a promoção de intervenções psicossociais que possibilitem melhores condições de vida para o idoso.

Como todas as conjunturas humanas, a velhice tem uma dimensão existencial que modifica a relação da pessoa com o tempo, provocando mudanças em sua interação com o mundo e com sua própria história. Acredita-se que a velhice é difícil de ser definida, especialmente quando se almeja uma velhice saudável, o que é ambicionado para todos e por todos, nos dias atuais.

A definição mais simples de envelhecimento é o conceito cronológico. Todos, dentro da cultura moderna, nascem em determinado dia, mês e ano, o que fornece uma idade real, fundamentada na comparação (subtração) da data de nascimento com a data atual. A idade cronológica é aquela que consta a partir da certidão de nascimento dos cidadãos.

Entretanto, cada vez mais a idade cronológica não parece confiável para ser o único parâmetro que designa quem é idoso ou não, pois ela apenas mede o tempo, os anos que passaram e lembra a todos do seu aniversário; este aspecto cronológico do envelhecimento tem sido importante apenas no sentido legal e social.

Já o conceito de idade biológica, por sua vez, tem tentado designar o envelhecimento através de variáveis como; comprimento da orelha, cor de cabelo, pressão cardíaca, força muscular das mãos, capacidade de realizar exercícios e atividades diárias, e outra série de variáveis; entretanto nenhuma pode estabelecer uma medida infalível da idade biológica, pois existe um excesso de variabilidade individual, e o envelhecimento muitas vezes representa o conjunto de consequências ou os efeitos da passagem do tempo (Debert, 1999; Moraes, Moraes & Lima, 2010).

Portanto a velhice deve ser entendida em sua totalidade e em suas múltiplas dimensões, visto que se constitui em um processo biológico, entretanto não deixa de ser um fato social e cultural. Precisa, ainda, ser entendida como uma etapa do curso da vida na qual, em decorrência da avançada idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o seu contexto social (Carvalho, Roch & Leite, 2006).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8.884, de 04 de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) (Brasil, 2010), estabelecem que aos 60 anos de idade começa a fase da velhice. Nestas Leis são apresentadas as principais informações sobre os direitos que este grupo conseguiu conquistar, como: a garantia à preservação da saúde física e mental, a dignidade, a liberdade, entre outros.

Segundo o Censo Demográfico 2010, a atual população idosa é constituída de 20.590.599 pessoas com mais de 60 anos, sendo que 9.156.112 são homens e 11.434.487 são mulheres. Em 2000, este grupo era de 14.536.029 pessoas e correspondia a 8,5% da população, o que representa um crescimento relativo de 41% só neste período. Hoje, a estimativa do Censo 2010 (IBGE) é de que residam na área urbana e rural da capital do Estado de Mato Grosso cerca de 48 mil pessoas na faixa etária acima de 60 anos (IBGE, 2000; 2011).

Mas o que ocorre no processo do envelhecimento? Como os fatores biológicos, psicológicos e sociais influenciam a vida das pessoas? Qual é a condição de vida dos idosos? Como encontram a satisfação com a vida? Como conseguem conviver com as perdas e como se adaptam às adversidades ou as superam? E mais, como envelhecer com felicidade e sucesso? Quais são os processos associados a uma adaptação positiva, já que, inúmeras vezes, o envelhecimento pode gerar estresse de todos os tipos?

Estas são algumas preocupações que se apresentam atualmente e em cuja busca de respostas esta pesquisa se insere.

Desde meados do século passado, não só as produções internacionais, mas também as nacionais vêm apontando para a heterogeneidade das experiências do envelhecer (Cohen, 1994; Debert, 1999; Fonseca, 2010; Neri, 2003; 2009). Com esses estudos, a psicologia foi consolidando explicações para os fenômenos do envelhecimento (processo) e da velhice (fase da vida), para tentar compreender e explicar os determinantes de um envelhecimento bem-sucedido, enfatizando a capacidade cognitiva para a longevidade de boa qualidade e a capacidade de superação dos eventos estressantes próprios do período da velhice.

Considerando que no período da velhice pode ocorrer um aumento das perdas, como: morte do cônjuge, mortes de amigos, declínio da saúde, diminuição da funcionalidade física, redução da renda e, também, a convivência com a proximidade da própria morte, pode-se considerar tais eventos como estressores ou desafios constantes que são enfrentados neste período de vida.

Entretanto, alguns estudos têm demonstrado que o período da velhice pode ser permeado de vivências desfavoráveis, mas que, ainda assim, muitos idosos avaliam estar satisfeitos com a sua vida (Albuquerque & Troccoli, 2004; Joia, Ruiz & Donalisio, 2007; Xavier, et al., 2003), o que pode ser atribuído à resiliência. A resiliência é definida como a capacidade que o indivíduo possui de enfrentar as adversidades, modificar-se conseguindo superá-las e transformá-las em algo positivo para a vida. Assim, compreende-se a resiliência como sendo um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável da pessoa, ou da família, mesmo que esteja vivenciando experiências desfavoráveis (Joia, et al., 2007; Pinheiro, 2004).

Perdas, desgastes e declínios podem ser inevitáveis na velhice, mas, envelhecer bem, com saúde e de forma satisfatória é uma realidade para muitos idosos, que mesmo estando em condições de risco e em situações estressantes, conseguem viver e avaliar positivamente a sua vida. Assim, a *resiliência e a satisfação com a vida*, que foram medidas utilizadas neste estudo, são importantes indicadores do nível de adaptação, da superação e do viver com satisfação na terceira idade, pois envelhecer com qualidade de vida será um dos principais desafios deste novo milênio.

Na tentativa de entender como se configura a relação entre o estresse, a resiliência e a satisfação com a vida no período da velhice, buscou-se aplicar um instrumento para medir e verificar se há relação entre a resiliência, o estresse e a Satisfação com a Vida de uma amostra de idosos de Cuiabá. Assim surgiu este estudo que se encontra dividido em duas partes: a primeira, os marcos teóricos e a segunda, os estudos empíricos.

Na primeira parte apresenta-se uma revisão das linhas de orientação teóricas, em três capítulos: 1. Envelhecimento, velhice e estresse; 2. O Bem-Estar Subjetivo; 3. A Resiliência.

O primeiro capítulo objetivou realizar uma revisão na literatura que apresenta o percurso e as perspectivas teóricas sobre o envelhecimento e sobre o estresse que pode apresentar-se neste período. O objetivo é o de tentar compreender as diferentes abordagens que ajudam no entendimento do fenômeno multidimensional e multidisciplinar e as questões referentes à velhice, ao processo do envelhecimento e aos momentos que podem ocorrer o estresse.

O segundo capítulo apresenta os estudos e as teorias sobre o construto Bem-estar Subjetivo, mas a ênfase nesta pesquisa está na satisfação com a vida – do que se trata,

como se constitui e onde se aplica – então o que se procura é entender como se encontram os idosos e como ocorre a avaliação da vida no período do envelhecimento.

O terceiro capítulo traz os conceitos e como se configuram os estudos sobre a resiliência, um construto relativamente novo para a psicologia, que pode ajudar, na fase da velhice, como um possível protetor para usufruir de um bom envelhecimento. Portanto, buscou-se neste capítulo um percurso para tentar entender como este construto multifacetado pode se apresentar na velhice.

Já o quarto, o quinto e o sexto capítulo compõem a segunda parte. A saber:

O quarto capítulo consiste nos procedimentos, análises, resultados e discussões que emergiram neste estudo sobre as propriedades psicométricas e sobre a adaptação da escala de resiliência para adultos – RSA (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003) para idosos.

No capítulo cinco estão descritos os procedimentos, análises, resultados e as discussões do estudo da relação existente entre resiliência, estresse, ansiedade, depressão e satisfação com a vida – bem-estar subjetivo em uma população de idosos.

Já no capítulo seis apresentaremos as considerações finais. Os elementos pós-textuais – referências e anexos – finalizam este trabalho.

Justificativa do estudo

A sociedade está envelhecendo e, historicamente falando, este é um fenômeno “jovem” (Greve & Staudinger, 2006; Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006). Na história da humanidade o envelhecimento nunca foi tão importante quanto é hoje (Carneiro & Falcone, 2004; Laranjeira, 2007; Park, 2007; Silva, 2008).

Na primeira década do século XXI, muitos são os estudos dedicados a compreender como o envelhecimento está afetando os indivíduos, as famílias, as comunidades, os grupos sociais e consequentemente, toda a sociedade (Balbé, 2011;

Bauer & Park, 2010; Fry & Debats, 2009; Gooding, Hurst, Johnson & Tarrier, 2011; Silva, 2008).

Atualmente a longevidade humana é uma realidade incontestável (Camarano, 2002; Fry & Debats, 2009), contudo vive-se na ânsia de não ficar “velho”, ou pelo menos passar pelo envelhecimento com mais dignidade, de uma forma mais saudável e feliz (Bandeira, Pimenta & Souza, 2006; Freire Jr. & Tavares, 2005; Greve & Staudinger, 2006; Luz & Amatuizi, 2008). É importante refletir e entender o processo do envelhecimento, perceber quais são suas maiores necessidades, suas dificuldades, como proceder nos momentos de estresse (Ong, et al., 2006), perceber as adaptações ao novo, o quão ocorrem e como acontecem as superações dos obstáculos com que o idoso se depara neste período (Bauer & Park, 2010; Ong, et al., 2006).

O envelhecimento pode significar um período de convivência com eventos traumáticos, um tempo de fragilidades, de decadências, de vulnerabilidades, de dores (físicas e emocionais) e de sofrimentos pelas perdas (falecimentos do cônjuge, de amigos, de familiares,) que se tornam mais frequentes e, ainda, a convivência com a angústia da sua própria extinção (Albuquerque, Souza e Martins, 2010, Bauer & Park, 2010; Fry & Debats, 2009; Laranjeira, 2007; Windle, Woods & Markland, 2010). Teorias físico-biológicas, sociológicas e psicológicas do envelhecimento sugerem que o indivíduo idoso precisa adaptar-se a novas situações sociais e a situações físicas típicas da chamada terceira idade (Neri, 2007; Nuland, 2007; Rodrigues & Ruscalleda, 2009). A perda das suas capacidades funcionais pode significar o comprometimento da autonomia, afetar o seu estado de ânimo e a percepção da vida que pode ainda ser marcada por acontecimentos considerados estressantes (Guedea, et al., 2006).

Mas muitos indivíduos idosos experimentam alterações positivas nos estados de ânimo, na autoestima etc. e conseguem obter recursos pessoais para enfrentar as

situações desafiadoras e estressantes do cotidiano. Entretanto, as formas de proteção e a maneira como o indivíduo irá enfrentar as situações adversas poderão desencadear algo bom ou algo ruim (Kern & Friedman, 2010).

Estudos têm demonstrado que a resiliência é um importante fator de proteção que funciona como redutor das possíveis disfunções ou desordens ocasionadas pelo estresse do cotidiano. Para Rutter (1987), a resiliência é um processo que está relacionado a mecanismos de proteção, que levariam as pessoas a superar com eficiência um processo de risco ou de estresse. Masten (2001) conceitua a resiliência como um fenômeno comum que pode ocorrer na maioria dos casos a partir de operação de sistemas adaptativos humanos básicos, se os sistemas estão funcionando bem, haverá um desenvolvimento forte, mesmo em situações de adversidade.

A resiliência tem sido associada ao manejo do estresse, aos baixos níveis de depressão, à promoção da saúde e à satisfação com a vida (Fontes, 2010; Wagnild, 2003). Algumas pesquisas apontaram a resiliência como um importante preditor do envelhecimento bem-sucedido (Bauer & Park, 2010; Ferreira, Santos & Maia, 2011; Windle, et al., 2010) e também como ser um importante recurso psicossocial de promoção e proteção da satisfação com a vida na terceira idade (Tomás, Sancho, Melendez & Mayordomo, 2012).

Para Kahneman, Diener e Schwarz (1992) o termo “Bem-estar Subjetivo” – BES – refere-se à avaliação geral que as pessoas fazem das suas vidas. Um dos componentes cognitivo do BES é designado de *satisfação com a vida*, sendo entendido como a forma com que a pessoa avalia a sua própria vida, sua afetividade, e as suas reações frente a eventos positivos e negativos (Albuquerque, et al., 2010; Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 1994; Gouveia, Barbosa, Andrade & Carneiro, 2005).

Pesquisas atuais sobre o bem-estar subjetivo demonstram que, na terceira idade, ele está associado a um envelhecimento mais saudável, um importante indicador de saúde mental e de felicidade (Diener, 2000; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Guedea, et al., 2006; Rebelo & Neri, 2005). O BES pode estar associado negativamente com sintomas depressivos e de doenças físicas (Guedea, et al, 2006) e positivamente com a resiliência que, como já dito anteriormente, pode ser considerada um fator chave, ou um dos grandes promotores do bem-estar e de satisfação na idade mais avançada (Tomás, et al., 2012).

Tendo em vista essas considerações acima, é de suma importância estudar, entender e pesquisar sobre a resiliência enquanto processo de proteção e de adaptação do bem-estar na velhice. É crescente a necessidade de investimento em prevenção de problemas e em promoção da saúde física e mental para um bom envelhecimento, por isso entende-se que estudos como este são importantes suportes para melhor e maior visibilidade deste tema. Além disso, esses estudos proporcionarão subsídios para outras pesquisas e para políticas e práticas intervencionistas que possibilitem um melhor envelhecimento da população.

4.2. Objetivo Geral

Analisar as ligações existentes entre a capacidade da resiliência e a percepção do Estresse com o componente cognitivo do Bem-estar Subjetivo (BES) – a satisfação com a vida - em uma amostra de idosos de Cuiabá.

Para alcançar este objetivo, o presente trabalho foi dividido em dois estudos:

- Estudo I: Adaptação da escala de resiliência para adultos – RSA em uma amostra de idosos de Cuiabá.

- Estudo II: A relação existente entre a resiliência, estresse, ansiedade, depressão e o componente cognitivo do bem-estar subjetivo em uma amostra de idosos de Cuiabá.

Objetivos específicos do estudo I

- Analisar as dimensões da Resiliência em uma amostra de idosos de Cuiabá.
- Estudar as propriedades psicométricas da escala - RSA em uma amostra de idosos de Cuiabá.

Objetivos Específicos do estudo II

- Analisar a relação que existe entre as variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa e a Resiliência;
- Avaliar a relação que existe entre o Estresse percebido e a Satisfação com a vida em uma amostra de idosos de Cuiabá;
- Analisar a relação que existe entre a capacidade de Resiliência, o Estresse percebido e a Satisfação com a vida em uma amostra de idosos de Cuiabá.

CAPÍTULO I
ENVELHECIMENTO, VELHICE E ESTRESSE

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer
(Música de Arnaldo Antunes)

O presente capítulo tem como objetivo específico compreender as diferentes abordagens – históricas, psicossociais, sociodemográficas e outras - que auxiliam no entendimento do fenômeno do envelhecimento considerado multidimensional e multidisciplinar, em cujo estudo e discussão a psicologia ocupa um importante espaço (Neri, 2006).

Estudos científicos no campo da Psicologia Social voltados para o envelhecimento são relativamente recentes, uma vez que durante muitos anos predominou o paradigma quanto ao declínio da capacidade cognitiva e da capacidade intelectual na vida adulta e na velhice. Entretanto, estes princípios não explicavam mais o fenômeno discrepante do conceito que se tinha, então, nas ruas, nas instituições sociais, nas universidades e até mesmo entre os próprios psicólogos mais velhos (Ackerman, Beier & Bowen, 2002; Neri, 2004; Neri, 2006).

Nas últimas décadas, descobertas científicas têm possibilitado retardar o processo de envelhecimento, por exemplo, a biotecnologia que trabalha no sentido de manter afastadas do corpo as marcas de experiências passadas e presentes. Há também, receitas de especialistas em saúde empenhados em mostrar que somente com esforço e com uma grande disciplina o indivíduo pode conseguir protelar o processo de envelhecimento. Além disso, ainda há a possibilidade de conquistar a aparência desejada mesmo em idades mais avançadas, pois as cirurgias plásticas rejuvenescedoras estão cada vez mais precisas (Ávila, Guerra & Meneses, 2007; Moreira & Nogueira, 2008).

O Brasil, antes conhecido como um país de jovens, está vivendo sua transição demográfica e vem passando por um rápido processo de envelhecimento populacional, fato atribuído principalmente a dois fatores: aumento da expectativa de vida e redução da natalidade. Existe ainda a previsão que, em 2020, dos 1,2 bilhões de idosos no mundo, 34 milhões serão brasileiros, assim sendo, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (Capitani & Neri, 2004; Moreira & Nogueira, 2008).

1.1. Envelhecimento, velhice e idosos?

“... Quando alguém lhe chamar de velho
sorria cantando assim:
sou velho e sou feliz
mas velho é quem me diz...”
(Música de Adorian Barbosa).

O envelhecimento da população é um dos grandes desafios do século XXI. Este fenômeno ocorreu primeiramente nos países desenvolvidos (localizados na Europa e na América do Norte), onde o aumento da expectativa de vida aconteceu de forma lenta e insidiosa graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso dos antibióticos e de vacinas. Mas a maior visibilidade do fenômeno ocorreu após a II Guerra Mundial. Nas últimas décadas, o fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade mesmo nos países mais pobres, e também se registra de maneira visível e acentuada o mesmo fato ocorrendo nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde as modificações são mais preeminentes (Veras, 2009).

Assim, o que se pode afirmar é que o século XX trouxe grandes avanços para a ciência do envelhecimento, concomitantemente com o crescimento do interesse em investigar e estudar o processo dessa temática e as condições que permitam uma velhice com qualidade e bem-estar.

Este é um dos grandes desafios deste milênio, pois o fenômeno do envelhecimento traz uma série de questões cruciais aos gestores e pesquisadores, tais

como: desigualdade social, fragilidade das instituições e a existência da pobreza extrema, dentre outras repercussões sociais. (Silva, 2008).

O envelhecimento é o período no qual o processo de mudanças é impactante e universal, e que se manifesta no nível psíquico pelo aumento da vulnerabilidade, pela diminuição da plasticidade comportamental, pela acumulação de perdas evolutivas e pelo aumento da perspectiva de morte. Envolve, ainda – em nível físico – os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam em diminuição gradual de expectativa de sobrevivência. Tais processos são de natureza interacional e iniciam-se em diferentes épocas, com diferentes ritmos, acarretando em resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo (Resende & Neri, 2009).

Na literatura é relativamente consensual encontrar entendimentos que se referem ao envelhecimento como um processo que ocorre ao longo da vida, cujo começo acontece desde a concepção e finda-se com a morte. Nos dicionários, a palavra envelhecimento é definida como o *ato ou efeito de envelhecer* (Michaelis, 2012).

Cotidianamente, o uso do substantivo envelhecimento, quando aplicado a seres vivos, traz o significado e a aproximação de um período de crescente vulnerabilidade e de maior aproximação do fim da vida. Pode também ser utilizado para fazer referência a objetos, e muitas vezes remete a uma qualidade superior chegando a agregar maior valor, como quando é usado para referendar um vinho “envelhecido” ou, mesmo às instituições antigas e a países mais velhos (Lima, 2010; Resende, et al., 010).

1.2. História do envelhecimento – uma nova temática?

*“Envelheço aprendendo sempre”
Sólon*

Imagens da criança, do jovem e do velho, bem como os fenômenos de nascimento e morte recebem diversas representações culturais ao longo do tempo. É

possível encontrar, em documentos antigos, assuntos como a busca pela fonte da juventude e da imortalidade. Hesídeo (século VIII a.C.) fala da existência de uma raça dourada, formada por um povo que vivia centenas de anos sem envelhecer e que morria quando chegasse o dia da sua morte (Araújo & Carvalho, 2005).

No ano de 1970, Simone de Beauvoir lançou o livro *A velhice*, sendo ainda nos dias atuais uma referência para as pesquisas acerca do envelhecimento. Na referida obra, a autora denuncia a condição de abandono da velhice pela sociedade em geral, e faz um percurso etnográfico sobre o lugar dos velhos nas diferentes sociedades primitivas em que a velhice pode ser tanto depositária de um saber compartilhado, quando destituída de qualquer valor. Segundo a autora, sua obra tem o intuito de quebrar o silêncio existente em torno desta população (Beauvoir, 1990).

Nas sociedades atuais, que Beauvoir denominou de sociedades históricas, a velhice expõe uma enorme complexidade, sendo impossível reter em um só conceito a pluralidade de experiências individuais vividas. Assim, cabe aos pesquisadores somente a possibilidade de confrontar as diferentes experiências de envelhecimento umas com as outras, a tentativa de identificar as constâncias e a determinação dos motivos das diferenças (Siqueira, Botelho & Coelho, 2002).

Segundo Debert (2004), a velhice esteve durante muito tempo restrita à esfera privada e familiar, sendo mais uma questão de previdência individual ou das associações filantrópicas. Entretanto, já há algum tempo vem sendo observada a transformação deste tema que se tornou privilegiado principalmente devido aos desafios que devem ser enfrentados pela sociedade brasileira. Como exemplo, tem-se que já em menos de 1940 o sistema de saúde do Brasil passou a enfrentar enfermidades complexas e onerosas, típicas de países longevos (Veras, 2009).

No século XXI, a velhice transformou-se em indicadora de um novo tipo de sensibilidade, uma vez que antes não se falava em velhice sem fazer referência a aposentadoria, doença, família, impostos e gastos para o Estado. Hoje falar da velhice é dar visibilidade às mudanças culturais, aos tempos e aos espaços, aos gêneros e às idades, ao trabalho e ao lazer, analisando de uma ótica específica projetada pela própria sociedade. (Debert, 2004).

Para a sociedade contemporânea, a velhice tornou-se tão promissora que passou a ter um peso significativo, que fez surgir comunidades de aposentados com força para lutar pelos seus direitos, pelo atendimento das suas necessidades básicas e pela garantia dos valores das aposentadorias. Os idosos se organizaram em movimentos, passaram a discutir e a alardear problemáticas que envolvem questões relativas à velhice, conseguindo politicamente alguns ganhos e conquistando direitos. Como exemplo maior pode ser citada a conquista de 1º de outubro de 2003 quando foi instituída a lei 10.741, agora conhecida como “Estatuto do Idoso” que contemplou as leis já existentes, organizou por tópicos, destacou os direitos e ainda especificou as punições para os infratores, tornando mais prática sua aplicação e compreensão (Martins & Massarollo, 2008).

Logo que se deflagra a organização desta categoria e no momento em que a mesma se torna cada vez mais significativa, os mercados de consumo começam a se reorganizar para atender as necessidades dos potenciais consumidores. Cita-se, como exemplo, a indústria do lazer que passou a lançar produtos específicos para atender às necessidades dos consumidores de maior idade (Rocha, et al., 2009; Siqueira, et al., 2002).

Atualmente muitos daqueles que se reconhecem como idosos usam esta fase para experimentar novas oportunidades, assumir outro estilo de vida, pois não querem

se recolher dentro de uma casa para se isolar. Assim, procuram não parar e saem em busca de lazer e felicidade, participando de bailes (bailes da terceira idade), viagens, teatros, bingos, grupos de amigos, clubes ou ainda optam por apreender novas coisas em universidades abertas denominadas da terceira idade. São estes indivíduos que tendem a maximizar os ganhos proporcionados pelas experiências que foram acumuladas durante o percurso da vida e tentam minimizar as perdas naturais do período da velhice (Debert, 2004; Rocha et al. 2009).

Estes novos atores sociais vivenciam novos conceitos e acabam por tornar sujeitos visíveis com poder de transformar e modificar as condições deste período reconhecido como velhice. Conseguem aos poucos derrubar os rótulos e transformar em mitos, antigos saberes estabelecidos como verdades absolutas, passam a construir novas formas de vivenciar sua condição de aposentados, avós, viúvos e viúvas e acabam optando por uma vida mais livre (Guedea, et al., 2006; Laranjeira, 2007; Lima, 2001).

O idoso do século XXI é sem dúvida um “ser” de seu espaço e de seu tempo. O indivíduo, ainda que se considere velho, faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta a sociedade em suas atitudes, descobrindo suas próprias forças, estabelecendo uma conexão com as demais e ainda criando suas potencialidades visibilidade ao “ser” idoso. A partir da trajetória de vida destes indivíduos, os pesquisadores podem ter a possibilidade de observar mudanças que vêm ocorrendo na sociedade e que envolvem a complexidade das relações e a interdependência que envolve todo o processo do envelhecimento (Debert, 2004).

Para Veras (2009), o tempo da vida mudou, pois a mesma idade é vista de modos diferentes através dos tempos. Aquele que hoje é considerado um adulto jovem era o velho de antigamente, a exemplo do termo balzaquiana criado na França, na segunda metade do século XIX, pelo escritor francês Balzac, na sua obra *A mulher de*

trinta anos, “para designar uma mulher de 30 anos, com prole constituída e, pasmem, já no final da vida” (p. 2671). Cabe ressaltar que a expectativa de vida da mulher brasileira do século XIX era de 30 anos, ou seja, uma brasileira balzaquiana estaria vivendo um período muito próximo da morte (Alves, 2008).

A necessidade de compreender as transformações ocasionadas pelo envelhecimento populacional contemporâneo estimulou muitos estudiosos a refletir sobre as categorias etárias existentes na atualidade e sobre como ocorreu o processo de ordenamento social nas sociedades ocidentais durante a época moderna (Silva, 2008).

Segundo Hareven (1995), até o início do século XIX, nas sociedades pré-industriais, não existia uma separação nítida ou especializações funcionais para cada idade. Na maioria das sociedades ocidentais, os velhos eram depositários da sabedoria, dos valores, dos costumes e das lendas e ocupavam lugar de destaque.

Entretanto, com as transformações ocorridas nos séculos XVIII e XIX, as separações etárias passam a ser decorrentes das diversas revoluções culturais, comerciais e industriais. Não obstante, a modernização das culturas acarretou no rompimento das tradições, gerando, gradativamente, as diferenciações entre as idades, as especializações das funções, dos hábitos e dos espaços inventariados a cada grupo etário. A família moderna passou a ser composta somente pela família nuclear e a reprodução só se delineava nos limites de uma única coorte (Silva, 2008).

Nesta nova sociedade ocidental, ao idoso sobreveio ocupar um lugar periférico no seio da própria família e gradativamente seu valor foi sendo esquecido, eliminado, seus saberes desconsiderados e foi, muitas vezes, segregado da coletividade. Para Silva (2008), a noção de velhice como etapa diferenciada da vida apareceu no período de transição entre os séculos XIX e XX, quando ocorreu uma série de mudanças específicas e a convergência de diferentes discursos acabaram reordenando o curso da

vida. Dois fatores sobressaem como fundamentais: a instauração de novos saberes médicos sobre o corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias.

Numa sociedade erigida seguindo os princípios da produção em larga escala, da busca do lucro, da valorização do novo e da tecnologia, o velho foi desqualificado, assim aquele que era reconhecido como o guardador da memória social foi destituído da sua função passando muitas vezes a viver no isolamento e na solidão (Ariés, 1978; Silva, 2008).

Na concepção de Ecléa Bosi (1994), essa sociedade industrial foi edificada de maneira geral para ser intolerante com quaisquer membros reconhecidos como improdutivos, que se mostram mais fracos, ou aqueles que não possuem habilidades necessárias para o mundo do trabalho. E, muitas vezes, para disfarçar a rejeição, os cuidadores e as pessoas que convivem com os idosos passaram a infantilizá-los o idoso, exagerando nos cuidados e utilizando um tom que parece ser protetor, mas que externa visivelmente os preconceitos e a estranheza que o corpo velho pode trazer.

As ciências mais tradicionais concebem a velhice como a última fase do processo de envelhecimento humano, porquanto para essas ciências a velhice não é um processo, e sim um *estado* que caracteriza a condição do ser humano idoso.

O idoso, como o próprio termo diz, é aquele que tem idade – assim como quem tem bondade é bondoso – sem ser, necessariamente, velho, uma vez que a velhice encarna um fenômeno estático, não processual, é o momento em que as características físicas evidenciam a idade e se tornam mais marcantes: cabelos brancos, compressão da coluna vertebral, rugas, calvície, diminuição dos reflexos, enrijecimento das articulações, perda da resistência e outros atributos próprios deste período. Contudo, estas características muitas vezes podem estar presentes em pessoas jovens, tornando impossível utilizar somente as especialidades encontradas nas imagens para associar os

indivíduos à velhice (Cruz & Ferreira, 2011). Na velhice, o futuro é o presente vivido e a maturidade acende a renúncia à beleza e à juventude, transforma-se em um momento de se render às limitações, à doença e, finalmente, à morte. O velho maduro vivencia a questão da transitoriedade da vida, aceita e convive com a proximidade da morte (Souza, 2003).

Então uma pergunta pode ser feita: quem é este indivíduo a quem se dirige o termo velho? A primeira ideia é aquela encontrada no senso comum, uma perspectiva negativa da velhice, no qual o velho é aquele indivíduo delicado, vulnerável, que apresenta aspectos como fragilidade, doenças, invalidez e perda de memória. Visão esta que impulsiona o aparecimento dos preconceitos e que leva, na atualidade, a dois extremos: por um lado, ocorre a expulsão do idoso das diversas estruturas de poder e, por outro, a emergência de ações revestidas de magnetismo e plenitude deste período, o que leva à omissão das dificuldades, e os transforma em heróis da terceira idade, que esbanjam saúde, disposição e encontram-se prontos para viver com satisfação, felicidade e sabedoria (Moraes & Witter, 2007; Silva, 2005).

Assim, o termo velho utilizado nos séculos passados, deixou gradualmente de ser utilizado, novos termos emergiram, e aparecem as expressões maturidade, terceira idade, melhor idade e idoso. Atualmente é comum encontrar nos documentos oficiais do Brasil o termo “idoso”, trazendo consigo um novo conceito para os indivíduos de sessenta anos de idade ou mais, buscando talvez suavizar o peso do termo “velho” (Almeida & Patriota, 2009).

A designação “idoso” vem sendo adotada em muitos países emergentes, sendo empregada para fins de censo demográfico, para políticas sociais, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (PNI), para utilização em propaganda e publicidade entre outros. O termo idoso também é utilizado nos documentos emitidos pela Organização

Mundial de Saúde – OMS. A OMS define *idosos*, como aqueles indivíduos que têm idade acima de 65 anos, para os países desenvolvidos; e 60 anos, para os países em desenvolvimento (OMS, 1998).

Como já mencionado anteriormente, o processo de envelhecimento populacional no Brasil vem ocorrendo muito rapidamente, o que traz sérias consequências para a sociedade e para o segmento que compõe essa faixa etária. Estas consequências ultrapassam o campo biofisiológico, pois implicam em um afluxo de novas demandas, por saúde, educação, lazer, acessibilidade, previdência e assistência – não só social, mas também afetiva e psicológica – para as quais as famílias, a sociedade e o Estado não tiveram tempo de se preparar adequadamente, mas que, com decisões precisas e sérias, podem ser atendidas.

1.3. A revolução demográfica – o século envelhecido.

Ao nascermos, iniciamos uma luta que só termina com a morte.
Jean-Jacques Rousseau, in 'Os Devaneios do Caminhante Solitário'.

O envelhecimento populacional – processo de crescimento do percentual da população idosa em relação às outras faixas etárias – é um fenômeno mundial. No entanto, se apresenta de forma diferenciada entre os países centrais e os periféricos. No bloco dos países centrais, tal processo ocorreu de forma gradual e lenta – ao longo de mais de 100 anos – acompanhado de progresso socioeconômico e da melhoria das condições de vida da população; já nos países emergentes, como o Brasil, essa transição foi acelerada contando com a presença de alguns agravantes que tornaram ainda mais complexas essas mudanças (Veras, 2010).

A transição demográfica começou com a queda das taxas de mortalidade e prosseguiu com a queda das taxas de natalidade, o que acarretou numa grande mudança na estrutura etária da pirâmide populacional. Tal crescimento rápido e onipresente nunca havia sido visto na história da humanidade. Em menos de um século, o tempo

médio de vida dos habitantes do planeta dobrou, a expectativa de vida da população mundial em 1900 era, em média, de 30 anos, enquanto que a expectativa de vida no final século XX ultrapassou os 60 anos (Alves, 2008).

Para compreender melhor o alcance da revolução da longevidade é interessante quantificar. O impacto foi tão significativo que as sociedades foram tendo que adaptar-se a um número cada vez maior de pessoas muito idosas. Enquanto em 1950, a idade média da população era de aproximadamente 23,5 anos – e de 26,1 em 1998 – a expectativa é que no ano de 2050, ela atinja o número de 37,8 anos, continuando a Europa a ser o continente com a média mais elevada, alcançando a idade de 47,4 anos, segundo relatório das Nações Unidas. (UN, 2009).

A transformação demográfica está em plena expansão e é um dos grandes desafios do Século XXI para todos os países, para a família, para a sociedade e para todos os indivíduos. Segundo o censo brasileiro de 2010, a média de idade da população foi de 32,1 anos, sendo que a média dos homens foi de 31,3 anos e para as mulheres de 32,9 anos (IBGE, 2011).

A população brasileira, ao longo dos últimos 50 anos, quase triplicou: passou de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões, em 2010. E o crescimento do número de idosos foi ainda maior. Em 1960, eram aproximadamente 3,3 milhões de brasileiros que tinham 60 anos ou mais, o que representava 4,7% da população. Enquanto que em 2000, 14,5 milhões, ou 8,5% dos brasileiros, estavam nessa faixa etária. Na última década, o salto foi maior, e em 2010 a representação passou para 10,8% da população (20,5 milhões), sendo que a maioria dos idosos é do sexo feminino (IBGE, 1960, 2000 e 2011).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, em 2050, o mundo terá 2 bilhões de idosos, o que corresponderá a aproximadamente 32% da população mundial segundo estimativas (OMS, 2008).

Ao longo do século XX, nenhum país do mundo ficou alheio à transição demográfica. Nos países desenvolvidos, a transição de altas taxas para baixas taxas de mortalidade e de natalidade já se completou e, já há alguns anos, em alguns casos, as curvas até se inverteram. O Brasil e a América Latina estão ainda em uma fase intermediária da transição demográfica. (como mostra a Figura 1).

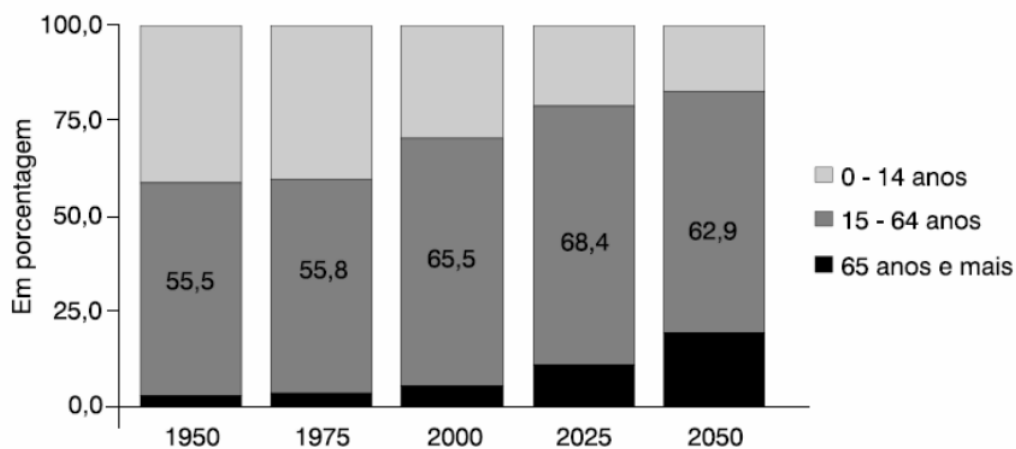


FIGURA 1

Distribuição da população por grupos etários Brasil- 1950-2050

Fonte: Wong & Carvalho (2006), a partir de dados brutos das Nações Unidas (2003).

Como pode ser observado na FIGURA 1, as projeções das Nações Unidas apontam que, entre 2000 e 2050, a população idosa brasileira aumentará a sua importância relativa, passando de 7,8% para 23,6%, enquanto a jovem reduzirá de 28,6% para 17,2%, e a adulta de 66,0% para 64,4%. Todo o aumento se concentra na população idosa, intensificando sobremaneira o envelhecimento demográfico brasileiro, com taxas anuais médias de crescimento de 3,2% entre idosos e de 4% dos muito idosos (de 80 anos e mais). Até 2030/2040, a população idosa deve aumentar, período a partir do qual as gerações nascidas sob os baixos níveis de fecundidade começam a se

incorporar ao grupo e a determinar a trajetória do mesmo. Ainda assim, em 2050 a população de 65 anos ou mais ascenderá a 38 milhões de pessoas, superando a de jovens. Em 2025, na população brasileira existirão mais de 50 adultos com 65 anos ou mais, por cada conjunto de 100 jovens menores de 15 anos. As projeções apontam ainda que, em 2045, o número de pessoas idosas superará o de crianças (Como mostra a Figura 2).

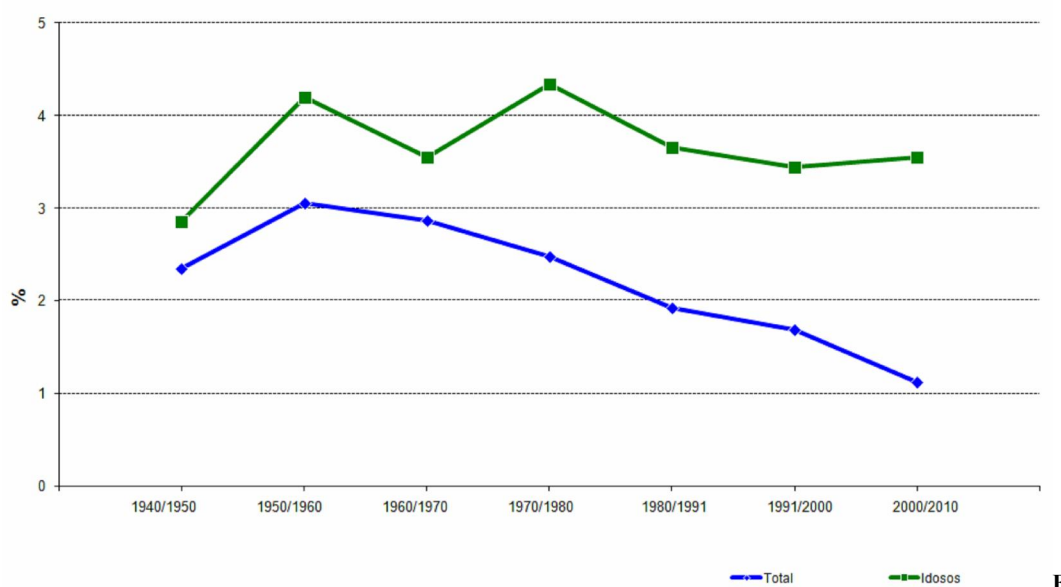


FIGURA 2

Taxa de crescimento da população total e da população idosa – Brasil.

Fonte: Camarano e Kanso (2009).

Como se pode observar na FIGURA 2 há um crescimento abrupto do envelhecimento a partir de 1970, crescimento este que permanecerá até o ano de 2050 como mostram as projeções para essa data. É uma realidade do Século XXI visto que, em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – OMS, 2005).

Segundo Veras (2009): “O Brasil é hoje um ‘jovem país de cabelos brancos’” (p. 549), pois a cada ano 650 mil novos idosos são acrescentados à população, fato que

acarreta algumas consequências preocupantes, tais como: surgimento de enfermidades complexas, altas taxas de internamentos e aumento no tempo de internação, déficit da previdência e até problemas como acessibilidade em diferentes locais.

Atrelando a questão da longevidade com a problemática do crescimento da urbanização – uma vez que a maioria da população idosa do Brasil está concentrada próxima a áreas urbanas – e a brusca queda de fecundidade, tem-se expressivas consequências socioeconômicas que demandam a aprovação e o desenvolvimento de ações políticas eficientes. Entretanto, em geral, a resposta a situações como essa é inadequada, pois em vez de um planejamento cuidadoso e a longo prazo, a tendência é solucionar problema por problema (Fernandes, 2001; Silva, 2008).

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas:

- Coletivamente: o envelhecimento demográfico na acepção do aumento da proporção das pessoas idosas na população total;
- Individualmente: o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos (Fonte, 2002).

A população brasileira, no período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo de 21,6 %, entretanto o crescimento da população com 60 anos ou mais de idade foi bem acelerado: 86,1%. Outra característica que tem aumentado é a chamada longevidade – o tempo de vida vem se elevando a níveis notáveis, o valor está em torno de 81%. Tornou-se cada vez mais comum encontrar notícias sobre os octogenários, nonagenários e mesmo centenários (IBGE, 2008). Dentro deste contexto, outras pesquisas (Moraes & Witter, 2007; Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte, Márquez-Serrano, 2006) ressaltam a necessidade de mais estudos que tenham essa população como foco.

A estimativa da vida humana no século XXI vem sendo ampliada, agora pode chegar a 120 anos, graças ao progresso social e aos avanços da ciência (Neri, 2001). Nesse contexto, estudos afirmam que o rápido envelhecimento nos países em

desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas sociais, nos papéis da família, nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para as cidades em busca de trabalho, as famílias menores e as mulheres cada vez mais presentes no mundo do trabalho formal, são mudanças significativas e que tornam visível a indisponibilidade de pessoas para cuidar dos idosos quando necessário (OPAS, 2005).

Acrescente-se também que as doenças próprias da velhice emergem e trazem novas problemáticas para o conjunto da sociedade, tanto que um dos desafios atuais é atender a crescente demanda pelos serviços de saúde. Segundo Lima-Costa e Veras (2003), “O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos” (p.700). Por diversos motivos, torna-se cada vez mais relevante estudar em profundidade a problemática do envelhecimento para que se possa traçar estratégias de prevenção e políticas públicas que foquem essa etapa da vida.

Um aspecto relevante no processo de envelhecimento no Brasil é a feminização da velhice, destaca-se que no Brasil a predominância feminina entre os idosos é um fenômeno tipicamente urbano, já que nas áreas rurais, a predominância ainda é masculina. É significativo o aumento do número de mulheres na população idosa, elas representam nesse segmento 55%, o que significa que, para cada 100 mulheres idosas, há 81,6 homens (Goldstein & Siqueira, 2000; Neri, 2002; Veras, 2003). Esse fenômeno pode ser explicado pelo fato de que, no Brasil, as mulheres vivem em média 8 anos a mais do que os homens, o que é atribuído muitas vezes a fatores biológicos, como:

- proteção hormonal de estrógeno;

- diferença do nível de exposição aos fatores de risco de mortalidade (inserção diferenciada no mercado de trabalho, consumo diferente de tabaco e álcool);
- diferença de postura em relação à saúde/doença;
- e uma busca maior aos serviços de saúde, o que mostra maior preocupação com autocuidado (Berzins, 2003; Veras, 2003).

Ainda sobre as mulheres, segundo o último Censo (2010) aproximadamente 25,86% das mulheres idosas estavam morando sozinhas, esse é um número considerável, e como as mulheres têm maior expectativa de vida, essa característica leva o Brasil a caminhar para uma maior igualdade de gênero na opção morar sozinho (Souza, 2010).

Outros problemas relacionados aos desafios do envelhecimento populacional já haviam sido alvo de uma pesquisa, feita na década de 1980, mais especificamente em 1986. Nela, Papaléo Netto (2002) apontou como os problemas já existentes no Brasil vinham sendo impactados e potencializados por esse processo, entre eles:

- a má distribuição de renda – é a quarta pior distribuição de renda do planeta, os 10% mais ricos se apropriam de quase metade do total dos rendimentos dos ocupados;
- a supervalorização da juventude em detrimento do potencial do idoso, típico de uma sociedade utilitarista e com grandes progressos tecnológicos;
- e a brusca passagem de sociedade rural para urbana, na qual as famílias são menores e as mulheres saem de casa para trabalhar (IBGE, 2004; Papaleo Netto, 1996; Papaléo Netto, 2002).

Mais uma vez, percebe-se a questão da diminuição do tamanho das famílias e o novo papel social da mulher, que deixou a sua casa para trabalhar; fatores que ajudaram a piorar a condição do familiar idoso brasileiro. Recentemente algumas pesquisas

apontam para o aumento no número das separações matrimoniais. Todos estes fatores são assinalados como os responsáveis pelo aumento do sentimento de solidão e pelo abandono na velhice (Papaléo Netto, 1996; Papaléo Netto, 2002; IBGE, 2004).

Os desafios gerados pelo envelhecimento populacional são consideráveis. Desde o século passado, nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, a atenção tem se voltado para o *envelhecimento saudável* – um movimento que está predominantemente preocupado com a correlação saúde/envelhecimento e, de modo mais especial, com os determinantes de uma *boa velhice* (Gardner, 2006).

Alguns pesquisadores – como Minkler e Fadem, 2002; Moody, 2001; Scheidt, Humpherys e Yorgason, 1999 – cujos estudos têm como foco o envelhecimento saudável, sustentam-se no pressuposto de que os processos de envelhecimento são, até determinado ponto, modificáveis, levando-os a adotarem a opção por uma abordagem multidimensional e micro (individual) na tentativa de compreenderem a relação entre envelhecimento e saúde em seus aspectos biológicos, físicos e sociais.

Muitos caminhos podem ser percorridos, pois este fenômeno chamado de revolução demográfica pode mudar, construir, estabelecer e desvelar as novas relações, os novos problemas, as novas doenças e as novas formas de viver e de pensar, uma vez que a velhice está sendo reinventada por esta população do século XXI, cabendo, então, à ciência percebê-la, pesquisá-la e ajudar a construir melhorias para quem está vivenciando esta maturidade, lembrando que estamos diante da primeira coorte que alcançou idades tão avançadas (Altman, 2011; Fonseca, 2010).

1.4. Teorias psicológicas do envelhecimento

*Toda pedra no caminho / Você pode retirar / Numa flor que tem espinhos /
Você pode se arranhar / Se o bem e o mal existem / Você pode escolher / É preciso saber viver...
(É preciso saber viver – Roberto Carlos).*

A psicologia do envelhecimento ou psicogerontologia é um campo de estudo jovem e em franca expansão. As pesquisas realizadas têm procurado investigar as transformações que ocorrem ao longo da vida, conhecer os efeitos da longevidade, as modificações ocorridas nos corpos, os aspectos subjetivos deste processo, as mudanças de comportamentos, e os efeitos psíquicos do envelhecer, em que não só as perdas, mas também os ganhos podem ser perceptíveis no cotidiano (Altman, 2011; Irigaray & Trentini, 2009; Lima, Silva & Galhardoni, 2008; Neri, 2005, 2007).

Contrariando a visão tradicional e os preconceitos edificados sobre a velhice, os estudos científicos sobre o envelhecimento têm contribuído para mostrar que cada pessoa reage de forma diferente, enquanto algumas se deixam influenciar pelas mudanças negativas, outras combatem as diversidades e desenvolvem comportamentos positivos na maturidade, entre eles o desenvolvimento psicológico, a flexibilidade do funcionamento lógico emocional, um grande desenvolvimento emocional, além da criatividade, dos conflitos, dos desejos e das ansiedades que se manifestam todo tempo da vida humana (Altman, 2011; Couto, 2008; Lopes & Park, 2007).

A literatura, especialmente aquela que tem como aporte teórico a teoria das representações sociais de Moscovici, tem tentado compreender como os idosos são percebidos e como eles se percebem neste período de amadurecimento. Os resultados apontam a existência de uma heterogeneidade do que é ser idoso no século XXI, mostram como os idosos se compreendem e como são compreendidos como sujeitos, demonstram como está sendo produzida a velhice na atualidade, quais são suas práticas e como elas funcionam enquanto forças coercitivas. Os idosos são vistos, então, como indivíduos históricos e socialmente localizáveis, que possuem sua própria individualidade, mas que constroem um novo saber (Araújo, Coutinho & Santos, 2006; Lopes & Park, 2007).

Segundo Fonseca (2010), o desenvolvimento psicológico no trajeto do envelhecimento abarca uma série de adaptações individuais face à passagem de mudanças no *self*, decorrentes de mudanças corporais, cognitivas e emocionais, relações interpessoais, expectativas sociais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (no mundo todo está ocorrendo, muitas vezes, a institucionalização do idoso). Dada a grande variabilidade interindividual, nem todos os indivíduos suportam estas transições da mesma forma. As diferenças individuais nesse processo adaptativo constituem, assim, um componente essencial do desenvolvimento psicológico na velhice (Fonseca, 2007, 2010).

Não é aceitável negar a existência de problemas inerentes ao envelhecimento, ou o valor dos esforços dirigidos à solução desses mesmos problemas. Contudo, o aparecimento de uma perspectiva positiva em torno do envelhecimento tem reforçado ainda mais a ideia de que a melhor forma de se precaver quanto aos “problemas” dessa fase é focalizar a atenção na valorização das forças internas das pessoas mais velhas e agenciar mudanças positivas na meia idade e na maturidade, para que ocorra uma adaptação cada vez mais bem sucedida das competências individuais às exigências ambientais (Fonseca, 2010).

O enfoque deste trabalho são os conceitos e modelos associados às teorias de desenvolvimento inspiradas no paradigma *lifespan*, na qual o envelhecimento é compreendido como um processo de transformações do organismo que ocorre após a maturidade sexual.

1.5. O envelhecimento sob a ótica do desenvolvimento humano

Mas o que muda? Como muda? E quando muda? São perguntas frequentes nas pesquisas sobre o desenvolvimento humano (Neri, 2007).

Dada à amplitude da utilização de autores e correntes, os pesquisadores interessados no estudo do desenvolvimentismo supõem a ocorrência de *mudanças* no nível do funcionamento e dos comportamentos individuais. Fonseca (2007) afirma a necessidade de salientar que as *mudanças* que caracterizam o desenvolvimento humano precisam obedecer a um conjunto de características para que sejam consideradas *mudanças desenvolvimentais*.

Além disso, ao traçar o processo do desenvolvimentismo, é perceptível que os estudiosos interessados nas pesquisas das causas do desenvolvimento humano, no passado oscilavam entre posições extremas, situando o desenvolvimento ora como um produto de forças internas e inatas (*nature*), ora com um produto de forças externas e ambientais (*nurture*). O autor afirma que, essa visão dicotômica foi sendo progressivamente substituída por uma concepção em que o desenvolvimento é visto como algo interativo, marcado por descontinuidades e continuidades, e que está sujeito à influência das forças externas e internas que, em conjunto, podem criar uma variedade enorme de trajetórias desenvolvimentais (Fonseca, 2007).

A Figura 3 traz três perspectivas a respeito das *mudanças desenvolvimentais* que comprovam essa concepção:

Clarke-Stewart, Perlmutter & Friedman (1988).	Hoffman, Paris & Hall (1994)	Overton(2003)
Desenvolvimento está intimamente ligado à ocorrência de mudanças de uma forma:	Mudança desenvolvimental assume-se como:	Definição de desenvolvimento passa pelo reconhecimento de dois tipos de mudança:
– sistemática (não aleatória), – permanente (não temporária,) – progressiva, (não regressiva) – estável (não flutuante), – que ocorre ao longo de um certo período de tempo na vida de uma pessoa (não apenas uma hora), – relacionada com a idade e com experiência acumulada no decurso da vida.	– contínua (desenvolvimento ocorre ao longo de toda vida, em qualquer período), – cumulativa (desenvolvimento constrói-se a partir de bases prévias), – direcionada (no sentido de uma cada vez maior complexidade), – diferenciadora (ao longo da vida distinções entre as pessoas tendem a acentuar-se), – organizada (competências decorrentes das mudanças são integradas no funcionamento individual de forma coordenada entre si), – holística (todos os aspectos do desenvolvimento dependem uns dos outros, interagindo mutuamente).	– mudança ligada à transformação (na forma, organização, ou estrutura de qualquer sistema, que adquire um carácter qualitativo e traduz uma descontinuidade desenvolvimental, não se reduzindo à “adição de comportamentos”), – mudança ligada à variação (grau ou extensão em que uma determinada ocorrência varia relativamente a uma norma ou a uma média, configurando uma mudança quantitativa e contínua).

FIGURA 3

O que é desenvolver-se? Análise comparativa.(Fonseca, 2007. p. 278)

Recentemente, o conceito de desenvolvimento sofreu modificações e passou a conferir maior atenção às perspectivas que defendem o papel ativo do indivíduo na construção do seu próprio desenvolvimento, quer influenciando-o diretamente (por exemplo, pelas escolhas), quer fazendo-o de forma indireta, ao criar ou mudar os contextos onde esse desenvolvimento se processa. Esta visão possibilita que se veja o ser humano como um *sistema altamente complexo*, em que interagem dimensões de ordem cognitiva, racional, biológica, emocional e social; um sistema que apesar de subordinado a uma evolução regular e progressiva não está limitado a uma meta pré-determinada (Fonseca, 2007).

Para Fonseca (2007), uma série de pesquisas sustenta hoje a visão do desenvolvimento pautada num sistema de relações entre a pessoa e o contexto vivenciado ao longo do ciclo de vida, enfatizando, mais do que nunca, o papel da

interação dinâmica e recíproca entre variáveis muito distintas, mas igualmente responsáveis pela construção desse desenvolvimento.

As teorias contemporâneas do desenvolvimento humano aceitam que as mudanças são mais marcantes em períodos de transição rápida e, por isso, é preciso expandir o escopo do entendimento dos seus estudos. Este é um paradigma atualmente consolidado, que possui um conjunto de princípios teóricos e empíricos que o sustentam. Dentre os autores que se destacam encontram-se: Erikson, Bronfenbrenner, Baltes, Brandstadter, que dão uma ênfase comum às relações estabelecidas entre a pessoa e o contexto, e também, dão visibilidade à necessidade de enquadrar o estudo do desenvolvimento humano nos cenários reais da sua própria existência (Fonseca, 2007, 2010).

Para Neri (2005), o modelo do desenvolvimento humano é o predominante na Psicologia do envelhecimento. Entre seus pressupostos básicos, está a ideia de que existem ao longo do desenvolvimento, processos de crescimento e retração, ou de ganhos e perdas, podendo ocorrer perdas em uma área e ganhos em outras, dependendo do momento que se está vivendo (Neri, 2005). Conforme essa autora, essas ideias têm forte influência da teoria psicossocial de Erikson (1972), o qual considera o desenvolvimento como um fenômeno que ocorre desde o nascimento até a morte, de maneira interrupta. É um processo que atravessa todas as fases da vida, Erikson (1972), que divide o desenvolvimento em oito estágios, do nascimento até a morte, apresenta o homem como um “diagrama epigenético” – termo que tomou emprestado da embriologia que significa “algo que se revela ou se desdobra sucessivamente, e os estágios mais avançados estão contidos nos anteriores”. Em cada um deles existe um conflito entre tendências a crescimento ou expansão e tendências de estagnação e regressão. (Neri, 2005, p. 34).

Oliveira, Rego e Aquino (2006) acreditam que o desenvolvimento não deve ser pensado como uma passagem por estágios pré-definidos, naturais e universais, mas como diferentes modos do sujeito se inserir no seu mundo concreto ao longo da vida. Cabe lembrar que eventos psicológicos não evoluem continuamente.

Como já foi mencionado, a teoria *life-span* é o enfoque deste trabalho e esta é uma teoria que vem influenciando os estudiosos da psicologia do envelhecimento e que foi fortemente influenciada pelo paradigma do desenvolvimento ao longo de toda vida. De constituição pluralista, não homogênea, compreende o desenvolvimento como processo contínuo multidimensional e multidirecional de mudanças, influenciado por variáveis genético-biológicas e socioculturais, assinalado por ganhos e também por perdas correntes no dia a dia, bem como pela interatividade entre o indivíduo e cultura (Batles & Simth, 2003; Neri, 2006). Esse modelo pressupõe que envelhecimento e desenvolvimento são processos correlatos e que, mesmo na presença das restrições de origem biológica que são comuns no período da senilidade, os processos psicológicos já estabelecidos se mantêm. Além disso, afirma que se o ambiente cultural for favorável, pode ocorrer desenvolvimento no período da velhice (Neri, 2006).

O paradigma *life-span* não considera que o desenvolvimento seja apenas crescimento e progressão, mas sim que é conseguido através de um equilíbrio entre ganhos e perdas, sendo limitado por influências genético-biológicas que determinam que, na velhice avançada, o indivíduo esteja cada vez mais dependente dos recursos do ambiente (Baltes, & Heydens-Gahir, 2003; Neri, 2001, 2006).

Neri (2009) reportou os pressupostos de um modelo psicológico do envelhecimento bem-sucedido que fora publicado em 1990, por Margret M Baltes e Paul P. Baltes em que destaca alguns conceitos característicos do paradigma do desenvolvimento *life-span*. São eles:

1. Desenvolvimento *life-span*: o desenvolvimento ontogenético é um processo que permanece ao longo da vida. Não existe um período determinado que detenha a supremacia da vida ou que regule um maior desenvolvimento. O desenvolvimento acontece durante todos os estágios da vida, podendo ser contínuo (cumulativo), e também descontínuo (novo, inovativo), dependendo somente de como está ocorrendo;
2. Multidirecionalidade e multidimensionalidade: considera o curso do desenvolvimento plural, ou seja, não segue um critério único (por exemplo, de crescimento ou declínio). É considerado um processo multidirecionado, ampliando assim o conceito geral de desenvolvimento que ocorre em ritmos dessemelhantes;
3. Desenvolvimento como processo que envolve equilíbrio entre ganhos/perdas: o processo de desenvolvimento não é um simples movimento em uma única direção, e sim um processo de conquista da alta eficácia, e do aumento da capacidade de adaptação. Pode-se dizer que esse desenvolvimento inclui a capacidade adaptativa, ou seja, diante das mudanças sempre há uma ocorrência mista de ganhos (crescimento) e perdas (declínio), eles não são estanques;
4. Plasticidade: é também um fundamento da psicologia do desenvolvimento. Dependendo das condições de vida e das experiências individuais, o desenvolvimento pode assumir diferentes direções e muitas formas. Ou seja, a plasticidade consiste na variável intra-individual do desenvolvimento. A ordem do desenvolvimento é colocada de acordo com a plasticidade, isto é, de acordo com as potencialidades e limitações de cada indivíduo;

5. Influência do contexto histórico: o desenvolvimento ontogenético pode variar substancialmente de acordo com as condições histórico-culturais existentes durante um dado período coincidente com o curso da vida do indivíduo e das gerações;
6. Contextualismo como paradigma: deve ser entendido como resultado da interação dialética entre três sistemas de influência: contexto histórico, gradação por idade e eventos não normativos;
7. O desenvolvimento como área multidisciplinar: o desenvolvimento é multideterminado e multifacetado, envolvendo, assim a contribuição e a integração e outras áreas do conhecimento como a biologia, a antropologia e a sociologia (Neri, 2009).

Segundo Neri (2006), Baltes propôs três princípios gerais a respeito da dinâmica biologia-cultura nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida:

- I. A plasticidade biológica e a fidelidade genética declinam com a idade, porque a natureza privilegia o crescimento nas fases pré-reprodutiva e reprodutiva, pois é o que fundamentalmente interessa à espécie, falando de seleção natural em termos estritamente biológicos.
- II. Para que o desenvolvimento se estenda até as idades avançadas, são necessários avanços cada vez expressivos na evolução cultural e na disponibilidade de recursos culturais. A expansão da duração da vida, que hoje está quase no limite máximo estabelecido pelo genoma humano, só foi possível devido aos investimentos em habitação, técnicas e equipamentos de trabalho, higiene, imunização, antibióticos e outros recursos de proteção às agressões do ambiente e educação.

III. É limitada a eficácia da cultura para promover desenvolvimento e reabilitação das perdas e do declínio associados à velhice: os mais velhos são menos responsivos aos recursos culturais, uma vez que sua plasticidade comportamental e sua resiliência biológica são menores (Neri, 2006, pp. 20-21).

Diferentes pesquisas destacam a variedade de forças que estão ligadas à longa existência, como a liberdade, a calma, a sabedoria e a tranquilidade. Esses estudos relacionam-se com o paradigma do desenvolvimento *life-span* numa corrente de pensamento da ciência que enfatiza os aspectos positivos do envelhecimento. (Freire, 2000).

Entretanto, esta teoria ainda é fiel à tradição dominante na sociedade, pois, mesmo a psicologia do desenvolvimento humano tentando dar valor a outros aspectos, continua a subscrever descrições e explicações ligadas à idade cronológica, ao tempo social e ao calendário.

Outra teoria que traz contribuições para os estudos referentes ao envelhecimento é a teoria modelo SOC, “seleção – otimização – compensação”, inspirada na psicologia desenvolvimental do ciclo da vida. Este modelo foi originalmente articulado por Paul e Margreh Baltes e desenvolvido posteriormente por Alexandra Freund, Ralf Krampe e Michaela Reidger no *Max Planck Institut – Berlin (Center for Life-span Psychology, 2003 – 2004)*. No princípio, parecia que o modelo SOC seria utilizado somente para estudos sobre o envelhecimento, mas, com o passar com o tempo, outros estudos demonstraram que este paradigma podia ser utilizado em pesquisas sobre qualquer momento do processo de desenvolvimento (Almeida, 2008; Fonseca, 2010; Neri, 2005, 2006).

Interessa a essa teoria a maneira como as pessoas alocam e realocam seus recursos internos e externos por meio desses três processos e como, simultaneamente, maximizam ganhos e minimizam as perdas ao longo do tempo. A função de *seleção* diz respeito à especificação e à diminuição da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual. Com o possível declínio das capacidades funcionais, os idosos se aproveitariam de estratégias para a manutenção do desempenho pessoal nas tarefas que já eram realizadas, isto é, fariam uso de comportamentos que objetivam: 1) compensar as perdas normativas do processo de envelhecimento e 2) aperfeiçoar os métodos e a forma como realizam as mesmas tarefas. Ou seja, para Baltes e Baltes (1990), a seleção implica que os idosos tendem a persistir nas tarefas para as quais acreditam possuir melhor ou ótimo desempenho, excluindo ou evitando aquelas para as quais possuem dificuldades (Lichtenfels & Lichtenfels, 2007; Lima, et al., 2008).

A *otimização* diz respeito ao gerenciamento dos recursos visando níveis mais altos de funcionamento. Ou seja, indica a manutenção das habilidades que ainda estão conservadas e busca adotar métodos para mantê-las ou aprimorá-las (Fonseca, 2007; Lima, et al., 2008).

A *compensação* envolve a adoção de novas alternativas para manter o funcionamento, portanto, abrange a utilização de comportamentos que se propõem a compensar as habilidades comprometidas, como é o caso das estratégias mnemônicas para manter a eficiência da aquisição e do resgate de novas informações (Fonseca, 2007; Lima, et al., 2008).

A teoria SOC pode ser incorporada por diferentes perspectivas teóricas em Psicologia, incluindo a comportamental, a cognitiva e a de ação social-cognitiva; além de diferentes processos como memória e funcionamento físico e, ainda domínios do bem-estar subjetivo, resiliência, e *coping*. Além disso, aborda tanto o envelhecimento normal quanto patológico. Por isso é apontada como um meta-modelo do desenvolvimento humano

(Fonseca, 2007; 2010; Rabelo & Neri, 2005). No modelo SOC, entende-se que o curso da vida supõe mudanças regulares em termos de objetivos e do sentido da vida. Tais alterações requerem mudanças sistemáticas nos seus próprios recursos. Entretanto, no período da velhice, os recursos são mais no sentido da manutenção dos ganhos (conseguidos anteriormente) e da reparação das perdas (Fonseca, 2010), entende-se também que o desenvolvimento não se completa em uma determinada fase, mas se estende ao longo da vida e deve ser visto sob vários prismas - biológicos, psicológicos e sociais – e como processo e interação. (Raposo, 2006).

Ou seja, as mudanças no desenvolvimento humano são ponderadas por Baltes (1997) de maneira positiva (otimização/aperfeiçoamento) quando o indivíduo possui a capacidade de adaptação na direção de resultados desejáveis (metas), que dependem da aplicação de um conjunto de comportamentos, de concretização de metas, de status físico, conhecimento cultural, das suas práticas, do esforço próprio e do comprometimento com as metas almejadas (Baltes, 1997; Fonseca, 2010; Raposo, 2006).

Este modelo enfoca o manejo dinâmico entre perdas e ganhos por meio da interação entre a Seleção, Otimização e Compensação (SOC); essa interação está relacionada com os movimentos que direcionam os indivíduos a alcançar níveis mais altos de funcionamento (crescimento) e a possibilidade de prevenir resultados desfavoráveis (manutenção) (Baltes, 1997, Raposo, 2006).

Para Staudinger, Marsiske e Baltes (citado por Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007 e por Fonseca, 2007), as perdas no envelhecimento podem ser compensadas por meio dos níveis de reservas e da capacidade de resiliência, e os ganhos podem ser conseguidos através da Seleção e Otimização das Competências geradas pelo envelhecimento (Cupertino, et al. 2007; Fonseca, 2007).

Duas hipóteses parecem ser a base do modelo SOC:

- I. A hipótese de que o desenvolvimento contenha um processo de formação de recursos de crescente plasticidade e adaptabilidade; e a de que
 - II. O desenvolvimento seja inerente aos recursos (internos e externos) existentes.
- Isto é, os recursos são a base para o desenvolvimento e tanto podem delimitar como incentivar o indivíduo (Neri, 2007).

Corroborando com essa hipótese de que os recursos internos e externos dão sustentação ao desenvolvimento, Neri (1995), apresenta alguns elementos que dariam suporte ao desenvolvimento e à busca de uma velhice satisfatória. Para a autora, o principal é o de ordem econômica, pois é fundamental para a manutenção e promoção da boa saúde, da educação e do curso da vida. Outro recurso é a adoção de providência real para potencializar o desenvolvimento e a adaptação do indivíduo, educando-o ininterruptamente e alcançando as adaptações sociais necessárias à sua melhor qualidade de vida. E o terceiro é o estímulo à flexibilidade individual e social em relação às questões da velhice (Neri, 1995).

Vale ressaltar que, para a conjuntura brasileira, *envelhecer bem* depende das chances concretas de cada pessoa. Habitação, urbanização, educação, saúde e trabalho não são assegurados a ninguém, muito menos aos idosos. Tem-se muito que fazer ainda em um país onde as desigualdades são incomensuráveis e ações devem ser feitas, como por exemplo, favorecer a competência dos que envelhecem e trabalhar os novos conceitos sociais menos preconceituosos sobre o envelhecimento. Estas metas estão de acordo com as concepções do modelo SOC. Para envelhecer bem é necessário a interação dos múltiplos fatores supracitados e muitos outros como: saúde física e mental, independência de vida diária, interação social, suporte familiar etc.

Ante este modelo SOC, nasce o conceito de envelhecimento bem-sucedido. Entretanto este conceito já nasceu com algumas dificuldades, entre elas, como encontrar conceitos e indicadores que consigam apontar o que é o envelhecimento bem-sucedido?

Conforme Neri (1995, p. 34), a velhice bem-sucedida representa a velhice boa e saudável, com manutenção da capacidade habitual de adaptação. “Velhice bem-sucedida é assim uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário”.

Na literatura sobre o envelhecimento bem-sucedido podem ser encontrados dois modelos dominantes: o de Rowe e Kahn (1987) e de Baltes e Baltes (1990). Atualmente o conceito de velhice bem-sucedida possui forte elemento cultural e quando se faz referência a ele está sempre ligado a uma velhice saudável, produtiva, ativa, e também com boa qualidade de vida e bem-estar subjetivo (Ribeiro, Neri, Cupertino, Yassuda, 2009). Os indivíduos que viviam esse tipo de velhice são os que estão lutando pelos seus objetivos e acumulando recursos que são úteis no período de adaptação à mudança e estão ainda envolvidos na manutenção do bem-estar. Nesta percepção, o envelhecimento bem-sucedido é medida não apenas pela ausência de problemas, mas por indicadores de felicidade (Fonseca, 2010; Neri, 2004), satisfação com a vida (Freire, 2003; Guedea, et al., 2006; Joia, et al., 2007), qualidade de vida (Moraes e Witter, 2007;) e outras medidas dentro da chamada psicologia positiva, e também inúmeras pesquisas qualitativas (Depp & Jeste, 2006; Glass, 2003; Phelan & Larson, 2002) que tem apresentado resultados inovadores sobre as percepções do envelhecimento bem-sucedido.

1.6. A ocorrência do estresse associado às questões do envelhecimento.

O estresse pode ser conceituado como uma resposta psicobiológica adaptativa do sujeito a uma determinada ação interna ou externa a ele, sendo o evento estressor o fator responsável por desencadear e ativar o conjunto de fenômenos mobilizados pelo organismo que evoca uma reação ou resposta de estresse, sendo de natureza física, mental, ou emocional (Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini &Chaves, 2009).

A palavra estresse – ou síndrome de Adaptação Geral – tem sido amplamente utilizada e passou a designar um dos grandes responsáveis – um vilão – por todos os males que afligem o homem que vive a atual modernidade e é associado a inúmeras doenças, tais como: úlcera, inflamações de pele, câncer, inflamações dos músculos e outros, sendo que todos esses males e doenças têm a indicação de ter relações diretas ou indiretas com disfunções psicológicas (Vivian & Argimon, 2009).

O estresse prepara um indivíduo para reagir a ameaças imaginárias ou reais, psicológicas ou ambientais, com maior força e resistência psicofísica. Um dos seus estudiosos e considerado o pai da estressologia, H. Sayle, caracterizou a *síndrome de adaptação geral* pela existência de três fases:

1. *reação de alarme* – corresponde ao estresse agudo, decorrente da ativação do sistema nervoso fazendo com que o corpo fique em alerta e pronto para enfrentar o desafio. É neste momento que a medula da glândula suprarrenal secreta na corrente sanguínea os hormônios, adrenalina e noradrenalina, em consequência da ativação do eixo hipotálamo- hipófise-suprarrenal;
2. *resistência*, corresponde ao estresse crônico, o corpo ainda se mantém ativado, mesmo que num grau menos intenso, de forma a conservar seus recursos disponíveis para qualquer embate. Caso o agente estressor continue, a fase também permanece, embora transformada;

3. *exaustão*, ocorre quando o corpo é exigido a manter-se ativo por um período mais longo do que aquele que consegue suportar, ou seja, ocorre um retorno à fase do alarme e o organismo pode entrar em exaustão e torna-se vulnerável, havendo uma diminuição na capacidade de pensar, de lembrar e de agir, como também na capacidade de resposta do sistema imunológico causando efeitos indesejáveis como as doenças, podendo chegar à morte (Pereira, 2006; Vivian & Argimon, 2009).

Se há uma diversidade de experiências e de eventos que podem gerar estresse, há também uma enorme variedade nas formas de vivenciá-las, pois cada idoso traz as suas experiências de vida, a sua própria história e possui diferentes processos de adaptação ou de recuperação e pode aprender a versar e conviver com eventos estressantes. É justamente o processo que permeia a resiliência que permite a adaptação positiva de quem já tem uma tendência de diminuir os efeitos negativos dos eventos estressantes (Aldwin, 1994; Aldwin & Gilmer, 2004; Melillo, Ojeda, et al., 2007).

As três categorias apresentadas permitem entender o quanto a resiliência é importante para as pessoas de mais idade, pois a interação dinâmica entre os múltiplos fatores de risco e de resiliência – que podem ser afetivos, familiares, fisiológicos, cognitivos, físicos, sociais, culturais ou bioquímicos – permite a compreender e aperfeiçoar processos exitosos (Melillo, et al., 2007). Muitas pesquisas científicas estão colaborando para se entender como o envelhecimento e o estresse podem ser medidos e também, compreendidos.

Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003) destacaram que os estressores podem ser apresentados em três categorias:

- **Macro-estressores** são acontecimentos ou fatos específicos que ocorrem ao longo do curso da vida, podendo originar efeitos psicológicos e fisiológicos sob

a configuração de sintomas e desadaptação (ex: viuvez, casamentos, divórcios, mudanças de cidade, aposentadoria, morte, etc.). Os macro-estressores são os mais estudados, já que constituem num fato passível de delimitação, em que pode ser estudado o funcionamento das pessoas em relação ao estresse vivenciado.

- Os **micro-estressores** envolvem as situações cotidianas que suscitam estresse a partir do acúmulo de diversos eventos de menor porte (ex: mudanças de papéis sociais, engarrafamento no trânsito, discussões conjugais, perda de objetos etc.). Torna-se difícil mensurar os seus efeitos de uma forma objetiva, já que dependem do prisma único revelado pela pessoa.
- Os **estados de tensão crônica** são as experiências de agressões constantes que pode ser vividas durante muitos anos e que podem causar patologias graves ao longo da vida (ex. violência infantil etc.) (Margis et al., 2003).

Estudos sobre o envelhecimento têm sido ampliados dentro da Psicologia e algumas reflexões vêm sendo realizadas envolvendo a avaliação dos eventos considerados estressores e como estes atuam junto ao processo de envelhecimento, tornando importante investigar as variáveis que envolvem desafios e eventos cotidianos que merecem atenção e pesquisa. Apresenta-se a necessidade de trazer algumas contribuições científicas que envolvem questões sobre o envelhecimento e o estresse, pois se tornou central para entender um envelhecimento resiliente.

Luft, Sanches, Mazo e Andrade (2007), em um estudo, traduziram e testaram a versão completa da Escala de Estresse Percebido com 14 itens (Cohen, et al., 1983) em um grupo de idosos, mas também foi validada a versão com 10 itens – versão utilizada neste estudo. Para a validação, a escala foi aplicada, através da técnica da entrevista, em 76 idosos pertencentes ao grupo de estudos da terceira idade localizado em

Florianópolis, Santa Catarina com a duração média de 13,8 (DP= 3,12) minutos. Os resultados apontaram que era necessária uma pequena mudança nas questões 5 e 13 e após modificações as questões foram consideradas claras e compreensíveis e os resultados da análise fatorial verificaram os dois fatores com o alfa de Cronbach de 0,82. Foi constatado neste estudo que as mulheres apresentam maior índice de estresse percebido do que os homens, sendo significativa apenas para a comparação das médias ($t = -2,143$; $p = 0,035$). Para a versão PSS de 14 itens foi verificado que aqueles idosos que tinham problemas de saúde obtiveram média ($t = 2,228$; $p = 0,029$) de estresse maior do que os que não indicaram doenças, entretanto para a versão PSS 10 não foram encontradas diferenças significativas. A conclusão foi que as características psicométricas da PSS 14 e da PSS 10 preencheram os critérios de consistência interna, de validade de construto e apresentaram resultados semelhantes aos que deram origem à versão original da escala e às validações posteriores em diferentes culturas.

Em outro estudo, Couto, Novo e Soares (2009) investigaram os tipos de discriminação contra idosos e como o nível de estresse pode estar associado às discriminações. Participaram 111 indivíduos pertencentes a grupos de convivência para idosos em Porto Alegre e Rio Grande – RS, por meio de entrevistas em grupos com no máximo 10 participantes com a duração de uma (1) hora. Os resultados apontaram entre os 16 tipos de discriminação aos quais foi atribuído algum grau de estresse, a maior parte dos itens (10 dos 16 itens que foram indicados como já vivenciados), a média encontrada para os estresses foi inferior a um (1) – isso referente a uma escala que variou de 0 a 2, o que pode indicar nesta pesquisa que mesmo tendo experimentado algum tipo de discriminação, os participantes não avaliaram como um evento gerador de médio ou alto grau de estresse.

Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini e Chaves (2009) investigaram os sintomas de estresse em idosos e o estilo de *coping* utilizado por eles e ainda verificaram se existiam relações entre as variáveis. Foram pesquisados 41 idosos saudáveis, com mais de 60 anos participantes de um grupo cadastrados na secretaria da Cultura e Extensão Universitária da Escola de Enfermagem da USP, os quais responderam a Lista de Sintomas de Stress (LSS) e o inventário de *Coping* de Jalowiec. Os resultados indicaram uma média presença de sintomas de estresse, cuja intensidade foi de 42,8 pontos e não houve diferenças significativas entre as médias dos escores do LSS e os indivíduos que utilizaram o *coping* focado no problema ou na emoção. Ou seja, nesta amostra os sintomas de estresse foram independentes do tipo de *coping* utilizado.

Em um estudo longitudinal que avaliou o estresse, os recursos internos e externos e como influenciam no bem-estar psicológico e social na velhice, os pesquisadores Kahana, Kelley-Moore e Kahana (2012) realizaram cinco (5) entrevistas anuais com uma amostra de mil (1000) idosos residentes em uma comunidade da Flórida, EUA para testar os efeitos dos estressores em dois indicadores de Qualidade de Vida – Bem-estar Psicológico e Social - entretanto, como era um estudo longitudinal este artigo relatou o resultado das avaliações que foram repetidas quatro anos depois. Os resultados indicaram que influenciam negativamente na Qualidade de Vida – QV, já os recursos internos e externos que indicam atitudes proativas, uma boa existência de apoio social e planejamento para o futuro levam a uma melhor QV. Esses resultados indicam que é importante possuir um apoio social, ter um planejamento para o futuro, possuir flexibilidade, adaptações positivas e atitudes proativas para que os idosos possam manter um envelhecimento bem-sucedido, sendo assim, mesmo vivenciando eventos estressantes relacionados à saúde e à convivência social, o importante é evocar os recursos acumulados para lidar positivamente com os desafios do envelhecimento.

Tendo sido apresentadas algumas das principais teorias sobre o envelhecimento e demais questões que envolvem este processo, a seguir serão discutidos os aspectos teóricos da dimensão cognitiva do bem-estar.

CAPITULO II
O BEM-ESTAR SUBJETIVO E A SUA DIMENSÃO COGNITIVA

Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos aos, estes ainda reservam prazeres.
Sêneca

Com o aumento da sobrevida da população, no Brasil e no mundo, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não somente a longevidade, mas também a saúde, a satisfação pessoal, o apoio social e o bem-estar subjetivo (Joia, et al., 2007). Estudiosos de várias partes do mundo (Diener, 2000; Kasser & Ryan, 1993; 1996; Fonsêca, Chaves & Gouveia, 2006; Guedea, et al., 2006; Lucas, Diener & Suh, 1996; Ryan & et al., 1999; Ryan & Deci, 2000; Siqueira, Padovam, 2008; Teodoro, 2009) estão comprometidos em descobrir o quanto as pessoas se consideram felizes e, também, como as pessoas avaliam o quanto estão satisfeitos na sua vida. Este capítulo traz a concepção que será adotada nesta tese acerca do bem-estar subjetivo, além de uma revisão de seus principais conceitos e de seus modelos teóricos, e sua relevância decorre do fato de ser cada vez mais importante a compreensão dos processos envolvendo a satisfação com a vida das pessoas, principalmente, quando destes processos resulta o conhecimento de como envelhecer com qualidade e felicidade.

2.1. Bem-estar subjetivo: o que é?

"A cultura é o melhor conforto para a velhice".
Aristóteles

Desde a Antiguidade clássica, os filósofos discutiam e tentavam entender a essência de uma vida feliz. Atualmente as pesquisas – sobretudo as investigações das áreas como a Psicologia Social – têm procurado compreender e avaliar a forma com que as pessoas encaram suas próprias vidas. O bem-estar subjetivo constitui um campo de pesquisa que procura entender como e quais são as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas, ou seja, como as pessoas avaliam a sua própria vida, baseando-se em critérios como a ausência de características indicadoras de estresse, de ansiedade e de

depressão e a existência de fatores de proteção, de otimismo, da satisfação com a vida e com a família (Guedea, et al. 2006; Teodoro, 2009).

Segundo Diener et al. (1997), essa área de conhecimento não estuda estados patológicos ou psicológicos negativos, tais como depressão, ansiedade e estresse, mas diferenciar os níveis de bem-estar que as pessoas conseguem alcançar em suas vidas. Essas concepções servem para reafirmar que o BES é um tema que segue os princípios defendidos pelos atuais propagadores da psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Os estudos empíricos sobre bem-estar subjetivo – BES começaram a ter uma melhor configuração no início do século XX através dos estudos realizados por Flugel (1925) que iniciou uma pesquisa onde estudou o humor. Ele registrou os eventos emocionais das pessoas, solicitou lhes que recordassem seus eventos mais emocionais em distintos períodos e depois realizou a soma das emoções através dos momentos. Depois da Segunda Guerra, pesquisadores como George Gallup, Gerald Gurin e Hadley Cantul realizaram pesquisas para construção de uma larga escala através das quais estudaram a felicidade e a satisfação em relação à vida, utilizando questionários de levantamento global, ou seja, que, de modo geral, mediam a felicidade (Diener, Lucas & Oishi, 2002).

Siqueira e Padovam (2008) também apontaram outras três obras influentes sobre o assunto, as de: Bradburn, 1969; Cantril, 1967; e Gurin, Veroff e Feld, 1960, que ressaltaram a satisfação com a vida e a felicidade como elementos integrantes do conceito de qualidade de vida. Mas, a primeira grande investigação sobre o Bem-Estar Subjetivo nos Estados Unidos da América foi realizada por Gurin, Veroff, e Feld (1960), com a denominação de saúde mental, em vez de qualidade de vida. Este último termo tornou-se mais comum nas décadas de 1970 e 1980.

Segundo Siqueira e Padovam (2008), os marcos da literatura sobre o Bem-estar Subjetivo – BES são os livros de Andrews e Withey (1976) e Campbell, Converse e Rodgers (1976), por recomendarem que, embora as pessoas vivam em ambientes aparentemente definidos, é ao mundo subjetivamente construído que elas respondem. Então o BES passou a ser um importante indicador de qualidade de vida. Na década de 1980, os estudos sobre o bem-estar subjetivo desenvolvem-se em paralelo e, algumas vezes, em articulação com os conceitos do bem-estar psicológico, dentro de um campo maior que o saúde mental, que é o da saúde em geral. A separação do bem-estar psicológico e do bem-estar subjetivo torna-se, por estas razões, essencial para respeitar os limites dos dois conceitos (Siqueira & Padovam, 2008).

No final da década de 1960, Bradburn (1969), em sua pesquisa, conseguiu apontar que existe certa independência nos sentimentos de prazer e desprazer, ou seja, não são simplesmente o oposto um do outro. Segundo Diener, et al. (2002) esta descoberta tem importantes consequências para o campo do bem-estar subjetivo - BES, na medida em que expõe que mesmo quando tentamos eliminar os estados negativos, não quer dizer que passamos a ter a capacidade de promover estados positivos, portanto mesmo uma Psicologia focada na eliminação ou no alívio do sofrimento, embora seja importante, não possui a capacidade de promover a felicidade humana.

Destas pesquisas, dois componentes que ainda integram a visão contemporânea de bem-estar subjetivo – BES – satisfação com a vida e afetos positivos e negativos – tiveram sua gênese nos trabalhos de Campbell, Converse, e Rogers (1976) e de Bradburn (1969), que tinham como objetivo descobrir os sentimentos dos americanos acerca da qualidade de vida – QV e desenvolveram um conjunto de escalas de resposta que foi muito utilizado posteriormente, pois ainda que não fossem escalas que medissem exclusivamente o Bem-estar já incluíam alguns itens que mediam a satisfação com a

vida e a felicidade em relação a alguns domínios de vida (Galinha, 2008; Galinha & Ribeiro, 2005).

Para Galinha e Ribeiro (2005), o conceito de BES teve origem com a tese de Wilson em 1967, num estudo intitulado "Correlatos de Felicidade Declarada", em que é apresentada uma extensa revisão sobre a felicidade. O termo “felicidade” possui muitos significados, que variam desde uma simples alegria momentânea, contentamento, passando por prazer de longo prazo, bom resultado, êxito, até a satisfação com a vida. No senso comum pode aparecer como *bem-estar*.

Embora naquela época os dados sobre o assunto fossem limitados, Wilson (1967) pôde concluir que entre os indivíduos felizes se incluíam aqueles que eram: *jovens, tinham boa educação, bons salários, eram extrovertidas, otimistas, despreocupados, tinham certa religiosidade, eram casados, tinham elevada autoestima, possuíam ética no trabalho, tinham aspirações modestas*. Além disso, percebeu também que *não tinha diferença entre os gêneros e que apresentavam diferentes níveis de inteligência*.

Outra investigação sobre o bem-estar subjetivo foi o estudo multinacional de Cantril (1967), em 13 países, a partir do qual desenvolveu a *Lader Scale*. Pediu-se às pessoas que indicassem o grau do seu bem-estar subjetivo. O Gallup International Research Institute recolheu amostras de 60 países, em meados dos anos 70, com base em questionários que incluíram itens sobre a *felicidade* e sobre a *satisfação com a vida* em domínios específicos (Veenhoven, 1996).

A partir da década de 1970, cientistas sociais e do comportamento passaram a pesquisar mais densamente e de forma sistemática a felicidade, cientificamente na época nomeada como bem-estar subjetivo. O termo felicidade foi indexado no *Psychological*

Abstracts em 1973, e o periódico *Social Indicators Research*, criado em 1974, começou a publicar grande número de artigos sobre a felicidade e sobre o BES (Diener, 1984).

Na literatura anglo-saxônica dois termos diferentes são utilizados para fazer referência ao construto BES – *Welfare* e *well-being*. O primeiro está associado à literatura sociológica, política e econômica e está sempre relacionado com as intervenções estatais. O segundo termo se refere a um *bem-estar*, que consiste em um atributo mais individual ou psicológico, este é o que se designa de BES.

Ultimamente, o interesse de pesquisadores não se limita somente à descrição dos atributos de pessoas felizes, também não se detém a identificar correlações entre características sociodemográficas e níveis do BES, uma vez que o esforço atual dos pesquisadores está em buscar a compreensão do processo que sustenta o bem-estar subjetivo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Ribeiro, 2005).

O modelo que ultimamente tem sido muito utilizado nas pesquisas do BES foi proposto por Diener e seu grupo de colaboradores (Diener, 1984; Diener, et al., 1999) sobre o BES, igualmente chamado de bem-estar emocional. Este modelo propõe que as avaliações das pessoas sobre suas próprias vidas podem captar a essência do bem-estar, além de considerar a perspectiva subjetiva.

Diener e Lucas (2000) entendem o BES com um conceito que requer autoavaliação que pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos propostos e determinados por terceiros. Essa visão considera inadequado avaliar BES por meio de indicadores externos ao indivíduo, mesmo que tenha como base fatores estatisticamente ratificados, tais como: queda da mortalidade infantil, queda das taxas de desemprego ou de analfabetismo, controle de doenças, redução dos índices de criminalidade e violência, e também outros indicadores

utilizados para descrever avanços em políticas sociais e que projetam a qualidade de vida de qualquer camada da sociedade, comunidades ou até das nações.

Assim, essas concepções subjetivas são formadas pelos pensamentos e sentimentos a respeito da própria existência (Diener & Lucas, 2000, Siqueira & Padovam, 2008) e isso corrobora com o modelo proposto pelos atuais pesquisadores do BES que não acreditam nos indicadores sociais como aqueles que, por si só, podem explicar a qualidade de vida e o seu BES. Ryff e Keyes (1989 a.; 1995) indicaram que é a partir das descrições objetivas que se obtém o melhor entendimento, ou seja, o melhor funcionamento do bem-estar. As pesquisadoras sugeriram um modelo multidimensional de bem-estar baseado em concepções sobre o funcionamento psicológico positivo retirado da Psicologia do Desenvolvimento (dentre os quais se incluem os estudos de Bühler, Erikson e Neugarten), da Psicologia Clínica (como as concepções de Jung, Allport, Rogers e Maslow) e da literatura de saúde mental (como os critérios de saúde mental de Jahoda). O modelo sugerido compreende seis dimensões distintas do funcionamento psicológico positivo:

1. autoaceitação – sugere uma atitude positiva em relação a si próprio e à sua vida passada, em conhecer e aceitar diversos aspectos de si mesmo, abarcando características positivas e negativas;
2. crescimento pessoal – estar aberto a novas experiências, ter um senso de crescimento continuado, de realização do potencial pessoal e um senso de autorrealização;
3. propósito de vida – possuir metas e objetivos que dão sentido de direção à vida. O indivíduo tem crenças que definem propósito à vida e que a tornam significativa;

4. relação positiva com os outros – envolve ter relações confiáveis e de qualidade com os outros, ou seja, uma relação empática, calorosa, satisfatória e verdadeira, também incluindo o bem-estar alheio;
5. domínio sobre o ambiente – ter competência e senso de domínio para conduzir o ambiente e aproveitar as oportunidades, ser capaz de dirigir as demandas da vida diária e do mundo em seu entorno. Ser hábil para eleger ou criar contextos adequados a seus valores e a suas necessidades;
6. autonomia – significa ser independente, autodeterminado e hábil para escolher suas próprias convicções e, ainda, resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira (Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995).

As principais teorias e modelos explicativos do Bem-estar Subjetivo vêm sendo apresentados em dois grandes blocos opostos denominados *bottom-up* versus *top-down*. As primeiras teorias de BES buscavam identificar como os fatores externos, as diferentes situações e as variáveis sociodemográficas afetavam a felicidade. Estas abordagens ficaram conhecidas como *bottom-up*, tendo como pressuposto a certeza de que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas viabiliza a felicidade. Outros fatores associados por essas teorias são as experiências de eventos prazerosos diários estando relacionados ao afeto positivo, assim como o seu oposto, eventos contraproducentes associados a afetos negativos. Além disso, a satisfação e a felicidade resultariam da acumulação desses momentos específicos, dessas experiências felizes (Diener, Sandvik & Pavot, 1991; Giacomoni, 2004).

Diener (1984) aponta a existência de três importantes aspectos do BES, são eles:

- o bem-estar reside dentro da experiência do individual – é a subjetividade do bem-estar;

- bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos;
- o bem-estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspecto da vida.

Tem-se então que, o bem-estar subjetivo pode ser definido como um fenômeno multifacetado composto por elementos negativos e positivos que podem ser combinados de diversas formas e não como um construto único. Alguns estudiosos afirmam que o construto bem-estar subjetivo possui duas dimensões: uma afetiva ou emocional representada por *afetos* positivos (prazer) e negativos (desprazer), e outra *cognitiva*, correspondendo à satisfação com a vida. Apesar de esses componentes se correlacionarem entre si, representam construtos diferentes (Albuquerque, Tróccoli, 2003; Diener, 1995; Gouveia, et al., 2005; Irigaray, & Trentini, 2009).

Diener, Suh, Lucas e Smith (1999, p. 277) apresentam um esquema ilustrativo das principais divisões e subdivisões dos componentes do BES, conforme a FIGURA 4.

Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a vida	Domínios de satisfação
Alegria Exaltação	Culpa e vergonha Tristeza	Desejo de mudar de vida Satisfação com a vida atual	Trabalho Família
Contentamento Orgulho Afeição Felicidade Êxtase	Ansiedade e preocupação Raiva Estresse Depressão Inveja	Satisfação com o passado Satisfação com o futuro Visões importantes da própria vida e de outras pessoas.	Lazer Saúde Finanças Self Seu grupo

FIGURA 4

Componentes do Bem-estar Subjetivo. Diener, Suh, Lucas e Smith (1999, p. 277).

Portanto, para os autores, cada um dos três componentes pode ser subdividido. Como esta pesquisa pretendeu analisar e comparar a capacidade de Resiliência e como este construto se relaciona com a Satisfação com a Vida em uma amostra de idosos de Cuiabá- MT, em seguida se discorrerá sobre o mesmo.

2.2. A Satisfação com a vida - A dimensão cognitiva de bem-estar subjetivo – BES

*“A juventude é a época de se estudar a sabedoria;
a velhice é a época de a praticar”.*
Jean Jacques Rousseau

A satisfação é um subcomponente do bem-estar subjetivo e não pode ser avaliado como felicidade. Para Campbell (1976) e Pereira (1993, 1995, 1997), é importante que se considere a diferença de concepções, visto que Satisfação com a Vida refere-se à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo - BES.

Para Neri (2001), a satisfação com a vida é uma medida do bem-estar psicológico, que apresenta a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. Um aspecto importante do bem-estar psicológico é a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre o *self*, e constitui um sistema composto por um conjunto de funções cognitivas que associam ativamente essas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal, e as estruturas de conhecimento sobre si mesmo (Neri, 2001; Resende, Bones, Souza & Guimarães, 2006).

Segundo Siqueira e Padovam (2008), a satisfação com a vida – ESV – é o julgamento que o indivíduo faz sobre a sua própria vida e que reflete o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo de alcançar suas pretensões, ou seja, trata-se de um estado psicológico que possui uma estreita relação com os seus sentimentos e com a forma como as pessoas avaliam a própria vida.

A satisfação com a vida é também um dos indicadores que são utilizados para fazer a avaliação subjetiva de qualidade de vida, ao lado da avaliação de felicidade e bem-estar. Este construto – satisfação com a vida – avalia e reflete as expressões de cada pessoa quanto aos próprios critérios de satisfação com a vida e com a vida de um

modo geral, mas também avalia domínios específicos da vida como citado na **Figura 4**, por exemplo, trabalho, família, saúde e outros.

Um grupo de pesquisadores da OMS desenvolveu dois instrumentos para medir a qualidade de vida: WHOQOL -100 e o WHOQOL Bref. O WHOQOL -100 é composto de 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, relações sociais, nível de independência, aspectos espirituais e meio ambiente. O Segundo instrumento - WHOQOL Bref – é uma versão abreviada, é composto por 26 questões, retiradas do anterior e possui quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Martins, Albuquerque, Gouveia, Rodrigues & Neves, 2007).

A satisfação com a vida também é defendida como uma possibilidade de se levar em conta as avaliações individuais e as diferenças culturais na percepção do padrão de vida. Nesse sentido, parece ser relevante que mesmo quando certos grupos compartilham a mesma cultura, observam-se variações entre os indivíduos quanto a suas crenças, valores, objetivos e necessidades. Pois, sem entender as crenças e os valores de uma população e como eles se manifestam individualmente, uma avaliação sobre qualquer tema da vida pessoal seria arbitrária (Siqueira & Padovam, 2008).

Este construto – *satisfação com a vida* – também pode ser representado pelo autorrelato, ou seja, como a pessoa percebe a sua vida em relação ao presente, ao passado e às suas perspectivas em relação ao futuro, e é vista como o componente cognitivo fundamental, que complementa a felicidade. Para Lucas, Diener e Suh (1996), quando a pessoa avalia sua vida, o faz mediante a sua vivência real, considerando os aspectos agradáveis e desagradáveis, para chegar a uma avaliação global de sua vida, com o mínimo de influência emocional no momento da avaliação.

Schimmack e Oishi (2005), a partir de suas investigações a respeito de quais as situações que as pessoas buscam para seus autorrelatos de avaliação da satisfação com a

vida, descobriram que os julgamentos de satisfação de vida se fundamentam mais em informações de situações marcantes, ou seja, as que possuem características de longa duração temporal do que as que são temporariamente mais acessíveis.

Segundo Glatzer (1997) e Costa e Pereira (2007), a satisfação pode ser expressa em diferentes níveis:

- satisfação com a vida em geral: a que ocorre em relação à totalidade dos domínios de aspirações, necessidades ou expectativas, tais como: educação, transporte, alimentação, saúde, moradia, família, lazer, amizade, salário, relacionamentos amorosos e outros ;
- satisfação com todo um domínio da vida: a que ocorre em relação com cada um dos domínios (por exemplo: satisfação com a aposentadoria, trabalho, os relacionamentos);
- satisfação com determinados aspectos de um domínio: é derivada de elementos específicos de cada domínio da vida (ex: satisfação com a aposentadoria com a convivência que está podendo usufruir com os amigos e familiares).

Além disso, se a satisfação com a vida está mais ligada a eventos mais marcantes da vida, ela é menos dependente de situações momentâneas e menos sensível a mudanças súbitas do humor do que, por exemplo, é a felicidade, sofrendo mais influência de preocupações no espaço de vida mais amplo – político e social (Costa & Pereira, 2007).

Diener (1984) considera relevante pesquisar a satisfação de vida por intermédio de domínios, visto que, se foram eleitos pela pessoa, integram-se ao bem-estar subjetivo de quem o escolheu, da mesma maneira que tem se mostrado de grande relevância para a realização dos estudos transculturais.

O reconhecimento de satisfação com a vida como componente cognitivo de BES possibilitou aos pesquisadores em psicologia elaborar teorias mais consistentes, que lhes permitiram investigar bem-estar subjetivo como um construto formatado dentro dos domínios da psicologia e proceder a investigações usando medidas específicas de cada um dos componentes de BES, bem como avaliar relações entre os seus componentes cognitivo (satisfação com a vida) e emocional (afetos positivos e negativos) (Siqueira & Padovam, 2008).

2.3. Modelos teóricos do bem-estar subjetivo

*A velhice é a paródia da vida.
Simone de Beauvoir*

Ao retornarmos à pesquisa de Wilson (1967) para buscar a explicação da teoria da felicidade, em que está postulada que a *pronta satisfação das necessidades é que causa a felicidade, enquanto que a persistência da não satisfação de necessidades causa a infelicidade*, torna-se perceptível que desde os postulados de Wilson até hoje, muito já se avançou nas teorias explicativas do bem-estar subjetivo.

Diener (1984), em seu artigo *Subjective Well-being*, apresenta a divisão do bem-estar subjetivo em dois grupos conceituais diferentes: teorias *Bottom-up* e teorias *Top-down*. Estudos posteriores sobre este construto, por exemplo, as pesquisas de Headey, Veenhoven e Wearing (1991), Brief, Butcher, George e Link (1993) confirmaram os dois modelos conceituais de Diener. Primeiramente serão abordadas as teorias *Bottom-up*, que visam identificar as circunstâncias que envolvem a vida das pessoas e que podem afetar o sentimento de felicidade. Em seguida, serão apresentadas as teorias *Top-down*, que visam compreender os processos internos do indivíduo, por exemplo, os valores pessoais.

2.3.1. *Bottom-up* – Influências situacionais.

As primeiras pesquisas sobre o Bem-estar Subjetivo tinham como objetivo identificar os fatores externos, as diversas situações e as variáveis sócio-demográficas que afetavam diretamente a felicidade. Estas pesquisas seguiram o pressuposto de que existe uma série de variáveis, de necessidades humanas universais e básicas, e que sua satisfação e ou não, influencia diretamente na felicidade. Outro pressuposto desta teoria está relacionado com as experiências vividas pelas pessoas nos eventos ou nos acontecimentos diários, que podem ser prazerosos ou não, influenciando assim, no afeto positivo (prazeroso) ou no afeto negativo (não prazeroso). O terceiro pressuposto destes primeiros estudos era que a felicidade e a satisfação procederiam da somatória desses momentos específicos, ou seja, uma pessoa só se consideraria feliz se a somatória das experiências fosse positiva (Diener, et al., 1991).

Esta teoria está diretamente relacionada com a filosofia atomista e reducionista de Locke na qual é a experiência que forma o indivíduo, em outras palavras, esta teoria é influenciada pelo pensamento de Locke que a mente era considerada uma *Tábula Rasa*, ou seja, defende a tese que a mente é moldada pelas experiências, que os conhecimentos são adquiridos, e que as sensações seriam os reflexos objetivos do mundo exterior. Porém, devido ao fraco poder explicativo das variáveis demográficas, os pesquisadores do bem-estar subjetivo passaram a questionar este modelo e começaram a estudar os aspectos intrínsecos na explicação do restante da variabilidade do bem-estar subjetivo, isso veio dar força a outra vertente da teoria, a *Top-down* (Simões, et al., 2000).

2.3.2. *Top-down Theories* – Fatores intrínsecos

Esta segunda teoria, a dos fatores intrínsecos, está relacionada com a filosofia do tipo kantiano, em que o sujeito não é passivo perante a experiência, mas ele

experimenta, organiza, interage e interpreta ativamente, não sendo, portanto, uma *Tábula Rasa*. Ou seja, o indivíduo aproveitaria os prazeres por que ele é feliz e não vice-versa (Simões et al., 2000).

Esta vertente acredita que o grau de satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelos valores pessoais, pelas comparações com outros, e por outros fatores, como a personalidade, o *coping* e outros. Desta forma, se uma pessoa tiver uma perspectiva positiva da vida, ela tem a tendência de interpretar os fatos que acontecem na sua vida de uma forma positiva, assumindo, mesmo em determinadas situações difíceis, atitudes positivas. A mente não somente aceita as sensações que sente, mas aceita estas sensações, filtra, seleciona e, juntamente com as suas crenças e atitudes, é capaz de interpretar subjetivamente os eventos (Diener, 2009).

Resumidamente, pode-se concluir que na perspectiva *Top-Down*, o bem-estar subjetivo é uma causa, enquanto na perspectiva *Bottom-Up* é um efeito (Galinha, 2008). Apesar de, durante muito tempo, estas teorias se apresentarem de forma separada, o grande desafio atual é integrá-las num modelo que explique a dinâmica do bem-estar. A inovação do modelo é apresentar um mecanismo mediador da interpretação das circunstâncias de vida, que depende por um lado dos traços de personalidade da pessoa, por outro da natureza das circunstâncias de vida em si (Galinha & Ribeiro, 2005).

Três grandes blocos de teorias compõem a área de estudos *Top-Down*:

- as teorias da personalidade e seus diferentes modelos;
- as teorias de discrepâncias; e
- as teorias relativas ao processo adaptativo.

2.3.3. Teorias relativas à personalidade

No que diz respeito aos modelos teóricos explicativos da relação entre a personalidade e o bem-estar subjetivo, Diener (1984, 2009) e Diener e Lucas (2000) propõem um modelo que apresenta a personalidade com uma das mais fortes e consistentes preditoras do bem-estar subjetivo. Acreditam que existe certa predisposição para as pessoas serem felizes ou infelizes e, ainda, que cada pessoa possui um *ponto de ajuste* em relação ao bem-estar subjetivo, sendo que esse ponto de ajuste deve estar de acordo com sua personalidade.

Diener e Lucas (2000) evidenciaram que a relação entre personalidade e bem-estar subjetivo pode ser explicada pelos seguintes modelos: modelos de temperamento, modelos de congruência, modelos cognitivos, modelos de metas e modelos de socialização da emoção.

2.3.3.1. Modelos de temperamento

Nas pesquisas realizadas por Diener (1984; 2008) e Diener e Lucas (2000), os resultados mostraram que o bem-estar subjetivo pode sofrer variações, mas logo retorna ao ponto de equilíbrio, sempre estando relacionado com o temperamento da pessoa, confirmando assim, o modelo *Top-Dow*. Os indivíduos com alto grau de extroversão são assertivos, vigorosos, sociáveis, e procuram emoções em suas vidas; já aqueles com um nível alto de *neurotismo* são emotivos, ansiosos, deprimidos e possuem baixa autoestima; e as pessoas com alto índice de *psicoticismo* são antissociais, egocêntricas, agressivas e criativas.

Os resultados dos estudos realizados por Diener, Suh e Oishi (1997) acerca dos efeitos do temperamento sobre o bem-estar subjetivo têm apontado para uma forte carga genética tanto para o sentimento desagradável como para o sentimento agradável. Um exemplo que pode ser apontado são os resultados de investigações realizadas com

gêmeos idênticos – univitelinos – e gêmeos não idênticos – bivitelinos – que foram separados ainda pequenos e criados em ambientes diferentes. Tellegen et al. (1988) pesquisaram gêmeos separados ao nascer, concluindo que metade da variância do bem-estar subjetivo era explicada por fatores herdados geneticamente, como o temperamento. Outras pesquisas realizadas com gêmeos idênticos – como exemplo, a pesquisa realizada por Diener et al. (1997) – sugerem que a intensidade emocional (tanto das emoções desagradáveis como das emoções agradáveis) pode influenciar a qualidade do bem-estar subjetivo, e que o otimismo, a extroversão e a autoestima são características de personalidade em geral presentes em pessoas felizes, assim, podem contribuir de formas distintas para o bem-estar subjetivo.

Roysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale e Harris (2003) apontaram o papel da influência genética no bem-estar subjetivo em relação à percepção da saúde e das doenças psicossomáticas. Para Seligman (2004), os jovens com predisposição genética à depressão poderão não desenvolvê-la desde que sejam sempre estimulados nas suas habilidades de pensar e agir com esperança e otimismo.

Segundo Seligman (2004), as investigações acerca do otimismo prenunciam ser um dos grandes objetos de interesse da Ciência Social Positiva, e acrescenta que, talvez, o otimismo seja mais um elemento do bem-estar subjetivo, ao lado dos outros três componentes: falta de emoções negativas, presença de emoções agradáveis e julgamentos sobre satisfação.

Depois de duas décadas de pesquisas, Seligman (2004) descobriu que, em situações adversas, as pessoas pessimistas têm até oito vezes mais predisposição à depressão do que as otimistas. Ressaltou, também, que apresentam rendimento inferior a seu potencial em situações de escola, trabalho e esporte; têm saúde pior e as relações interpessoais são mais complicadas. Pessoas pessimistas pensam que seus problemas

são prementes, já os otimistas têm mais propensão a resolver seus problemas de modo mais adaptado, percebendo-os como superáveis, inerentes a uma situação específica e de caráter temporário.

2.3.3.2. Modelo de congruência

Este é o segundo modelo de teorias explicativas da relação da personalidade com o bem-estar subjetivo. O modelo aponta para a relação da pessoa com o ambiente – pessoa-ambiente – como sendo determinante na influência da personalidade sobre o Bem-estar Subjetivo. Assim, uma pessoa só experiencia níveis elevados de bem-estar subjetivo se sua personalidade se adequar ao ambiente. Diener e Lucas (2000) citam os trabalhos de Pavot, Diener e Fujita, de 1990, em que estes concluíram que as pessoas extrovertidas são mais felizes do que as introvertidas independente de estarem sozinhas ou acompanhadas de outras pessoas, embora ambas, extrovertidas e introvertidas, sejam mais felizes em ambientes sociais. Diener, Sandvik, Pavot e Fujita, em 1992 (citados por Diener e Lucas, 2000), também concordam que as pessoas extrovertidas ficam mais felizes quando estão em situações sociais, preferindo, assim, tipos de trabalho que envolvam pessoas a sua volta. Mas, para Diener e Lucas (2000), os efeitos da personalidade no bem-estar subjetivo excedem o que pode ser explicado pelos modelos de congruência.

2.3.3.3. Modelos Cognitivos

Matlin e Gawron, em 1979 (citados por Diener e Lucas, 1999), criaram uma das primeiras teorias cognitivas que tem como base o Princípio de Pollyana – que as pessoas processam e recordam mais facilmente as informações sobre situações prazerosas do que as que não proporcionam prazer. Este modelo cognitivo prioriza a reação e a recompensa; e atribui os efeitos da personalidade sobre o Bem-estar Subjetivo aos altos níveis de processamento. Para os teóricos deste modelo, o que

determina o bem-estar em um indivíduo é a forma pela qual as pessoas processam as informações sobre as recompensas e sobre as punições, e negam que sejam as sensibilidades biológicas que interferem nos estímulos para determinar o bem-estar subjetivo (Diener & Lucas, 2000).

Verifica-se que em estudos sobre o bem-estar subjetivo as pessoas se expõem mais comumente a estímulos prazerosos, reconhecem os estímulos prazerosos mais rapidamente, usam palavras agradáveis mais frequentemente, julgam que o estímulo prazeroso é mais reiterado, relembram de fatos prazerosos com mais intensidade e processam informações agradáveis mais rapidamente (Diener & Diener, 1996).

2.3.3.4. Modelos de Meta

Os pesquisadores deste modelo teorizam que a personalidade inclui as metas que os indivíduos comumente lutam para alcançar na vida (Emmons, 1986). Neste modelo, o bem-estar subjetivo é influenciado pelas formas pelas quais os indivíduos tentam abordar seus objetos, pelos tipos de metas pelas quais as pessoas se impelem, e pelos sucessos obtidos com as metas. Segundo os teóricos deste modelo, para entender a personalidade de uma pessoa, deve-se compreender as coisas da vida que motivam o seu comportamento. Assim, o bem-estar subjetivo pode ser determinado em atingir com sucesso as metas aspiradas (Oliveira, 2008).

2.3.3.5. Modelo de socialização da emoção

Os modelos de socialização da emoção foram desenvolvidos por pesquisadores como Malatesta, Grigoryev, Lamb, Albin e Culver (1986, citado por Diener & Lucas, 2000) para explicar de que forma a emoção é afetada pelos processos de condicionamento clássico, pela aprendizagem instrumental e pela imitação; e como as emoções e o comportamento emocional se apresentam em conformidade com as normas sociais.

Ao longo do processo de socialização, as mães ensinam seus filhos como se modulam os estados emocionais e os seus comportamentos expressivos em consonância com as normas culturais.

Malatesta, et al., em 1986 (citados por Diener e Lucas, 2000), expuseram que as crianças de dois anos e seis meses a sete anos e seis meses apresentam um aumento linear do afeto prazeroso e uma diminuição do afeto desprazeroso ao longo do desenvolvimento. E, ainda, afirmam que a socialização da emoção pode ser afetada pela cultura, e também pelas diferenças individuais entre mães e filhos. Assim, diferenças na forma e na quantidade de expressão do afeto podem ser explicadas à luz do modelo de socialização da emoção, uma vez que as diferenças individuais entre famílias e entre culturas são um fator importante no bem-estar subjetivo.

As investigações sobre as relações entre a personalidade e o Bem-estar Subjetivo, e as causas destas relações – apresentadas aqui de maneira resumida – fornecem conhecimentos importantes sobre o bem-estar subjetivo, como funciona e qual a sua estrutura. As pesquisas vêm reconhecendo que os componentes cognitivos e afetivos do bem-estar subjetivo se apresentam de forma consciente nas pessoas ao longo do tempo e nas diferentes situações vivenciadas, estando correlacionados com traços específicos e construtos da personalidade. Também, os resultados das pesquisas demonstram que os componentes do bem-estar se relacionam de forma diferenciada com os traços: o neuroticismo correlaciona-se com afetos desprazerosos; as metas pessoais têm uma correlação forte com os componentes cognitivos do bem-estar subjetivo; e a extroversão correlaciona-se moderadamente com o afeto prazeroso. Assim, os resultados das pesquisas demonstram que as pessoas são consistentes em seus padrões de reação e ainda demonstram que a tendência a vivenciar emoções fortes ou leves é estável ao longo do tempo. Tem-se, então, que existe uma série de fatores que

ora são preditores do bem-estar subjetivo e ora não. Outras pesquisas estão sendo feitas para melhor esclarecer estas ligações. Mas, além dos modelos da personalidade ligados ao bem-estar, outras teorias também tentam entender e explicar o construto bem-estar subjetivo que será apresentado logo abaixo (Oliveira, 2008).

2.4. Teoria das discrepâncias múltiplas e o bem-estar

Segundo Michalos (1985) e sua Teoria das Discrepâncias Múltiplas, a satisfação com a vida vem da comparação feita pelo indivíduo com padrões múltiplos. Para Costa e Pereira (2007), as comparações seriam uma função da discrepância entre o que alguém possui e:

- ao que aspira;
- o que outras pessoas importantes para ela/ele possuem;
- a melhor situação que teve no passado;
- o que esperava, há três anos atrás, ter agora;
- o que espera ter no futuro (daqui a, pelo menos, cinco anos);
- o que merece; e
- o que necessita (Costa e Pereira, 2007, p.76).

Assim, quando um sujeito realiza uma determinada comparação e consegue resultados positivos, este sente satisfação, por exemplo, quando conclui que o seu vencimento é superior ao do colega, ou quando se sente amorosamente mais realizado do que no passado. Mas, quando a comparação proporciona resultados negativos, ou seja, as qualidades do sujeito são piores do que aquelas às quais ele está comparando, isso resulta em insatisfação. Existe uma série de fatores que devem ser levados em conta nas comparações. Assim, parece que mais do que a discrepância entre as condições do sujeito e o padrão de comparação, o movimento que está sendo feito (ou não) e em que

direção é que determina o resultado de satisfação ou insatisfação com a vida (Diener, et al., 1999; Oliveira, 2008).

A Teoria de Discrepância afirma o óbvio: as pessoas que estão insatisfeitas com as suas vidas percebem as suas qualidades e a qualidade das suas vidas abaixo de um nível ou marco referencial, que reflete o seu passado, de outras pessoas, com normas, com outras pessoas etc. Neste sentido, na teoria da discrepância é a comparação que descreve para um determinado indivíduo o que significa satisfação com a vida. Assim, uma discrepância percebida negativa produz insatisfação, enquanto uma discrepância percebida positiva produz satisfação. Seguindo esta ordem de ideias, medir a discrepância é de fato medir a satisfação ou insatisfação. Emmons e Diener (1986) estudaram muitas dessas discrepâncias e descobriram que as comparações sociais foram, na maioria dos casos, os mais fortes preditores da satisfação. Em 21 das 22 comparações, eles encontraram que a comparação social foi um preditor da satisfação mais forte do que as aspirações ou as mudanças do passado (Emmons e Diener, 1986; Oliveira, 2008).

2.5. As teorias relativas ao processo adaptativo ou ao modelo do *hedonic treadmill*.

Segundo Diener (1995) não somente fatores ligados à personalidade podem produzir mudanças substanciais e de longa duração no BES, mas também circunstâncias ambientais podem ocasionar alterações significativas no BES. Isto é observado, sobretudo, quando se compara nações, grupos ou culturas em que as circunstâncias de vida podem ser muito diferentes.

A teoria da adaptação baseia-se em um padrão derivado da própria existência do indivíduo. Este padrão pode baixar ou elevar-se a qualquer nível, por qualquer conjuntura, sendo que apenas a superação deste nível produziria afeto (Diener, 1985).

Diener, et al. (1999) relatam situações de pessoas que sofreram graves acidentes, e que após poucos meses estavam adaptadas a sua nova condição.

As pesquisas de Brickman, Coates e Janoff-Bullman (1978) sobre o bem-estar tiveram como resultado que, passado um ano, os vencedores de jogos de loteria não eram mais felizes que os que não a tinham ganho e que as pessoas a quem um acidente deixara paraplégicas não eram consideravelmente menos felizes do que sujeitos que podiam andar sem problemas. Contudo, muitas críticas foram feitas a esta teoria da adaptação. Diener, Scollon e Lucas (2003), propõem cinco importantes revisões ao modelo do *hedonic treadmill*:

1. o *set point* – ou seja, o estado base dos sujeitos não é neutro, uma vez que a maior parte das pessoas é feliz (Veenhoven, 1994; Diener & Diener, 1996);
2. não só o estado base é em geral positivo, como varia de indivíduo para indivíduo;
3. a felicidade é analisada por vários campos cujos estados bases são diferentes e que podem mover-se em distintas direções (por exemplo, um indivíduo pode estar mais feliz com a sua vida familiar e mais infeliz com o seu emprego);
4. os níveis de base podem modificar-se para algumas pessoas, ou seja, o nível de felicidade pode alterar-se de forma permanente, o que constitui a revisão mais importante; e
5. existem diferenças individuais significativas na adaptação.

Apesar destas críticas, a ideia de adaptação é muito importante para a felicidade, bem como a ideia de que é difícil mudar o estado base dos sujeitos. É necessária a realização de mais estudos longitudinais para avaliar processos de adaptação, quer em eventos positivos quer em acontecimentos negativos (Diener et al., 2006).

2.6. Alguns estudos sobre o envelhecimento.

"Desenvolver força, coragem e paz interior demanda tempo. Não espere resultados rápidos e imediatos, sob o pretexto de que decidiu mudar. Cada ação que você executa permite que essa decisão se torne efetiva dentro de seu coração."
Dalai Lama

Com os resultados das últimas pesquisas, a tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A ideia de um processo de perdas tem sido substituída pelos entendimentos de que os estágios mais avançados da vida podem ser tempos propícios para novas conquistas, conduzidas pela busca do prazer e da satisfação pessoal. Os saberes acumulados e as experiências vividas são ganhos que proporcionam oportunidades de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas, estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos (Luft, 2005).

Assim, tanto as pesquisas com abordagens qualitativas quanto as pesquisas com abordagens quantitativas têm como resultados que os idosos se encontravam satisfeitos com a sua vida. Discorreremos abaixo sobre alguns desses estudos.

Resende, Ferreira, Naves, Arantes, Roldão, Sousa e Abreu (2010) realizaram uma pesquisa com um grupo de teatro do SESC em Uberlândia - *Os mais vividos* – com o objetivo de investigar o bem-estar subjetivo de idosos, averiguar a resiliência e analisar a percepção de suporte social dos engajados com o teatro. Participaram 12 idosos, que responderam os seguintes instrumentos: ficha de informação sócio-demográfica, medidas de bem-estar subjetivo, escala de resiliência (Pesce, Assis, Avaner, Malaquias & Oliveira, 2006), escala de percepção de suporte social (Siqueira, 2008). Os participantes desta pesquisa relataram um bem-estar subjetivo positivo indicado pela satisfação com a vida, afetos positivos e vitalidade. Nesta pesquisa, a satisfação com a vida está associada à autonomia, à valorização do lazer, à expectativa positiva com relação à vida futura e, além disso, os idosos do grupo estão

experimentando neste período da vida uma continuidade do crescimento pessoal, mesmo vivendo período de perdas e de declínio físico associados ao envelhecimento.

Os idosos desta pesquisa indicaram níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes, avaliados pela resiliência, nos aspectos de resolução de ações e valores que dão sentido à vida como: realização pessoal, amizade, satisfação e significado da vida; através de ideias de independência e determinação; autoconfiança e capacidade de adaptação à situação. Nos dados dessa pesquisa apareceu que quanto maior a idade, maior o grau de resiliência apresentado por ideias de independência e determinação. Outro resultado interessante, encontrado nesse estudo, foi que quanto mais os participantes experienciam afetos negativos, mais resilientes se tornam (Resende, et al., 2010).

Albuquerque, Sousa e Martins (2010) realizaram uma pesquisa para validar as escalas de satisfação com a vida (ESV) e de afetos positivos e negativos (EAPN) para idosos residentes em ambiente rural da Paraíba, Brasil. A amostra foi selecionada por amostragem não probabilística, foram 342 participantes de ambos os sexos, moradores do meio rural/urbano e rural/agrário. A coleta foi realizada nas residências dos participantes, sendo estas escolhidas de forma intencional, sendo o próprio aplicador assinalava as alternativas escolhidas. Como resultado da análise fatorial da escala ESV foi encontrado um único fator, entretanto, o item 5 (*se eu pudesse viver pela segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida*) não atingiu a saturação mínima de 0,30. Portanto, o item 5 mostrou-se inadequado para esta amostra de idosos. Além da dificuldade de entendimentos desta questão, outras questões também apresentaram certa dificuldade de serem entendidas pelos idosos, o que levou os autores a sugerirem adaptações para alguns itens desta escala (Albuquerque, et al., 2010).

Esta escala não se mostrou estável quando trata de avaliação de idosos, pois, ela apresenta muitas vezes limitações como a desejabilidade social dos indivíduos respondentes, bem como a existência de respostas conscientemente distorcidas. Já a escala de Afetos Positivos e Negativos se mostrou bastante clara e proporcionou um bom entendimento entre os pesquisados. A pesquisa demonstrou que ambas escalas são medidas simples e confiáveis para mensurar aquilo que pretendem.

Gouveia, Barbosa, Andrade e Carneiro (2005) realizaram uma pesquisa com os médicos do Brasil com o objetivo de validar e adaptar a escala de satisfação de vida – ESV, e avaliar a validade do construto. Esta pesquisa contou com a participação de 14.405 médicos das cinco regiões brasileiras com idade que variavam de 22 até 85 anos, sendo a sua maioria pertencente ao sexo masculino. Foi disponibilizado na internet um questionário eletrônico contendo seis blocos de pesquisas, nas quais incluíram a escala de satisfação com a vida. A ESV (Diener et al., 1985) que é composta por cinco itens que avaliam um componente cognitivo do bem-estar subjetivo (por exemplo, *na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal*). Na análise fatorial foi encontrada uma única dimensão, corroborando com outros resultados (Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985; Lewis et al., 1999; Pavot et al., 1991, citado por Gouveia, et al., 2005). Outros resultados desta pesquisa apontaram que a satisfação com a vida não é afetada pelo sexo, mas varia em função da idade, sendo que, os médicos mais velhos apresentaram maior satisfação com a vida e a consistência interna da escala foi boa.

Oliveira, Barbosa, Souza, Costa, Araújo e Gouveia (2009) realizaram um estudo quantitativo onde investigaram a relação entre variáveis demográficas e laborais com o bem-estar subjetivo, nomeadamente a satisfação com a vida. Participaram deste estudo 246 profissionais de três áreas de saúde, a saber: Enfermagem, Medicina e Psicologia – que atuam em João Pessoa, Paraíba. Responderam um livreto contendo seis

instrumentos, entre eles a escala de satisfação com a vida (foco deste estudo). Os resultados deste reuniram evidências empíricas que justificam similaridades e diferenças dentre os correlatos demográficos e laborais da satisfação com a vida entre algumas classes de profissionais que exercem seu ofício no âmbito da saúde.

Joia, et al. (2007) em investigação com 365 idosos no município de Botucatu-SP, investigaram os fatores associados ao grau de Satisfação com a Vida. Os resultados apresentaram que a maioria dos idosos estava satisfeita com sua vida em geral e em aspectos específicos, sendo que indicaram que o grau de satisfação com a vida estava associado a: valorizar o lazer como qualidade de vida; ter conforto domiciliar; acordar bem pela manhã; não referir a solidão; fazer três ou mais refeições diárias e referência de não possuir Diabetes Mellitus. Os pesquisadores descrevem ainda que a pesquisa de Xavier et al. (2003) obteve resultados semelhantes na cidade de Veranópolis (RS), onde 57,0% da população idosa analisada referiram valores significativos de satisfação com a vida. De tal modo que nessa pesquisa, a satisfação com a vida está associada à valorização do lazer como qualidade de vida, os participantes, mesmo aqueles que ainda trabalham, que são maioria, levam a vida de maneira a incorporar a atividade de dança e teatro como um aspecto relevante para a manutenção da saúde e bem-estar.

Dada a importância de se conhecer como a psicologia social pode contribuir para um bom envelhecimento, pesquisas sobre o envelhecimento, bem-estar e a satisfação com a vida devem ser realizadas e com a utilização de muitos enfoques. A presente tese visa contribuir para ampliar o conhecimento nesta área, os detalhes deste estudo serão apresentados a seguir nos resultados empíricos.

CAPÍTULO III
RESILIÊNCIA – A ARTE DA SUPERAÇÃO

3.1. O construto resiliência: a origem

*O verdadeiro homem mede a sua força, quando se defronta com o obstáculo.
Antoine de Saint-Exupéry*

Mas o que significa o termo resiliência? Como ele surgiu? Como e por que a ciência do comportamento humano passou a utilizá-lo?

Segundo Pinheiro (2004) a palavra resiliência vem do latim *resiliens*, denota a capacidade de “saltar para trás”, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Nos países de origem inglesa, *resilient* remete à ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação.

Nos dicionários brasileiros mais atualizados, a palavra *resiliência* é assim apresentada:

1. O Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, versão digital (2004), traz as seguintes definições para a palavra “resiliência”: “Resiliência [do ingl. resilience] S.f. 1. Fís. Propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora de uma deformação elástica. 2. Fig. Resistência ao choque”.
2. O dicionário Michaelis, versão on line, disponível no site da UOL, traz os seguintes significados para a palavra resiliência: 1. Ato de retorno de mola; elasticidade. 2. Ato de recuar (arma de fogo); coice. 3. Poder de recuperação. 4. Trabalho necessário para deformar um corpo até seu limite elástico.
3. Encontra-se nos dicionário Aulete (versão on-line da UOL) três significados atribuídos à palavra resiliência pelas engenharias, na área da ecologia e pela psicologia. Assim, a palavra resiliência pode ser entendida como:
4. “Fís. Propriedade de um material retornar à forma ou posição original depois de cessar a tensão incidente sobre o mesmo, determinada pela quantidade de energia devolvida após a deformação elástica, ger. medida em percentual da energia

recuperada que fornece informações sobre a elasticidade do material. 2. P.ext. Ecol. Capacidade de um ecossistema retornar à condição original de equilíbrio após suportar alterações ou perturbações ambientais. 3. Fig. Habilidade que uma pessoa desenvolve para resistir, lidar e reagir de modo positivo em situações adversas. [F.: Do lat. *resilientia*, part. pres. De *resilire*.]”.

Em artigo de 2005, Yunes e Szymanski afirmaram que a palavra resiliência e seus significados ainda soam como ilustres desconhecidos para a grande maioria das pessoas (2005, p. 1). Ainda hoje, não é um termo que se tornou usual no cotidiano dos brasileiros.

O estudo da resiliência, na Europa francófona, levou à atribuição de uma significação acurada a esse objeto de estudo, assim, explicitam-na como a capacidade de vencer, de viver, e, de forma concomitante, desenvolver-se positivamente, de maneira socialmente aceitável, mesmo durante um período de estresse ou em uma adversidade que normalmente possibilitaria o grave risco de uma solução negativa (Poletti & Dobbs, 2007).

Em relação à literatura brasileira, pode-se dizer que há um consenso a respeito da origem do conceito da resiliência, ele teria sido tomado das ciências exatas, mais especificamente do campo da resistência dos materiais, enquanto os pesquisadores precursores do tema – os ingleses e os norte-americanos – nada dizem a respeito da origem dessa palavra, nem comentam sobre ser um termo originado da física ou sobre o termo “resiliência” ter sido “importado” dessa disciplina (Angst, 2009; Assis e cols., 2006; Balancieri, 2007; Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011; Couto-Oliveira, 2007; Junqueira & Deslandes, 2003; Libório, Castro, & Coêlho, 2006; Poletto, 2007; Poletto & Koller, 2006, 2008; Souza & Cervený, 2006a, 2006b; Trombeta &

Guzzo, 2002; Yunes, 2003; Yunes, et al., 2005; Yunes & Szymanski, 2001, entre outros).

Diversos autores (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1985) descrevem que já em 1974, E. J. Anthony, um psiquiatra infantil, empregou o termo invulnerabilidade para descrever crianças que, apesar dos longos períodos enfrentando adversidades e estresse psicológico, apresentavam boa saúde emocional e alta competência pessoal. Alguns anos depois, começaram a discutir a aplicação do termo invulnerável, pois o uso do termo podia sugerir a existência de crianças totalmente imunes a qualquer tipo de desordem, independentemente dos acontecimentos do dia a dia (Brandão, et al., 2007; 2011; Vieira, 2010; Yunes, 2003).

Rutter (1985, 1993a), um dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da Psicologia, afirma que a resiliência difere do termo invulnerabilidade e/ou invencibilidade, pois estas últimas podem apresentar uma ideia de resistência incondicional ao estresse, tornando-a uma característica imutável, enquanto que a resiliência é uma capacidade pessoal para elaborar estratégias de ação e de agir, de acordo com seus objetivos, mantendo a autoestima, a confiança, o otimismo e acreditando na sua autoeficácia. Segundo Rutter (1985, 1993), os resilientes são indivíduos que possuem habilidade de suportar, passar por período de mudanças e situações sociais adversas de forma adaptada e positiva (Rutter, 1985, 1993 a, b).

Fantova (2008) organizou um quadro que esclarece o pensamento de Rutter quanto às diferenças existentes entre os termos invulnerabilidade e resiliência:

Invulnerabilidade	Resiliência
A invulnerabilidade parece implicar resistência absoluta a danos.	Ninguém tem uma resistência absoluta, todo mundo tem seus limites.
Aplica-se a todos os incidentes ou fatores de risco.	As características que tornam uma pessoa resiliente variam dependendo da situação desfavorável.
A invulnerabilidade é uma característica intrínseca do indivíduo.	Resiliência começa em um contexto social.
É uma característica constante.	As mudanças podem influenciar o desenvolvimento da resiliência.

FIGURA 5

Diferenças entre invulnerabilidade e resiliência. Fantova, 2008 p. 54 – Tradução livre

Portanto, um indivíduo para ser considerado resiliente não precisa ser invencível, infalível, mas sim, identificar a melhor atitude a ser tomada frente a um determinado contexto, enfrentá-lo positivamente e conseguir sair fortalecido de eventos, ou de adaptar-se (Assis, et al., 2006; Pinheiro, 2004).

De acordo com Flach (1991), a vida exige o tempo todo que as pessoas operem mudanças e para que isso ocorra de forma resiliente, é necessário o funcionamento de um conjunto de forças psicológicas e biológicas que tornam as pessoas aptas a encarar a realidade da vida de forma positiva e produtiva.

Ainda segundo o autor:

existem certas características na personalidade resiliente: criatividade; capacidade de suportar a dor; percepção de si próprio e das coisas que estamos passando em determinada fase de nossas vidas; independência de espírito; autorrespeito; habilidade de recuperar a autoestima quando essa diminuiu ou foi temporariamente perdida; capacidade de aprender; habilidade de fazer e manter amizades. (Flach, 1991, p.11).

Segundo Flach (1991), tanto as estruturas familiares, quanto as condições de trabalho e ainda, a cultura apresentam características que podem enfraquecer ou reforçar, nas pessoas, a capacidade da resiliência. A autora entende que na contemporaneidade não existem mais entidades rígidas ou tradicionais como a família, a igreja, a escola etc., portanto, várias instâncias simbólicas foram esvaziadas, o que resultou num processo de mudanças de valores e de referências e isso pode possibilitar às pessoas ter atitudes resilientes.

Os resilientes são indivíduos hábeis, sabem agenciar, trocar e se adaptam aos novos acontecimentos, mesmo que estes sejam geradores de estresse ou traumas (Taboada, Legal & Machado, 2006). São aqueles indivíduos que se conservam

positivamente com autoeficácia, autoestima, motivação e otimismo, mesmo nos momentos atribulados ou quando estão passando por situações desfavoráveis, eles não apresentam patologias mentais ou sociais.

Grunspun (2008) define a resiliência como “a capacidade humana de se recuperar e se superar, ou ser imune psicologicamente quando é submetido à violência de outros seres humanos ou a estresses das catástrofes da natureza” (p.61). Para ele, o resiliente é aquele indivíduo que tem conhecimento dos riscos, escolhe as atitudes e consegue usar os fatores de proteção existentes internamente ou dentro da sua família ou no ambiente em que vive.

Segundo Masten e Gewirtz (2006) a resiliência refere-se primeiramente a uma variedade de fenômenos, por exemplo, a recuperação após a perda de um ente querido (pai, irmão, amigo e outros), normalização do comportamento adotado por uma criança que sofreu *bullying* na escola, entre crianças que crescem em situações de pobreza ou de perigos. Para os pesquisadores, a resiliência também é uma construção inferencial que envolve julgamentos humanos sobre aquilo que eles desejam ou que não desejam, bem como definições sobre o que é ameaça e risco. Está associada aos comportamentos adaptativos, mas não significa que esses comportamentos sejam sempre manifestações de resiliência, pois para que seja resiliência, o comportamento precisa estar associado a fatores de risco e à adversidade.

Outro argumento considerado especial para formular um conceito de resiliência é o que Cyrulnik (2001) define como o próprio ato de “tricotar recursos profundos”, ou seja, a resiliência não é uma mera adaptação às feridas psíquicas, mais do que isso, ela é a capacidade que uma pessoa desenvolve e que lhe permite ter uma nova atitude frente a uma dor. “*A resiliência é a arte de navegar nas torrentes*” (Cyrulnik, 2004, p. 207).

Neste sentido, o indivíduo resiliente é aquele que tem a capacidade de recuperar-se e de moldar-se a cada novo obstáculo e a cada desafio. É aquele que explora as suas habilidades pessoais, interpessoais, e as forças internas que auxiliam na arte de crescer e aprender em situações de adversidade. Não significa um retorno a seu estado anterior, mas sim a superação, a adaptação diante de uma dificuldade ou situação de risco. Neste sentido, a resiliência pode ser considerada como um construto bidimensional, envolvendo ao mesmo tempo a exposição aos mecanismos de risco e a adaptação a uma nova situação, ou seja, um crescer em algo novo. Mas para Minello (2010), a resiliência é um “fenômeno simples” (Minello, 2010).

A resiliência é construída ao longo do tempo, em uma história. Ela não é um estado fixo, um acabamento final, é sim um processo, sendo sempre contada como a história de uma vida. Este é um conceito especial de resiliência, pois reafirma a capacidade do ser humano de superar as situações traumáticas, as dificuldades cotidianas, ou mesmo aponta para o fim das leituras deterministas, colocando um fim aos rótulos, fatalismos, estigmas. Portanto, mesmo aqueles indivíduos que passaram por adversidades em várias fases da sua vida ou que vivenciam relações hostis podem superar, curar, sem ficar com qualquer sequela de ordem psíquica ou comportamental (Junqueira & Deslandes, 2003).

A resiliência pode ser desencadeada ou pode se dissipar em determinados momentos da vida, ela não é uma capacidade inata, ou herdada, e sim adquirida, que se torna perceptível quando da ocorrência de fato traumático, pela retomada do processo de desenvolvimento do indivíduo, como um indício de reparação da ruptura ou da violação na personalidade que o trauma pode ocasionar (Cecconello, 2003; Cyrulnik, 2004; Junqueira & Deslandes, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes, 2003; Yunes & Szymansky, 2001).

Mas, para ser um indivíduo desenvolver a resiliência, há um preço a pagar que é o de passar por uma adversidade, pois os resilientes são aqueles que quando feridos possuem as competências necessárias para curar a ferida e cicatrizá-la. Podem ter sido golpeados, abusados, humilhados durante toda sua vida, mas se tornam pais carinhosos, profissionais competentes, criativos, independentes e manifestam inteligência e compaixão. (Poletti & Dobbs, 2007).

Para Walsh (2005), “a resiliência pode ser definida como a capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos” (Walsh, 2005, p.4). Para esta autora, a resiliência envolve a capacidade de superar os golpes que o destino apresenta ao longo da vida e as respostas fogem muito daquilo que é o esperado ou que culturalmente é alimentado. O indivíduo resiliente ou a família resiliente consegue superar os eventos adversos, muitas vezes produzindo respostas inesperadas, diferenciadas daquelas que são estabelecidas ou ditadas pela cultura, e, assume outras posturas diferentes daquelas que, por muito tempo, influenciaram a todos. Para a autora “a resiliência é forjada pela abertura a experiência e a interdependência com outras pessoas” (Walsh, 2005, p.4).

A questão central dos estudos de Walsh (2005) é a resiliência familiar que, segundo ela, refere-se aos processos de enfrentamento e adaptação na família com *uma unidade funcional* (grifos da autora). Uma perspectiva sistêmica nos permite compreender como os processos familiares intervêm no estresse e permitem à família superar a crise e enfrentar dificuldades prolongadas (Walsh, 2005, p. 14). Esta autora define a resiliência como uma “resiliência relacional”.

A resiliência familiar envolve a trajetória da família no sentido de que esta responde positivamente, com prosperidade, e se adapta a situações estressantes ou de risco, tanto no presente como ao longo do tempo. O pertencimento a uma família muitas

vezes pode ser considerado tanto uma situação de proteção quanto de risco, pois em uma família numerosa podem haver discórdias conjugais ou doença mental de um dos pais, entre outros. Sendo estes fatores associados a psicopatologia, podem levar ao desenvolvimento na criança e nos adolescentes de comportamentos delinquentes. Já as famílias que apresentam coesão, aconchego, estabilidade, nas quais as relações entre pais e filhos são permeadas pelo afeto, cuidados e disciplina têm mais probabilidade de terem filhos resilientes (Hawley & DeHaan, 2004).

Windle, Bennett e Noyes (2011) afirmaram que a resiliência pode ser a chave para explicar como as pessoas conseguem ao longo da vida “se recuperar” e lidar com os vários desafios que se apresentam desde a infância e pode ocorrer até a idade mais avançada, por isso, mesmo em famílias consideradas de risco, os seus filhos podem superar as adversidades a partir da utilização dos recursos internos individuais, interacionais e ambientais.

Grotberg (2005) detalha oito *novos enfoques e descobertas* obtidos a partir do conceito de resiliência, que definem este como um conceito ligado ao desenvolvimento e ao crescimento humano:

1. A resiliência está ligada ao desenvolvimento e ao crescimento humano, incluindo diferenças etárias e de gênero;
2. Promover fatores de resiliência e ter condutas resilientes requerem diferentes estratégias;
3. O nível socioeconômico e a resiliência não estão relacionados;
4. A resiliência é diferente dos fatores de risco e dos fatores de proteção;
5. A resiliência pode ser medida; além disso, é parte da saúde mental e da qualidade de vida;

6. As diferenças culturais diminuem quando os adultos são capazes de valorizar idéias novas e efetivas para o desenvolvimento humano;
7. Prevenção e promoção são alguns dos conceitos relacionados à resiliência; e
8. A resiliência é um processo: há fatores de resiliência, comportamentos resilientes e resultados resilientes (Grotberg, 2005, p. 15).

Nesta perspectiva, entende-se que a resiliência pode e deve ser promovida. As características de temperamento presentes desde o nascimento podem ser moldadas, somando-se aos fatores ambientais, os quais podem ser adquiridos, promovidos e modificados. E ainda, como Grotberg (2005) ressalta, “A conduta resiliente exige se preparar, viver e aprender com as experiências adversas, como mudança de um país, doença ou abandono” (p.15).

Como anteriormente mencionado, a resiliência é um processo em que há fatores, comportamentos e resultados resilientes. Tais fatores são expostos pela autora como: “Eu tenho” (apoio), “Eu sou” (confiante), “Eu estou” (disposto), “Eu posso” (adquirir habilidades interpessoais para resolução de problemas), e este, estes fatores podem ser desenvolvidos nas diferentes faixas etárias (Grotberg, 2005).

As diferentes definições do conceito de resiliência enfatizam muitas características do sujeito resiliente, tais como: habilidade, adaptabilidade, baixa sensibilidade, capacidade, condutas vitais positivas, resistência à destruição, temperamento peculiar, enfrentamento efetivo e habilidades cognitivas, entre outras. Entretanto, estas características para serem consideradas como próprias da resiliências devem aparecer ou ser desenvolvidas durante situações vitais estressantes ou de adversidades (Melillo, Estamatti & Cuestas, 2007).

Melillo, Estamatti e Cuestas (2007) referem-se aos atributos que aparecem com frequência nas pessoas que são consideradas resilientes, instituídos como os pilares *da resiliência*.

Esses mesmos atributos são trabalhados por Wolin e Wolin (1993) sob a forma de uma mandala, expressão frequentemente utilizada pelos Índios Navajos do Sudoeste dos Estados Unidos da América para mencionar a força interna do indivíduo em frente às situações adversas. Outras culturas e religiões também apresentam a mandala como elemento integrante, representado o equilíbrio, o processo de evolução e a harmonia entre o ser e o cosmo. Uma mandala pode transmitir um sentido de paz e equilíbrio internos, por isso, a analogia pode ser feita, pois estes atributos são importantes nos momentos em que ocorrem as situações adversas e as tomadas de decisões resilientes (Arciniega, 2005).

A Mandala das Resiliências é constituída por sete aspectos fundamentais, sendo elas:

- A *tomada de consciência* – que é a capacidade de introspecção (Insight) – diz respeito à capacidade do indivíduo de se autoquestionar para identificar os problemas e suas raízes, obter respostas internas honestas e também permanecer sensível aos sinais fornecidos pelas pessoas próximas;
- A *independência* – alude à competência para estabelecer limites entre si mesmo e as situações adversas, baseada na capacidade de distanciar-se (romper) física e emocionalmente das relações de má qualidade;
- *Capacidade de relacionamento* – ou seja, ter a competência para estabelecer laços significativos e satisfatórios com os outros, capacidade de escolher parceiros com boa saúde mental;

- *Iniciativa* – diz respeito à capacidade do indivíduo para se colocar à prova perante tarefas gradualmente mais exigentes, e controlar seu ambiente tendo prazer ao realizar atividades construtivas. Requer a competência para enfrentar problemas, bem como exercer controle sobre os mesmos;
- *Criatividade* – diz respeito à competência individual para gerar ordem e harmonia a partir do caos ou da desordem, pensar de forma diferente, esquecer o sofrimento e externar de forma positiva suas emoções.
- *Humor* – cujo objetivo é minimizar as tensões, traduz-se basicamente na capacidade do indivíduo para encontrar traços cômicos numa situação trágica ou negativa;
- *Ética ou moralidade* – é a guia da ação, pois traduz-se na capacidade para manter uma vida pessoal satisfatória, ampla e rica, pautada pela consciência moral, pela capacidade de comprometimento com valores, bem como pela discriminação do bem e do mal (Poletti & Dobbs, 2010).

Segundo Poletti e Dobbs (2010), essas resiliências podem ajudar aos profissionais – como, professores, assistentes sociais e profissionais da área de saúde – a enxergar onde as pessoas encontram as suas forças para enfrentar situações que muitas vezes são marcadas por um cotidiano de milhares de pessoas convivendo e sendo envolvidos por uma verdadeira teia de riscos que inclui desde transtornos mentais, doenças, abuso de substâncias psicoativas, gestação precoce e não planejada, famílias desestruturadas, diferentes formas de violência, desemprego, miséria, políticas de saúde e educação ineficientes, perda das referências de apoio e mesmo o simples fato de envelhecer.

Neste trabalho, considera-se resiliência a ideia conjunta das definições acima abordadas, ou seja, resiliência é a construção que permite articular, entre si, a

capacidade pessoal com aspectos genéticos e com as condições sociais, na resistência e na superação de situações adversas como um todo e de problemas de uma área específica da vida.

3.2. A resiliência e as diferentes abordagens nas diversas áreas do conhecimento

*"Estou convencido das minhas próprias limitações - e esta convicção é minha força."
Mahatma Gandhi*

A resiliência vem sendo pesquisada por várias áreas de conhecimento. Diversos estudiosos, com suas pesquisas, contribuíram para o avanço do conhecimento sobre este construto, elaborando os diferentes conceitos e também discorrendo em seus trabalhos sobre os princípios que os nortearam. O interesse sobre este construto está se generalizando, estudos vêm sendo realizados em diferentes países, trazendo um panorama do envelhecimento bem-sucedido no mundo todo e trazendo a importância da resiliência, no referido panorama.

Em um mundo marcado pelo aumento de instabilidade, desordens e turbulências, a resiliência é um tema de crescente relevância. É considerada uma importante competência do ser humano para auxiliar as pessoas a buscar os recursos internos e ambientais que o capacitem para a resolução de conflitos e para a superação de problemas quando ocorrem os eventos adversos ou estressantes. Este conceito que vem sendo adotado em diferentes áreas do conhecimento, dentre outros, a Informática, a Educação, a Administração, a Saúde, a Saúde Pública, a Medicina, a Psiquiatria, e também a Psicologia, que é área deste estudo.

Em ciências **econômicas**, a resiliência está vinculada à capacidade da economia em resistir e conseguir crescer em um ambiente turbulento (Gallo, et al., 2012). Nas ciências **ambientais** trata-se da capacidade de alterar os domínios de estabilidade diante de uma perturbação e assim conseguir firmar-se, estabilizar-se, ou seja, manter-se (Trajano, 2010). Na **administração**, ou seja, no contexto do trabalho e das

organizações, a resiliência está atrelada à construção de recursos adaptativos, visando preservar e melhorar a relação saudável entre o ser humano e o ambiente em que trabalha, pois mesmo sendo um ambiente onde ocorrem muitas rupturas, a empresa resiliente é aquela que prima pela superação dos conflitos trazendo ganhos para os trabalhadores e para si mesma (Barlach, Limongi, e Malvezzi 2008).

Em **Informática**, a resiliência é a capacidade do sistema operacional ou computacional de funcionar apesar das falhas de qualquer elemento, o que lhe permite renascer superando obstáculos (Collin, 2004). Em Educação, a resiliência é entendida como algo que pode ser ensinado e aprendido, podendo estar atrelada à probabilidade de aumentar o sucesso na escola, diminuir a violência mesmo frente às adversidades vivenciadas, desenvolver a habilidade para conduzir situações a seu favor e proporcionar o crescimento em todos os sentidos (Sapienza & Pedromônico, 2005; Yunes & Szimansky, 2001). Para Infante (2006), adversidade é a reunião de vários fatores de risco (como viver na pobreza) ou é representada por uma situação específica de vida, como, a morte de um familiar.

Em relação à Saúde Pública, a resiliência aparece como contraponto aos conceitos de vulnerabilidade e é muito utilizada para subsidiar programas de intervenção e políticas públicas no âmbito da saúde mental, sendo que a principal preocupação dos pesquisadores desta área reside em identificar fatores que auxiliam as pessoas a conservar um desenvolvimento saudável na presença das adversidades (Noronha, Cardoso, Moraes & Centa, 2009).

Em Psicologia, a resiliência tem sido estudada há mais de trinta anos, está atrelada à grande mudança do paradigma, quando emergiram pesquisas que priorizavam aspectos como a felicidade, o otimismo, o coping, o altruísmo, a esperança, o amor romântico e outras emoções positivas. Este movimento ficou conhecido como

psicologia positiva e significou um rompimento com o viés negativo que era predominante na ciência do comportamento e sobre o desenvolvimento humano. Assim, novas metodologias começaram a ser construídas e foram edificando novos métodos e novos enfoques em estudos sobre os aspectos positivos inerentes aos indivíduos (Aznar-Farias & Oliveira – Monteiro, 2006; Taboada, Legal, Machado, 2006, Yunes, 2003).

A resiliência é um dos construtos provenientes desta nova concepção, seus estudos vêm se ampliando nos últimos 40 (quarenta) anos, contudo sua definição ainda não é clara, mas a vasta literatura produzida permite visualizar um campo de investigação que se preocupa com a adaptação e a superação do sofrimento humano em diferentes contextos (Assis, Pesce, & Avanci, 2006; Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011; Yunes, 2003).

Os primeiros trabalhos sobre resiliência tinham como objetivo pesquisar crianças expostas à situação de grande risco e vulnerabilidade social (Brandão, et al. 2011). Buscavam perceber a capacidade dessas crianças de responder positivamente às situações adversas que estavam vivenciando, mesmo quando enfrentavam situações que traziam risco para sua saúde e/ou seu desenvolvimento (Silva, Elsen, Lacharité, 2003). Dentre esses, o pioneiro foi o estudo longitudinal coordenado por Werner (1995) que investigou durante 32 anos uma geração de 698 crianças nascidas na ilha de Kauai-Hawai (EUA) em 1955. A pesquisa acompanhou aproximadamente um terço destas crianças (n= 201), que viviam em situações consideradas de alto risco, provenientes de famílias pobres, ou em lares onde havia desavenças, instabilidade familiar e problemas de saúde física e mental dos pais.

Para a surpresa das pesquisadoras, uma parcela significativa de crianças que viviam em famílias que possuíam alguns distúrbios como alcoolismo, violência e

distúrbios mentais não desenvolveu nenhum problema de comportamento ou de aprendizagem. Este fator foi essencial para que os estudiosos se debruçassem e enfocassem seus estudos nestas crianças possuidoras de algo diferente ou especial, ou seja, eram “crianças resilientes” (Yunes, 2003).

Segundo Silva, Elsen, Lacharité (2003) a resiliência é concebida como uma competência individual que se apresenta a partir das interações entre o sujeito, o ambiente e a família, mas essa não é uma competência que se apresenta somente no sujeito, ela também se apresenta em algumas famílias, instituições (escolas, empresas, países etc.) ou mesmo em algumas sociedades. Para estes autores, a resiliência é um fenômeno complexo, que envolve múltiplos contextos com os quais os indivíduos se inter-relacionam de forma direta ou indireta e devido aos quais apresentam diferentes visões sobre os eventos estressantes.

Em todo mundo tem crescido o número de pesquisas sobre a resiliência, muitas mais abordagens foram surgindo, algumas enfocam a resiliência como um processo dinâmico de adaptação positiva, outras como um traço de personalidade ou qualquer atributo estável do indivíduo (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Simões, 2007), outras, ainda enfocam os comportamentos resilientes (Masten e Powell, 2003). Se na sua fase inicial o enfoque eram as crianças que viviam em grande situação de risco, atualmente, as pesquisas se pulverizaram e englobam vários espaços (empresas, escolas, hospitais, abrigos de idosos etc.), buscando compreender como atuam os profissionais resilientes, como por exemplo, os professores (Barbosa, 2006), os enfermeiros (Sória, Souza, Moreira, Santoro & Menezes, 2006), ou ainda, como a resiliência se apresenta em pessoas que participam de redes de apoio social (Ferreira, et al., 2011), em crianças com transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade (Regalla, Guilherme & Serra-Pinheiro,

2007), ou em crianças que vivem em situação de extrema pobreza (Cecconello & Koller, 2003; Koller, 2000; Yunes, 2001).

Na literatura (Assis et al., 2006; Balancieri, 2007; Couto-Oliveira, 2007; Junqueira & Deslandes, 2003; Libório, et al., 2006; Poletto, 2007; Poletto & Koller, 2006, 2008; Souza & Cervený, 2006a, 2006b; Trombetta & Guzzo, 2002; Yunes, 2003; Yunes, et al., 2005, entre outros), a resiliência aparece como um construto em desenvolvimento e estando em fase inicial de investigação, a ciência ainda precisa buscar soluções metodológicas e assumir novos paradigmas capazes de explicar o funcionamento deste fenômeno (Angst, 2009; Poletto & Koller 2008; Yunes & Szymanski, 2005).

A resiliência é considerada como um construto amplo, complexo, dinâmico e multifacetado, o construto pode ser medido por muitos instrumentos que adotam o enfoque quantitativo e ainda adentra as diferentes abordagens e metodologias das pesquisas qualitativas. Além disso, muitas dessas pesquisas trazem as trajetórias de vida dos resilientes, o que reforça a relevância deste constructo para a compreensão dos processos psicológicos que explicam as estratégias construídas pelos indivíduos, pelas sociedades e pelas instituições para conseguir a adaptação e/ou superação de adversidades (Yunes, 2003).

Segundo Souza e Cervený (2006 b.), entre os principais interesses dos estudos sobre a resiliência destacam-se:

“1) verificação e compreensão de características pessoais e processos de superação e enfrentamento; 2) construção de instrumentos e metodologias para a avaliação da resiliência; 3) compreensão dos significados atribuídos à resiliência; e, 4) projetos de intervenção visando desenvolver ou fortalecer a resiliência” (Souza & Cervený b, 2006, p. 123).

Do ponto de vista psicológico, a resiliência pode ser associada a diferentes recursos pessoais, como exemplo, autoeficácia, autoestima, autocontrole, otimismo etc. Os indivíduos resilientes possuem tendência de apresentar um evidente comportamento adaptativo, especialmente aqueles relevantes para alcançar, reter ou recuperar a saúde física, psicológica ou emocional após um evento estressante ou que ajude a não sucumbir à doença (Resnick & Inguito, 2010).

As pesquisas sobre a resiliência revelaram a multiplicidade de respostas adaptativas que se apresentam frente às adversidades e estas complexidades podem ser atestadas pelas diferentes respostas produzidas pelos indivíduos expostos à situação de risco e as suas capacidades de conquistar o crescimento psíquico e comportamental (Angst, 2009; Assis, et al., 2006; Pinheiro, 2004).

A resiliência sempre existiu na história da humanidade, ela se apresenta em homens e mulheres no momento em que se deparam com adversidades, precisam superá-las ou subjugar uma situação de infelicidade. Cotidianamente, algumas pessoas resistem, se adaptam, conseguem a superação dos maus eventos e, ainda procuram buscar novos caminhos optando por ter uma visão positiva dos episódios significativos da sua vida, de tal modo que, mesmo diante de qualquer circunstância difícil, elas conseguem viver bem ou sair fortalecidas e transformadas, mas não saem ilesas.

E, ainda, pode-se conjecturar que não existe qualquer certeza sobre as ações dos seres humanos, pois os mesmos indivíduos podem dar diferentes respostas nas diversas fases vividas. Assim, nada garante que aqueles indivíduos que atingiram o critério da resiliência num dado momento, respondam da mesma forma e consigam manter-se resilientes constantemente (Masten & Powell, 2003; Simões, 2007). Por isso, é importante salientar que a resiliência não pode ser considerada um escudo protetor, que impedirá que qualquer problema atinja essa pessoa, tornando-a resistente e/ou imune a

todas as adversidades. Não existe uma pessoa que É resiliente, mas sim que ESTÁ resiliente (Angst, 2009).

3.3. A resiliência como um desafio para o novo milênio

Não há uma existência humana plenamente feliz e completamente protegida das incertezas da vida (senso comum).

Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011) caracterizaram três correntes de pesquisadores que voltaram a atenção para o fenômeno resiliência: a norte-americana ou anglo-saxônica, a europeia e a latino americana. Surgidas em diferentes contextos sociais, culturais e geográficos, apesar de ter aspectos em comum, cada uma enfatiza características diferentes.

3.3.1. Escola anglo-saxônica ou norte-americana.

A primeira corrente, a *norte-americana*, seria mais pragmática, está mais focada no indivíduo, e toma como avaliação da resiliência dados observáveis e quantificáveis. Frequentemente esta corrente tem aderido ao enfoque behaviorista ou ecológico transacional. A resiliência, aqui, é sempre vista como produto da interação entre o sujeito e o meio em que está inserido. Segundo Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011), os estudos sobre a resiliência nos países anglo-saxões emergiram num momento de *Zeitgeis* ou “espírito do tempo”, o que contribuiu para suscitar, no fim dos anos 1970, a mudança do foco na psicologia e a emergência dos estudos da resiliência. Eles definiram *Zeitgeist* como um “conjunto de opiniões, que dominam um momento específico da história e que, sem nosso saber, ou inconscientemente, formam o pensamento de todos os que vivem em seu contexto” (pp.266 e 267).

O *Zeitgeist*, para o historiador Eric Hobsbawn, representou, no panorama mundial, o momento em que o mundo perdeu suas referências e resvalou para a instabilidade e a crise (Hobsbawn, 1995).

Foi neste contexto de aumento de pobreza e riscos, de desmobilização social, de transformações de valores morais e de maior valor do indivíduo sobre a coletividade que proliferaram os estudos sobre a resiliência. Esta foi entendida nesse início como um atributo pessoal e dentro de uma perspectiva individualista e de um novo paradigma da psicologia. Expressões com “resiliência”, “força do ego” etc. foram se tornando constantes na linguagem científica dos países anglo-saxões (Junqueira & Deslandes, 2003).

Já no prefácio da obra de Brandão et al. (2011) Werner e Smith (1989) esclareciam que a sua pesquisa se juntava a outras que estavam sendo realizadas dentro de um novo paradigma que emergiu nas ciências sociais, e ao examinar crianças em risco e sua vulnerabilidade, conseguiram avançar mais ainda nas pesquisas no momento em que passaram a examinar o *coping*, o crescimento conquistado por aquelas crianças, que mesmo vivendo em situação de risco e pobreza, conseguiam o sucesso (Brandão, et al., 2011).

3.3.2. A Escola europeia

A escola Europeia assume uma perspectiva ética, mais relativista e com enfoque psicanalítico, adotando a visão do sujeito como importante para a avaliação da resiliência. Para esta corrente, o grande interesse é entender a maneira como os indivíduos fazem suas escolhas ao longo da vida, sua capacidade de recuperar-se e adaptar-se a diferentes meios, constituindo-se como sujeito na diversidade, nas experiências vividas e na sua capacidade de seguir projetando-se ao futuro apesar de acontecimentos desestabilizadores, de condições de vida difícil e de traumas por vezes graves (Brandão, et al., 2011; Fantova, 2008).

De acordo com Fantova (2008), esta corrente parte do princípio de que a resposta do indivíduo frente às adversidades transcende os fatores do meio, ela é sim

“tecida”, construída a partir da própria dinâmica psicológica da pessoa. Afirmam que ter resiliência é recuperar-se, seguir em diante frente a uma doença, estresse ou trauma. É vencer provas e crises da vida.

Seus principais representantes são: Bonanno, Cyrulnik, Manciaux, Vanistendael, Tomkiewicz (Fantova, 2008).

3.3.3. Corrente latino americana.

O tema resiliência foi introduzido na América Latina recentemente, a partir de projetos financiados pela fundação Bernard Van Leer em 1994, no Chile, Brasil, Peru e, em seguida, na Argentina. Entre esses países, destaca-se o estudo desenvolvido no Peru por Kuisqa Wawa com crianças que viviam em situação de maus tratos, sendo seu enfoque a perspectiva da promoção de fatores de proteção (Infante, 2005).

A corrente latino-americana tem suas raízes na epidemiologia social, talvez pelo fato de que as condições de pobreza e a concentração de renda, próprios dos países em vias de desenvolvimento, gerem um aumento da insegurança e, portanto, da vulnerabilidade. Este pode ter sido um importante fator que influenciou as pesquisas latino-americanas a mudar o enfoque, não mais estudando a resiliência somente como resistência ao estresse, mas sim pesquisando a resiliência no sentido de superação e como um fenômeno de recuperação (Brandão, et al., 2011; Fantova, 2008; Souza & Cervený, 2006 b.).

Proliferaram estudos na América Latina enfocando a resiliência como resposta do sujeito às adversidades, como capacidade de recuperação. A resiliência implica em crescimento pessoal, na superação do que se era, e ainda, para muitos pesquisadores desta corrente, é um escudo protetor que contribui para uma adaptação positiva dos indivíduos (Brandão, et al., 2011; Fantova, 2008; Souza & Cervený, 2006b.).

Em consequência dessa concepção, os sujeitos de pesquisa escolhidos para participar podem ser tanto sujeitos que sofreram qualquer tipo de estresse e se recuperaram, quanto aqueles que não passaram por situações de muito estresse, ou seja, são indivíduos que permanecem bem o tempo todo.

Assim, no mundo, o fenômeno da resiliência, mesmo tendo uma nomenclatura única, é estudado de diferentes maneiras e com diferentes abordagens e essas diferenças trazem consequências importantes para os projetos de intervenção social que utilizam do conceito.

Considerando a amplitude das pesquisas sobre resiliência, e as controvérsias a respeito do conceito em si, sugere-se que sejam realizados levantamentos e revisões da literatura focalizados em temas específicos. Pois através da coletânea por temas específicos poder-se-á compreender com mais profundidade como a resiliência tem sido conceituada e aplicada, particularmente na realidade brasileira.

3.4. Resiliência e a interface com o envelhecimento

*"Reconhece a queda
Mas não desanima
Levanta, sacode a poeira
E dá volta por cima."
(Trecho da canção
Volta por Cima, de Paulo Vanzolini)*

Para muitos autores, a velhice apresenta-se como uma fase desafiadora, não somente do ponto de vista fisiológico e social, mas também psicológico e existencial. Envelhecer bem ou exitosamente requer um intenso trabalho psíquico pertinente ao progressivo diminuir do tempo de vida. Além disso, as diversas fases da idade madura podem tornar-se momentos críticos pela própria percepção da passagem do tempo e pela crescente premência de questões existenciais que nela são geradas: a relação com o tempo, o corpo, as pessoas, o sagrado, o sentido das coisas e da própria vida (Vieira, 2010; Windle, et al. 2010).

A presença de diversos estressores psicossociais como declínios físicos, desgastes emocionais e perdas de entes queridos e colegas, pode ser, por vezes, inevitável e possivelmente gera inúmeros desafios adaptativos na idade mais avançada. Porém, há recursos e potencialidades que se constituem em um mecanismo multideterminado e mediador nesse processo de envelhecimento, dentre esses, a resiliência.

Dentro da perspectiva psicossocial, a resiliência é entendida como a capacidade de resposta consistente diante de desafios e dificuldades, por meio de atitude positiva, otimista, perseverante, que ajude a manter a flexibilidade e o equilíbrio dinâmico durante e após os embates de personalidade (Sória, et al., 2006).

Ao longo da vida, a resiliência pode variar, ela pode ser construída gradativamente por meio de cada ação e palavra e está sempre ligada à história vivida pelos indivíduos, por isso, pode ser pensada com um importante componente de ajustamento psicossocial de sucesso no período da velhice, que pode trazer a habilidade de recuperar-se em situações estressantes e seguir adiante. A retomada do equilíbrio psíquico, a aptidão para aguentar e retomar o desenvolvimento em circunstâncias adversas poder ser um dos elementos mais significativos na melhora do indivíduo afetado, ou seja, sua resiliência (Cyrulnik, 2004).

A resiliência, portanto, necessita ser compreendida pelos profissionais que convivem, cuidam de pessoas idosas, pois seu desenvolvimento auxilia na prevenção de doenças e na promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida de indivíduos e sociedades. Os profissionais devem reconhecer os problemas frequentes neste período para que, assim, consigam elaborar estratégias de atenção para auxiliar no restabelecimento do indivíduo (Assis et al., 2006).

Pesquisas recentes (Bennett, 2010; Ferreira, et al., 2011; Friborg, et al., 2003; Hjemdal, Roazzi, Dias, Roazzi & Vikan, 2009; Zeng e Shen, 2011; Windle, et al., 2010) contrariam a ideia que era veiculada sobre o envelhecimento, como um período de perdas e involução do desenvolvimento, e desde 1922, o psicólogo Stanley Hall já defendia que existiam diferenças nos sentimentos e nos pensamentos dos idosos e também que haveria variações entre indivíduos da mesma faixa etária.

Foi através dos resultados de estudos longitudinais realizados em meados do século XX, que se tornou visível para a ciência a heterogeneidade existente no processo do envelhecimento, marcando assim o início das investigações do envelhecimento saudável ou, para outros, do envelhecimento bem-sucedido (Cupertino, et al., 2007).

O período da velhice atualmente é visto pela literatura especializada tanto como de perdas quanto de ganhos: “O desenvolvimento envolve o equilíbrio constante entre ganhos e perdas. A proporcionalidade entre eles sofre alteração ao longo do curso de vida: na infância, preponderam ganhos e, na velhice, perdas” (Neri, 2001, p.29). Vê-se assim que embora haja perda maior na idade avançada, a possibilidade de ganhos não é eliminada, sendo assim, a terceira idade pode ser um tempo de resiliência e do Bem-estar Subjetivo.

Indivíduos que chegam à velhice com uma boa condição de saúde e vida podem mostrar que mesmo um período que tradicionalmente era concebido como tempo de perdas, tristeza e dependência, pode ser também tempo de fortaleza, de superação de problemas, flexibilidade e de aprendizagem que podem ocorrer em meio às dificuldades próprias do envelhecimento.

Como já mencionado, vários estudos apontam que a resiliência é um importante fator de bem-estar subjetivo na velhice e que pode ser um recurso de proteção e também de promoção pra um bom envelhecimento. Entre eles, estão os apresentados abaixo:

Windle, Woods e Markland (2010), realizaram uma pesquisa de cunho transversal e quantitativo com 1.847 pessoas da Inglaterra, do país de Gales e da Escócia com idade entre 50 – 90 anos sobre os efeitos significativos da resiliência e dos problemas de saúde sobre a satisfação com a vida em diferentes faixas etárias. Os resultados indicaram que a resiliência pode ser um importante mecanismo não só para a manutenção do bem-estar e para a compreensão dos diferentes níveis de resistência, mas também, para a recuperação da saúde em caso de doenças na velhice.

Em uma pesquisa longitudinal realizada com idosos chineses por Zeng e Shen (2011), estes se propuseram a investigar qual a significância da resiliência para alcançar idades além de cem anos e se essas pessoas têm significativamente mais resiliência que os idosos mais jovens e ainda, o quanto a resiliência foi realmente fundamental para essa longevidade excepcional. Participou deste estudo – denominado de Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS) – uma larga amostra de sujeitos centenários, nonagenários e octogenários e um grupo de igual número de idosos mais jovens na faixa etária de 65 a 79 anos. Foi realizado um tratamento estatístico da pesquisa longitudinal, o resultado mostrou que nos nonagenários cuja idade variava de 94 – 98 com maior resiliência tinham 43,1% probabilidade de chegar a serem centenários comparados com os nonagenários com menor resiliência. O estudo concluiu que a resiliência contribui significativamente com a longevidade e é um atributo que torna mais essencial quanto maior for a idade. Concluíram, também, que programas e políticas que promovam a resiliência têm efeito positivo sobre o bem-estar e longevidade, não só para o idoso, mas também sobre seus familiares.

Ferreira, Santos e Maia (2011) – em um estudo exploratório com uma amostra por conveniência constituída por 65 idosos usuários da Rede Básica de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário Leste do município de Natal/RN, Brasil – objetivaram avaliar a

resiliência, a autoestima e o apoio social na velhice, procurando entender como os fatores de proteção estão envolvidos nos processo de envelhecimento dos idosos participantes da pesquisa.

Como um dos resultados desta pesquisa, verificou-se que a resiliência e os fatores de proteção encontrados ofereceram condições para uma vivência saudável na velhice. Os idosos pesquisados conseguiram superar as adversidades que haviam surgido em suas vidas até o momento da pesquisa, pois a resiliência é uma maneira de sobreviver e está relacionada à integridade, à adaptabilidade e à tenacidade, sobretudo quando beneficiada por elementos protetivos como a autoestima e o apoio social, também presentes nessa amostra.

Além disso, Ferreira et al. (2011) afirmam que a resiliência corresponde a um processo normativo da adaptação, é inerente à espécie humana e aplicável ao desenvolvimento em ambientes favoráveis ou não. Destacam ainda a importância de que novas pesquisas sejam realizadas sobre a resiliência em idosos.

Bennett (2010) realizou uma releitura de dois estudos que foram desenvolvidos por Bonanno em 2004, cujo objetivo era estudar o luto e a outra pesquisa foi desenvolvida por Moore e Stratton em 2003 tendo como objetivo pesquisar a viuvez, mas, além disso, ambos pesquisaram sobre a resiliência em viúvos idosos dos Estados Unidos. O primeiro estudo utilizou a metodologia quantitativa e o outro empregou qualitativa.

Da amostra total de 60 viúvos, 38% por cento mostraram resistência diante dos desafios que a viuvez traz no período da velhice. Os homens resilientes eram aqueles que possuíam uma visão positiva da sua vida, estavam de alguma forma participando de atividades, mantinham relações com outras pessoas e tinham criado novos significados para sua vida, o que trazia satisfação.

Foram identificadas quatro categorias entre os viúvos resilientes. Na primeira categoria, estão aqueles que haviam sido resilientes ao longo de todo o período de viuvez. Na segunda categoria, estão aqueles que conquistaram a resiliência gradualmente; para a terceira, a viuvez significou um período de grandes dificuldades (choques), tempo de mudanças que os levou a e assim, resolver transformar a vida (realizar uma virada) conseguindo rapidamente superar as dificuldades e saíram fortalecidos, ou seja, são resilientes, e a quarta categoria eram os viúvos que passaram também por situações de grande estresse e conseguiram superá-las, tornando-se resilientes gradualmente. Foi importante para esse grupo de idosos buscar e usar as suas forças pessoais, e o apoio social teve importante contribuição para alcançar a resiliência.

Kate Bennett afirma que os resultados apresentados nestas pesquisas sugerem que a resiliência é mais comum do que se pensava e representa um conceito mais amplo. A pesquisa também demonstrou que a resiliência pode ser conseguida gradualmente ou após um episódio de rompimento, mas muitas pesquisas ainda devem ser feitas para entender em mais detalhes a resiliência em idosos enlutados.

Também utilizando fontes secundárias, Ferreira, Rocha e Maia (2010), realizaram uma pesquisa em que objetivaram verificar a produção científica sobre a resiliência em idosos entre os anos de 2004 e 2008, através de uma pesquisa bibliográfica a partir do acervo de publicações existentes nas bases de dados online Medline e ISI Web of Knowledge, por meio do cruzamento das palavras-chaves “idoso” ((*aged*) e “resiliência” (*resilience*).

A partir do cruzamento dos descritores nos bancos de dados online *Medline* e *ISI Web of Knowledge* foram encontrados 110 publicações, das quais somente 17 foram consideradas por que possuíam relação direta com o tema pesquisado. Notou-se que as 17 publicações se concentraram em dois continentes específicos: Europa e América do

Norte, sendo este último responsável por 71% dos artigos localizados. Estas publicações foram classificadas por Laranjeiras (2007) quanto aos núcleos temáticos, são estas: Percursos da resiliência, resiliência e envelhecimento, relatividade dos fatores de proteção, resiliência e velhice bem-sucedida.

TABELA 1
Classificação por núcleo temático (Laranjeira, 2007)

Núcleo Temático	Nº%
Percursos de resiliência	02 (12%)
Resiliência e envelhecimento	05 (29%)
Relatividade (sic) dos fatores de proteção	05 (29%)
Resiliência e velhice bem sucedida	01 (6%)
Outros*	04 (24%)
Total	17 (100%)

Nota. Três publicações sobre validação de instrumentos de avaliação de resiliência e uma publicação referente a aspectos fisiológicos do organismo (Ferreira, Rocha e Maia 2010, p. 132 e 133).

Do total das dezessete publicações encontradas, quatro delas não se enquadravam nos núcleos temáticos propostos por Laranjeira (2007) São elas: três publicações sobre validação de instrumentos de avaliação de resiliência e uma publicação sobre aspectos fisiológicos do organismo.

Diversos estudos sobre a resiliência em idosos vêm se desenvolvendo nos últimos anos, denotando uma preocupação já existente no meio científico com o processo mundial de envelhecimento da população, contudo, neste levantamento executado por Ferreira, et al. (2010), não se encontram estudos sobre a temática em países em desenvolvimento, o que levou os pesquisadores a apontar para a possibilidade de se levantar uma discussão sobre a importância que vem sendo atribuída ao fenômeno do envelhecimento populacional em suas políticas sociais e pesquisas científicas.

Como esta pesquisa tem como um dos seus objetivos analisar a escala de resiliência para adultos – RSA – desenvolvida por Friborg, et al. (2003) para mensurar a resiliência em adultos, foi importante o conhecimento do artigo que explicou os primeiros resultados encontrados na validação da escala. A escala foi desenvolvida para medir a presença de recursos de proteção que promovem a resiliência em adultos.

Foi uma pesquisa de cunho quantitativo e com a utilização de dois grupos, sendo um grupo de controle. Eles responderam a escala de resiliência para adultos – RSA, a escala o senso de coerência (SOC) e a escala symptom checklist hopkins (HSCL). Estas escalas foram aplicadas em pacientes de um ambulatório em Tromsø, na Noruega, dos quais, 59 participantes responderam somente uma vez os questionários e 276 formaram o grupo de controle, respondendo duas vezes. Como resultado, a RSA pode ser usada como uma medida válida e confiável para usar em pesquisas em psicologia da saúde e clínica para avaliar a presença de importantes fatores de proteção para recuperar e manter a saúde mental.

Outro estudo utilizando a escala RSA realizada por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen e Flaten (2006), teve como objetivo estudar a validade preditiva da escala para adultos – RSA experimentalmente em relação à dor e ao estresse. Foram escolhidos aleatoriamente 84 participantes distribuídos em alto e baixo estresse para serem submetidos por meio de um torniquete à dor isquêmica e ao estresse. Foi aplicada a escala RSA sendo então os sujeitos divididos em dois grupos – um de baixa resiliência, e outro de alta resiliência – de acordo com sua pontuação na RSA. Foram então medidos dores e estresse durante 5 minutos. Houve uma variação significativa durante a experiência no nível da dor reportado. Sendo que os indivíduos com alta RSA relataram menor nível de dor e estresse. Assim, o valor preditivo da RSA foi confirmado, podendo vir a ser uma promissora medida para estudar dores em paciente. A pesquisa aponta ainda que a resiliência pode ser um importante preditor contra a dor e estresse.

O estudo de Hjemdal, Roazzi, Dias, Roazzi e Vikan (2009) constitui uma investigação que se propôs a validar o RSA usando uma amostragem MDS no Brasil por duas razões:

1- A RSA nunca havia sido usada com sujeitos de outros países que não da Noruega.

2- A RSA nunca havia sido usada em uma abordagem multidimensional.

Os resultados mostraram que, apesar da RSA ter sido validada, algumas diferenças foram identificadas entre a amostragem brasileira e a amostragem norueguesa, o que levou os autores do estudo a recomendar que outras pesquisas sejam efetuadas no país.

Já foi realizada no Brasil outra pesquisa que utilizou a mesma escala – a RSA efetivada por Carvalho, Borges, Vikan e Hjemdal (2011), que teve como objetivo analisar a relação existente entre a resiliência e a socialização organizacional dos novos servidores de duas universidades públicas, no Brasil e na Noruega. As pesquisas em socialização organizacional assinalam que a adaptação de um novo contratado tende a ser um evento estressor.

Os pesquisadores optaram por estudar a resiliência por ser um importante fator de proteção e superação do estresse e adversidades, que pode auxiliar a compreensão das diferenças nos resultados de socialização entre indivíduos numa mesma organização. Baseados nesse pressuposto, a pesquisa foi desenvolvida junto a uma amostra de 135 novos servidores, sendo 72 brasileiros e 63 noruegueses. Os participantes receberam um envelope com um questionário de socialização organizacional, um questionário de resiliência e uma ficha sociodemográfica para a identificação do perfil dos respondentes. Os procedimentos de coleta ocorreram em duas fases, envolvendo os dois diferentes grupos constituintes da população do estudo.

Foram realizadas análises de regressão hierárquica com a finalidade de observar e comparar a capacidade preditiva da resiliência em relação à socialização organizacional. Os resultados demonstraram, de modo geral, que a resiliência contribuiu

significativamente para explicar os resultados de socialização organizacional, independentemente da nacionalidade e da ocupação. Outro resultado encontrado apontou que a capacidade preditiva da resiliência em relação à socialização organizacional foi maior entre os novos servidores brasileiros. Esta pesquisa também sugere a realização de novas pesquisas.

3.5. As escalas que avaliam a resiliência e as problemáticas que envolvem este complexo construto.

No campo das ciências do comportamento, estudos sobre a resiliência referem-se a este construto como um processo de adaptação positiva – em menor ou maior intensidade – que os indivíduos possuem frente a um contexto considerado desfavorável que representaria de certa forma uma ameaça à saúde física ou psicológica, ao bem-estar e à vida de um modo geral (Luthar, 2006; Masten, 2007; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012; Rutter, 2006).

Considerado por muitos estudiosos (Jaffee, Avshalom, Moffitt, Polo-Tomas & Taylor, 2007; Luthar, 2006; Masten & Gerwitz, 2006; Reppold, et al., 2012; Rutter, 2006, Yunes, 2003) um construto complexo, mas comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano (Masten, 2001), a resiliência é um conceito que corresponde a um processo de caráter transacional mediado pela interação entre o indivíduo e o ambiente, e cujo resultado sofre variações em função da existência dos diferentes atributos e subprocessos enfrentados por cada indivíduo, e dada ao alto grau de complexidade deste construto a sua avaliação psicológica não pode estar fundamentada em um instrumento único e unidimensional.

Segundo Reppold, Mayer, Almeida e Hutz, (2012), a resiliência pode ser considerada uma metáfora ou, em termos psicológicos, um *estado*, não é um *traço* de personalidade, ou qualquer propriedade neuropsicológica de um indivíduo. A resiliência

descreve um processo que o indivíduo enfrenta com relativo sucesso, assim alguns dos instrumentos que medem a resiliência foram construídos para avaliar estados (situações temporárias ou transitórias), mas estes instrumentos também medem características estáveis (ansiedade, autoconfiança, serenidade e outros), e que podem sofrer modificações em função dos acontecimentos enfrentados na vida.

Já existem instrumentos que são amplamente utilizados para mensurar a resiliência e que estão disponíveis para a investigação psicológica, alguns deles são:

A *Resilience Scale*, desenvolvida por Wagnild e Young (1993), mensura o nível de adaptação psicossocial positiva nos acontecimentos significativos da vida. A escala foi construída a partir do relato de 24 mulheres (previamente selecionadas por adaptarem-se com sucesso às adversidades da vida) tendo a proposta de medir a resiliência numa população adulta. A escala é composta por 25 itens, respondidos em uma escala do tipo Likert de sete pontos, onde escores altos indicam elevada resiliência. É uma escala que apresenta evidências de diferentes tipos de validade (conteúdo, construto e critério). Nos estudos de validade de construto realizados pelos autores Wagnild e Young (1993), cinco componentes foram identificados como fatores para a escala de resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência.

Esta escala – *Resilience Scale* – foi adaptada para o português brasileiro pelo grupo de estudos de Pesce et al. (2005), que realizaram também estudos de confiabilidade e validade desse instrumento em uma amostra de 997 estudantes de 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e dos 1º e 2º anos do Ensino Médio de escolas municipais do Rio de Janeiro, com idade média de (M)= 15,4 anos (desvio-padrão DP = 1,48). A adaptação conservou os 25 itens originais e apresentou bons indicadores de

validade de conteúdo (equivalência semântica), de consistência interna (escala total = 0,80) e de confiabilidade intraobservador.

A *Adolescent Resilience Scale* foi desenvolvida por Oshio et al. (2003), possuindo 21 itens, que avaliam três fatores: busca de novidades, regulação emocional e orientação positiva para o futuro. Foi desenvolvida num estudo para jovens japoneses, com o objetivo de medir características psicológicas de indivíduos resilientes e também o quanto os sujeitos são capazes de manter a saúde mental, sem desgaste, mesmo depois de enfrentar acontecimentos dolorosos na vida. É um instrumento de autorrelato, respondido por meio de uma escala Likert de cinco pontos. A escala original apresenta boa consistência interna (alfa da escala total = 0,85; alfas por fatores: procura de novidades = 0,79; regulação emocional = 0,77; e orientação positiva para o futuro = 0,81). A escala apresenta também evidências de validade de critério, uma vez que os escores de grupos considerados bem-ajustados foram maiores que os escores do grupo vulnerável.

Outra escala também desenvolvida em 2003 foi a de *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) sendo principalmente empregada na avaliação de traumas, ou seja, é uma escala que quantifica a resiliência no contexto da exposição ao trauma. É um instrumento formado por 25 itens autorrespondíveis com 5 fatores (competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade, aceitação positiva da mudança, controle e espiritualidade). Os itens possuem uma pontuação de até 5 pontos em uma escala Likert. Na escala original, apresenta boa consistência interna (alpha de 0,89) e tem boa validade de conteúdo e confiabilidade (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, & Seedat, 2008). Posteriormente, Campbell-Sills e Stein (2007) desenvolveram o CD-Risc – 10, que possui 10 itens com um único fator denominado de *Resiliência*, sendo que, seus itens

avaliam a capacidade de adaptação a mudanças, de superar obstáculos, de recuperação de dificuldades como doenças, lesões e outros (Campbell-Sills & Stein, 2007). No Brasil, Lopes e Martins (2011) validaram a versão o CD-Risc – 10 e seus estudos indicam que essa medida apresenta boa confiabilidade, bons indicadores de validade de conteúdo e possui uma boa consistência interna ($\alpha = 0,82$).

Outras escalas podem ser encontradas, como a Escala de Resiliência para adultos – RSA, que foi originalmente desenvolvida por Odin Hjemdal, Oddgeir Friborg, Jan Rosenvinge e Mônica Martinussen – na última década. Esta é a escala que foi utilizada neste estudo.

A inovação desta escala – RSA – e que consta na proposta dos pesquisadores é a de desenvolver uma escala para medir e verificar de uma forma ampla os recursos protetores que promovem a resiliência em adultos, tendo como um dos focos a inclusão e construção de medidas para mensurar os fatores sociais, pois este tem sido apontado com um dos fatores essenciais para suportar o estresse do dia a dia, e por isso, foi incluído na RSA.

A versão preliminar era composta de 45 itens, contendo cinco dimensões: competência pessoal, competência social, coerência familiar, suporte social, estrutura pessoal, sendo que o Alfa de Cronbach foi respectivamente de 0,90, 0,83, 0,87, 0,83 e 0,67. A validade do construto foi apoiada por correlações positivas com a escala - Sense of Coherence scale (SOC) (Antonovsky, 1993, 1998) e negativamente com a Hopkin's Symptom Checklist,- HSCL (Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist and Nordström, 1993), (Friborg, et. al, 2006).

Em estudos posteriores, os estudiosos acrescentaram novos itens a essa escala e realizaram novos testes, sendo que esta nova escala RSA cobriu todas as três principais categorias de resiliência, ou seja, a primeira categoria enfocava psicológicos e

disposicionais através das dimensões: competência social, competência pessoal, estrutura pessoal; A segunda categoria, que representa o suporte e a coesão familiar, foi chamada de coerência familiar, e a terceira, alusiva aos sistemas de suporte externo, foi representada pela dimensão suporte social. Esta versão contou com 33 itens (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal, 2005) e as pesquisas realizadas confirmaram a validação convergente e discriminante da mesma e demonstraram ser uma importante medida que pode ser utilizada em pacientes com dor e estresse. (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen & Flaten, 2006).

Segundo os autores, a RSA é uma medida mais completa (alfa), pois contempla tanto os recursos de proteção representados pelos atributos psicológicos e disposicionais (competência social, competência pessoal, estrutura pessoal); quanto os recursos representados pelos sistemas de suporte externo, (recursos social e suporte social) e coerência familiar (coesão familiar) (Hjemdal, Friborg, Martinussen e Rosenvinge, 2001).

Em 2010, a escala RSA também foi adaptada para o Irã por Jowkar, Friborg & Hjemdal (2010). Neste estudo, a versão foi a com 33 itens, cujo modelo era de uma escala Likert com 5 itens, e tinha como objetivo examinar a aplicação da escala numa cultura não ocidental e verificar a estrutura fatorial. Foi aplicada numa amostra de 373 estudantes universitários iranianos, tendo demonstrado boa validade de conteúdo e confiabilidade.

No Brasil, a Escala RSA foi adaptada e validada para a língua portuguesa por Hjemdal, Roazzi, Dias, Roazzi e Vikan (2009). A versão utilizada da RSA contém 33 itens, em uma escala Likert de sete pontos em formato de diferencial semântico, na qual cada item é organizado como um *continuum*, cujos opostos apresentam alternativas de resposta com conteúdo positivo e negativo. Foi aplicada em 222 estudantes da

Universidade Federal de Pernambuco. Após o processo de adaptação e validação, a estrutura fatorial foi confirmada, mostrando-se capaz de mensurar seis fatores, cujos Alfas de *Cronbach* variam de 0,56 a 0,79 (Hjemdal, Roazzi, Dias, Roazzi e Vikan, 2009).

Assim, reconhecendo os bons resultados encontrados para mensurar a Resiliência nas várias pesquisas realizadas utilizando esta escala – RSA, e percebendo que não fora amplamente utilizada para uma população de idosos, a escala RSA (Hjemdal, et al., 2009) foi empregada nesta pesquisa em que se pretende verificar como é o comportamento da RSA em uma população de idosos.

3.6. Resiliência, satisfação com a vida e estresse: intersecções conceituais com foco no envelhecimento.

*O que não provoca minha morte faz com que eu fique mais forte.
Friedrich Nietzsche*

Com base nos referenciais teóricos de resiliência, satisfação de vida e estresse, a seguir serão examinados possíveis cruzamentos, encontros e afastamentos, tanto teóricos quanto práticos, em benefício do envelhecimento bem-sucedido.

Nos últimos anos, as expressões: *satisfação de vida na velhice*, *qualidade de vida*, *bem-estar subjetivo*, *bem-estar psicológico* e, ultimamente, *envelhecimento bem-sucedido* ou *envelhecimento satisfatório* são muitas vezes utilizadas como expressões equivalentes. Constituem um construto global, referenciado a diversos pontos (Neri, 2009).

Segundo Neri (2009), pesquisas de ponta sobre o envelhecimento vêm se ampliando, e análises estão sendo feitas buscando compreender os processos compensatórios e adaptativos que permitem o envelhecer bem. A plasticidade do organismo humano no período da velhice tem sido objeto de investigação das ciências biológicas e, na área cognitiva, da psicologia, o que tem levado à constatação de

processos de velhice muito mais amplos para esta característica do que os anteriormente considerados. Uma boa velhice passou a ser vista como algo que depende de variáveis como: interação entre o indivíduo e seu contexto e ambos se inter-relacionando e em constante transformação. Então, pode ser entendido que os limites desse *envelhecer bem* denotam um referencial, um horizonte ou um ideal, que estão sujeitos a condições e valores histórico-culturais.

Diener e Suh (1997) averiguaram pesquisas que revelam dados sobre o Bem-estar Subjetivo dos indivíduos. Segundo os autores, estas pesquisas avaliam como as pessoas compreendem as suas próprias vidas e experiências, e decidem o que acreditam ser realmente importante ou não. Portanto, ao obter os dados sobre o Bem-estar Subjetivo de pessoas maduras e idosas, não só se torna possível a organização de condições que venham contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida, como também trazer benefícios à apreensão dos processos psicológicos básicos do envelhecimento.

Ainda segundo Diener et al. (1997), o conhecimento sobre a condição emocional do idoso pode auxiliar os estudiosos do envelhecimento a apreenderem as mudanças biológicas e os processos de adaptação que afetam estas mutações. E, também, afirmam que é do conhecimento sobre a relação entre idade e bem-estar, que pode ser verificado se os níveis de satisfação de vida são relativamente altos nos idosos, e se isso ocorre mesmo mediante circunstâncias objetivas adversas.

Para Diener et al. (1997), as pesquisas sobre o Bem-estar Subjetivo ao longo do curso de vida oferecem dados de como melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e compreender os aspectos psicológicos relacionados à emoção e à avaliação da própria vida.

Neri (2009) apresentou algumas tendências dos últimos 40 (quarenta) anos das pesquisas sobre o envelhecer bem com Bem-estar Psicológico e com satisfação, o primeiro apresentado pela autora foi a pesquisa de Havighurst de 1963, em que segundo Neri (2009), ele caracterizou satisfação na velhice como o aspecto interno e subjetivo da boa qualidade de vida nesse período (p.13). Havighurst elaborou uma escala para medir a satisfação (*Life Satisfaction index*) que foi aplicada em diferentes amostras de idosos. Do resultado desta pesquisa emergiu uma explicação fatorial contendo cinco dimensões:

1. envolvimento e apatia,
2. resolução e fortaleza,
3. senso de equilíbrio entre as metas alcançadas e desejadas,
4. autoconceito positivo e humor (Neri, 2009, p.14).

Segundo a autora, um volume apreciável de pesquisas gerontológicas se originou dessa nova formulação, permitindo que a mesma fosse mais trabalhada e incluísse outros componentes, tais como, ajustamento, felicidade, moral, saúde, equilíbrio, longevidade e Bem-estar Subjetivo entre outros. Diferentes pesquisas apontaram outras variáveis preditoras do envelhecer bem, são elas: saúde, status socioeconômico, idade, raça, emprego, disponibilidade de transporte, atividade, status conjugal, integração social. Estas variáveis podem influenciar, mas não são as únicas características importantes para que se possa afirmar a possibilidade de um envelhecimento satisfatório. Este é um construto complexo e multidimensional, ele pode variar de grupo para grupo ou coorte para coorte, pois enquanto subjetiva, a avaliação da Satisfação com a Vida pode refletir muitos outros critérios de satisfação como um todo e em domínios específicos, como por exemplo, trabalho, relações sociais, ou mesmo os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (Neri, 2009).

Os teóricos Diener, et al. (1997) revisaram vários estudos internacionais, realizados nos diferentes continentes e principais regiões do mundo, sobre a relação entre idade e Bem-estar Subjetivo. Eles acreditavam que estas pesquisas possuíam resultados estáveis e significativos, que vão além das compreendidas das amostras pequenas e de conveniência empregadas neste campo. Foram examinadas respostas de pessoas jovens, maduras e idosas, sobre alguns componentes principais de Bem-estar Subjetivo: satisfação de vida, descontentamento e contentamento, e satisfação em relação às finanças e às relações sociais (Diener, 2009; Diener et al., 1997).

Algumas conclusões importantes foram encontradas nos dados provenientes destas investigações, são elas:

1. o indicador satisfação de vida não apresenta declínio com a idade. Os adultos mais velhos tendem a diminuir o nível de aspirações e padrões, quando envelhecem, mas eles conseguem ajustar suas metas pessoais aos seus recursos e competências atuais. As coortes mais velhas apresentam expectativas mais baixas, e são mais facilmente satisfeitas;
2. o nível de contentamento é mais baixo em coortes etárias de maior idade. Emoções desprazerosas permaneceram relativamente constantes pelas coortes etárias. Para os homens, a satisfação de vida aumenta significativamente através das gerações e o descontentamento diminui. Para as mulheres, a satisfação de vida e o descontentamento permanecem constantes pelas gerações etárias. Em contraste, o contentamento declina para ambos os sexos na maioria dos países.
3. a estrutura de fatores para os níveis de descontentamento e contentamento reproduz-se através das gerações etárias. Isto indica que grupos

de idades diferentes podem ser validamente comparados, em termos de descontentamento e contentamento (Diener, 2009; Diener et al., 1997).

Assim, o estereótipo de que os idosos estão infelizes com o processo de envelhecimento, que eles estão sós e isolados, abandonados e doentes, não é verdadeiro para grande parte dos sujeitos que participaram das pesquisas internacionais. Existem dados suficientes para demonstrar que as pessoas possuem condições de adaptar-se, interagir no seu ambiente, e alcançar níveis positivos de satisfação de vida na velhice (Diener & Suh, 1997).

Como abordado no primeiro capítulo, as teorias atuais fundamentadas na perspectiva de curso de vida, demonstram-nos como os adultos maduros e idosos, podem obter bons níveis de um envelhecimento bem-sucedido, com maior flexibilidade, com Bem-estar Subjetivo, realizando atividades e mantendo contatos sociais que facilitam a conservação da competência nos domínios da sua saúde física e mental ao longo da velhice.

Bauer, McAdams e Sakaeda (2005) expõem que adultos mais velhos têm mais possibilidade de relatarem estar vivendo uma boa vida do que adultos mais jovens, e este fato pode ser parcialmente explicado em função de que as pessoas mais velhas interpretam seu passado em termos de crescimento. Os dados dessa pesquisa demonstraram que quanto maior a idade, maior o grau de resiliência apresentado por ideias de independência e determinação. Na velhice, as pessoas possuem maior maturidade, tempo e experiência existencial para tornarem-se agentes que movimentam uma rede de solidariedade, oposta ao modelo produtivista e impessoal da sociedade contemporânea, podendo despertar atitudes e valores de maior tolerância e solidariedade nos mais jovens.

Acredita-se que pessoas com maior nível de bem-estar subjetivo são indivíduos mais resilientes, ou seja, possuem maior capacidade para enfrentar as adversidades, transformando-se e superando-as (Carvalho, et al., 2007; Resende, et al., 2010; Souza & Cervený, 2006). Sem dúvida, todos os seres humanos, em algum momento da vida, enfrentam situações impactantes, que podem ser no domínio físico, afetivo e/ou psicológico. A diferença está em como as pessoas acionam sua capacidade e destreza para lidar com essas situações. A identificação destes processos e sua melhor compreensão possibilitam a formulação de estratégias a fim de promover a resiliência e melhor satisfação com a vida, particularmente na velhice (Resende, et. al., 2010).

A resiliência tem sido associada à satisfação com a vida, ao manejo de estresse, aos baixos níveis de depressão e aos comportamentos promotores de saúde, e ainda, no período do envelhecimento, a resiliência pode ser um importante recurso sob o qual se abrigam recursos como autoestima, autoeficácia, controle pessoal e a capacidade de resolver problemas (Fontes, 2010).

A capacidade de resolver problemas e adequar-se a novos eventos, as vantagens de regulação emocional, os usos de estratégias pró-ativas de enfrentamento e satisfação de vida podem ser componentes importantes da resiliência no período da velhice (Neri, 2006). A teoria da seletividade emocional, de Laura L. Carstensen e colaboradores, na década de 1990, foi importante para as pesquisas sobre o envelhecimento, pois possibilitou compreender como os idosos se tornavam seletivos em relação aos seus relacionamentos socioemocionais, procurando não se envolver em muitas relações, priorizando alguns vínculos, promovendo o bem-estar subjetivo nas suas vidas, e ainda conseguindo proteger-se das situações de risco ou condições adversas, aprendendo novos conteúdos para compensar possíveis perdas próprias do período do

envelhecimento e, para isso, os idosos fazem uso dos recursos como a capacidade de resiliência (Charles & Carstensen, 2010; Fonte, 2010).

CAPÍTULO IV
ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA
PARA ADULTOS – RSA EM UMA AMOSTRA DE
IDOSOS DE CUIABÁ.

O presente estudo apresenta a caracterização da amostra, os critérios de inclusão, os instrumentos utilizados, os procedimentos éticos e estatísticos, bem como os resultados obtidos com a aplicação da escala RSA em idosos. Partiu-se da hipótese que as seis dimensões encontradas nos estudos que utilizaram anteriormente a escala com adultos se repliquem nesta amostra de idosos.

4.1. Objetivos específicos

- Analisar as dimensões da Resiliência em uma amostra de idosos de Cuiabá.
- Estudar as propriedades psicométricas da escala - RSA em uma amostra de idosos de Cuiabá.

Para atingir os objetivos deste estudo elaborou-se a seguinte hipótese:

Hipótese I:

Espera-se que as 6 (seis) dimensões da RSA encontradas nos estudos com adultos se repitam na amostra de idosos analisada.

4.2. Caracterização da amostra:

A amostra foi do tipo não probabilístico de conveniência composta por 200 idosos dos sexos masculino (27%) e feminino (73%), com idade entre 60 e 83 anos (Média - $M = 67,23$; Desvio Padrão - $DP = 5,9$), frequentadores de um grupo de convivência do município de Cuiabá - MT, Igrejas e Atividades diversas (aulas de pinturas, aulas de ginástica, aulas de bordado, viagens em grupos, reunião de idosos e outros) em Cuiabá e Várzea Grande.

4.3. Critérios de inclusão:

Idade acima de 60 anos, pois se segue o critério estabelecido pela Organização Mundial de Saúde – OMS que definiu como idoso o participante com 65 anos ou mais de idade para os países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

4.4. Instrumento da pesquisa:

Os participantes responderam ao questionário sociodemográfico e ao instrumento Escala de Resiliência para Adultos - RSA (Hjemdal, et al., 2003), no qual todos os itens avaliaram a resiliência, conforme foi proposto pelos autores e validado no Brasil por Hjemdal, et al., em 2009 em um estudo com 222 estudantes do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco. Os resultados mostraram que, apesar de ter sido validada no Brasil, outros estudos que usassem a referida escala se faziam necessários. Assim, para este estudo, entrou-se em contato com um dos autores da escala para utilizá-la com um grupo de idosos no Brasil. O autor enviou a escala que já havia sido validada no Brasil juntamente com a orientação para a aplicação da mesma.

4.4.1. Questionário sociodemográfico

Para caracterização e visando a identificação sociodemográfica dos participantes foi anexada uma ficha estruturada para coletar informações relativas a: data de nascimento; sexo; estado civil ou situação conjugal; escolaridade (anos de estudo formal); renda familiar; habitação e atividades profissionais. Os itens eram objetivos, de múltipla escolha e, além destes, foram selecionados outros – através dos dados da literatura – que se destacam como variáveis importantes para a pesquisa com idosos, como: se foram feitos exames de saúde nos últimos meses e outras variáveis relacionadas ao lazer, ao trabalho e às atividades diárias, a fim de caracterizar melhor a amostra (Anexo 4).

4.4.2. Escala de resiliência para adultos – RSA Hjemdal et al. (2003).

Foi originalmente desenvolvida por Odin Hjemdal et al. (2003) para mensurar a Resiliência em adultos com uma proposta nova de envolver todos os recursos protetores que promovem a resiliência e contempla tanto os recursos de proteção representados

pelos atributos psicológicos e disposicionais através das dimensões: competência social, competência pessoal, estrutura pessoal, quanto os representados pelos sistemas de suporte externo (recursos sociais) e coerência familiar (coesão familiar) (Hjemdal, et al., 2005). A escala RSA foi adaptada para o Brasil por Hjemdal, et al. (2009) sendo que a versão utilizada foi a RSA que contém 33 itens, em uma escala Likert de sete pontos em formato de diferencial semântico, na qual cada item é organizado como um *continuum*, cujos opostos apresentam alternativas de resposta com conteúdo positivo e negativo. Foi aplicada em 222 estudantes da Universidade Federal de Pernambuco. Após o processo de adaptação e validação, a estrutura fatorial foi confirmada, mostrando-se capaz de mensurar seis fatores, cujos Alfas de Cronbach variam de 0,56 a 0,79 (Hjemdal, et al., 2009).

Carvalho (2009) utilizou para seu estudo seis fatores que foram encontrados após o processo de adaptação e validação no Brasil:

- 1) Percepção de si mesmo ($\alpha=0,75$) – mede a confiança nas suas capacidades, autoeficácia e visão positiva e realista de si mesmo (itens 01, 07, 13, 19, 25, 29).
- 2) Futuro planejado ($\alpha=0,67$) – mede a visão otimista do próprio futuro, a habilidade de planejamento e de estabelecimento de metas (itens 02, 08, 14, 20).
- 3) Competência social ($\alpha=0,68$) – mede a habilidade em iniciar relações verbais, flexibilidade em interações sociais e criação de novas amizades. Estilo de interação pró-social (itens 03, 09, 15, 21, 26, 30).
- 4) Estilo estruturado ($\alpha=0,56$) – mede a capacidade de organização do próprio tempo. Tem a tendência ao estabelecimento de objetivos e prazos e à manutenção de regras e rotinas (itens 06, 12, 18, 24).
- 5) Coesão familiar ($\alpha=0,79$) – mede a comunhão de valores e visão de futuro, união, lealdade e simpatia mútua entre os familiares (itens 04, 10, 16, 22, 27, 31).

6) Recursos sociais ($\alpha=0,77$) – mede o suporte social oferecido por amigos e colegas, propiciando sentimento de coesão, simpatia, encorajamento e apoio em situações difíceis (itens 05, 11, 17, 23, 28, 32, 33) (Carvalho, 2009).

4.5. Procedimento ético

Para a realização da pesquisa foram seguidos todos os preceitos éticos recomendados pela Resolução 196/96 (1996, 10 de outubro). Todos os documentos necessários foram encaminhados para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, protocolados com o número 106/CEP – HUJM/2011 e a coleta dos dados foi realizada em 2011 após parecer favorável (Anexo 1).

4.6. Procedimento de coleta dos dados

Após aprovação do projeto no comitê de ética do HUJM foi realizado um contato com a secretária da Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano da Prefeitura - SMASDH em que foi apresentado o projeto. Posteriormente à aprovação do projeto foi conseguido o agendamento com os responsáveis por um dos centros de convivência existentes em Cuiabá. Após aceitação pela direção do Centro de Convivência, os idosos foram convidados informalmente, para participar da pesquisa. O mesmo procedimento foi realizado na academia de ginástica, ou seja, primeiro foi apresentado o projeto ao dirigente e após a aprovação realizou-se o convite para aqueles que tinham mais de 60 anos e fossem frequentadores da academia. Também se seguiu o mesmo procedimento – apresentação do projeto de pesquisa e aprovação da direção – em um grupo de artesanato.

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa nos locais em que frequentavam, para isso foi utilizada a estratégia de agendamento prévio com os responsáveis pelos lugares onde ocorriam os encontros semanais ou diários de pessoas que aceitaram participar da pesquisa. Destacou-se o caráter voluntário da pesquisa e os

participantes foram informados a respeito dos objetivos, dos procedimentos da pesquisa, da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas da Resolução 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, (1996, 10 de outubro).

4.7. Análise Estatística

Os dados foram tabulados e analisados com o programa *Statistical Package for Social Science for Windows* (versão 21).

Nesta pesquisa, foram realizados dois tipos de análise estatística: a descritiva que se relaciona com medidas de tendência central e dispersão (média, frequência, desvio padrão) e, também, a análise multivariada (análise fatorial exploratória, Alfa de Cronbach (α) e correlação de Pearson(r)).

A opção de efetuar estes tipos de análise deveu-se ao fato de serem convencionais, o que possibilita retratar de forma confiável o tratamento dos dados. No caso da análise fatorial exploratória, verificou-se previamente a adequação de dois indicadores KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e Teste de Esfericidade de Bartlett que levam em conta se a matriz de correlação entre os itens é ou não fatorializável.

KMO é um índice utilizado para comparar a magnitude dos coeficientes de correlação simples observados em relação às magnitudes dos coeficientes de correlação parcial. Já o teste de esfericidade de Bartlett é uma estatística de verificação usada para examinar a hipótese de que as variáveis não estejam correlacionadas na população. Portanto, considera-se o KMO inferior a 0,50 inaceitável, sendo valores desejáveis os que se aproximem de 1. Por outro lado, o Teste de Bartlett precisa apresentar um valor de qui-quadrado (χ^2) que seja significativo, isto é, $p < 0,05$ (Bisquerra, 1989).

Na análise fatorial exploratória foram utilizados três critérios para a definição/extração do número de componentes, nomeadamente: Kaiser, Cattell e análise paralela. O critério Kaiser deve apresentar valor próprio igual ou superior a 1, já o critério de Cattell apresenta os valores próprios em um gráfico, isto é, *scree plot* (gráfico dos autovalores versus número de fatores por ordem de extração), enquanto que a análise paralela indica a necessidade ou não de realizar o desdobramento.

4.8. Resultados

Com a finalidade de verificar a possibilidade de fatorizar a matriz de correlação dos itens que representa o construto Resiliência, foram observados dois indicadores que dão suporte a este tipo de análise, além de utilizar a rotação varimax. Os resultados obtidos foram: KMO (0,89) e Teste de Esfericidade de Bartlett [χ^2 (465) = 3107,20 $p < 0,001$]. De acordo com a Tabela 2, encontraram-se cinco valores próprios superiores a 1, especificamente, 9,77, 5,46, 1,44, 1,36, e 1,18 sugerindo a existência de um construto multidimensional, entretanto, nas outras análises – Scree Plot e Análise Paralela – emergiram dois fatores.

TABELA 2
Valores próprios observados e simulados para a escala de resiliência de adultos – RSA

Análise de Componentes (observado)	Análise Paralela (simulação)	
	M	Percentil
9,77	1,40	1,50
5,46	1,29	1,36
1,44	1,20	1,26
1,36	1,14	1,19
1,18	1,07	1,12

Este teste também foi realizado para verificar a solução analisada, comparando-a com a obtida com a distribuição gráfica dos valores próprios (critério de Cattell). Neste caso, observa-se na Figura 6 que dois componentes representam os fatores para o construto Resiliência – RSA. Para visualizar mais nitidamente este resultado, tenha-se

em conta a linha tracejada que foi desenhada, aproximadamente paralela ao eixo horizontal. Nela observa-se uma “quebra” (cotovelo) que ressalta a presença dos dois componentes desta característica.

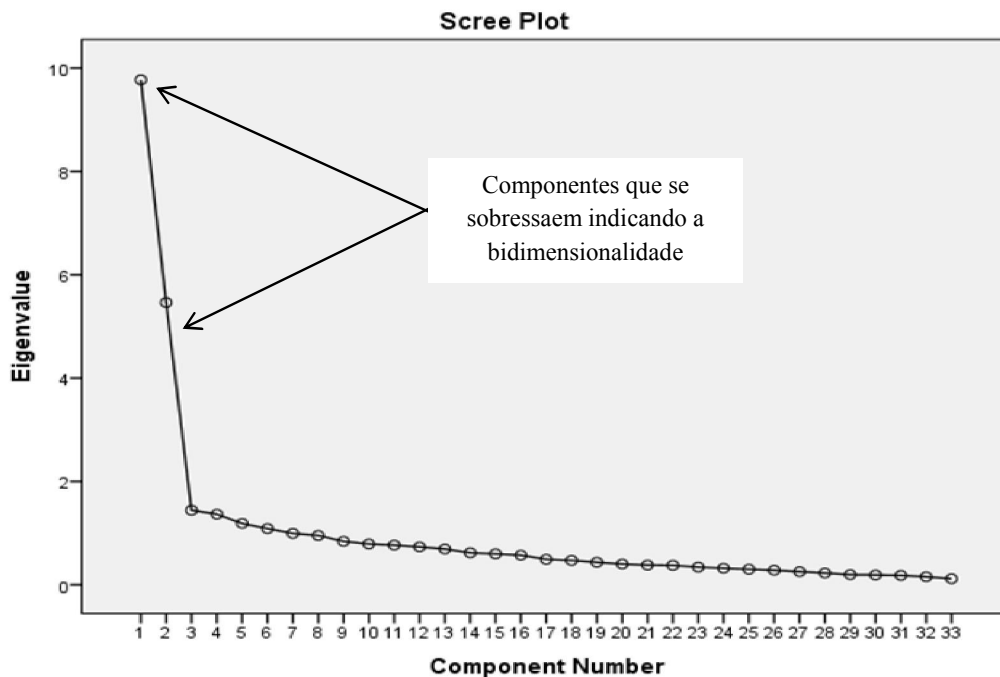


FIGURA 6

Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (*scree plot*) para a escala de Resiliência de Adultos - RSA

Portanto, parece aceitável falar de dois fatores para a Escala Resiliência de Adultos – RSA, denominados “**coesão familiar**” e “**otimismo**”, respectivamente. Os resultados da análise de Componentes Principais do conjunto de seus itens e os índices de consistência interna (Alfa de Cronbach) e homogeneidade (correlação item-item corrigida, $r_{i.i}$), são mostrados na Tabela 3, a seguir, para o fator coesão familiar.

TABELA 3
Estrutura fatorial do fator coesão familiar

Item	Conteúdo	Carga
11	Aqueles que me encorajam são amigos e familiares.	0,85*
10	Eu me sinto muito bem com a minha família.	0,83*
22	Em momentos difíceis a minha família mantém uma visão positiva do futuro.	0,83*
28	Eu tenho apoio de amigos e familiares.	0,83*
19	A crença em mim me ajuda em períodos difíceis.	0,81*
07	Os meus problemas pessoais eu sei como solucioná-los.	0,81*
33	Os meus amigos e familiares próximos valorizam as minhas qualidades.	0,80*
18	Eu tenho facilidade para organizar o meu tempo.	0,76*
14	Os meus objetivos eu sei como atingi-los.	0,72*
26	Quando estou na presença de outras pessoas tenho facilidade de rir	0,72*
08	Eu sinto que o meu futuro é promissor	0,72*
15	Novas amizades tenho facilidade de vincular	0,68*
23	Quando algum membro da minha família entra em crise eu fico rapidamente sabendo da situação.	0,65*
03	Eu gosto de estar com outras pessoas	0,65*
29	Acontecimentos na minha vida que para mim são difíceis eu consigo lidar com eles	0,60*
Número de Itens		15
Valor Próprio		9,55
% Variância		31%
Alfa de Cronbach		0,95
Homogeneidade (ri.t corrigida)		2,58

Nota: * Carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente, $\geq 0,30$;

Conforme esta Tabela, todos os quinze itens desta característica se mostraram relevantes, com saturação superior a 0,30 ($p < 0,001$). Este componente apresentou valor próprio de 9,55 explicando cerca de 31% da variância total. A sua consistência interna situou-se em 0,95, com homogeneidade de 2,58 (amplitude de 2,16 a 2,82). Portanto, o conjunto destes resultados faz pensar na adequação de se considerar o conjunto de quinze itens para medir a resiliência frente à **Coesão familiar**.

Desse modo, pretendeu-se averiguar em que medida e direção os itens desse fator se correlacionam entre si, sendo indispensável calcular a pontuação total média para cada um deles e correlacioná-los. Os resultados são mostrados a seguir.

TABELA 4

Média e Desvio padrão e correlação dos itens do fator Coesão familiar

ITEM	M		7	8	10	11	14	15	18	19	22	23	26	28	29	33
3	4,48	2,23	0,45**	0,40**	0,46**	0,51**	0,45**	0,51**	0,50**	0,46**	0,41**	0,38**	0,49**	0,49**	0,33**	0,45**
7	4,78	2,12		0,58**	0,66**	0,71**	0,57**	0,49**	0,62**	0,63**	0,64**	0,40**	0,52**	0,63**	0,45**	0,65**
8	4,39	2,28			0,58**	0,60**	0,50**	0,43**	0,49**	0,51**	0,50**	0,47**	0,58**	0,60**	0,43**	0,57**
10	4,96	2,34				0,76**	0,57**	0,47**	0,60**	0,65**	0,69**	0,47**	0,48**	0,63**	0,39**	0,65**
11	4,97	2,34					0,60**	0,46**	0,66**	0,69**	0,69**	0,41**	0,52**	0,67**	0,40**	0,65**
14	4,50	2,09						0,57**	0,62**	0,53**	0,60**	0,41**	0,39**	0,52**	0,39**	0,48**
15	4,71	2,19							0,49**	0,59**	0,50**	0,49**	0,50**	0,47**	0,43**	0,42**
18	4,71	2,14								0,58**	0,64**	0,44**	0,44**	0,60**	0,40**	0,52**
19	5,05	2,22									0,67**	0,52**	0,56**	0,62**	0,37**	0,62**
22	4,85	2,12										0,57**	0,57**	0,65**	0,45**	0,68**
23	4,51	2,27											0,53**	0,54**	0,42**	0,52**
26	4,88	2,11												0,65**	0,43**	0,63**
28	4,99	2,25													0,49**	0,73**
29	4,02	2,14														0,46**
33	5,09	2,06														

Nota: valor de $p=0,01$

Segundo se observa na Tabela 4, todos os itens do fator Coesão Familiar obtiveram uma correlação positiva moderada para alta. Tal resultado indica que os itens estão em situação de convergência, portanto tais itens podem ser considerados conjuntamente.

O conjunto dos itens do Fator denominado **Otimismo** pode ser observado na Tabela 5, assim como os resultados da análise dos componentes principais, com os respectivos índices de consistência interna (Alfa de Cronbach) e homogeneidade (correlação item-total corrigida, $r_{i.t}$).

TABELA 5
Estrutura fatorial da característica fator Otimismo

Item	Conteúdo	Carga
20	Os meus objetivos para o futuro são bem pensados	0,75*
25	Em adversidades eu tenho tendência a ver de um modo bom para que eu possa crescer.	0,71*
32	Quando eu preciso tenho sempre alguém que pode me ajudar.	0,65*
27	Em relação a outras pessoas na nossa família nós somos leais.	0,63*
02	Os meus planos para o futuro são concretizáveis.	0,60*
01	Quando algo imprevisto acontece, eu sempre encontro uma solução.	0,60*
31	Na minha família nós gostamos de fazer as coisas em conjunto.	0,60*
21	Fazer contato com novas pessoas tenho facilidade.	0,59*
12	Quando eu vou fazer algo prefiro ter um plano.	0,59*
16	A minha família caracteriza-se por boa união.	0,58*
17	A solidariedade entre meus amigos é boa.	0,57*
05	Assuntos pessoais eu posso falar com amigos e familiares.	0,57*
04	Na minha família a concepção do que é importante na vida é a mesma.	0,55*
24	Regras e rotinas fixas facilitam o meu dia-a-dia.	0,55*
09	Ser flexível em relações sociais é importante para mim.	0,52*
13	Nos meus julgamentos e decisões acredito firmemente	0,52*
Número de Itens		16
Valor Próprio		5,20
% Variância		17%
Alfa de Cronbach		0,88
Homogeneidade ($r_{i.t}$ corrigida)		2,22

Nota: * carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente, $[0,40]$

Observando a Tabela 05, parece evidente que a característica otimismo pode ser adequadamente representada como unidimensional. Todos os dezesseis itens apresentaram valores relevantes, com saturação superior a 0,50 ($p < 0,001$). Este

componente apresentou valor próprio de 5,20, explicando cerca de 17% da variância total. A sua consistência interna situou-se em 0,88, com homogeneidade de 2,22 (amplitude de 2,08 a 2,38). Portanto, o conjunto destes resultados faz pensar na adequação de se considerar o conjunto de 16 itens para medir a resiliência frente ao otimismo. Desta forma, busca-se conhecer em que medida e direção esses itens estão correlacionados entre si, sendo necessário calcular uma pontuação total média para cada um e correlacioná-las. Os resultados são apresentados a seguir na Tabela 06.

Em resumo, emergiram dois fatores ou componentes principais para descrever a avaliação da Resiliência em Idosos de Cuiabá.

Dois itens da Escala RSA atingiram a saturação de 0,58 (*ao começar uma conversa interessante eu acho fácil*) e 0,35 (*eu funciono melhor quando, tenho um objetivo a alcançar*) tendo sido, por este motivo, excluídos, uma vez que não configuraram uma dimensão. Tal exclusão não se tornou em problema, pois eram apenas dois componentes, um número bem menor se comparado com as outras dimensões, sendo que a primeira dimensão agrupou 15 itens e, a segunda, 16 itens. Deste modo, para que a Escala de Resiliência para Adultos pudesse ser utilizada em idosos adquiriu uma nova forma, com dois fatores Coesão Familiar (15 itens, $\alpha = 0.95$) e Otimismo (16 itens, $\alpha = 0,88$) – e com RSA com 31 itens ($\alpha = 0,91$) divididos entre ambos.

TABELA 6
Média e Desvio padrão e correlações dos itens do fator Otimismo

ITEM	M	DP	02	04	05	09	12	13	16	17	20	21	24	25	27	31	32
01	5,41	1,69	0,41*	0,33*	0,38*	0,31*	0,27*	0,25*	0,29*	0,33*	0,34*	0,37*	0,25*	0,43*	0,22*	0,21*	0,36*
02	5,33	1,70		0,29*	0,30*	0,31*	0,29*	0,23*	0,31*	0,25*	0,44*	0,33*	0,23*	0,38*	0,22*	0,26*	0,42*
04	4,64	2,04			0,30*	0,21*	0,27*	0,24*	0,35*	0,26*	0,34*	0,35*	0,23*	0,30*	0,33*	0,31*	0,31*
05	5,57	1,77				0,34*	0,33*	0,29*	0,26*	0,46*	0,46*	0,35*	0,29*	0,31*	0,32*	0,33*	0,31*
09	5,21	1,89					0,27	0,20*	0,24*	0,26*	0,31*	0,27*	0,25*	0,32*	0,28*	0,30*	0,34*
12	5,71	1,74						0,35*	0,20*	0,38*	0,48*	0,33*	0,43*	0,34*	0,32*	0,21*	0,28*
13	5,34	1,76							0,21*	0,28*	0,40*	0,19*	0,32*	0,41*	0,26*	0,36*	0,29*
16	5,87	1,57								0,44*	0,36*	0,31*	0,31*	0,48*	0,50*	0,46*	0,40*
17	5,88	1,40									0,41*	0,26*	0,31*	0,38*	0,32*	0,31*	0,40*
20	5,55	1,83										0,39*	0,37*	0,51*	0,50*	0,44*	0,37*
21	5,64	1,75											0,32*	0,39*	0,27*	0,26*	0,33*
24	5,41	1,87												0,29*	0,37*	0,24*	0,37*
25	5,58	1,64													0,50*	0,39*	0,48*
27	5,41	1,83														0,49*	0,39*
31	4,98	2,03															0,54*
32	5,71	1,67															

Nota: N=200 p>0,01

Em seguida, buscou-se conhecer em que medida e direção essas dimensões estão relacionadas entre si, sendo necessário calcular uma pontuação total média para cada uma e correlacioná-las. Os resultados estão apresentados a seguir na Tabela 7.

TABELA 7

Estatística descritiva e correlação das dimensões da escala RSA

Item	Dimensão	M	DP	02	02
01	Coesão Familiar	71,38	24,84	0,31*	0,86*
02	Otimismo	87,26	17,04		0,87*
03	RSA Total – 31 itens				

Nota: n=200, * p< 0,01

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 07, verifica-se que, como era esperado, a correlação entre a RSA com 31 e a dimensão Coesão Familiar foi alta (0,86) e foi moderada positivamente com a dimensão Otimismo ($r= 0,31$; $p < 0,01$) e, evidenciando que mesmo que uma dimensão tenha correlação positiva com outra, não significa que haja uma correlação forte entre ambas, o que quer dizer que uma não depende de outra. Com relação à correlação entre a RSA com 31 itens e o fator Otimismo pode-se afirmar que a correlação foi alta ($r=87$; $p<0,01$) e positiva.

4.9. Discussão

Os objetivos deste estudo consistiram em estudar as propriedades psicométricas da escala – RSA em uma amostra de idosos de Cuiabá e analisar as dimensões da Resiliência nessa amostra.

Para atingir os objetivos deste estudo partiu-se da hipótese que as dimensões – Percepção de si mesmo (itens 01, 07, 13, 19, 25, 29), Futuro planejado (itens 02, 08, 14, 20), Competência social (itens 03, 09, 15, 21, 26, 30), Estilo estruturado (itens 06, 12, 18, 24), Coesão familiar (itens 04, 10, 16, 22, 27, 31) e Recursos sociais (itens 05, 11, 17, 23, 28, 32, 33), seriam replicadas na amostra de idosos, entretanto, como apontaram os resultados, a hipótese não foi confirmada.

A Escala RSA foi aplicada em 200 idosos e esperava-se que os resultados da confiabilidade fossem satisfatórios, entretanto, os valores do Alfa de Cronbach encontrados nas dimensões **Coesão familiar e Estilo estruturado** apresentaram baixas pontuações, sendo respectivamente 0,29 e 0,45, portanto abaixo do recomendado pela literatura. Isso pode denotar que os conteúdos destas sub-escalas não apresentam o mesmo sentido no contexto brasileiro, e mais ainda, podem ser medidas de forma diferente em uma população de idosos, assim, há a necessidade de maiores pesquisas.

Logo foi realizada uma pesquisa enfocando os resultados que emergiram em outros estudos realizados com a escala RSA. Verificou-se que na pesquisa de validação da escala RSA no Brasil (Hjemdal, et al., 2009) o Alfa de Cronbach do fator Coesão familiar ficou em 0.79, o que indicava um resultado satisfatório. Em outra pesquisa de validação em uma cultura diferente daquela em que foi desenvolvida a escala RSA com 33 itens foi feita a aplicação da escala em estudantes universitários em diferentes instituições do Irã, (Jowkar, et al., 2010), a escala apresentou uma estrutura de cinco fatores – diferente do original, mas o Alfa de Cronbach do fator Coesão familiar foi de 0,84, um resultado considerado como bom. Também em uma pesquisa realizada pelo Hjemdal e col., cujos resultados foram publicados em 2012, os valores do Alfa de Cronbach do fator Coesão familiar ficaram em 0.79 (Hjemdal et al., 2012). Destaca-se que, em todas as pesquisas, a escala RSA foi aplicada em adultos estudantes universitários.

Outra pontuação do Alfa de Cronbach que não foi satisfatório neste estudo foi o fator denominado Estilo estruturado. Diferentemente da dimensão Coesão familiar, cujos resultados foram bons, o mesmo não ocorreu com o fator Estilo estruturado, porquanto no estudo de validação realizado por Hjemdal et al. (2009) da RSA no Brasil, o índice alcançado na dimensão foi de 0,56, o que pode ser satisfatório, mas está

próximo do limite do recomendado pela literatura. Também foi o menor dos índices de confiabilidade entre os seis fatores existentes e que foram considerados na pesquisa realizada em 2011 com estudantes noruegueses que foi de 0,67. Estes resultados podem indicar que esta dimensão não está sendo muito coerente na medição do que ela se propõe medir, o que indica que outros estudos devem ser feitos, de preferência em amostras de várias faixas etárias e diferentes culturas, para que essa medida possa ser melhor analisada.

Também cabe ressaltar que a média de idade nas outras pesquisas que aplicaram a RSA estava sempre variando em torno de 20 a 23 anos, ou seja, a RSA foi uma escala desenvolvida para ser aplicada em adultos, mas adultos jovens foram os que tiveram maior participação nas pesquisas. Já a participação de pessoas com idade mais avançada foi quase que inexistente, principalmente por serem estudos realizados com estudantes universitários. Os participantes se caracterizavam, em sua maioria, como jovens adultos, como exemplo, a própria pesquisa de validação da escala no Brasil que foi de 23,23 (DP=5,3), a pesquisa de validação no Irã foi mais baixa ainda M= 20, 6 (DP= 1,4) e o estudo realizado em 2011 na Noruega foi de 22 anos (DP=3.3), enquanto que a média de idade da amostra deste estudo ficou em 67,23 (DP= 5,9), o que pode ser um indicador que a Coesão familiar e o Estilo estruturado devem ser medidos de maneira diferente para os idosos. Outros argumentos podem ser encontrados na literatura (Junqueira & Deslandes, 2003; Masten, 2001; Minello, 2010), pois acredita-se que a resiliência é construída ao longo do tempo, não sendo um estado fixo, acabado, mas é antes de tudo um processo, que pode ser desencadeada ou pode se dissipar em determinados momentos da vida.

A resiliência envolve uma trajetória, que pode ser pessoal, familiar e pode ser a chave para explicar como as pessoas conseguem lidar com os vários desafios que se

apresentam durante toda a vida (Aldwin, et al., 2007; Bauer, et al., 2005; Bonanno, 2004; Ong, et al., 2009) , assim pode ser que os recursos utilizados pelos adultos mais jovens sejam diferentes dos recursos adotados pelos mais velhos, o que torna diferentes os resultados, principalmente aqueles que medem alguns fatores da resiliência, como é o caso, da coesão familiar e do estilo estruturado.

Assim, diante dos resultados não satisfatórios das dimensões Estilo estruturado e Coesão familiar que tiveram uma pontuação inferior ao limite adotado para se conseguir a validade da escala ou de uma dimensão é igual a 0,60, optou-se pela realização da Análise Fatorial.

Cabe lembrar que um dos grandes desafios das Ciências Sociais é, sem dúvida, mensurar fenômenos que não são diretamente observáveis, palpáveis, ou mesmo algo concreto, e é por isso que um dos principais desafios que os pesquisadores enfrentam é como operacionalizar conceitos abstratos em variáveis empiricamente observáveis e medidas. Um dos caminhos encontrados para a mensuração destes fenômenos é identificar variáveis que "caminham juntas", ou seja, aquelas variáveis que possuem a mesma estrutura subjacente. E isso pode ser implementado através da análise fatorial (Figueiredo Filho & Silva Junior, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007).

Quando a opção é pela Análise fatorial, tem-se como principal objetivo reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número reduzido de fatores. Assim, os fatores encontrados ou aglutinados em uma só dimensão, passam a representar os construtos que, de certa forma, resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas (Figueiredo Filho & Silva Junior, 2010). Portanto, a realização da Análise Fatorial da escala RSA oportuniza identificar as dimensões que podem ser observáveis numa população de idosos.

Assim, após a realização da Análise Fatorial, foi necessária a exclusão de dois itens - 06 e o 30 -, pois tiveram a saturação baixa e negativa ficando a escala RSA adaptada para idosos com 31 itens e com duas dimensões.

Estes resultados podem ter emergido pelo fato desta escala ter sido aplicada em amostras distintas da utilizada neste estudo, sendo que:

- Em outras pesquisas realizadas com a RSA a amostra era predominantemente de jovens universitários, enquanto que, nesta pesquisa, a escolaridade da maioria dos participantes – 75% da amostra – era de pessoas que tinham estudado no máximo até o Ensino Médio, sendo que 48,5 % tinham somente até o Ensino Fundamental;
- A média de idade das outras pesquisas variou sempre em torno de 23 anos;
- Poucos respondentes nas outras pesquisas tinham mais de 60 anos;
- A escala apresentou dificuldade na semântica, mas a opção foi não fazer alteração nos itens, pois a escala já havia sido validada para o Brasil;
- A dificuldade de os participantes processarem itens escritos de maneira inversa ou falta de atenção ao responder, não percebendo que a escala de resposta mudou.

Após análise de item a item das duas dimensões que emergiram depois da realização da Análise fatorial, optou-se por denominá-las de Coesão familiar ($\alpha = 0,95$) e Otimismo ($\alpha = 0,88$), ambas apresentaram bons resultados de consistência interna.

Os nomes foram escolhidos após consulta à literatura. Desde a origem dos estudos sobre a resiliência, ela geralmente está relacionada a eventos geradores de risco – que são os geradores de estresse, de dificuldades e que podem desenvolver uma série de problemas – e fatores de proteção – que como o próprio nome diz, protegem as pessoas. Para Pinheiro (2004), os fatores de proteção estão relacionados às condições do

indivíduo, às condições familiares e às redes do ambiente, sendo as influências que melhoram as respostas de uma pessoa e que podem modificar as circunstâncias potencialmente negativas. Um fator que sempre se apresenta nos estudos sobre resiliência é a Coesão Familiar que, segundo Yunes (2001), já nas pesquisas de Masten, Garnezy e Werner era apontada como um importante fator de proteção para o desenvolvimento infantil.

Por Coesão familiar entende-se a capacidade da família manter-se unida frente às vicissitudes do dia a dia. Envolve a comunhão de valores, lealdade, ajuda, simpatia e visão de futuro mútua entre os familiares. Acredita que as famílias e as pessoas vivem melhor quando os membros se sentem unidos, comprometidos e envolvidos emocionalmente (Carvalho, 2009; Walsh, 2005; Yunes, 2001; Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007).

Conforme análise dos itens que se agruparam no primeiro fator, foi verificado que a maioria das questões envolvia temas como estabilidade, família amorosa, qualidade das interações, boa comunicação, consistência nas relações e união. Assim, diante destes resultados, a opção foi denominar a dimensão de: *Coesão familiar*.

A análise da consistência interna da dimensão Coesão familiar permitiu verificar que o Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,95, um resultado considerado bom. Já os Alfas de Cronbach obtidos para cada item foram todos entre 0,60 e 0,85, o que também pode ser considerado razoável.

Também foram verificadas as correlações item a item e a correlação item-total e constatou-se que todas correlacionaram positivamente com carga maiores de 0,30. Os resultados apontaram que esta estrutura da dimensão denominada Coesão familiar é suficientemente boa para constituir um fator da escala RSA para ser utilizada em idosos (Bisquerra, 1989).

A outra dimensão da RSA que emergiu da Análise Fatorial foi denominada de *otimismo*. Assim, ao analisar os itens que emergiram no segundo fator percebeu-se que estavam relacionados com uma visão positiva de futuro, confiança nas decisões, crença na própria capacidade e existência de estratégias de planejamento para tomar decisões, sendo assim, a opção da denominação foi de *Otimismo*.

Desde a Antiguidade, filósofos como Demócrito e Epiteto já diziam que, não é o que ocorre com a pessoa que pode deixá-la feliz, mas a maneira como ela interpreta os acontecimentos. Na psicologia Positiva, em estudos realizados por Seligman (2004), o otimismo foi apontado como um traço que medeia a interpretação da realidade das pessoas, mas ele também apontou que o otimismo pode ser circunstancial até mesmo mais generalizado.

Ser otimista não é ter pensamentos positivos e sim pensar de forma diferenciada acerca das causas dos fatos (Seligman, 2004; Conversano, et al., 2010). Segundo Seligman (2004), a diferença entre o otimista e o pessimista está na forma de eles explicarem as causas de eventos ruins ou bons que ocorrem no cotidiano. As pessoas otimistas atribuem explicações permanentes e internas para os eventos bons e explicações transitórias e externas para eventos ruins. Mesmo enfrentando adversidades, os otimistas enfrentam a realidade sem perder a esperança, o humor e com uma perspectiva de futuro positivo. Sendo uma das habilidades que aparecem nas pesquisas relacionadas à resiliência, o otimismo é uma habilidade que se apresenta constantemente (Barbosa, 2006; Belancieri, et al. 2010; Conversano, et al. 2010).

A análise da consistência interna da dimensão Otimismo permitiu constatar que o Alfa de Cronbach foi de 0,88, o que é um resultado considerado bom. A carga fatorial dos componentes variou em todos acima de 0,52 sendo considerados bons resultados. As correlações dos itens também foram significativas e positivas.

Diante disto, fez-se a correlação entre a Escala RSA e as suas duas dimensões, e, como era esperado, elas se correlacionaram positiva e fortemente entre si.

Nesta pesquisa, a hipótese não foi confirmada, o que sugere que a resiliência pode ser medida de forma diferente para os idosos, entretanto outros estudos devem ser feitos, principalmente aqueles que comparam a resiliência em diferentes populações, gerações e culturas. É muito importante a realização de pesquisas em diferentes culturas que testam modelos de medição de construtos psicológicos para que generalizações sejam evitadas e possam ser realizadas comparações e equivalência dos testes.

A resiliência é um construto em elaboração e não foi encontrada, nas pesquisas realizadas até este momento, nenhuma medida que possa ser considerada como padrão para mensurar a resiliência em idosos. Verifica-se que na literatura há diferentes visões da medição da Resiliência em adultos e idosos. Segundo Bonano (2004), é importante estabelecer a resiliência em adultos relacionando-a com a experiência e com o quanto a pessoa está se desenvolvendo. Ainda para o autor, nos estudos sobre a resiliência, é importante investigar se os diferentes fatores são cumulativos ou interativos e saber como se comportam ao longo da vida.

Há estudos (Bonanno, 2004; Ong, Bergeman & Boker, 2009; Ong & Zautra, 2009) que enfatizam que a resiliência no adulto se relaciona às experiências do desenvolvimento, por exemplo, muitos idosos mudam suas prioridades e metas para acomodar ou lidar com as perdas e isso está de acordo com o modelo SOC, de Seleção das metas, Otimização do que tem e Compensação das perdas. Ou seja, um indivíduo pode demonstrar diferentes graus de resiliência em diferentes períodos da sua trajetória de vida, em função das mudanças que podem ocorrer na vida. A complexidade da resiliência é significativa, mas cabe ressaltar que muitos outros construtos são

considerados também difíceis de serem medidos, como por exemplo, o estresse, a autoestima, o otimismo, a felicidade e outros.

Por conseguinte, a adequação de instrumentos para medir a resiliência tem sido questionada, pois sendo de natureza dinâmica, contextual e multidimensional não tem correspondência simplesmente com um traço pessoal, mas sim com um processo transacional intrinsecamente complexo de aprendizagem e de desenvolvimento. Por este motivo, alguns pesquisadores têm expressado a preocupação de que a resiliência não pode ser quantificada, ou seja, estudada através de uma medida escalar e momentânea (Angst, 2009; Poletto, & Koller, 2008; Reppold et al., 2012).

Já para outros autores (Pesce, 2005), um dos reflexos do aumento dos estudos sobre a resiliência é a necessidade de projetos de intervenção e de promoção de saúde, e por esse motivo, é necessária a criação de instrumentos que avaliem o construto.

Faz-se necessário um nível apropriado de conhecimento dos instrumentos de avaliação disponíveis, especialmente em relação a quais variáveis estão sendo efetivamente avaliadas através dos testes psicológicos.

Assim, compreendendo a complexidade da resiliência e da medição, e entendendo que Hjemdal et al. (2003; 2006; 2009; 2010) desenvolveram uma escala que media a resiliência em seus vários fatores ou elementos, pensou-se em utilizar esta escala que possibilitaria uma boa análise dos resultados psicométricos.

Ao aplicar a escala RSA de Hjemdal et al. (2003; 2006; 2009; 2010), a intenção era que a resiliência fosse mensurada nas várias dimensões, pois segundo o entendimento dos pesquisadores, a resiliência não se refere apenas às habilidades psicológicas, mas também pode envolver todas as possibilidades que uma pessoa pode utilizar para tirar vantagem da família e dos sistemas de apoio social, a fim de lidar com o estresse.

De modo geral, as pessoas com a capacidade de resiliência são mais flexíveis e sabem fazer escolhas para se proteger contra o estresse, e utilizam de diversos recursos de proteção ou fatores, comportamentos e resultados resilientes (Grotberg, 2005).

Conforme Grotberg (2005), os fatores ou recursos podem ser desenvolvidos, se apresentam em diferentes faixas etárias e requerem a interação de três diferentes níveis: suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e força interna (eu sou e eu estou), mas o conjunto de recursos que constitui a resiliência pode variar entre os idosos, contudo pode ser cultivado e obtido por todos, mas cada um deve ser capaz de reconhecer seu próprio conjunto de recursos e deve aprender quando e como utilizá-los.

Existem diferentes definições do conceito de resiliência do sujeito na Psicologia, nomeadamente enfatizando características do indivíduo resiliente que são identificadas pela: resistência à destruição, condutas vitais positivas, habilidade, adaptabilidade, baixa suscetibilidade, enfrentamento efetivo, capacidade, temperamento especial e habilidades cognitivas desenvolvidas durante situações vitais adversas, estresse etc.

A resiliência pode ser um importante componente de ajustamento psicossocial de sucesso no período da velhice, pois a superação dos eventos estressores e a retomada do desenvolvimento em circunstâncias adversas podem ser os elementos mais significativos na melhora do indivíduo afetado, ou seja, a resiliência. Portanto, ela precisa ser compreendida pelos profissionais que convivem, cuidam de pessoas idosas, pois pode auxiliar na prevenção de doenças, na promoção de saúde e bem-estar.

Assim, cabem mais pesquisas que possam responder se os recursos de proteção para os idosos são diferentes e se os promotores da resiliência em idosos devem ser medidos de forma diferente. Esta observação deriva do fato de que os resultados da escala de resiliência para adultos foram diferentes e as dimensões não se confirmaram

ao se aplicar a referida escala em uma população que apresentava pouca instrução, sendo, na maioria, de baixa renda e de faixa etária superior a 60 anos.

Outros estudos devem ser realizados para verificar o desempenho das Escalas de resiliência em população idosa.

CAPÍTULO V

A RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE A RESILIÊNCIA, ESTRESSE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O COMPONENTE COGNITIVO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CUIABÁ.

A preocupação com uma velhice com satisfação, com qualidade, e com saúde ganhou relevância nos últimos trinta anos, à medida que a longevidade passou a ser um fato no cotidiano e a experiência de conviver com os idosos passou a ser compartilhada em muitas sociedades. Assim, segundo Joia, et al. (2007), com o aumento da sobrevida da população, emergiu a importância de garantir não somente mais tempo de vida, mas o bem-estar, a qualidade dessa vida, a saúde e a satisfação pessoal e social.

O cenário atual de pesquisas realizadas com idosos demonstra a importância de se conhecer as questões que dizem respeito ao bem-estar dos mesmos. Na Psicologia Social, o componente cognitivo do Bem-estar Subjetivo constitui um campo de estudos que busca compreender as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas (Siqueira & Padovam, 2008). Siqueira e Padovam (2008) citam estudos mostrando que o termo satisfação com a vida se refere ao julgamento que o indivíduo faz sobre sua própria vida e que evidencia o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo de suas aspirações. Isso significa que o julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Este estudo pretende analisar e mensurar como se relacionam os construtos Resiliência, Estresse, Ansiedade e Depressão para tentar compreender a relação que existe entre importantes variáveis que influenciam uma velhice e a avaliação que os idosos fazem da sua vida. Assim, buscou-se mensurar os seguintes construtos: 1. Resiliência que evidencia a capacidade de adaptação, de enfrentamento e de superação vivenciadas pelas pessoas idosas; 2. Estresse, pois, segundo argumentou Aldwin (1994), frente aos eventos de perda, os idosos lidam muito bem com o estresse, ou seja, são em regra mais eficientes do que os adultos; 3. Ansiedade e Depressão, pelos quais, segundo a literatura (Byrne, 2002; Xavier et al., 2001), muitos idosos são acometidos e que

podem ser responsáveis pelas avaliações negativas do envelhecimento, e, ainda, pretende-se compreender como estas variáveis se relacionam à Satisfação com a Vida, o componente cognitivo do BES. Assim, propõem-se os seguintes objetivos específicos:

5.1. Objetivos Específicos

- Analisar a relação que existe entre as variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa e a Resiliência;
- Avaliar a relação que existe entre o Estresse percebido e a Satisfação com a vida em uma amostra de idosos de Cuiabá;
- Analisar a relação que existe entre a capacidade de Resiliência, o Estresse percebido e a Satisfação com a vida em uma amostra de idosos de Cuiabá.

Para alcançar estes objetivos levantamos as seguintes hipóteses:

5.2. Hipóteses

- I. Friborg (2006) afirmou que, apesar de a questão de gênero ter sido pouco abordada em estudos sobre a Resiliência, os resultados de alguns estudos apontam as mulheres como as mais resilientes. Portanto, espera-se que:

As mulheres idosas pontuem significativamente mais alto nas dimensões Coesão Familiar, Otimismo e na RSA com 31 itens que os homens idosos.

- II. A literatura aponta os idosos resilientes como aqueles que possuem mais habilidades emocionais e têm maior capacidade de enfrentar e solucionar problemas, entretanto, ainda não estão claros os efeitos da Resiliência nem como ela se relaciona com a variável idade (Gooding, et al., 2011). Portanto, espera-se que:

Os idosos com mais de 75 anos apresentem maiores valores nas pontuações nas dimensões Coesão Familiar, Otimismo e a RSA total com 31 que os idosos com menos de 75 anos da amostra analisada.

III. Estudos demonstraram que a Satisfação com a Vida pode aumentar com a idade (Argyle, 1999; Diener e Suh, 1998) ou permanecer estável ao longo do tempo, apesar do declínio da renda pessoal e da mudança do estado civil, entre outras coisas (Diener e Suh 1998). Portanto, espera-se que:

Os idosos com mais de 75 anos apresentem maior satisfação com a vida, na medida cognitiva do Bem-estar Subjetivo - a ESV - que os idosos com menos de 75 anos.

IV. Pesquisas (Hurst, Johnson & Tarrier, 2011; Windle, et al., 2009; Zeng & Shen, 2010) apontaram a resiliência como um importante preditor de Bem-estar na terceira idade, e que pode ter correlações significativas entre a Resiliência e a Satisfação com a Vida. Portanto, espera-se que:

IV.a. Exista uma correlação positiva entre a pontuação obtida nos domínios coesão familiar, otimismo e a RSA com 31 itens e a pontuação obtida na medida cognitiva do Bem-estar Subjetivo – ESV - na amostra de idosos.

IV.b. Os idosos com pontuação alta na Escala RSA total pontuam significativamente mais alto na Escala Satisfação com a Vida (ESV) que os idosos com baixa pontuação na Escala RSA com 31 itens.

V. Ao longo do ciclo de vida, os eventos inesperados tendem a crescer, assim, na velhice, fenômenos como: perda da saúde física, perda de familiares, aumento do risco de morte e deficiência tendem a apresentar-se mais constantemente e muitas vezes trazem implicações negativas para a realização das atividades diárias (Batistone, Fortes & Yassuda, 2007) podendo, então, ser considerados agentes estressores crônicos desta fase. Na pesquisa de Luft, et al. (2007), os idosos mais satisfeitos com as suas vidas tiveram pontuação significativamente menor na escala de estresse percebido. Portanto, espera-se que:

V. a. Exista uma correlação negativa entre a pontuação obtida de ESV e a pontuação da escala Perceived Stress Scale (PSS – Escala de Estresse Percebido) na amostra de idosos analisada neste estudo.

V.b. Os idosos com alta pontuação na escala PSS pontuem significativamente mais baixo na ESV que os idosos com baixa pontuação na escala PSS.

VI. Conforme as pessoas envelhecem, passam a enfrentar desafios como o desenvolvimento de doenças crônicas, a redução da renda e o estresse emocional, entre outros. Pesquisas recentes sobre o envelhecimento apontam a resiliência em idosos como a capacidade de adaptar-se às adversidades da vida (Bonano, 2004; Gooding, et al., 2011; Zeng & Shen, 2010). Esta capacidade pode ser uma característica da personalidade e deve ajudar a moderar os efeitos negativos do estresse e a promover a adaptação (Wagnild & Young, 1993; Wells 2010). Portanto, espera-se que:

VI.a. Exista uma correlação negativa entre as pontuações obtidas nos domínios coesão familiar e otimismo da escala RSA com as pontuações obtidas na escala PSS na amostra de idosos analisada neste estudo.

VI.b. Os idosos com alta pontuações de RSA pontuem significativamente mais baixo na escala PSS que os idosos com baixa pontuação da medida da escala RSA.

5.3. Participantes

Participaram deste estudo 379 idosos, dentre estes, 145 (38,3%) homens e 234 (61,7%) mulheres, na faixa etária entre 60 e 86 anos. Os participantes demonstraram, por ocasião da pesquisa, condições gerais satisfatórias de saúde física e mental, bem como autonomia para responder as perguntas cotidianas.

Dentre os indivíduos pesquisados, a maioria residia na cidade de Cuiabá, estado de Mato Grosso, eram frequentadores de encontros em igrejas, templos e centros de

convivência direcionados às pessoas idosas. A condução desta pesquisa se deu em aulas de pintura, em igrejas, na sala de reuniões do IFMT, *campus* Octaíde Jorge da Silva e no Centro de Convivências Padre Firmo.

A cidade de Cuiabá possui centros de convivência para idosos em diversos bairros da cidade, sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano da Prefeitura Municipal, entidades responsáveis pelo desenvolvimento de diversos programas e atividades direcionadas a este público, sendo, portanto, *locus* favorecedor para a condução desta investigação. Entretanto, para a condução deste estudo e ampliação dos espaços pesquisados, visitaram-se as aulas de pintura na Igreja Mãe dos Homens, a reunião dos aposentados do Instituto Federal de Mato e, também, convidou-se a participar do estudo os familiares dos alunos dos Cursos de Secretariado e Eventos do Ensino Médio do IFMT – Campus Cuiabá – Octaíde Jorge da Silva. Todos participantes foram convidados a responder um instrumento composto de duas etapas: a primeira apresentou um questionário com informações sociodemográficas e a segunda etapa, escalas para mensurar a Resiliência, a Satisfação com a Vida, o Estresse Percebido e, ainda, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa foram mínimos, uma vez que a mesma tratou de temas relacionados à vida. Foi esclarecido que a qualquer momento o participante poderia solicitar esclarecimentos sobre o que estava sendo analisado, bem como requerer a interrupção de sua participação sem nenhum ônus de qualquer natureza.

5.4. Amostra

Não houve prévia definição das amostras, a composição da amostra foi definida pelo critério de acessibilidade dos participantes. Este estudo se apresenta com amostra por conveniência.

5.5. Delineamento do Estudo

A pesquisa se caracteriza como um estudo transversal de abordagem quantitativa.

5.6. Instrumentos

5.6.1. Questionário Sociodemográfico

Este instrumento foi desenvolvido a fim de captar algumas informações visando à identificação sociodemográfica dos participantes e alguns aspectos importantes da vida dos participantes. Foi anexada uma ficha estruturada para coletar informações relativas a: data do nascimento; sexo; estado civil ou situação conjugal; escolaridade (anos de estudo formal); renda familiar; habitação e atividades profissionais. Os itens eram fechados de múltipla escolha, selecionados através dos dados da literatura, e que se destacam como variáveis importantes para a pesquisa com idosos, como: no que se refere à saúde, se foram feitos exames nos últimos meses; e outros relacionados ao lazer, ao trabalho, às suas atividades diárias. Neste estudo, foram feitas duas perguntas que avaliam a satisfação com a vida e a satisfação com a saúde a fim de caracterizar melhor a amostra (Anexo 4).

5.6.2. Escala de Resiliência para Adultos – RSA, (Hjemdal et al. (2003)).

A escala de Resiliência para Adultos – RSA foi originalmente desenvolvida por Hjemdal, Friborg, Martinussen e Rosenvinge (2001) para mensurar a Resiliência em adultos. A versão preliminar possuía cinco fatores: competência pessoal, competência social, suporte social, coerência familiar e estrutura pessoal. A RSA é um instrumento composto por 33 itens de autorrelato para medir resiliência entre os adultos (Friborg et al, 2005a.; Friborg & Hjemdal, 2004; Friborg et al., 2003; Hjemdal et al., 2001). A versão revista da RSA (Friborg, Martinussen, & Rosenvinge, 2003) e, utilizada neste presente estudo, caracteriza-se por ser uma escala semântica de sete pontos, onde cada

item possui um atributo positivo e outro negativo nas suas extremidades. Escores variam entre 33 e 231, sendo que as pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de resiliência. Esta escala contempla tanto os recursos de proteção representados pelos atributos psicológicos e disposicionais através das dimensões: competência social, competência pessoal, estrutura pessoal; a segunda categoria, que representa o suporte e a coesão familiar, foi chamada de coerência familiar; e a terceira, alusiva aos sistemas de suporte externo, foi representada pela dimensão suporte social. (Hjemdal, et al., 2005). A escala RSA foi adaptada para o Brasil por Hjemdal, et al. (2009) em uma amostra de 222 estudantes da UFPE, sendo que a versão utilizada foi da RSA que contém 33 itens, em uma escala Likert de sete pontos em formato de diferencial semântico, na qual cada item é organizado como um *continuum*, cujos opostos apresentam alternativas de resposta com conteúdo positivo e negativo. Após o processo de adaptação e validação, a estrutura fatorial foi confirmada, mostrando-se capaz de mensurar seis fatores, cujos alfas de *Cronbach* variam de 0,56 a 0,79 (Hjemdal, Roazzi, et al., 2009).

Entretanto, devido aos resultados encontrados no estudo I onde a escala apresentou baixa fiabilidade nas dimensões Coesão Familiar ($\alpha = 0,29$, itens 04, 10, 16, 22, 27, 31) e Estilo Estruturado ($\alpha = 0,45$, itens 06, 12, 18, 24) foi realizada uma análise fatorial. Os resultados apontaram que para a amostra de Idosos do estudo, a Escala atingiu bons resultados de confiabilidade e uma boa consistência interna com duas dimensões denominadas de: Coesão familiar ($\alpha = 0,95$) e Otimismo ($\alpha = 0,88$) e todos os itens das duas dimensões correlacionaram positivamente e significativamente. Dois itens foram retirados por apresentarem cargas fatoriais baixas ($p < 0,40$), ficando assim a escala com 31 itens ($\alpha = 0,91$). Este estudo utilizou a versão validada para idosos no Estudo I desta tese.

5.6.3. Escala de Estresse Percebido (PSS) (Cohen et al., 1983).

A Perceived Stress Scale PSS foi desenvolvida por Cohen et al (1983) para mensurar o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações vividas como estressantes. Esta escala, denominada *Perceived Stress Scale* (PSS – no Brasil foi validada como Escala de Estresse Percebido), foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14), sendo também validada com dez componentes (PSS 10). É uma escala muito utilizada nas pesquisas acadêmicas e de clínicas, tendo sido validada em mais de 20 países, como Estados Unidos da América, Japão e Espanha. A versão brasileira da escala PSS foi traduzida e validada por Luft, et al. (2007) para mensurar o estresse percebido em idosos (α 0,82). É uma escala que pode ser autoadministrada, sendo que, neste caso, demorava em torno de 5 a 15 minutos para ser preenchida. A versão utilizada nesta pesquisa foi a PSS com 10 (dez) questões (alfa 0,83 um pouco maior que a versão com 14), por apresentar, tal como o autor sugere, uma boa capacidade de predição e uma boa validade interna. Com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 7 e 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. As questões negativas devem ser somadas diretamente (Luft, et al., 2007). Os autores consideram que os resultados altos indicam a maior percepção de estresse.

5.6.4. Escala de satisfação com a vida (ESV) (Diener, 1985)

A Escala de Satisfação Com a Vida (ESV), – de autoria do norte-americano Dr Ed Diener. Tem como proposta avaliar o componente cognitivo do bem-estar subjetivo, ou seja, a satisfação com a vida. A versão original foi utilizada para mensurar uma população de estudantes universitários através de uma análise fatorial comprovando uma boa consistência. A escala utilizada nesta pesquisa foi adaptada no Brasil por

Gouveia et al. (2005) e apresentou uma consistência interna de 0,89. Os itens que compõem a escala são de natureza global, sendo assim, a avaliação é feita de forma plena e não através de aspectos específicos da vida. O próprio respondente pode eleger o que é fundamental para sua satisfação com a vida. A escala é breve e tem um formato simples de pesquisa, com múltiplos itens, cobrindo esse único fator: satisfação com a vida. A ESV é um instrumento autorrespondível contendo cinco itens. Os participantes marcam as suas respostas em uma escala de 7 (sete) pontos, com extremos que variam de 1(um) *discordo totalmente* até 7 (sete) *concordo totalmente*. As respostas para cada item são então invertidas usando a fórmula 8-1, resultando em 5 valores que são somados para compor o escore final. Este pode variar de 5 a 35, ou seja, de extremamente insatisfeito até altamente satisfeito. De 5 a 9 considera-se muito insatisfeito; 10 a 14: insatisfeito; 15 a 19: levemente insatisfeito; 20 nem satisfeito, nem insatisfeito; 21 a 25: levemente satisfeito; 26 a 30: satisfeito; 31 a 35: muito satisfeito.

Segundo Gouveia et al. (2005), a ESV vem sendo administrada amplamente em diversos países (Pavot & Diener, 1993). Por exemplo, ela já foi traduzida para o francês (Blais et al., 1990; Fouquereau e Rioux, 2002), holandês (Arrindell, Heesink & Feij, 1999; Arrindell, Meeuwesen & Huyse, 1991), russo (Balatsky & Diener, 1993), árabe (Abdallah, 1998), checo (Lewis et al., 1999), chinês (Sachs, 2004), espanhol (Atienza, Balaguer & García-Merita, 2003; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2000, 2002) e, inclusive, português (Neto, 1993b). A escala tem sido amplamente utilizada em diversas populações de diferentes culturas no mundo inteiro. No Brasil, esta escala está validada e pode ser utilizada para avaliação da satisfação com a vida.

5.6.5. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) de Zigmond & Snaith (1983).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) para medir a ansiedade e depressão em um hospital em pacientes não psiquiátricos. É um instrumento de autopreenchimento que possibilita avaliar separadamente a depressão e a ansiedade em indivíduos considerados doentes e não doentes. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha, das quais sete são voltadas para a avaliação da ansiedade (HADS- A, questões 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13, alfa = 0,84) e sete para a depressão (HADS-D, questões 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14, alfa de 0,83). Cada um dos seus itens é pontuado de zero a três, chegando à pontuação de 0 a 21 para a ansiedade e de 0 a 21 para a depressão, ou seja, o valor máximo para cada escala é de 21 pontos. Foi validada no Brasil entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr., Pereira em 1995 (Freitas & Botega, 2002), foram adotados os pontos de cortes recomendados pelos autores da escala Zigmond e Snaith, sugeridos para ambas subescalas.

- HADS – ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade $\geq$ que 9;
- HADS – depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão $\geq$ que 9;

Todos os itens da escala referem-se exclusivamente ao estado emocional, não possuindo itens que contenham sintomas vegetativos. E em uma análise semântica do conteúdo dos itens, realizada por sete pesquisadores, foi comprovado que a escala apresenta uma configuração simples podendo ser aplicada em diversos tipos de estudos. A escala foi adaptada para a amostra de idosos no que se refere ao modo de apresentação das questões e aos intervalos de respostas.

5.7. Procedimentos de coleta de dados

Metodologicamente esta pesquisa foi constituída de diferentes etapas:

- 1- Primeira etapa: foram encaminhados o projeto e as solicitações de autorização (Anexo 2) para a Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano da Prefeitura- SMASDH (responsável pelos centros de convivência de idosos), para igrejas da cidade e para o Instituto Federal de Educação De Mato Grosso - IFMT. Após receber o aceite para a realização da pesquisa, todos os documentos foram encaminhados para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, protocolado com o número 106/CEP – HUJM/2011.
- 2- Segunda etapa: conhecer a população-alvo do estudo e identificar as projeções demográficas do município no que se refere à população idosa. Também foi realizado um estudo piloto com a participação de 25 idosos de diferentes níveis de escolaridade, moradores em bairros distintos na capital de Cuiabá e diferentes idades, entre 60 e 80 anos. Durante o estudo piloto foi constatada a necessidade de fazer adaptações na construção dos protocolos que seriam manuseados pelos respondentes das escalas para melhorar a visualização, mudar algumas instruções e aumentar a fonte usada, por se tratar de uma população com idade mais avançada e já com alguma dificuldade na visão.
- 3- Terceira etapa: o projeto foi aprovado em reunião realizada no dia 19/10/2011 (Anexo 1). Não houve nenhuma implicação ou desacordo em relação a este projeto, sendo aprovado sem restrições.
- 4- Quarta etapa: Após a aprovação começou o agendamento para a aplicação dos questionários nos vários lugares previamente contatados. Como os questionários eram autoaplicáveis foram feitos convites e agendados horários para a entrega aos participantes. Algumas dificuldades foram detectadas quanto ao entendimento de alguns itens do protocolo, sendo imediatamente solucionadas pela pesquisadora, que prestou todos os esclarecimentos.

- 5- Quinta etapa: Os instrumentos foram aplicados de outubro de 2011 até janeiro de 2012, no Centro de Convivências dos Idosos Padre Firmo, em várias igrejas de Cuiabá, em reuniões informais e no IFMT.

Todos foram convidados pela pesquisadora a participar como voluntários e, em seguida, o termo de consentimento livre e esclarecido era lido e assinado pelo partícipe. Os instrumentos foram aplicados apenas nos idosos considerados acessíveis e dispostos a participar da pesquisa.

Suas identidades foram mantidas em sigilo, pois seus registros foram transformados em números e arquivados em lugar seguro. Em situações nas quais os participantes tinham baixa escolaridade, a pesquisadora optou em ler os questionários e assinalar as respostas dadas.

- 6- Sexta etapa: Após a coleta e organização dos dados, compôs-se uma matriz com as variáveis das escalas no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21 - SPSS 21. Este procedimento se deu entre os meses de outubro de 2011 a abril de 2012.

5.8. Análise estatística

As análises estatísticas realizadas compreenderam: estudos descritivos, média (M) e desvio padrão (DP), das características sociodemográficas dos grupos; análises de Correlação de Pearson entre as variáveis e o teste de comparação *t* de Student (amostras independentes). A consistência interna das análises das escalas foi analisada mediante o Alfa de Cronbach. As relações entre os fatores de cada escala deste estudo foram analisadas através da Correlação de Pearson. Finalmente se comprovou se as pontuações do Estresse Percebido com a Escala PSS e a dimensão cognitiva do Bem-estar Subjetivo, através da ESV, se modificavam em função dos níveis de Resiliência apresentados, estabelecendo, para eles, os percentis de 25 (grupo com baixa Resiliência)

e 75 (grupo com alta Resiliência), e a comparação das escalas efetuou-se através do Teste t de Student e do Teste U de Mann-Whitney no caso de não se cumprir o pressuposto de homogeneidade. A significação geral adotada para a análise foi $p < 0.05$. As análises estatísticas foram realizadas através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.

5.9. Resultados

5.9.1. Sexo, Estado civil, Escolaridade e Renda.

A amostra deste estudo foi composta por 379 participantes que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. A média de idade foi de 67,18 anos ($DP=5,80$), a maior parte do sexo feminino, o estado civil casado ou união estável conforme especificado na Tabela 8 e a renda foi de até 2 (dois) salários mínimos. A amostra foi dividida em dois grupos (ou categorias) conforme tendências atuais dos gerontologistas em traçar demarcações como *idosos jovens* - 60 até 75 anos ($n=342$) e *idosos mais velhos* – acima de 75 anos ($n=37$), pois é na faixa iniciada aos 75 anos que o idoso fica mais propenso a adquirir doenças crônicas e passa a demandar cuidados específicos (Fonseca, 2010; Papalia, Olds & Feldman, 2006; Schneider & Irigaray, 2008). Destaca-se que nos dois grupos ocorreu uma distribuição assimétrica, pois a amostra coletada foi predominantemente do grupo de 60 até 75 anos.

TABELA 08.

Frequência das variáveis: sexo, situação conjugal e escolaridade.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	234	61,7
Masculino	145	38,3
Idade		
60 até 75 anos	342	90,2
Acima de 75 anos	37	9,8
Situação Conjugal		
Solteiro	60	15,8
União Estável	151	39,8
Separado	95	25,1
Divorciado	73	19,3
Escolaridade		
Analfabeto	27	7,1
Analfabeto Funcional	99	26,1
Ensino Fundamental	74	19,5
Ensino Médio	86	22,7
Ensino Universitário	93	24,5
Renda		
Até 2 Salários	180	47,5
De 3 até 6 salários	94	24,8
7 até 10 salários	30	7,9
Mais de 10 Salários	26	6,9
Não informou	49	12,9

5.9.2. Trabalho, Atividades religiosas e Atividades físicas.

A TABELA 09 apresenta que a maioria dos participantes é aposentada, participa de atividades religiosas de forma sistemática como missas, cultos, encontros semanais em grupos religiosos. Além disso, o resultado desta pesquisa demonstra que a maior parte dos idosos participantes não faz regularmente atividades físicas.

TABELA 09

Frequência das variáveis: Trabalho, Religiosa e Atividades físicas.

Variáveis	n	%
Trabalha atualmente		
Sim	165	44
Não	210	56
Participa de atividade religiosa		
Sim	209	56,5
Não	161	43,5
Atividade Física		
Não	189	49,9
Até 2 vezes por semana	77	20,3
3vezes ou mais	113	29,8

5.9.3. Caracterização de Moradia.

Foi perguntado sobre como residiam os idosos visando caracterizar como moram e tentando perceber como vivem. A maioria dos participantes morava em casas próprias e morava sozinhos ou com os cônjuges (como consta na Tabela 10).

TABELA 10

Frequência das variáveis residências

Variáveis	n	%
Tipo de residência		
Casa	318	87,6
Apartamento	45	12,4
Moradia		
Própria	306	82,5
Alugada	40	10,8
Emprestada	15	4,0
Com parentes	10	2,7
Mora com		
Cônjuges	151	40,7
Parentes	37	10,0
Sozinho	183	49,3

5.9.4. Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas com a escala

RSA e as duas dimensões

A análise das variáveis sociodemográficas revelou a existência de uma diferença significativa quanto à relação com a atividade religiosa e atividade física, apontando que

aqueles idosos que participam de encontros religiosos – que podem ser missas, cultos, encontros ecumênicos e outros e os que praticam atividade física mais de duas vezes por semana têm maior resiliência e a renda apresentou uma diferença marginalmente significativa (como consta na Tabela 11).

TABELA 11
Relação de valores sociodemográficos com a resiliência.

Item	Variáveis		M (DP)	t	p-valor
1	Idade	60 de 75 anos (n=328)	158,29(30,61)	-0,81	0,63
		Acima de 75 anos(n=29)	161,19 (6,12)		
2	Sexo	Masculino (n=140)	158,64 (28,96)	-0,23	0,81
		Feminino (n=217)	159,43(31,95)		
3	Situação conjugal	Solteiros (as) e viúvos(as)(n=213)	158,37(31,23)	-0,61	0,53
		Casados (n=141)	160,43(30,26)		
4	Escolaridade	Até Ensino Fundamental (n=190)	157,54(31,22)	-1,03	0,30
		Ensino Médio e Superior(n=167)	160,92(30,26)		
5	Renda	Até seis salários (n=257)	158,42(30,40)	- 1,95	0,05
		7 ou mais salários(n=54)	167,24(28,54)		
6	Trabalha	Sim (n=158)	159,70(28,57)	0,20	0,83
		Não (n=195)	159,01(32,32)		
7	Atividade religiosa	Sim (n=198)	163,03(29,58)	0,61	0,53
		Não(n=153)	154,74(31,65)		
8	Atividade Física	Mais 2x por Semana (n=180)	163,25(29,57)	-2,57	0,01
		Não tenho hábito (n=177)	154,92(31,48)		

Percebe-se que as maiores pontuações para a RSA foram obtidas pelos participantes que tinham melhores condições econômicas, o mesmo aconteceu com os participantes que têm o hábito de fazer atividades físicas e que participavam de atividades religiosas pontuaram mais alto na RSA do que aqueles que não possuem o hábito de atividades físicas.

Também foram realizados os testes t-student com as duas dimensões da escala de RSA e os resultados apontaram que existe uma diferença significativa quanto à atividade religiosa quando realizado o teste t student entre as variáveis

sociodemográficas com a dimensão coesão familiar (como mostra a Tabela 12). Igualmente foi verificado que existe uma relação marginal em relação à variável atividade física.

TABELA 12

Relação de valores sociodemográficos com a dimensão Coesão familiar.

Item	Variáveis		M (DP)	t	p-valor
1	Idade	60 de 75 anos (n=335)	73,32 (21,80)	- 0,45	0,64
		Acima de 75 anos(n=30)	75,23 (23,61)		
2	Sexo	Masculino (n=141)	75,57 (17,66)	1,45	0,14
		Feminino (n=224)	72,15(24,18)		
3	Situação conjugal	Solteiros (as) e viúvos(as)(n=217)	72,75(22,55)	-0,75	0,45
		Casados (n=145)	74,54(21,18)		
4	Escolaridade	Até Ensino Fundamental (n=193)	73,76(20,74)	0,26	0,79
		Ensino Médio e Superior(n=172)	73,15(23,25)		
5	Renda	Até seis salários (n=264)	73,93(20,81)	- 0,99	0,32
		7 ou mais salários(n=55)	77,04(22,48)		
6	Trabalha	Sim (n=161)	73,27(21,51)	2,17	0,84
		Não (n=200)	73,74(21,44)		
7	Atividade religiosa	Sim (n=204)	75,85(29,58)	0,19	0,03
		Não(n=155)	70,81(22,10)		
8	Atividade Física	Mais 2x por Semana (n=184)	71,27(21,71)	-1,91	0,05
		Não tenho hábito (n=181)	75,64(21,99)		

Nestes resultados pode ser observado que aqueles que participam de atividades religiosas tiveram maiores pontuações na dimensão coesão familiar do que quem não participou. Da mesma forma, aqueles que participam de atividades físicas apresentaram maiores pontuações na dimensão coesão familiar que aqueles que não fizeram atividades físicas.

Quanto à outra dimensão da RSA, denominada otimismo, os resultados do teste t de student apontaram para diferenças significativas com relação às variáveis sexo, escolaridade e atividade física, igualmente foram encontradas diferenças marginais com relação às variáveis renda e atividades religiosas (como mostra a Tabela 13).

TABELA 13
Relação de valores sociodemográficos com a dimensão Otimismo.

Item	Variáveis	M (DP)	t	p-valor
1	Idade	60 de 75 anos (n=332)	-0,48	0,62
		Acima de 75 anos(n=35)		
2	Sexo	Masculino (n=142)	-2,60	<0,01
		Feminino (n=225)		
3	Situação conjugal	Solteiros (as) e viúvos(as)(n=221)	0,27	0,78
		Casados (n=143)		
4	Escolaridade	Até Ensino Fundamental (n=195)	-2,32	0,02
		Ensino Médio e Superior(n=172)		
5	Renda	Até seis salários (n=264)	-2,58	0,01
		7 ou mais salários(n=54)		
6	Trabalha	Sim (n=161)	-0,11	0,90
		Não (n=202)		
7	Atividade religiosa	Sim (n=201)	1,90	0,05
		Não(n=157)		
8	Atividade Física	Mais 2x por Semana (n=183)	-2,73	<0,01
		Não tenho hábito (n=184)		

Os resultados mostram que, diferentemente dos resultados da escala total de Resiliência RSA e do Fator Coesão familiar, no fator Otimismo algumas das variáveis sociodemográficas tiveram diferenças significativas. Uma variável do questionário sociodemográfico – Atividade física - gerou diferenças significativas com as duas dimensões e a RSA total.

5.9.5. Análise das relações das variáveis sociodemográficas com o Estresse Percebido

A análise das variáveis sociodemográficas revelou a existência de uma diferença estatisticamente significativa quanto à Atividade física, apontando que aqueles idosos que não praticam atividade física têm significativamente maior estresse percebido (como mostra a Tabela 14).

TABELA 14

Relação dos valores das variáveis sociodemográficas com a escala PSS.

Item	Variáveis	M (DP)	t	p-valor
1	Idade	60 de 75 anos (n=338)	0,07	0,94
		Acima de 75 anos (n=36)		
2	Sexo	Masculino (n=143)	-0,85	0,49
		Feminino (n=231)		
3	Situação conjugal	Solteiros (as) e viúvos(as)(n=225)	-0,30	0,76
		Casados (n=146)		
4	Escolaridade	Até Ensino Fundamental (n=200)	1,80	0,07
		Ensino Médio e Superior(n=179)		
5	Renda	Até seis salários (n=270)	1,85	0,06
		7 ou mais salários(n=55)		
6	Trabalha	Sim (n=164)	-0,96	0,33
		Não (n=206)		
7	Atividade religiosa	Sim (n=205)	-1,46	0,14
		Não(n=160)		
8	Atividade Física	Mais 2x por Semana (n=186)	2,83	0,005
		Não tenho hábito (n=188)		

5.9.6. Análise das relações das variáveis sociodemográficas com as duas dimensões – Depressão e Ansiedade da escala Hospitalar.

Nos resultados dos testes de comparação entre as variáveis sociodemográficas com a ansiedade foram identificadas várias diferenças significativas. A variável sexo gerou uma diferença estatisticamente marginal com a ansiedade, já a variável escolaridade gerou uma diferença estatisticamente significativa. Os resultados apontam que as mulheres possuem maiores pontuações para a ansiedade e também demonstram

que quem possui baixa escolaridade tem uma pontuação maior para a ansiedade (como mostra a Tabela 15).

TABELA 15
Relação dos valores das variáveis sócio-demográficas com a Ansiedade

Item	Variáveis	M (DP)	t	p-valor
1	Idade	60 de 75 anos (n=331)	0,89	0,37
		Acima de 75 anos(n=37)		
2	Sexo	Masculino (n=143)	-1,96	0,05
		Feminino (n=225)		
3	Situação conjugal	Solteiros (as) e viúvos(as)(n=220)	-0,15	0,88
		Casados (n=144)		
4	Escolaridade	Até Ensino Fundamental (n=193)	2,43	0,01
		Ensino Médio e Superior(n=175)		
5	Renda	Até seis salários (n=264)	1,64	0,10
		7 ou mais salários(n=55)		
6	Trabalha	Sim (n=160)	0,26	0,79
		Não (n=204)		
7	Atividade religiosa	Sim (n=204)	1,70	0,08
		Não(n=155)		
8	Atividade Física	Mais 2x por Semana (n=183)	1,29	0,19
		Não tenho hábito (n=185)		

A Tabela 16 apresenta diferenças significativas das variáveis sociodemográficas com a outra dimensão da escala HADS – a depressão. Os resultados apontaram para a existência de diferenças significativas com quatro variáveis sociodemográficas. Apontaram que os idosos que possuem menor escolaridade com renda mais baixa e sem o hábito de praticar atividades religiosas e físicas têm resultados mais altos para a depressão (Como mostra a Tabela 16).

TABELA 16

Relação dos valores das variáveis sociodemográficas com a depressão

Item	Variáveis	M (DP)	t	p-valor
1	Idade	60 de 75 anos (n=333)	-0,22	0,82
		Acima de 75 anos(n=37)		
2	Sexo	Masculino (n=143)	0,64	0,52
		Feminino (n=227)		
3	Situação conjugal	Solteiros (as) e viúvos(as)(n=220)	-0,02	0,98
		Casados (n=146)		
4	Escolaridade	Até Ensino Fundamental (n=195)	2,58	0,01
		Ensino Médio e Superior(n=175)		
5	Renda	Até seis salários (n=267)	2,92	0,004
		7 ou mais salários(n=56)		
6	Trabalha	Sim (n=161)	-1,24	0,21
		Não (n=205)		
7	Atividade religiosa	Sim (n=205)	-2,43	0,01
		Não(n=156)		
8	Atividade Física	Mais 2x por Semana (n=186)	3,41	0,001
		Não tenho hábito (n=184)		

5.9.7. Relação entre a satisfação com a vida (ESV) e as variáveis sociodemográficas.

Nos resultados do teste de comparação da satisfação com a vida com as variáveis sociodemográficas foram identificadas duas variáveis que geraram diferenças estatisticamente significativas com a satisfação com a vida, são elas: a renda e a atividade física (como mostra a Tabela 17). Quanto à renda, os resultados apontam que quem possui maior renda tem uma maior avaliação positiva da satisfação com a vida, o mesmo ocorre com os idosos que praticam atividade física mais de duas vezes por semana.

TABELA 17
Relação dos valores das variáveis sociodemográficas com a ESV.

Item	Variáveis	M (DP)	t	p-valor
1	Idade	60 de 75 anos (n=342)	-1,01	0,31
		Acima de 75 anos(n=37)		
2	Sexo	Masculino (n=145)	-0,67	0,50
		Feminino (n=234)		
3	Situação conjugal	Solteiros (as) e viúvos(as)(n=228)	0,49	0,62
		Casados (n=147)		
4	Escolaridade	Até Ensino Fundamental (n=200)	-2,24	0,025
		Ensino Médio e Superior(n=179)		
5	Renda	Até seis salários (n=274)	-3,41	0,001
		7 ou mais salários(n=56)		
6	Trabalha	Sim (n=165)	1,34	0,18
		Não (n=210)		
7	Atividade religiosa	Sim (n=209)	1,87	0,06
		Não(n=161)		
8	Atividade Física	Mais 2x por Semana (n=190)	-3,34	0,001
		Não tenho hábito (n=189)		

5.9.8. Análise de correlação entre as escalas analisadas

Para verificar a consistência interna das escalas foi realizado o cálculo do Alfa de Cronbach, este apresentou bons resultados para todas as escalas deste estudo. Foi mensurada a escala de resiliência total com 31 itens ($\alpha= 0,91$), as suas duas dimensões – coesão familiar ($\alpha= 0,93$) e otimismo ($\alpha= 86$), a escala PSS ($\alpha=0,83$), as suas duas dimensões HADS, HADS- A ($\alpha=0,75$) para medir a ansiedade e HADS – D ($\alpha=0,78$) para medir a depressão e a escala ESV ($\alpha= 0,86$) para mensurar o bem-estar subjetivo.

Os resultados da correlação de Pearson identificam associação negativa da resiliência com o estresse, com a ansiedade e com a depressão e positiva com as duas dimensões – otimismo e coesão familiar – como demonstra a Tabela 18.

Tabela 18

Medidas descritivas e coeficiente de correlação linear de Pearson das escalas RSA, seus dois fatores coesão familiar, otimismo, Escala PSS, as duas dimensões da escala HADS - ansiedade e depressão e a Escala ESV.

Item	Escalas	M	DP	2	3	4	5	6	7
1	RSA (n=357)	159,12	30,77	0,87**	0,74**	-0,55**	-0,49**	-0,44**	0,51**
2	Coesão Familiar (n=365)	73,47	21,93		0,31**	-0,35**	-0,36**	-0,28**	0,27**
3	Otimismo (n=367)	85,54	16,06			-0,56**	-0,51**	-0,46**	0,65**
4	PSS (n=374)	14,91	6,42				0,66**	0,64**	-0,63**
5	Ansiedade (n=368)	5,79	3,57					0,64**	-0,56**
6	Depressão (n=370)	5,68	3,80						-0,50**
7	ESV (n=379)	26,03	5,98						

**Valor de $P < 0,01$

A escala que avalia a satisfação com a vida – ESV –, também correlacionou significativamente, sendo a associação negativa com as escalas de estresse percebido e as duas dimensões da HADS – ansiedade e depressão. O resultado demonstrou que a escala estresse percebido se relacionou significativamente e positivamente com as duas dimensões da HADS (como mostra a Tabela 18).

5.9.9. Análise das relações da Escala de Resiliência com as duas dimensões coesão familiar, otimismo e as escalas PSS, HADS – ansiedade e depressão e ESV.

Para verificar se há diferenças significativas entre a resiliência em relação às dimensões coesão familiar e otimismo, ao estresse percebido - PSS e às dimensões da HADS – ansiedade e depressão dos idosos avaliados neste estudo, foi realizado o teste t-Student, que demonstrou que a RSA se relacionou significativamente com todas as escalas analisadas.

Os resultados apontaram que os idosos com maiores pontuações na RSA possuem maiores pontuações nas dimensões de coesão familiar e de otimismo que os idosos com uma baixa pontuação na RSA. Já os idosos que alcançaram baixa pontuação na RSA apresentaram maiores pontuação na escala PSS e nas dimensões de ansiedade e depressão da escala HADS que os idosos com uma alta pontuação na RSA. Finalmente, os idosos que apresentaram maiores pontuação na RSA obtiveram alta pontuação para a ESV: o que pode indicar que a resiliência pode ser um protetor da satisfação com a vida (como mostra a Tabela 19).

TABELA 19

Dados do teste *t* para amostra independente a RSA e as escalas ESCV, PSS e Ansiedade e Depressão.

Item	Escalas	RSA	M (DP)	<i>t</i>	p-valor
1	Coesão Familiar	Baixa (n= 89)	45,44(15,70)	-28,94	0,001
		Alta (n=95)	95,71(6,11)		
2	Otimismo	Baixa (n=89)	73,47 (20,02)	-12,13	0,001
		Alta (n=95)	99,72 (6,39)		
4	PSS	Baixa (n=87)	18,75(6,59)	8,21	0,001
		Alta (n=95)	11,05 (6,04)		
5	Ansiedade	Baixa (n=88)	7,81 (3,91)	6,68	0,001
		Alta (n=93)	4,19 (3,35)		
6	Depressão	Baixa (n=87)	8,09 (4,29)	0,46	0,001
		Alta (n=95)	3,13 (2,66)		
3	ESCV	Baixa(n=89)	22,81(7,02)	-8,13	0,001
		Alta (n=95)	29,66(4,12)		

5.9.10. Análise das relações da variável “como você avalia a satisfação com a saúde” e “como você avalia a satisfação com a vida” com a escala RSA e as suas duas dimensões, a escala PSS, a escala HADS – com suas duas dimensões e a escala ESV.

Aos idosos foram feitas duas perguntas cujo objetivo era o de conhecer como avaliavam a sua saúde e a sua vida, de uma forma geral. Na Tabela 20 apresenta-se o resultado da variável que avalia a satisfação com a saúde. Os resultados demonstraram que esta variável gerou diferenças estatisticamente significativas com as escalas e as dimensões que foram utilizadas neste estudo.

Os resultados desta amostra assinalaram que os idosos que estão mais satisfeitos com a sua saúde obtiveram maior pontuação na RSA, na dimensão coesão familiar, no otimismo e na ESCV, o que aponta que a saúde física e mental, ser otimista e estar satisfeito com a vida são importantes componentes de um envelhecimento saudável. Já os idosos que obtiveram altas pontuações para *a não satisfação com a saúde*, pontuaram significativamente mais alto nas escalas que medem o estresse, a depressão e a ansiedade; o que permite inferir que a saúde é uma importante variável para um melhor envelhecimento.

TABELA 20

Relação das variáveis - Está satisfeito com a saúde? - com as escalas RSA, Coesão familiar, Otimismo, PSS, Ansiedade, depressão, ESV.

Item	Escalas	Está satisfeito com a saúde?	M (DP)	t	p-valor
1	RSA	Sim (n=196)	166,60(27,82)	5,31	<0,001
		Não (n=151)	149,46(31,17)		
2	Coesão Familiar	Sim (n=201)	76,78(22,05)	3,22	0,001
		Não (n=154)	69,29(21,20)		
3	Otimismo	Sim (n=203)	89,58(13,17)	5,72	<0,001
		Não (n=153)	80,05(18,19)		
4	PSS	Sim (n=208)	13,27(6,06)	-5,75	<0,001
		Não (n=155)	17,07(6,41)		
5	Ansiedade	Sim (n=204)	4,80(3,19)	-5,97	<0,001
		Não (n=153)	6,98(3,68)		
6	Depressão	Sim (n=206)	4,67(3,29)	-5,98	<0,001
		Não (n=154)	6,98(4,03)		
7	ESV	Sim (n=211)	27,55(4,95)	5,78	<0,001
		Não (n=157)	24,09(6,54)		

Na Tabela 21 estão descritos os resultados da variável na qual se procurou identificar como era a avaliação que os idosos fazem sobre a *satisfação com a vida* em comparação com as escalas utilizadas nesta pesquisa. Verificou-se que todas as escalas apresentaram diferenças significativas com a variável de avaliação com a satisfação com a vida. Os idosos que afirmaram estar satisfeitos com a vida tiveram maiores pontuações na RSA, nas dimensões coesão familiar e otimismo e na satisfação com a vida; e os idosos que avaliaram não estar satisfeitos com a vida tiveram maior pontuações na PSS e nas duas dimensões da HADS – Ansiedade e Depressão. Isto pode demonstrar que idosos que estão satisfeitos com a vida podem se sentir mais felizes, flexíveis, proativos, podem acumular recursos (como o otimismo, a resiliência, e o apoio familiar) e habilidades para viver melhor. Nesta amostra, o número de idosos que avaliaram estar satisfeitos com a vida foi alto, talvez por ser uma amostra em que, na sua maioria, os idosos se encontram na faixa considerada como de idosos jovens, pois o Brasil ainda vive na fase da transição demográfica e os estudos indicam que os idosos até os 75 ainda possuem uma boa saúde (Pereira, Barreto & Passos, 2008; Veras, 2001; Veras, 2003).

TABELA 21

Relação das variáveis - Está satisfeito com sua Vida? - com as escalas RSA, Coesão familiar, Otimismo, PSS, Ansiedade, depressão e ESV.

Item	Escalas	Está satisfeito com a Vida?	M (DP)	t	p-valor
1	RSA	Sim (n=258)	164,35(28,29)	5,71	<0,001
		Não (n=89)	143,60(32,88)		
2	Coesão Familiar	Sim (n=265)	75,82(22,40)	3,50	0,001
		Não (n=90)	66,59(19,01)		
3	Otimismo	Sim (n=266)	88,43(13,97)	6,28	<0,001
		Não (n=91)	76,70(18,83)		
4	PSS	Sim (n=272)	13,45(5,88)	-7,97	<0,001
		Não (n=92)	19,21(6,27)		
5	Ansiedade	Sim (n=269)	5,01(3,16)	-7,44	<0,001
		Não (n=89)	8,04(3,78)		
6	Depressão	Sim (n=271)	4,81(3,28)	-8,10	<0,001
		Não (n=90)	8,26(4,07)		
7	ESV	Sim (n=277)	27,57(4,94)	9,48	<0,001
		Não (n=96)	21,49(6,36)		

É bom lembrar que estudos sobre a resiliência, a depressão, a ansiedade, o estresse e a satisfação com a vida são passíveis de proporcionar resultados que apresentam características que podem ser transitórias, não permanentes, mas que evidenciam como se configura a velhice na atualidade.

5.10. Discussão

5.10.1. Características sociodemográficas

O Censo Demográfico é, sem dúvida, uma das principais ferramentas utilizadas para discutir resultados de uma pesquisa, pois oferece as estimativas populacionais, os indicadores econômicos e as tendências sociodemográficas. Os resultados de 2010 ratificaram a continuação da tendência de redução nas taxas de crescimento da população brasileira e das alterações expressivas na estrutura etária no sentido do seu envelhecimento, o que significa uma mudança na proporção dos diversos grupos etários no total da população. Um exemplo: em 1940, a população idosa representava 4,1% da população total brasileira e, em 2010, 10,8%. Assim, o que se tem é que o contingente de idosos, em valores absolutos, aumentou de 1,7 milhões para 20,6 milhões.

5.10.1.1. Quanto ao sexo dos participantes

Quanto ao perfil Sociodemográfico os resultados deste estudo identificaram que o sexo feminino é maioria, o que comprova o fenômeno de feminização (Debret, 1997; Fortes, et al., 2009; Veras, 2003) (como mostra a Figura 7) que algumas pesquisas apontam com uma tendência no processo do envelhecimento no Brasil e é confirmado também em outros estudos brasileiros (Ferreira, et al., 2011; Moraes & Souza, 2005; Coelho & Ramos, 1999).

Segundo Fortes, et al. (2009), nas sociedades pacíficas, o número de mulheres é quase idêntico à quantidade de homens até os 45 anos; a partir daí, há uma tendência dos homens morrerem mais cedo, de modo que, aos 70 anos, há para cada seis mulheres aproximadamente cinco homens e, aos 80 a diferença é ainda maior, aumenta de quatro mulheres para um homem. Segundo o IBGE (2000, 2011) as mulheres vivem em média 8 anos a mais que os homens (Figura 07).

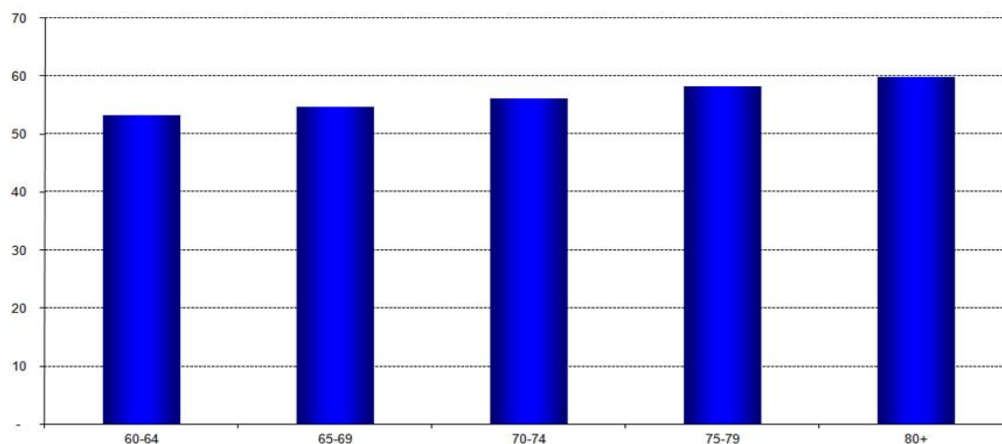


FIGURA 7
Proporção de mulheres na população idosa por grupos de idade (Brasil, 2010).
Fonte: Camarano e Kanso (2009).

Algumas pesquisas (Coelho & Ramos, 1999; Ferreira, et al., 2011; Moraes, et al., 2010; Veras, 2009, 2010) acrescentam uma outra justificativa para a predominância feminina, que pode ser atribuída a uma menor exposição a determinados fatores de risco, como o

tabagismo e o álcool, aliada a uma atitude diferenciada frente às doenças e às incapacidades, e, também à maior frequência na realização de exames e de consultas a médicos.

Porém, há outras visões mais otimistas em relação à condição atual das mulheres idosas e que podem, por vez, justificar a longevidade feminina, por exemplo, foi o que Debert (1999) lembrou: que as mulheres vivem mais por que a viuvez pode representar uma certa independência, e para muitas mulheres é o momento em que começam a ocorrer realizações, tomadas de decisões e escolhas das coisas que desejam.

A Síntese de Indicadores Sociais do IBGE de 2010 evidencia que na população acima de 60 anos as mulheres são predominantes, 56% são mulheres – o que corrobora os resultados desta pesquisa, na qual a participação feminina foi de 62,7% – confirmando a tendência que ocorre no Brasil da feminização da velhice.

Cabe ressaltar que, segundo o IBGE (2010), a feminização da velhice somente é predominante nas cidades, ou seja, é um fenômeno tipicamente urbano. Nas áreas rurais, predominam os homens, o que pode ser justificado pela maior participação das mulheres no fluxo migratório rural-urbano (Camarano, 2002; Camarano, et al., 2004; Gomes, Lessa, & SÁ, 2007; IBGE, 2010). Esta pesquisa foi realizada em uma amostra urbana, em que se confirmou a tendência ao predomínio feminino no período da velhice.

Com relação à idade, entre os idosos pesquisados houve uma variação grande, de 60 até 92 anos, com uma média de 67,18 (DP=5,80), que corrobora os dados das outras pesquisas do PNAD e a média encontrada na maioria dos estudos. No Brasil ocorre o predomínio da faixa denominada de *mais jovens*, ou seja, aqueles que estão entre 60 e 75 anos (algumas pesquisas consideram *idosos mais jovens* até os 80 anos) (Papalia, Olds & Feldman, 2006; Schneider & Irigaray, 2008; Souza, 2010), e algumas assinalam que os idosos jovens possuem uma maior plasticidade, o que não ocorre com os idosos que são denominados *muito idosos*,

ou seja, aqueles que têm mais de 80 anos, nos quais a capacidade adaptativa se reduz gradativamente.

5.10.1.2. Quanto à escolaridade dos participantes

Outro resultado, que de certa forma não era esperado, foi a baixa escolaridade encontrada nos idosos participantes desta pesquisa, pois a amostra era composta por parentes de alunos do IFMT, aposentados do IFMT, participantes de igrejas e de grupos de convivência, que, de certa forma, deveriam ser pessoas com maior nível de escolaridade. Entretanto, mesmo selecionando locais mais propícios a ter pessoas com maior escolaridade, o resultado desta pesquisa corroborou a estatística apresentada pelo IBGE, em que a questão da baixa escolaridade dos idosos manifesta-se e o problema do analfabetismo e do analfabetismo funcional é ainda evidente, chegando a 42,6% (2012).

Considera-se que este resultado da baixa escolaridade (Tabela 08) expõe como era a educação nas décadas passadas, já que, nas décadas de 1930 até mais ou menos os anos 1950, o Ensino Fundamental ainda era restrito a alguns segmentos sociais (Resende, 2006; Silva, 2008; Veras, 2009, 2010). O Brasil ainda vive o reflexo da desigualdade de acesso à educação como demonstrado nos resultados sobre a escolaridade desta pesquisa. Desde 2003, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) possui o Programa Brasil Alfabetizado (PBA) – para implementar o programa de alfabetização de jovens, adultos e idosos, com o objetivo de eliminar o analfabetismo no Brasil. Nas discussões sobre a educação aparece o arquétipo de que o idoso não é apenas uma pessoa que necessita de atividades recreativas para ocupar seu tempo, mas sim, necessita de espaço para crescer sempre, assim a educação também é vista para a terceira idade como um meio de mudanças e de libertação.

Cabe ressaltar que, no período entre 2008 e 2011, o Programa Brasil Alfabetizado - PBA atendeu a 801.898 pessoas com 65 anos ou mais, o que representa 13% do total de idosos que tiveram acesso ao programa (IBGE, 2012). Mas, para melhorar esta realidade

muito ainda tem que ser feito. Lembrando que o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil, estabeleceu, no seu Art. 2º, que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Brasil, 2003).

As políticas públicas para essa faixa etária, a Lei 8842/1994 e o Estatuto do Idoso, Lei 10741/03 indicam a valor da criação de universidades abertas para a terceira idade, pois a educação é um preceito e direito constitucional. Tais Leis proporcionaram discussões nos diferentes segmentos da sociedade, todavia as ações práticas voltadas para os idosos ainda são incipientes. Outro conceito relevante passou a ser o de educação permanente, ou seja, a educação ao longo da vida que dá o sustentáculo necessário para as iniciativas educacionais direcionadas para a terceira idade. A educação emerge como uma alavanca para o fortalecimento da autoestima, da satisfação com a vida, da autoeficácia e da integração dos idosos na sociedade, buscando transpor as limitações e os preconceitos atribuídos a essa faixa etária, embora sem comprovação científica (Oliveira, 2009).

A baixa escolaridade dos idosos de Cuiabá possivelmente está relacionada à falta de necessidade de, na época em que eram jovens, possuir educação acima do Nível Fundamental de ensino. A expectativa de uma vida melhor era concretizada com apenas essa escolaridade, uma vez que os melhores empregos eram destinados aos que tinham o curso propedêutico. Além disso, no universo feminino de então, a mulher era apenas “do lar”, profissão para a qual não havia necessidade de estudo. Assim, considerando que a maioria da amostra é do gênero feminino e ponderando esses fatores, está – pelo menos parcialmente – explicado o

nível de escolaridade da amostra (Oliveira, & Cupertino, 2005; Papaléo Netto, 2002; Quaresma, 2006).

5.10.1.3. Quanto ao estado civil dos participantes

Entre os idosos de Cuiabá, com relação ao estado civil, ocorre um predomínio dos casados ou união estável (Tabela 08) e, entre os viúvos, a maioria são mulheres. Esta condição poderia ser explicada pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens, e terem maiores possibilidades de viverem sozinhas na terceira idade. Em quase todos os países, o número de viúvas é maior que o de viúvos (Silva & Ferreira-Alves, 2012). Nos países periféricos, o número de mulheres que vivem só é muito menor que nos países desenvolvidos, mas ainda é mais alto entre as mulheres que entre os homens. A procura da segunda parceira entre os idosos é maior do que entre as idosas, com taxa de segundo casamento maior para homens em todas as idades (Motta, 2005; Silva & Ferreira-Alves, 2012).

Dentre os idosos pesquisados, o índice de divorciados 73 (19,3%) e viúvos 95 (25,1%), se somados, representam a maioria.

Este resultado confirma a tendência de mudança na estrutura familiar, ocorrida desde as últimas décadas do século XX, em que o processo de urbanização e industrialização da sociedade e o fenômeno da migração transformaram, gradualmente, a família brasileira. Além desses dois fatores, o divórcio, que virou lei no Brasil em 1977, contribuiu para essa mudança (Nascimento, 2006). A maioria dos idosos respondeu que já tinha mais de 10 anos de separação/divórcio, ou seja, a sua situação conjugal foi alterada ainda na fase adulta, o que pode enfraquecer os laços familiares e diminuir o apoio aos idosos dependentes (Nascimento, 2006).

Já a viuvez – que nos séculos passados atingia principalmente os homens, uma vez que as mulheres morriam mais cedo, geralmente por causa das complicações que ocorriam no parto ou pós-parto – tornou-se mais comum entre as mulheres, uma vez que com as novas

tecnologias e acompanhamento do período da gravidez, houve uma considerável redução de morte de mulheres jovens. Com a revolução demográfica um novo perfil emergiu, e com o crescimento da população idosa, a viuvez se tornou acontecimento da terceira idade e, em sua maioria, típico do sexo feminino (Oliveira, & Cupertino, 2005).

Entretanto cabe destacar que a viuvez está presente em todos os momentos, jovens ou velhos podem passar por perdas dos seus companheiros/companheiras durante a vida e, na sociedade, com a morte do companheiro ou da companheira, a mulher ou o homem adquire uma nova identidade social e um novo estado civil – de viúvo ou de viúva.

De acordo com Motta (2005), a viuvez para os homens é um fenômeno demográfico de baixa incidência, mesmo entre os idosos mais velhos e a repercussão social é serena. De certa forma, a vida do viúvo pouco se transforma, pois geralmente ocorre o recasamento.

Ainda são poucos os estudos sobre a viuvez e é uma temática que envolve questões históricas, sociais e culturais, particulares de cada povo, de regiões, de raças e de etnias específicas, ou seja, compreender a viuvez é compreender as diferenças de concepções e pensamentos acerca da mesma, de seus significados.

Mas, viúvo ou não, a família é o esteio do idoso, seja afetivo, financeiro, ou como suporte social, entretanto, para a família atual, cujo modelo hegemônico é o nuclear e cada vez menor, está ocorrendo a redução do contato das famílias com os seus idosos. Mudanças vêm ocorrendo como, por exemplo, os laços matrimoniais fragilizados. Assim, há um distanciamento entre parentes e a perda do sentido de responsabilidade com as gerações mais velhas, e isso pode limitar a permanência dos familiares junto aos idosos e piorar as condições de saúde física e mental desses idosos (IBGE, 2010).

5.10.1.4. Quanto ao trabalho e renda dos participantes.

Quando perguntado sobre a renda, 49 (12,9%) dos participantes não responderam; muitos, quando inquiridos sobre se tinham esquecido de responder a pergunta, diziam não saber qual era a renda da família, indicando talvez uma certa dependência.

O censo de 2010 demonstrou que as famílias brasileiras que possuem idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais, isso indica a importância dos benefícios previdenciários que, de certa forma, operam como um seguro. Nesta pesquisa, 47,5% (180) participantes responderam que possuem uma renda de até dois salários mínimos, correspondendo a quase a metade dos idosos. Este resultado se aproxima do que foi encontrado pelo censo de 2010 – a pesquisa do IBGE apontou que 43,2% dos idosos brasileiros possuem uma renda familiar de até 1 salário mínimo, e mais de 1 a 2 salários é de 29 % e em muitos casos, essa é a única fonte de rendas das famílias (IBGE,2010).

Talvez por ser uma amostra em que predominou o idoso mais jovem, 44% da amostra ainda estão trabalhando, e 56% disseram ser aposentados ou pensionistas. Além disso, a tendência contemporânea é de rever todos os conceitos associados ao envelhecimento, assim a ideia de que na velhice há uma série de perdas significativa, tais como viuvez, morte dos amigos, doenças crônicas-degenerativas, ausência de papéis sociais, isolamento e dificuldades financeiras, vem sendo revista, e os estereótipos negativos estão sendo substituídos por uma ideia de que os estágios mais avançados da vida podem ser momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal (Freitas, et al., 2010; Nuland, 2007; Quaresma, 2006).

Muitos dos idosos participantes desta pesquisa continuam sendo chefes de família e/ou ajudam no sustento, com o trabalho ou com a aposentadoria. Assim, as experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de explorar novas experiências,

novos trabalhos, novas identidades, e os levam a partir em busca da realização de projetos abandonados em outras etapas ou novos.

Além disso, muitos idosos continuam a trabalhar tanto no mercado formal como o informal, mas refletir sobre a problemática e o quanto representa a dependência do idoso numa família abrange muitas variáveis o que torna o tema bastante complexo, pois no mundo todo, pesquisas têm demonstrado que a maioria das pessoas velhas continuam a representar um recurso vital para as famílias e para as comunidades (Fernández-Ballesteros, 2009; OPAS, 2005; Souza, & Lautert, 2008).

5.10.1.5. Quanto à participação em atividades religiosas.

A associação entre envelhecimento e religiosidade tem sido objeto de estudo da gerontologia, da psicologia e de outras áreas, pois a espiritualidade parece ser um poderoso fator de suporte para enfrentar desafios, sofrimentos, frustrações e também pode ser um fator importante para melhorar a qualidade da vida, da saúde e se relaciona com a satisfação com a vida.

Os resultados apontaram que 56% dos idosos pesquisados participam de diferentes atividades religiosas. Vale ressaltar que não foi perguntado qual era a religião, mas se eles participavam de qualquer atividade que se relaciona com a religiosidade, pois o interesse era de perceber se a crença e a participação em atividades religiosas são uma constante no período da velhice e como se relacionam com a satisfação com a vida e com a Resiliência. A religiosidade pode ser compreendida como um sistema de crenças e valores pessoais relativos àquilo que é sobrenatural.

Muitas pesquisas vêm sendo desenvolvidas sobre a relação entre espiritualidade e envelhecimento, em diferentes contextos, compreendendo desde aquelas direcionadas à melhoria de condições de saúde e de vida – pelo autoconhecimento, adaptação a condições adversas, resiliência, satisfação com a vida, prática de virtudes, interação social, devoção

religiosa, entre outros – até a aceitação e preparação para a morte – crença na manutenção do espírito, apesar da decadência corporal; transcendência de si próprio, do tempo e do espaço; desapego etc. (Negreiros, 2003; Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009) .

A religiosidade, no período da velhice, está sempre atrelada à idéia de ser um suporte que dita a conduta em diversas situações de enfrentamento, bem como em outras situações decisivas das condições de vida, não somente entre idosos, mas entre toda a população, que ajudaria a vivenciar de forma positiva o processo de envelhecimento. É importante que os profissionais de diversas áreas do saber também reflitam sobre essas questões e as aprofundem, buscando entender como e em que a religiosidade interfere no processo de envelhecimento e na satisfação dos idosos com a vida (Hoch, & Rocca, 2007; Melillo, et al. 2005; Neri, 2003).

5.10.1.6. Quanto à participação em atividades físicas

É praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento. Sendo que, aqui, a atividade física é entendida como qualquer movimento corporal produzido em consequência da contração muscular que resulte em gasto calórico.

Segundo a OMS, a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar os declínios funcionais. Assim, uma vida ativa melhora a saúde mental e contribui na gerência de desordens como a depressão e a demência. Existe evidência de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não-ativos (OMS, 2012).

Nos resultados obtidos sobre a frequência da atividade física, quase a metade dos participantes (49,9%) desta pesquisa afirmaram que não fazem atividades físicas, mesmo sendo uma amostra predominantemente de idosos jovens, somente 29,8% praticam atividades físicas mais de 3 vezes por semana.

E, ao se verificar se a frequência da prática de atividades físicas se apresenta de forma diferenciada devido à diferença de gênero, verificou-se que a proporção de homens que não praticam atividades físicas nesta amostra era de 49,7 e, entre as mulheres, o percentual das que não praticavam atividades físicas foi de 50%. Entretanto, são as mulheres (32,9%) que praticam atividades físicas mais vezes por semana. Já 24,8% dos homens praticam 3 ou mais vezes atividades físicas por semana.

A literatura registra (Benedetti, Borges, Petroski, & Goncalves, 2008; Jacob Filho, 2006; Matsudo, 2006; Mazo, Cardoso, Aguiar, 2006) que os homens são menos sedentários que as mulheres em todas as faixas etárias, mas neste estudo foi constatado um maior número de mulheres praticando atividades físicas e o fazendo mais vezes por semana, talvez devido a ser uma amostra participante de centro de convivência e aposentados de uma escola técnica com maior participação feminina.

E ainda, de acordo com outras análises encontradas na literatura, tem sido evidenciado que idosos com maior nível de atividade física têm melhor saúde e habilidade funcional se comparados aos sedentários da mesma idade (Benedetti, Borges, Petroski, & Goncalves, 2008; Matsudo, 2006; Mazo, Cardoso, & Aguiar, 2006).

A atividade física também aparece associada ao aumento da autoestima e do autoconceito, e apresenta, ainda, resultados inéditos de melhora da qualidade de vida, possibilita benefícios nas relações sociais com a família e amigos, na integração social, no bem-estar e na melhora da satisfação com a vida (Mazo, et al., 2006).

A maior frequência feminina na prática de atividade física pode ser resultado da maior cobrança pelo corpo perfeito que a sociedade impõe às mulheres, muito mais que aos homens; pode se originar, também, da falta de outras oportunidades de distração, uma vez que é comum, em Cuiabá, ver-se homens idosos em grupos nas padarias, nas praças e em outros locais públicos, conversando e lendo jornal ou discutindo política. Assim, a prática de

atividades físicas pelas mulheres poderia funcionar – na visão destas – como uma desculpa plausível e socialmente aceita para encontrar amigas e se distrair (Fernandes, & Garcia, 2010; Lima, 2010).

5.10.1.7. Quanto à moradia

Um dado interessante mostrando a inserção do idoso na família, é que, segundo o IBGE (2010), 27,9% dos domicílios brasileiros continham pelo menos uma pessoa com 60 anos ou mais. Já a maioria dos idosos do sexo masculino que morava com as suas famílias era quem as chefiava, mas, ao contrário do que ocorreu com as idosas, houve uma queda entre 2002 e 2009 da quantidade de homens idosos que chefiavam as residências, passando respectivamente de 89,2% para 83,1% (como mostra a Figura 9).

Entretanto, a posição das mulheres nos domicílios ainda é bastante diferente da posição dos homens. Por exemplo, em 2002, entre as mulheres idosas predominavam as cônjuges. Em 2009, a chefia de família passou a ser o seu status predominante (como mostra a Figura 08).

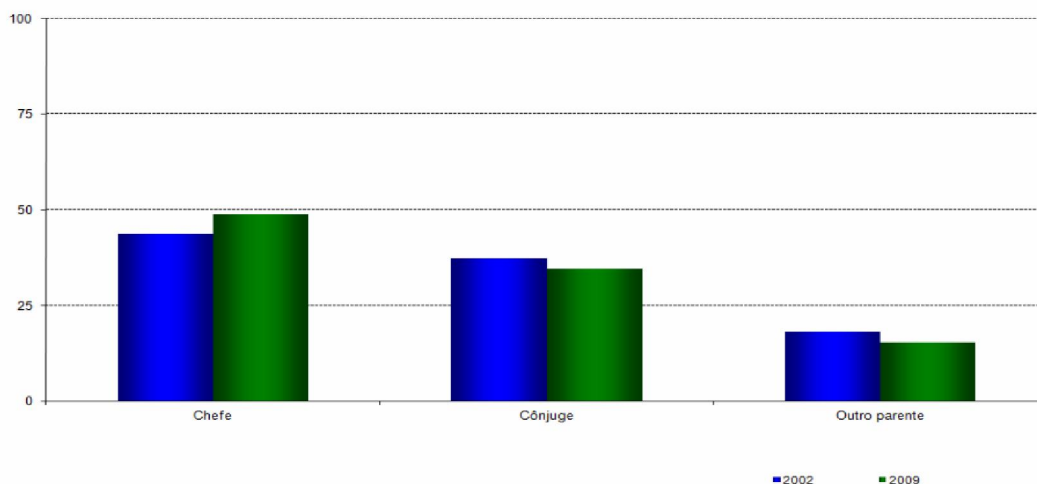


FIGURA 8
Distribuição percentual das mulheres idosas pela sua posição no domicílio
Fonte: IBGE/PNAD de 2002 e 2009.

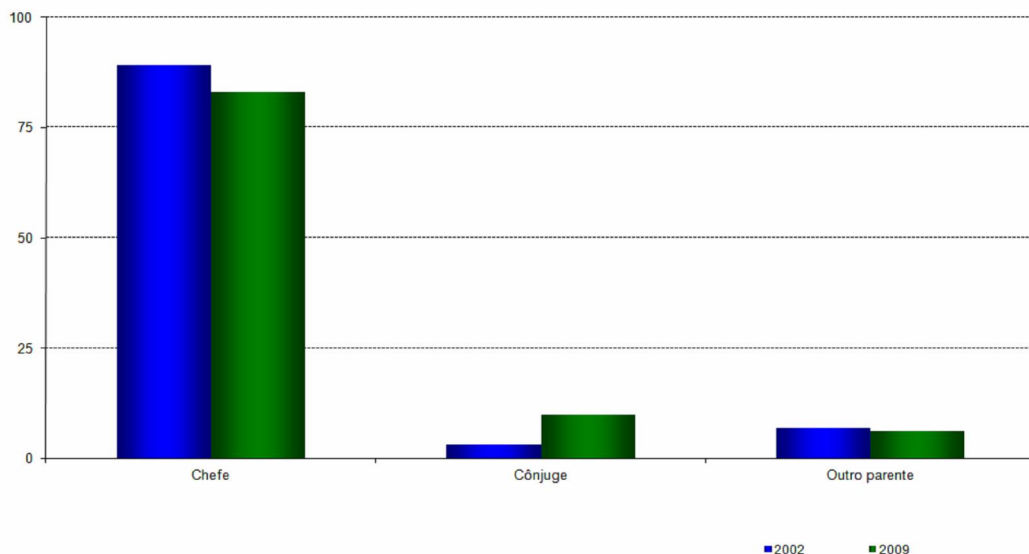


FIGURA 9:
Distribuição percentual dos homens idosos pela sua posição no domicílio
Fonte: IBGE/PNAD de 2002 e 2009.

Os resultados desta pesquisa apontaram que a maioria dos idosos mora em casas (87,6%) próprias (82,5), sendo que quase a metade deles disse morar sozinho e 40,7% moram com os cônjuges.

As menores proporções de idosos que vivem com outros parentes (10%) e a grande quantidade vivendo sozinhos podem indicar melhores condições de capacidade funcional, renda e saúde, e indicam um decréscimo de sua dependência da família. Mais do que uma redução na dependência, outros dados, como o próprio resultado do censo 2010, sugerem uma inversão na direção desta.

Foi observado neste estudo que somente 12,9% dos idosos não souberam ou não quiseram informar a sua renda, e que uma boa parcela dos participantes ainda exerce atividades laborais, já as pesquisas mostram que as famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais. E ainda, mesmo sendo uma família que possui pessoas que não trabalhavam mais, estas possuem uma renda segura – a aposentadoria. Os resultados do Censo 2010 indicaram que mais idosos (81,73) estão recebendo a

aposentadoria, e que estes funcionam, de certa forma, como um seguro de renda vitalícia, o que torna visível a importância dos benefícios previdenciários para a família brasileira. Em muitos casos, a aposentadoria constitui-se na única fonte de renda das famílias, e isso pode ser um importante fator de inserção do idoso nas mesmas.

5.10.2. Discussão da Resiliência com relação às variáveis sociodemográficas.

Grotberg (2005) esquematizou oito enfoques e descobertas obtidas a partir do conceito de resiliência e que definem o que ocorre atualmente na área do desenvolvimento humano. O primeiro enfoque assinala que a resiliência está atrelada ao crescimento e ao desenvolvimento humano, *englobando diferenças etárias e de gênero* (grifos meus). O segundo aponta que para a promoção de fatores de resiliência e ter condutas resilientes *requer diferentes estratégias*. O terceiro esclarece que o nível *socioeconômico e a resiliência não estão relacionados*. O quarto clarifica que a resiliência é *diferente dos fatores de risco e proteção*. A quinta aborda que a resiliência *pode ser mensurada* e é parte da saúde mental e da qualidade de vida. O sexto enfoque considera que as *diferenças culturais* diminuem quando os adultos *valorizam novas ideias para o desenvolvimento humano*. O sétimo enfoque mostra que a *prevenção* e a *promoção* são alguns conceitos relacionados à resiliência. O último afirma que a resiliência *é um processo*, ou seja, há fatores de resiliência, comportamentos resilientes e resultados resilientes (grifos meus).

Diante das pesquisas realizadas sobre a resiliência, uma das hipóteses deste estudo era que a resiliência e as suas dimensões apresentariam diferenças significativas quanto à variável sexo. Entretanto, esta hipótese somente foi confirmada na dimensão otimismo, as mulheres ($M=87,27$ e $DP=15,84$) tiveram maiores escores, o que mostrou que o otimismo relacionou significativamente com a variável Sexo ($p<0,01$).

E foi verificado que as mulheres obtiveram uma Média de 159,43 ($DP=31,95$), que foi maior que a dos homens que apresentaram uma Média de 58,64 ($DP=28,96$) na escala RSA, o

mesmo não ocorreu com relação à dimensão Coesão Familiar, onde os homens tiveram uma Média de 75,57 (DP=17,66), ou seja, maior que a das mulheres que foi uma Média de 72,15 (DP=24,18).

Em outros estudos realizados com adultos e idosos no Brasil (Barbosa, 2006; Fortes, et al., 2009, Oltramari, 2010) não foram encontradas correlações significativas entre a Variável independente Sexo e a Resiliência.

No que diz respeito a pesquisas que observavam as possibilidades de encontrar diferenças entre os sexos (masculino e feminino) na velhice, estas tendiam a afirmar que os papéis sociais, os valores e as atitudes considerados tipicamente femininos ou masculinos tendiam a se misturar neste período, mas para Debret a própria preocupação com a velhice e com a melhoria da qualidade de vida na sociedade brasileira transformou o envelhecimento em uma experiência radicalmente distinta entre homens e mulheres.

Os resultados desta pesquisa apontaram as mulheres idosas como sendo mais otimistas e, tanto em estudos qualitativos quanto em quantitativos, apresentam as mulheres idosas como otimistas, com facilidade de elaborar planos para sua vida e manter planos para o futuro (Oliveira & Lip, 2009; Rabelo & Neri, 2005). E, ainda conforme Rabelo e Neri (2005), recursos psicológicos como o otimismo, o controle pessoal e o senso de significado são importantes como reservas que permitem às pessoas enfrentar mais efetivamente os eventos críticos da vida.

Também a teoria SOC oferece uma explicação, a da seleção e das escolhas, pois os idosos percebem que seu tempo é curto e limitado, por isso investem em escolhas mais positivas para suas vidas (Neri, 2005). E conforme Fonseca (2010), apesar de os idosos encararem o envelhecimento como um processo inevitavelmente ligado a mudanças menos desejáveis e menos controláveis que aquelas que vivenciaram ao longo da idade adulta,

mantinham o otimismo e a convicção nas potencialidades individuais, contrariando visivelmente o estereótipo negativo comumente atribuído à velhice.

Assim, o que se pode considerar é a possibilidade de que as mulheres idosas deste grupo utilizem melhor os mecanismos de “orquestração” das suas próprias vidas do que os homens, o que lhes permitem maximizar os ganhos e minimizar as perdas – conforme sugerido pelo modelo SOC e que é usualmente utilizado pelos otimistas.

Nygren et al. (2007) igualmente verificaram em suas pesquisas que as mulheres se mantêm conectadas ao presente e isso as torna mais fortes e as leva a aceitar o presente com otimismo, criatividade e a utilizar a sua força interior para se ajustar em as novas realidades.

A outra hipótese desta pesquisa era que as pessoas com mais idade teriam maiores pontuações na escala de RSA e nas suas dimensões que os idosos mais jovens. Os resultados confirmaram a hipótese levantada, pois os idosos com mais de 75 anos tiveram maiores pontuações na RSA, e nas duas dimensões. Mas em nenhuma das comparações entre a variável idade e a escala RSA e as suas dimensões – otimismo e Coesão Familiar – foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Em estudos como os realizados por Windle et al. (2010), Zeng e Shen (2011) e Lundman (2007) – que investigam a resiliência e sua relação com a idade – os resultados apontaram há essa relação, sendo que os mais velhos apresentavam altos índice de resiliência.

Zeng e Shen (2011) afirmam que a resiliência é mais consistente em idosos com idade mais avançada e que outros resultados vêm apontando que ela pode ser um dos fatores que contribuem para a longevidade e para o bem-estar psicológico. Por exemplo, em outra pesquisa, os mesmos autores Shen e Zeng (2010) encontraram uma relação positiva entre a resiliência e a sobrevivência entre os Chineses com mais de 65 anos e na nova pesquisa, a de 2011, a intenção foi verificar a replicação do resultado nos idosos com mais de 85 anos, e os

resultados confirmaram que a resiliência, mesmo em idade muito avançada, tem uma relação significativa com a sobrevivência.

Segundo Ong et al. (2009), os resultados das suas pesquisas empíricas têm demonstrado que a resiliência é um fenômeno comum e que surge a partir de uma harmonização ou coordenação de processos adaptativos humanos que podem sempre ir sendo aprimorados com a idade. Assim, a resiliência é entendida como um processo, mas ela também pode ser um caminho importante para recuperação do estresse do dia a dia que venha a ocorrer no período da velhice, principalmente para os com mais idade.

Diferentes graus de resiliência têm sido descritos em todos os grupos etários, ou seja, as pesquisas indicam que a resiliência pode assumir diferentes formas em diferentes idades, bem como em diversas circunstâncias da vida e ainda ela pode ter um impacto direto na saúde das pessoas (Zeng & Shen, 2011). Na pesquisa de Lamond et al. (2008) os resultados da pesquisa realizada com mulheres usuárias de um centro clínico apontaram que as idosas com mais idade tiveram maiores pontuações que as idosas mais jovens e, somando este a outros resultados encontrados nesta pesquisa, os autores sugeriam que isso pode demonstrar que a resiliência reflete um processo um tanto diferente nos idosos. Esta pesquisa também mediu o otimismo através da escala *The Life Orientation Test* de Scheier & Carver, 1985, e os resultados desta pesquisa demonstraram que as idosas mais velhas tiveram maiores pontuações que as mais jovens, podendo indicar que o otimismo é um importante recurso para o envelhecimento com flexibilidade, bem-estar e resiliência.

Mas, até agora, poucos estudos abordam a questão do otimismo e da coesão familiar ou trazem medições e resultados que apresentem a relação entre os construtos e a variável idade, velhice ou envelhecimento, entretanto ambos são tratados como fatores da resiliência presentes na velhice (Laranjeira 2007; Ong, et al, 2009; Zeng & Shen, 2011).

Com relação à variável escolaridade, os idosos com maior escolaridade – que possuem o Ensino Médio ou o Ensino Superior – tiveram maiores pontuações na RSA. Este estudo corrobora os resultados encontrados na pesquisa de Fortes et al. (2009) em que não houve a correlação significativa entre a escala de resiliência – ER e a variável escolaridade, entretanto, os idosos que tinham mais escolaridade tiveram maiores pontuações.

Alguns pesquisadores sugerem que as aptidões intelectuais, como o pensamento crítico e reflexivo, favorecem a resiliência (Bertrand, 2006; Munist & Ojeda, 2007). As pesquisas ainda não conseguiram a comprovação de até que ponto a escolaridade e o desenvolvimento das capacidades intelectuais poderiam promover a resiliência ou vice-versa. Entretanto, pode-se verificar a associação da superação de situações traumáticas com as capacidades ou habilidades de ter uma visão realista, otimista e esperançosa da realidade.

Quanto à variável renda, ela não se relacionou com a RSA e com o fator coesão familiar, mas se relacionou significativamente com o fator otimismo. Sendo que os participantes que possuíam maior renda tiveram maior pontuação. E quando verificadas as diferenças nas médias dos participantes, constatou-se que aqueles que possuíam maior renda tiveram maiores pontuações na RSA e no fator coesão Familiar. Os resultados sugerem que a resiliência não está ligada a questões de classe social, nível econômico, riqueza ou pobreza, mas não foram encontradas pesquisas que enfocam a relação da Resiliência com a classe social.

Os resultados deste estudo corroboraram os da pesquisa de Fortes et al. (2009), que também não encontrou relação significativa entre a variável renda e a resiliência em idosos. Entretanto, o florescimento das pesquisas que tinham o enfoque na resiliência ocorreu no momento em que o mundo vivia uma de suas crises econômicas, sociais e políticas, pois foi ao longo da década de 1980, no fim da Guerra Fria, na queda da URSS, no momento em que

os países desenvolvidos enfrentaram também o desemprego e as desigualdades sociais, aumentando os problemas de miséria e de violência.

Estudos sobre a resiliência sempre estiveram relacionados ao estresse, principalmente para os pesquisadores anglo-saxões, exceto para alguns como Flach (1991), Grotberg (2005), Murphy (1987) e Walsh (2005), assim pode-se dizer que no princípio das pesquisas sobre a resiliência a situação de pobreza foi um dos determinantes para a escolha, por exemplo, nos estudos desenvolvidos por Rutter (1979, 1981), em que as crianças participantes eram membros de famílias que viviam em situação de pobreza.

Pode existir maior vulnerabilidade quando advém a presença concomitante de diversas condições de risco em uma mesma conjuntura, como é o caso de crianças em situação de pobreza. Mas uma condição como a pobreza não pode ser considerada risco por si mesma, e sim pelos déficits que ocasiona. Assim, só se pode falar que a pobreza é um estado de risco se, de fato, desencadear situações comprometedoras do bom desenvolvimento (Garcia, Brino & Williams, 2009).

Alguns estudos (Evans, 2004; Koller & Lisboa, 2007; Masten & Coastworth, 1998) apontaram que jovens que vivem em regiões pobres proporcionam mais sentimentos de baixa autoconfiança, depressão, solidão e isolamento, problemas de conduta, conflitos entre colegas, problemas de saúde física e psicológica. Além disso, alguns fatores associados ao envelhecimento, como a diminuição dos contatos sociais, a perda da posição social e os problemas financeiros podem levar o idoso a apresentar baixa pontuação na RSA, e isso pode ser uma das justificativas para os resultados desta pesquisa, pois mesmo não sendo significativa a relação entre a RSA e a variável renda, os idosos com maior renda apresentaram altos níveis de resiliência.

A variável Atividade Religiosa foi significativa tanto na RSA total, quanto nas duas dimensões da escala. Especialmente na velhice, a religiosidade e a espiritualidade podem ser

consideradas recursos de enfrentamento que funcionam como amortecedores diante dos acontecimentos e experiências da vida e que podem auxiliar como mediadores da saúde física e mental. Têm, ainda, a função de assessorar o indivíduo a passar pelas dificuldades ligadas ao envelhecimento e outros eventos estressantes, atuando na dimensão cognitiva como uma ferramenta psicológica importante para suportar as situações difíceis. A espiritualidade pode dar um significado para a vida, na adaptação a eventos positivos, ou nos eventos negativos pode fornecer um sentido, um significado para a vida que transcende a perda, o sofrimento e a percepção de finitude (Cauduro, Cauduro, Nascimento & Moriguch, 2010; Duarte & Wanderley, 2011). E segundo Cauduro Cauduro, Nascimento & Moriguch (2010), “a religião e o processar de uma fé é mais frequente (sic) na vida dos idosos que na dos jovens, pois a fé, de certa maneira, está vinculada a uma proteção na velhice” (p.61).

Estudos sugerem que a religiosidade e a resiliência se associam como elementos vinculados à construção de um comportamento protetor na velhice. A religiosidade se constitui em um forte indicador de resiliência na superação das adversidades e um importante auxiliar na capacidade de encontrar significado na vida a partir da fé. Além disso, enriquece o olhar frente ao mundo, transformando a adversidade de sentimentos em profícuas relações, resultando em ações mais positivas (Cauduro et al., 2010; Cupertino, 2004; Silva, 2007).

Corroborando com a literatura, os resultados deram todos significativos para esta variável, demonstrando que os idosos que participavam de atividades religiosas eram mais resilientes, mais otimistas e tinham maior coesão familiar, evidenciando que, no período da velhice, a participação em qualquer tipo de atividade que se relacione com a fé parece ser essencial para o bem-estar e a sabedoria (Cupertino, 2004; Ribeiro, Neri & Cupertino, 2009; Silva, 2007).

Quanto à variável Atividade Física, ela relacionou significativamente com a RSA e com a dimensão otimismo e relacionou marginalmente com a coesão familiar, sendo que, os

participantes que fazem exercícios físicos duas ou mais vezes por semana tiveram maiores pontuações na RSA, no otimismo e na coesão familiar, o que parece apontar que pessoas que fazem qualquer atividade física têm mais possibilidade de enfrentar as adversidades do cotidiano com maior resiliência.

A literatura sugere que, na velhice, eventos relacionados à saúde podem ser mais frequentes do que em outros períodos da vida, indicam ainda que é neste período que podem aparecer doenças que restringem os movimentos, o que pode ser muito penoso para o idoso e até mesmo para os cuidadores (Neri, 2004). Pesquisas sobre a influência da atividade física no envelhecimento apontam que a regularidade de exercícios físicos e a manutenção de uma vida ativa poderão possibilitar ao indivíduo a capacidade funcional de uma pessoa 20 anos mais jovem (Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008; Cupertino, et al., 2007; Matsudo, 2006).

Na pesquisa realizada por Cupertino et al. (2007) um dos aspectos mais apontados pela amostra em sua definição de envelhecimento saudável foi a saúde física, pois, mesmo em uma situação propícia a problemas e inadaptação como a velhice, a atividade física pode retardar o aparecimento de doenças ou mesmo continuar a produzir saúde, protegendo o idoso e levando-o a conseguir se manter ativo e saudável. A resiliência pode ser mais uma força que a cada etapa do ciclo vital emerge e se constitui em um fator positivo para que os idosos continuem a realizar as atividades físicas, tendo, assim, lazer, melhora na saúde, interação e ganhos na qualidade de vida. Destarte, os resultados apontam que a realização da atividade física pode ser um importante mecanismo para o desenvolvimento e a manutenção da resiliência no período da velhice ou ainda, se considerarmos o que Grotberg (2002) sugeriu, a resiliência para ser entendida como um processo composto por vários fatores e entre os “fatores da resiliência” pode estar a atividade física.

5.10.3. Relação das escalas de estresse percebido, de ansiedade e de depressão e da escala de satisfação com a vida com as variáveis sociodemográficas.

Os dados obtidos neste estudo pela aplicação dos questionários demonstraram que nas variáveis sociodemográficas, algumas (como exemplo: escolaridade, atividade religiosa e sexo) geraram diferenças estatisticamente significativas, por outro lado, com o estresse percebido somente a variável atividade física se relacionou marginalmente

Algumas pesquisas (Alves, et al., 2003; Amaral, et al., 2007) sugerem que a longevidade com qualidade de vida parece estar também relacionada com a prática regular de atividade física durante a vida. Alguns ainda indicam que exercícios físicos podem auxiliar na terapia de reabilitação em pacientes com distúrbios psicológicos, como ansiedade, depressão e estresse, atuando com um catalizador de relacionamento interpessoal e estimulando a superação de desafios (Fortes-Burgos & Neri, 2008; Schveitzer, & Claudino, 2010).

Para De Vita (2000), Schveitzer, & Claudino (2010) e Beneditti et al. (2008) há evidências de que o idoso que se exercita consegue muitos benefícios, inclusive menos enfermidades e aumento na capacidade de enfrentar o estresse diário, o que possibilita inferir que a prática regular de atividade física pode ser uma estratégia preventiva primária, eficiente e atrativa, para manter e melhorar o estado de saúde física e psíquica em qualquer idade. Além disso, tem efeitos benéficos diretos e indiretos para prevenir e retardar as perdas funcionais do envelhecimento, reduzindo o risco de enfermidades e os transtornos frequentes na terceira idade.

Entretanto, um número reduzido de pessoas pratica qualquer tipo de atividade física regularmente, mesmo com campanhas que tentam esclarecer essa necessidade e que alardeiam que a atividade física reduz, por exemplo, uma evidente ação antidepressiva e que combate o estresse (Couto, et al. 2009; Souza-Talarico, et al. 2009).

O resultado desta pesquisa corroborou com a literatura (Couto, et al. 2009; Kahana, 2012; Souza-Talarico, et al. 2009), pois na comparação entre aqueles que não praticavam atividade física e os que praticavam; os idosos que disseram praticar atividades físicas tiveram menores pontuações na escala de estresse percebido. Também a atividade física gerou uma diferença estatisticamente significativa em relação à depressão, sendo que os participantes que disseram fazer atividades físicas duas ou mais vezes por semana tiveram menor pontuação na escala de depressão, o que pode indicar que a atividade física é uma importante variável para promover a capacidade de melhoria física dos idosos, pois pode interferir sobre os efeitos degenerativos resultantes do processo de envelhecimento, consegue maximizar o contato social dos sujeitos e ajuda a reduzir os problemas psicológicos, como ansiedade e depressão (Schveitzer & Claudino, 2010).

Quanto à escala de depressão, além da variável atividade física, outras variáveis também se relacionaram significativamente com a depressão, como a escolaridade, a renda e a atividade religiosa. Estes resultados replicam o que foi encontrado em outras pesquisas (Blay, Andreoli, Fillenbaum & Gastal, 2007; Chen, Chong & Tsang 2007; Unützer, et al., 2008). Os idosos que tinham melhor renda e mais escolaridade tiveram menor pontuação para a depressão, o que pode indicar que a condição socioeconômica desfavorável é um indicador de risco para que ocorra a depressão nos idosos.

Em outros trabalhos, os pesquisadores colocaram a questão das condições socioeconômicas desfavoráveis – como baixos níveis educacionais e de renda e baixo status ocupacional ou desemprego – como fatores de risco para depressão em todas as fases da vida, o que foi confirmado neste estudo. (IBGE, 2012; Hunkeler, et al., 2006; Unützer, et al. 2008).

Quanto à relação entre atividade religiosa e depressão, alguns pesquisadores (Chiu, Chen, Huang, Mau, 2005; Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006; Nelson, Jacobson, Weinberger, Bhaskaran, Rosenfeld, Breitbart, & Roth, 2009) têm explorado a associação

entre espiritualidade/religiosidade e a depressão. Os resultados dos estudos são promissores, indicando que os níveis mais elevados de espiritualidade estão correlacionados com níveis mais baixos de depressão. Os resultados desta pesquisa corroboraram a literatura consultada indicando que a espiritualidade/religiosidade pode ser um mecanismo útil no enfrentamento da terceira idade, servindo muitas vezes de apoio informal frente às adversidades, à depressão, às doenças, às perdas e outros, que poderão surgir.

Duas das variáveis sociodemográficas se relacionaram significativamente com a escala de satisfação com a vida, a renda e as atividades físicas.

Com relação à satisfação com a vida e à variável renda, observaram-se maiores médias em satisfação com a vida no grupo de renda mais alta e menores médias no grupo com rendas mais baixa. Diener, Kahneman, Tovey, e Arora, (2010), Oliveira, Costa e Rodrigues (2008), Joia et al. (2007), Gouveia et al. (2003), encontraram resultados parecidos nas suas pesquisas. O que pode demonstrar que pessoas de classe social mais alta experimentam maior satisfação com suas vidas devido ao fato de que, em geral, tendem a gozar de estabilidade, ter lazer e realização pessoal, o que lhes permite, inclusive, maior otimismo diante da vida.

Quanto à variável atividade física e à sua relação com a satisfação com a vida, observou-se que as maiores médias obtidas na escala satisfação com a vida foram no grupo que faz exercícios físicos mais de duas vezes por semana, enquanto que aqueles que não têm o hábito de se exercitar têm uma média menor nesta escala.

Em uma pesquisa com mulheres de 52 a 79 anos, participantes de um programa de hidroginástica, Leão Júnior (2003) constatou melhora das autocrenças sobre saúde e autoeficácia físicas, e também melhora da satisfação com a vida nos domínios saúde e capacidade física. Segundo o autor, estas mudanças nos níveis de satisfação com a vida podem estar relacionadas às melhoras dos aspectos físicos e fisiológicos provenientes da atividade física. Ainda segundo o mesmo autor, os sentimentos de menos cansaço, menos

fadiga, maior agilidade, maior destreza, mais segurança nas atividades da vida diária, dentre outros, podem ser importantes para o bem-estar subjetivo em pessoas idosas.

Na pesquisa de Mcauley, Marquez, Jerome, Blissmer, e Katula, (2002), a participação em exercícios e a frequência destes foram identificadas como preditores significantes do aumento na satisfação com a vida. Assim, os dados obtidos corroboraram com os estudos já realizados, uma vez que a atividade física tem forte influência sobre os sentimentos de melhora da saúde física e mental, além de aumentar os contatos sociais.

Ainda sobre a relação da escala satisfação com a vida, uma das hipóteses deste estudo era que os idosos com mais de 75 anos tivessem maiores pontuações na ESV que os idosos mais jovens. A hipótese foi confirmada, os idosos mais velhos tiveram médias maiores ($M=26,97$) que os idosos mais jovens ($M=25,93$), entretanto a diferença entre estes dois grupos não foi estatisticamente significativa. Diener e Suh (1997), em uma revisão de estudos sobre o tema, apresentaram que o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida não diminuem com a idade, embora a velhice esteja associada ao declínio de recursos como saúde, situação conjugal e renda. Mas pesquisas demonstram o contrário, os idosos tendem a se avaliar como mais satisfeitos do que os jovens. Talvez essa diferença ocorra porque as gerações mais jovens são sempre mais exigentes do que as anteriores, o que resulta em discrepância nas avaliações que os mais jovens e os mais velhos fazem de sua satisfação com a vida (Resende et al. 2006). Pesquisas ainda devem ser realizadas para mensurar e analisar melhor essas relações entre idade, sexo, renda e outros dados sociodemográficos para assim conseguir mais informações sobre este período da velhice na sua heterogeneidade.

5.10.4. Relação da escala de resiliência com as escalas satisfação com a vida, estresse percebido, ansiedade e depressão.

Após a revisão bibliográfica, algumas hipóteses foram construídas. Partimos do pressuposto que na amostra de idosos existia uma correlação positiva entre a pontuação obtida

nos domínios coesão familiar, otimismo e a RSA com a pontuação obtida na medida cognitiva do bem-estar subjetivo – satisfação com a vida, a hipótese foi confirmada. Os resultados evidenciaram a associação entre estas variáveis, ressaltando que o índice de correlação foi maior com o otimismo (0.65), seguido da RSA (0,51), resultados estes que podem ser considerados bons. Mas, o resultado da correlação com a dimensão coesão familiar (0,27) foi baixo.

Os resultados da avaliação, utilizando a escala de Satisfação com a Vida, identificaram que entre os idosos há uma elevada satisfação com a vida, esta condição talvez esteja apoiada, na velhice, pelo otimismo e pela resiliência, que são importantes recursos e indicadores positivos da avaliação que a pessoa faz da sua vida.

O otimismo como um recurso importante na avaliação da satisfação com a vida na velhice, pode indicar neste período da vida a presença de dois conceitos que estão com ele relacionados – a esperança e a tendência em acreditar que vivemos “no melhor dos mundos possíveis” como afirmou o iluminista alemão Gottfried Wilhelm Leibniz. Indivíduos otimistas são positivos sobre todos os acontecimentos da vida diária, e isso pode justificar a correlação positiva e forte com relação à satisfação com a vida (Conversano, et al., 2010).

Pesquisas sugerem que o otimismo é um importante fator de proteção em relação ao bem-estar e à saúde física e psicológica; e há evidências que pessoas otimistas apresentam melhor qualidade de vida e melhor satisfação com a vida, se comparadas com os pessimistas. Os otimistas sabem lidar com os mecanismos e processos mentais expressados pelas pessoas como uma resposta adaptativa capaz de reduzir o estresse, especialmente o que é decorrente de situações ameaçadoras. Muitos otimistas tendem a usar estratégias de enfrentamento focando a solução do problema de forma mais positiva, agradável e que possa ser superada (Conversano, et al. 2010; Schweizer, Beck-Seyffer & Schneider, 1999).

Muitos estudos têm descrito a importância, na qualidade de vida, da capacidade de um indivíduo de se adaptar e modificar suas/seus próprios objetivos de acordo com diferentes situações que vivenciam, tendo uma visão positiva de si mesmo, confiança em suas forças e habilidades para ter sucesso e uma vida mais saudável.

As abordagens *top-down* do bem-estar subjetivo admitem que as pessoas têm uma predisposição para interpretar as experiências de vida, as situações vividas, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida. Para esta perspectiva *top-down*, a interpretação subjetiva dos eventos é que primeiro influencia o bem-estar subjetivo, ao invés das próprias circunstâncias objetivas sugeridas pela abordagem *bottom-up*. Assim, para os idosos otimistas, a interpretação e a avaliação da vida se dariam seguindo o modelo *top-down*. Ou, como diziam os filósofos da Antiguidade, como Demócrito e Epiteto, não é o que ocorre com o indivíduo que pode deixá-lo feliz, mas o jeito, a maneira e o estilo como ele interpreta esses acontecimentos, ou seja, se o idoso desenvolver um processo de superação consegue ter uma vida melhor e realizar avaliações positivas.

Analisando outros resultados deste estudo, nota-se que ocorreu uma correlação negativa entre a pontuação obtida na escala de satisfação com a vida e a pontuação do estresse percebido, confirmando a hipótese levantada. A correlação foi significativa ($p < 0,01$) considerada média para forte ($r = -0,63$).

A pesquisa realizada por Fortes-Burgos et al. (2008) sugeriu que existe uma variabilidade das experiências de eventos estressantes no envelhecimento, particularmente entre as mulheres. Revelou ainda que vivendo experiências que desafiam a integridade do *self* e o controle pessoal, conceituadas como estressantes, os idosos revelaram-se satisfeitos com a forma como encararam as situações, o que sugere a manutenção do potencial adaptativo na velhice.

Outros resultados (Mota, et al., 2006; Oliveira et al., 2006; Souza-Talarico et al., 2009) sugerem que a resposta ao estresse depende, em grande medida, da maneira como o indivíduo filtra e processa a informação e sua avaliação a propósito das situações ou estímulos que podem ser considerados como agradáveis, relevantes, aterrorizantes etc. Esta avaliação determina o modo de resposta à situação estressora e a forma como o mesmo será afetado pelo estresse.

A avaliação da vida na velhice deve abarcar todos os recursos que podem ter sido construídos durante a vida, nesta pesquisa, muitos idosos afirmaram estar satisfeitos com a vida (conforme a tabela 17). O mesmo resultado foi encontrado por Luft, et al. (2007), Oliveira, et al. (2006) e Souza-Talarico, et al. (2009), principalmente entre os idosos que conservam a saúde e a independência.

No teste *t-Student* verificou-se que os idosos que tiveram menor pontuação em estresse pontuaram mais na escala ESV, indicando ver a vida de uma forma mais positiva e que estar satisfeito com a vida pode ser um importante protetor na velhice.

Também foi encontrada a correlação negativa entre as pontuações obtidas na escala PSS com relação aos domínios otimismo ($r=-0,65$) e coesão familiar ($r=-0,36$) e a escala RSA ($r=-0,51$). Os resultados das correlações podem ser considerados satisfatórios, sendo que a variação para com a dimensão otimismo foi a mais forte. E ao comparar a RSA com a PSS constatou-se que os idosos que tiveram menores pontuações na PSS tiveram maior pontuação na RSA, resultado que corroborou a hipótese desta pesquisa.

A resiliência pode ser um valioso mecanismo para manter o bem-estar e a superação de problemas na velhice. Segundo Bonano (2006) na sua pesquisa, após o ocorrido de 11 de setembro em Nova York, a resiliência pôde ser percebida na trajetória da vida das pessoas, nos processos de estresse e recuperação, momento em que pequenas ou grandes situações quebram o funcionamento psicológico normal da vida e, assim, apesar da pessoa apresentar

um pico inicial de estresse, logo ela consegue recuperar seu equilíbrio, ou seja, são os processos internos que podem promover a resiliência nas pessoas (Bonano, 2006).

Nos resultados, os participantes que tiveram maiores pontuações na escala de resiliência, em suas dimensões e na escala de satisfação com a vida tiveram menores na escala de estresse, depressão e ansiedade, o que confirma os resultados encontrados em pesquisas como de Windle et al. (2010, 2011), Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy, Lude & Elfström (2012), Mancini e Bonanno (2006), Greve e Staudinger, (2006), Ong et al. (2009), entre outros.

Um traço comum das pessoas resilientes é a tolerância a mudanças. Elas entendem que os imprevistos fazem parte da rotina e, por isso, não perdem o controle diante da primeira dificuldade.

Os resultados desta pesquisa, corroborando com os estudos anteriores, permitiram aferir que a resiliência pode ser uma importante proteção na velhice, por ser uma capacidade de regular eficazmente as emoções negativas, pode auxiliar na flexibilidade e, ainda, contribuir para respostas positivas em meio ao estresse, à ansiedade e aos sintomas depressivos.

Suscitou-se a hipótese que as pontuações nas escalas da RSA e ESV se correlacionariam positivamente, o que foi confirmado pelos resultados, destarte, a resiliência na idade avançada pode ser um importante recurso para a satisfação com a vida, o bem-estar, mas pesquisas devem ser realizadas para averiguar como as emoções e os processos positivos contribuem como um baluarte frente a eventos estressantes e perturbações que ocorrem na velhice.

Ao trabalhar com dimensões como o otimismo e a coesão familiar podem ser discutidos os mecanismos subjacentes e os efeitos da resiliência nas adaptações, nos ajustes diários ao estresse. Deve-se discutir, ainda, como muitos idosos nas experiências

diárias de lidar e utilizar de estratégias e emoções positivas conseguem manter e avaliar positivamente a sua vida. E também, a literatura sugere que as pessoas, ao avaliarem a satisfação de vida, examinam aspectos gerais da vida, ponderando os aspectos positivos e negativos, para chegar a uma conclusão, perpetrando assim, mesmo que durante um período estressante, uma avaliação positiva da sua vida.

Com o interesse de verificar como os idosos avaliaram a sua vida e a sua saúde foram feitas duas perguntas do questionário Sociodemográfico, uma sobre satisfação com a saúde e a e a outra sobre avaliação da própria vida. Verificou-se que aqueles que se avaliaram satisfeitos com a vida e com a saúde tiveram maiores pontuações na RSA, nas dimensões - otimismo e coesão familiar - e na ESV, e obtiveram menores pontuações nas PSS, ansiedade e depressão, o que possibilita enfatizar que as emoções e os processos positivos podem ser um importante moderador frente a eventos estressantes, contribuindo de certa forma na capacidade e na flexibilidade para se recuperar de forma mais eficaz frente a eventos estressantes cotidianos.

Os achados desta pesquisa apontam que tanto as atitudes positivas, quanto o processo de resiliência podem ser procedimentos cotidianos e constantes nas pessoas idosas, corroborando assim pesquisas como as de Bonanno (2004), Mancini e Bonanno, (2006) e Ong et al. (2009).

Os resultados desta pesquisa demonstram, ainda, que a resiliência aliada a emoções positivas, como o otimismo e a satisfação com a vida tem efeitos benéficos quando estão presentes no processo de envelhecimento e corroboraram outras importantes pesquisas em diversos países do mundo, como de China, EUA, Inglaterra, Espanha, entre outros.

Apesar da estrutura original da escala RSA não ter se replicado, esta pesquisa identificou boas propriedades psicométricas para a mesma no Brasil. Verificou-se uma estrutura bifatorial com fatores independentes para escala e sugeriu-se o cálculo de escores separados para cada fator da RSA. Algumas diferenças foram encontradas na análise fatorial, pois duas dimensões não alcançaram valores estatisticamente suficientes para serem caracterizadas como sendo dimensões, assim, através da análise fatorial, conseguiu-se verificar apenas duas dimensões, denominadas de otimismo e de coesão familiar, e dois itens foram excluídos.

Entendeu-se que, face à complexidade do fenômeno e à sua natureza dinâmica, avaliar a resiliência não é simples, principalmente por entender que a resiliência não é uma condição que possa ser considerada como estável e constante ao longo do tempo. É na própria trajetória de vida que a resiliência pode ou não ocorrer dependendo das escolhas e dos recursos que são utilizados para a recuperação, crescimento ou nova diferenciação. Na abordagem da resiliência, pode-se pensar que as respostas adaptativas suplantam as respostas e enfrentamentos não adaptativos, transformando um acontecimento ou um fato negativo em evento promotor de ressignificações positivas e de crescimento pessoal em diferentes domínios.

O objetivo final foi avaliar as ligações existentes entre a capacidade da resiliência e a percepção do estresse com o componente cognitivo do bem-estar subjetivo – BES em uma amostra de idosos de Cuiabá.

Dos resultados que se obteve, concluiu-se haver necessidade de se investir em outras pesquisas para melhor entender os efeitos e consequências da capacidade da resiliência na velhice, pois os resultados trazem a ideia que é um fator protetor e promotor de bem-estar neste período.

Ao se levantar a questão da satisfação com a vida o que se pretende é provar a existência ou não da relação deste sentimento com a resiliência e a consequente capacidade de enfrentar situações estressantes, uma vez que a propensão a ser feliz depende muito do que ocorre em nossa vida.

É muito fácil ser resiliente se nada dá errado, se problemas e percalços estão sempre distantes de nós. É no momento do enfrentamento dos problemas que se descobre realmente se, apesar de tudo, as pessoas ainda de encontram satisfeitas com a vida que têm e conseguem perceber que, por pior que seja a situação, a vida ainda é algo que vale a pena.

Sabe-se que a velhice acarreta perdas significativas no que tange à saúde, à capacidade laboral, ao poder aquisitivo e às relações interpessoais. Assim, a continuidade da presença do quesito *satisfação com a vida* após os 60 anos demonstra que a resiliência, enquanto processo de adaptação e superação das condições adversas que a vida impõe, tornou-se fundamental para não só a manutenção do sentimento da certeza de ter qualidade de vida, mas também, na forma como essas perdas são absorvidas e ressignificadas na vida dos idosos.

O processo de aquisição de resiliência baseia-se na existência de obstáculos e adversidades no decorrer da vida – desde a infância, passando pela adolescência, pela fase adulta e chegando à velhice – o que nos permite treinar para aprender a superar agentes potencialmente estressores que passam a ser encaradas como experiências construtivas e fortalecedoras, sejam elas de que âmbito da vida forem. Pode-se afirmar então, que resiliência independe de classe econômica, uma vez que os referidos agentes estressores estão presentes em todas as classes sociais e também, indistintamente para ambos os sexos.

Ou seja, ser pobre, ser rico, ou ser homem ou mulher não confere nenhuma habilidade especial que possibilite a aquisição da resiliência, o que vai interferir no grau de resiliência são fatores não tão explícitos quanto estes, como religiosidade, otimismo, coesão familiar, entre outros, fatores estes considerados subjetivos, e como tal são passíveis de medição por

instrumentos neste trabalho utilizados, como a RSA e as duas dimensões – otimismo e coesão familiar, e perguntas gerais sobre a avaliação que fazem da sua vida e da sua saúde.

Por outro lado, é flagrante a interferência negativa de fatores como estresse, ansiedade e depressão na aquisição da resiliência, uma vez que estes fatores impedem ou dificultam que se encare os problemas inerentes à vida como naturais e passíveis de enfrentamento e superação, o que leva a uma forma negativa e não resiliente de vivenciar a velhice. Cada um desses fatores tem um peso determinado na avaliação da satisfação com a vida e a presença de mais de um deles amplia o desgaste que pode gerar o estresse, tornando-o mais intenso e insalubre. De onde se conclui que, assim como há fatores que ampliam, esses reduzem a resiliência e a satisfação com vida.

Instrumentos como a escala de estresse percebido e a escala hospitalar que medem a presença da ansiedade, a depressão e do estresse demonstraram ser ideais para avaliar os idosos, pois os resultados estatísticos foram satisfatórios neste estudo, mostrando que estes fatores são inversamente proporcionais à avaliação positiva da satisfação com a vida e da resiliência.

Outros fatores podem estar presentes na avaliação da capacidade de satisfação com a vida nos idosos, como: a autoestima, o suporte social, o *coping*, a autoeficácia, a religiosidade, o pensamento fantasioso e a prosperidade econômica. Como fatores positivos e negativos, temos a avaliação da saúde, dos preconceitos, se as suas necessidades básicas estão sendo atendidas, humor (tanto negativo como positivo) entre outros, pois um construto que considera as respostas emocionais das pessoas, seus domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida é amplo e merece maiores investigações no período da velhice.

A velhice representa uma nova fronteira. O número de idosos está aumentando consideravelmente em todo o mundo. Esta evolução demográfica afeta não só indivíduos, mas também famílias, comunidades e sociedades. É importante compreender como os idosos

experienciam a velhice, para compreender as carências e as forças que podem ser encontradas, desenvolvidas e para que a humanidade não tenha somente ganhos em quantidade de anos vividos, mas na qualidade destes na forma de um envelhecimento ativo e saudável.

Mas entender quais são as implicações que envolvem um envelhecimento saudável, ativo e positivo é complexo devido a inúmeros fatores envolvidos alguns já citados, outros já estudados, mas muitos que ainda estão por ser aprendidos.

Além disso, precisamos pensar que a velhice apresenta múltiplas faces, e não pode ser analisada desvinculada dos aspectos sócio-econômicos e culturais, pois suas características extrapolam as evidentes alterações físicas e fisiológicas individuais.

Também é importante destacar que novas e constantes reflexões devem ser feitas sobre Políticas Públicas para o idoso, principalmente as que norteiem questões de envelhecimento ativo, acrescentem qualidade de vida e fortaleçam a saúde. Tais políticas devem estar aliadas às políticas e programas de promoção de uma sociedade inclusiva e coesiva para todas as faixas etárias. Igualmente, tem-se a necessidade do reconhecimento de que o direito à vida, à dignidade e à longevidade deve ser objeto da agenda oficial de todos os governos. O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) foi promulgado, entretanto é necessário o reafirmamento dos direitos e dos princípios já consagrados na Constituição de 1988, mas são necessárias ações do estado, da família e de toda a sociedade que garantam os direitos desse segmento da população, pois somente a existência de leis, não reduz a desigualdade social.

Garantir o acesso à saúde dos idosos deve ser um dos deveres do poder público, bem como oferecer campanhas para prevenir, promover, proteger e reconquistar a saúde do idoso. Além disso, o respeito ao direito à preferência em locais como: hospitais, postos de saúde, filas de bancos, assentos em transporte públicos, entre outros, deve ser perpetrado por todos os cidadãos.

Urge a necessidade de inclusão nos programas educacionais que oferecem conteúdos sobre o envelhecimento. Igualmente destaca-se a importância de manter, na educação, políticas públicas que buscam implantar programas voltados para o idoso, estimulando e apoiando a aceitação destes nas universidades, como por exemplo, as chamadas universidades abertas para a terceira idade – projeto que alcançou seu auge há alguns anos, mas que atualmente está em declínio.

Todo idoso deve ter direito a moradia, a ter acesso a todos os lugares, assim é necessário que os órgãos públicos municipais, estaduais, federal e todas as comunidades tenham meios de garantir a diminuição das barreiras arquitetônicas e urbanas. Outra questão que deve ser intensificada e ofertada mais amiúde é a participação do idoso em processos de elaboração e produção dos bens culturais, de atendimento esportivo, de recreação e de lazer. É inegável que o idoso brasileiro precisa ter assegurado seus direitos para ter, assim, a garantia de uma vida mais digna.

Acreditamos que a legislação brasileira de amparo aos idosos, com a edição da Lei n.º 10.741/2003, conhecida como “Estatuto do Idoso”, se destaca como uma das mais modernas do mundo, mas, na prática, muita coisa ainda tem que ser feita para que os direitos essenciais sejam garantidos, pois ainda hoje assiste-se em todos os lugares à constante desobediência às leis e o menosprezo pelas conquistas conseguidas pelos brasileiros maiores de 60 anos.

Esta pesquisa é mais uma contribuição para que construtos da psicologia que já foram e estão sendo pesquisados possam elucidar quais características, em que intensidade e de que forma se apresentam em uma população de idosos. Sugere-se ainda que sejam realizados mais estudos que busquem estabelecer relações entre a resiliência e a satisfação com a vida e outros fatores pertinentes e de como trabalhar, incentivar e proporcionar processos que podem melhorar a vida do idoso brasileiro. Esta pesquisa não discutiu a problemática que envolve os

estudos sobre o envelhecimento, mas vimos como a resiliência, um importante construto pode estar presente na velhice e como ele está ligado à satisfação com vida.

A psicologia social, a psicologia do envelhecimento, a geriatria e outros campos que têm seus olhares voltados para a população idosa estão, cada dia mais, percebendo que o processo de envelhecimento do ser humano é heterogêneo e que as influências de natureza biológicas (como as características da saúde e funcionalidade física), socioculturais (como gênero, gerações, papéis), psicossociais (como os mecanismos de autorregulação do *self*) que atuam ao longo de toda a vida devem ser observadas, assim cada vez mais devem ser estudadas e consideradas para a compreensão desse processo e para a efetivação de novos conhecimentos.

O envelhecimento está diretamente ligado às condições objetivas de vida em fases anteriores do ciclo vital, do acesso aos bens e serviços, bem como da cobertura da rede de proteção e atendimento social, mas principalmente quando compreendemos que o envelhecimento não é igual para todos, e, para além da idade, muitos outros fatores podem interferir, notamos a importância da realização de novas e constantes pesquisas que objetivam compreender os mais diferentes processos e percursos podem ser encontrados com relação a esta questão.

- Ackerman, P. L., Beier, M. B., e Bowen, K. R. (2002). What we really know about our abilities and our knowledge. *Personality and Individual Differences*, 34, 587-605. 30332-0170, USA. doi:10.1016/S0191-8869(01)00174-X.
- Aguiar, C. F. de e Assis, M. de. (2009). Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UNATI/UERJ. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 12(3), 391-404.
- Aldwin, C. M., e Gilmer, D. F. (2004). Health, illness, and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives. *Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.* doi: 10.4135/9781452232584.
- Albuquerque, A. S. (2004). *Bem-Estar Subjetivo e sua relação com Personalidade, Coping, Suporte Social, Satisfação Conjugal e Satisfação no Trabalho*. (Tese Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Albuquerque, F. J. B. de, Martins, C. R., e Neves, M. T. de S. (2008). Bem-Estar subjetivo emocional e coping dos adultos de baixa Renda de Ambientes urbano e rural. *Estudos de psicologia*, 25(4), 509-516.
- Albuquerque, F. J. B., Sousa, F. M., e Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de Satisfação de Vida e afetos para idosos rurais. *Psico*, 41(1), 85-92. Porto Alegre, PUCRS.
- Albuquerque AS, e Tróccoli BT. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-64.
- Aldwin, C. M., Park, C. L. e Spiro III, A. (Eds). (2007). *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press.
- Almeida, L. A. e Patriota, L. M. (2009). Sexualidade na terceira idade: Um estudo com idosas usuárias do programa de saúde da família do bairro das Cidades – Campina Grande – PB. *Qualit@s Revista eletrônica*, 8, 1-20.
- Almeida, S. T. (2008). *Envelhecimento do atleta: a dinâmica entre as perdas e ganhos e suas aprendizagens na prática de esportes*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Altman, M. (2011). O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de psicanálise*, 44(80), 193-206.
- Alves, J. E. D. (2008). A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia. Argumentos*, 27(58), 253-260.
- Araújo L. F., e Carvalho, V. A. (2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Mneme, Revista de humanidades*, 6(13), 1-9.
- Araujo, L. F. de, Coutinho, M. da P. de L. e Carvalho, V. Â. M. de L. (2005). Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(1), 118-131.

- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., e Santos, M. F. S. (2006). Análise psicossocial do idoso de instituições gerontológicas. Em: Falcão, D. V. S. e Dias, C. M. S. B. (org.) *Maturidade e Velhice*, (1). Casa do psicólogo. São Paulo.
- Arciniega, J. de D. U. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79.
- Ariés, P. (1978). História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Zahar.
- Assis, S. G., Pesce, R. P., e Avanci, J. Q. (2006). Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed.
- Aulete, C. (2008). iDicionário Aulete. Recuperado de http://aulete.uol.com.br/site.php?mdl=aulete_digital&op=loadVerbete&pesquisa=1&palavra=Resili%EAnia
- Aurélio. (2004). O Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa,. Corresponde à 3ª. edição, 1ª. impressão da Editora Positivo, revista e atualizada do Aurélio Século XXI.
- Ávila, A. H. Guerra, M. e Meneses, M. P. R. (2007). Se o velho é outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. *Pensamento psicológico*, 8,(3), 7-18.
- Aznar-Farias, M. e Oliveira-Monteiro, N. R. de (2006). Reflexões sobre pró-socialidade, resiliência e psicologia positiva. *Revista brasileira Terapias Cognitivas*, 2(2),39-46.
- Balancieri, M. F. (2007). *Promoção do processo de resiliência em enfermeiras: Uma possibilidade?*(Tese de doutorado) Pontificia Universidade Católica de São Paulo.
- Balbé, G. P. (2011). *Fatores associados à resiliência entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico*. (Dissertação de mestrado) Universidade do Estado de Santa Catarina.
- Baltes, P. B. (1997).On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52,366-380
- Baltes, P. B. e Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. Em: Baltes, P. B., Baltes, M. M. (Org.). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*. Cambridg: Cambridg University Press.
- Baltes, P. B. & Heydens-Gahir, H. A. (2003). Reduction of work-family conflict through the use of selection, optimization, and compensation behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1005-1018.
- Blay S.L., Andreoli S.B., Fillenbaum G.G., e Gastal F.L. (2007). Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry* 15(9), 790-799.
- Barlach, L., Limongi-Franca, A. C. & Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Revista Interamericana de Psicología*,42 (1), 101-112.
- Bandeira, E.M.F.S., Pimenta, F.A.P., e Souza, M.C.(2006). *Atenção à saúde do idoso: Saúde em casa*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais.

- Barbosa, G. (2006). *Resiliência em Professores do Ensino Fundamental de 5ª A 8ª Série: validação e aplicação do "questionário do índice de Resiliência: Adultos"*. (Tese de Doutorado) Recuperado do Domínio Público.
- Barbosa, G. A., Adrade, E. de O., Carneiro, M. B., e Gouveia, V. V. (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Barreira, D. D. & Nakamura, A. P.(2006). Resiliência e a autoeficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23,75 – 80.
- Batistone, S. S. T. (2009). Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com Idosos. *Psicologia em Pesquisa*. 13 – 22.
- Batistone, S.S.T., Fortes, A.C.G., e Yassuda, M.S. (2007) Aspectos psicológicos do envelhecimento. Em: Forlenza, O. (Org.). *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 32-7.
- Bauer, J. J., Mcadams, D. P. & Sakaeda, A. R. (2005). Interpreting the good life: growth memories in the lives of mature, happy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 203-217.
- Bauer, J. J. & Park, S. W. (2010). Growth is not just for the young: growth narratives, eudaimonic resilience, and the aging self. Em: *New Frontiers in Resilient Aging.Life - Strengths and Well-Being in Late Life*. Edited by Prem S. Fry. Edited by Corey L. M. Keyes, Emory University: Atlanta.
- Beauvoir, S. de (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Beauvoir, S. de (2009). *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Belancieri, M. de F., Beluci, M. L., Silva, D. V. R. da e Gasparelo, E. A. (2010). A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Estudos psicologia*,27(2), 227-233.
- Benedetti, T. R B., Borges, L. J., Petroski, E. L., e Gonçalves, L. H. T. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 302-307. doi: 10.1590/S0034-89102008005000007
- Bennett, K. M. (2010). How to achieve resilience as an older widower: turning points or gradual change? *Ageing & Society* 30,369–382. doi:10.1017/S0144686X09 990572
- Benetti, I. C. e Crepaldi M. P. (2012). Resiliência revisada: uma abordagem reflexiva para participantes no assunto. Em. *Revista eletrônica de Investigação e Docência. Grupo de Investigação IDEO*. Recuperado em <http://www.grupoideo.net>
- Bertrand, M. (2006). Résilience et traumatismes. Un point de vue psychanalytique. Em : Cirulnik, B.& Duval, P. (Eds). *Psychanalyse et Résilience*. (pp. 205-222). Paris : Odile Jacob.
- Berzins, M.A.V.S. (2003). Envelhecimento populacional: Uma conquista a ser celebrada. *Revista Serviço Social e Sociedade*, 75, 19- 34.
- Bisquerra, A.R. (1989). Introducción conceptual al análisis multivariable: Un enfoque informático con los paquetes .SPSS-X, BMPD, LISREL y SPAD. Barcelona: PPU.

- Bonanno G.A., Kennedy P., Galatzer-Levy I.R., Lude P. e , Elfström M.L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabil Psychol.* 57(3), 236 - 247. doi: 10.1037/a0029256.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., e Pereira, W. A.B. (1995). Transtornos fazer humor los Enfermaria de Clínica Médica e Validação de Escala de Medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359-363. doi:10.1590/S0034-89101995000500004
- Brandão, J., Mahfoud, M. e Gianordoli-Nascimento, I. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Revista Paideia*, 49, 263- 271.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. (1996). *Plano de ação governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. (1996a). *Secretaria de Assistência Social. Plano de ação governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília.
- Brasil. (2010). Estatuto Do Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. Série legislação: 51. 5. ed.
- Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917-927.
- Brief, A.P., Butcher, A. H., George, J.M. e Link, K.E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 646-653.
- Brito, F. (2008). Transição demográfica e desigualdades no Brasil. *Revista Brasileira de Estudo de População*, 25, 5 – 26.
- Brito, H. S. de. (2006). Estresse, resiliência e vulnerabilidade: comparando famílias com filhos adolescentes na escola. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*, 16 (2), 25-37.
- Busnello, F. de B.; Schaefer, L. S. e Kristensen, C. H. (2009). Eventos estressores e estratégias de coping em adolescentes: implicações na aprendizagem. *Psicologia Escolar Educação*, 13(2), 315-323.
- Byrne, B. M. (2002). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cachioni, M. (2004). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.
- Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Em: Freitas, E. et al. (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 58-71.
- Camarano, A. A., Kanso, S., Mello, J. L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? Em: CAMARANO, Ana Amélia (org). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- Campbell, A., Converse, P.E., e Rogers, W.L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York, Russel Sage Foundations.

- Campbell-Sills, L., e Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028. doi:10.1002/jts.20271
- Cantril, H. (1967). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Capitani, M.E.S. e Neri, A.L. (2004). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. Em Neri, A. L., Yassuda, M. S. e Cachioni, M. C. (Orgs.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus, 71- 89.
- Carneiro, R. S. e Falcone, E. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.
- Carolino, J. A., Soares, M. de L. e Cândido, G. A. (2011). Envelhecimento e cidadania: possibilidades de convivência no mundo contemporâneo. *Qualit@s Revista Eletrônica* 1(1).
- Carvalho, J. A. M. e Garcia, R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3), 725-733.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H., e Piccinini, C.A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Caderno de Saúde Pública*, 23(9). 2023-2033.
- Carvalho H. B. C., Rocha S. M, Leite M.L.C. (2006). A interação do idoso à prática de saúde. Em: Freitas E.V., et al., *Tratado de gerontologia e geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1430-1434.
- Carvalho, V. D. de. (2009). *Resiliência e socialização organizacional de novos servidores: Um estudo transcultural*. (Tese de Doutorado). Recuperado do Domínio Público.
- Carvalho, V. D. de, Borges, L. de O., Vikan, A. e Hjemdal, O. (2011). Resiliência e Socialização Organizacional entre Servidores Públicos Brasileiros e Noruegueses. *RAC*, Curitiba, v. 15(5), 815-833.
- Cauduro, A., Cauduro, M. H. F., Nascimento, N. M. R., e Moriguch. Y. (2010). Religiosidade e Espiritualidade. Em N. L. Terra, N. L.; Jackle, A. F., Tacques, C. de O. e Rocha, L. M. (Org.), *Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento*. (pp. 61-66). Porto Alegre: Edipucrs.
- Cecconello, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco*. (Tese de doutorado do curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Recuperado de Repositório digital Lume.
- Cecconello, A. M. e Koller, S. H. (2003) Inserção Ecológica na Comunidade: Uma Proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 515-524.
- Charles, S.T. e Carstensen, L. L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409.
- Chen C.S, Chong M.Y, Tsang H.Y. (2007). Clinically significant non-major depression in a community-dwelling elderly population: epidemiological findings. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(6), 557-62.

- Chiu H, Chen C, Huang C, Mau L. (2005). Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(7), 635-44.
- Cohen, L. (1994). *Não há velhice na Índia: os usos da Gerontologia*. Em: Debert, G. G. (org.), Antropologia e velhice. São Paulo:Unicamp.
- Cohen S, Karmack T, Mermelsteinm R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24(4):385-96.
- Collin, D. (2004). Brouillard ou arc-en-ciel de sens?. Em: L'Encyclopédie de L'Agora. Recuperado de <http://agora.qc.ca/mot.nsf/Dossiers/Resiliense>
- Conversano,C., Rotondo,A, Lensi,E,. Vista,. D., Arpone, F., e Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice and Epidemiology Ment Health Published online*. 14. doi: 10.2174/1745017901006010025
- Costa, L. S. M. da & Pereira, C. A. A. (2007). Bem-estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 59 (1),72-80.
- Couto, A. L. A. (2008). *O processo de envelhecimento através do discurso de idosos*. (Tese Doutorado em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social). Recuperado de Digituma.
- Couto, M. C. P. P., Koller, S. H., Novo, R. e Soares, P. S. (2009). Avaliação de discriminação contra Idosos em Contexto Brasileiro – Ageismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (4), 509-518.
- Couto-Oliveira, V. (2007). *Vida de mulher: Gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. (Dissertação de mestrado). Recuperado do Repositório Institucional Universidade de Brasília.
- Cruz, R. C. da e Ferreira, M. de A. (2011). Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto contexto – enfermagem*, 20(1), 144-151. doi:10.1590/S0104-07072011000100017
- Cupertino A.P, e Novaes C. (2004). Espiritualidade e envelhecimento saudável. Em: Saldanha A.L, Caldas C. P. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. :358- 367. Rio de Janeiro: Interciência.
- Cupertino, A. P. F. B., Rosa, F. H. M., e Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.
- Cyrulnik, B. (2004). *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cyrulnik, B. (2006). *Falar de amor a beira do abismo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Czerny, J. (2007). *Falar de amor a beira do abismo*. Resenha de livros, *Revista brasileira psicanálise*, 41, (4).
- De Antoni, C., Hoppe, M. W., Medeiros, F. & Koller, S. H. (1999). Uma família em situação de risco: Resiliência e vulnerabilidade. *Interfaces: Revista de Psicologia*, 2(1), 81-85.
- Debert, G. (1999) *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Fapesp.
- Debert, G. (2004). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Fapesp.

- Depp, C., e Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v.14, 6-20.
- De Vitta, A. A. (2000). A. Atividade física e bem-estar na velhice. Em: Neri AL, Freire S. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. (pp. 81-89).Campinas: Papirus.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 n 3, 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34 - 43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E. (2009). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. Em: Diener, E., Helliwell, j. F., Kahneman, D. (Org). *Assessing Well-Being The Collected Works of Ed Diener*. Springer Dordrecht Heidelberg. London, New York.
- Diener, E. e Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185. doi: 10.1111/j.1467-9280.1996.tb00354.x
- Diener, E. e Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (5), 1105-1117.
- Diener, E., Kahneman, D., Tovc, W e Arorad, R. (2010). Income's Association with Judgments of Life Versus Feelings. Em: Diener, E., Helliwell, j. F., Kahneman, D. (Org) *International Differences in Well-Being*. Christopher Peterson, Series Editor. Series in Positive Psychology.
- Diener, E. e Larsen, R. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*. 47, 871-883. doi: 10.1037/0022-3514.47.4.871
- Diener, E. e Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well being. Em M. Lewis & J. M. Haviland (Orgs.), *Handbook of Emotions* (pp. 325-337). New York: Guilford.
- Diener,E., Lucas, R. F., e Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. Em: Snyder, C. R. e Lopez, S. (Orgs). *Handbook of Positive Psychology*. New York, Oxford.
- Diener, E., Oishi, S. e Lucas, R. F. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-25. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., Sandvik, E. e Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. Em F Strack, M. Argyle e N. Schwarz (Eds) *Subjective Well-being*. (pp. 119 -139), Oxford: Pergamom.
- Diener, E., Suh, E., e Oishi, S. (1997). Recent findings. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.
- Diener, E., Scollon, C. N. e Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., e Smith, H. L. (1999) Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, Vol 125, 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Diener, E., e Ryan, C. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406.
- Duarte, F. M. e Wanderley, K da S. (2011). Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (1), 49-53. doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Emmons, R. A., & Diener, E. (1986). Influence of impulsivity and sociability on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1211-1215. doi: 10.1037/0022-3514.50.6.1211.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Erikson, E. (1982). *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: Artmed, 1982.
- Estatuto do Idoso. AFUSE, Dignidade no avançar da idade. Lei Nº 10.741, de outubro (2003).
- Falceto, O. G., Busnello, E.D., Bozzetti, M. C. (2000). Validação de escala diagnósticas do funcionamento familiar. *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 7(4), 255 – 263.
- Fantova, F. J. M. (2008). *Resiliència i voluntat de sentir em la promoció de la salut psicosocial em els docents: Capacitat de reconstrucció positiva a partir d'un context inicial d'adversitat. Estudi de cas em un institut d'educació secundària*. (Tese de doutorado). Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Barcelona, Espanha.
- Featherstone, M. e Hepworth, M. (1995). *Images of positive aging: a case study of Retirement Choice magazine*. Em: Featherstone, Mike; Wernick, Andrew (Org.). *Images of aging: cultural representations of later life*. London: Routledge. p.29-48.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Oeiras, 36, 38-52.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envelhecimento Ativo – Contribuições da Psicologia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, C. L., Rocha, E. A., e Maia, E. M. C. (2010). Resiliência em idosos: considerações sobre a produção científica na área do envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15 (1), 129-136.
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., e Maia, E. M. C. (2011). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista escola enfermagem da USP*, 46(2), 328-334, doi:10.1590/S0080-62342012000200009
- Ferreira, C, L., Santos, L. M. O., Maia, R. da S., Mata, A. N. de S. & Maia, E. M. C. (2011). Resiliência fatores de proteção: mediadores do processo de envelhecimento ativo? Apresentação oral em GT do 16º encontro nacional Abrapso. Campus UFPE.

- Figueiredo Filho, D. B., & Silva Júnior, J. A. da. (2010). Visão Além do Alcance: Uma Introdução à Análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185. doi:10.1590/S0104-62762010000100007.
- Flach, F. (1991). *Resiliência: A arte de ser flexível* (W. Dupont, Trad.). São Paulo: Saraiva.
- Floriano, P.J. (2005). *O perfil de idosos assistidos por uma equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas – SP*. (Dissertação de Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Fonseca A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento *Contextos Clínicos*, 3, (2),124-131. doi: 10.4013/ctc.2010.32.06.
- Fonseca, A. M.. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(2), 277-289. doi: 10.1590/S0102-79722007000200014
- Fonsêca, P. N., Chaves, S. S. S., & Gouveia, V. V. (2006). Professores do ensino fundamental e bem-estar subjetivo: Uma explicação baseada em valores. *Psico-USF*, 11, 45-52.
- Fonte, I. B. da. (2002). Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Consequências no Conceito de Velhice. *Fundação Joaquim Nabuco. Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Recuperado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p48.pdf>
- Fontes, A. P.(2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). *Revista Kairós*, 7.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21,(1), 74-82. doi:10.1590/S0102-79722008000100010
- Fortes, T. F. R., Portuguese, M. W. e Argimon, I. I. de L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de psicologia*, 26, (4), 455-463. doi: 10.1590/S0103-166X2009000400006.
- Freire JR., R. C., Tavares, M. F. L.(2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface*, 16, (9), 83-141.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas, SP: 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). Psicologia Educacional, Unicamp.
- Freire, S. A. & Resende, M. C. de. (2008). Estudos e intervenções para a promoção da velhice satisfatória. *Psicologia para América Latina*, 14.
- Freitas, G.V.S., & Botega, N.J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista Associação Médica Brasileira*, 48 (3). doi: 10.1590/S0104-42302002000300039

- Freitas, M. C. de, Maruyama, S. A. T., Ferreira, T. de F. & Motta, A. M. de A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10, (2), 221-228. doi: 10.1590/S0104-11692 002000200015
- Freitas, M. C. de, Queiroz, T. A. & Souza, J. A. V. de, (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 44(2):407-12. doi: 10.1590/S0080-62342010000200024
- Fernandes, M. das G. M. e Garcia, L. G. (2010). O Sentido da Velhice para Homens e Mulheres Idosos. *Saúde Sociedade* 19, (4), 771-783.
- Fortes, T. F. R., Portuguese, M. W. e Argimon, I. I. de L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de psicologia* 26 (4) 455-463 doi: 10.1590/S0103-166X2009000400006
- Fry, P. S., Debats, D. L. (2009). Perfectionism and the Five-factor Personality Traits as Predictors of Mortality in Older Adults. *Journal of Health Psychology*, 14: 513. doi: 10.1177/1359105309103571
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., e Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 29-4.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M. e Rosenvinge, J. H. (2009). Empirical Support for Resilience as More than the Counterpart and Absence of Vulnerability and Symptoms of Mental Disorder. *Journal of Individual Differences*, 30(3), 138–151. doi 10.1027/1614-0001.30.3.138
- Friborg O., Martinussen, M. e Rosenvinge, J. H. (2006). Likert-based vs. semantic differential-based scorings of positive psychological constructs: A psychometric comparison of two versions of a scale measuring resilience. *Personality and Individual Differences* 40, 873–884. doi:10.1016/j.paid.2005.08.015
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M. Aslaksen P. M. e Flaten M.A. (2007). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 213 – 219. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.12.007
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. e Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (2), 65–76. doi:10.1002/mpr.143.
- Fuentes, N. , Medina, J. , Barneveld, H. , e Escobar, S. (2012) Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle. Resilience and protective factors in under age offenders living on streets. *Psicología y Salud*, 22, (1), 49-62.
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Galinha I., e Ribeiro J.L.P. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 203-214.
- Garcia, S. C., Brino, R. de F. e Williams, L. C. de A. (2009). Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. *Psicologia da educação* 28(1), 23-50.

- Gardner, P. J. (2006). Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em língua inglesa. *Revista Movimento*, 12, 69 – 92.
- George, L.K. (1981). Subjective Well Being. Conceptual and Methodological Issues. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, v.2, 345-382.
- Glatzer, W. (1997). Components of well-being. *Social Indicators Research*, 19, 25-31.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar Subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas da Psicologia*. 12,(01).
- Gomes, A. M. P. M. (2006). A importância da resiliência na (re)construção das famílias com filhos portadores de deficiência: O papel dos profissionais da educação/reabilitação. *Saber (e) Educar* 11, 49–71. Repositório Institucional da ESEPF.
- Glass, T. (2003). Assessing the success of successful aging. *Annals Internal Medicine*, 139, 382-383. doi: 10.7326/0003-4819-158-2-201301150-02003.
- Goldstein, L. L., e Siqueira, M. E. C. (2002). Heterogeneidade e diversidade nas experiências da velhice. Em: Neri, A. L.; Freire, S. A. (Orgs.) *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000. p. 113-124.
- Gomes, M. S. A., Lessa, J. e SÁ, R. N. de. (2007). O papel do idoso nas dinâmicas sociais de realização do ser no-mundo-com-o-outro. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1 (1), 07-12.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J. e Tarrier, N.(2011). Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/gps.2712.
- Gouveia, R. S. V., Lins, Z. M. B., Lima, T. J. S. de, Freires, L. A., Gomes, A. I. A. S. B. (2009). Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista Bioética* 17 (2), 267 – 280.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Andrade, E. O. e Carneiro, M. B. (2005). Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 298-305.
- Gouveia, V.V., Chaves S.S., Oliveira I.C.P., Dias M.R., Gouveia R.S.V., e Andrade P.R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19: 241-8. doi: 10.1590/S0102-37722003000300006
- Graziano, L. (2005). *A Felicidade Revisitada: Um estudo sobre o bem-estar-subjetivo na visão da Psicologia Positiva* /.(Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, USP.
- Greve, W. and. Staudinger, U.M, (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging. En D. Cicchetti and A. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology Risk, Disorder, and Adaptation*, John Wiley & Sons, 796-840.
- Grotberg, E H. (2005). Introdução: Novas tendências em resiliência. Em: Melillo, A, Ojeda, E, e Col. (2005). *Resiliência: Descobrindo as próprias fortalezas* (pp.15-22). São Paulo: Ed. Artmed.
- Grunspun, H. (2008). A criança resiliente – Resiliência e vulnerabilidade na criança. Em: B.F. Assumpção Júnior e Kuczynski E. (Org.). *Situações Psicossociais na infância e na adolescência* (pp. 61-90). São Paulo: Atheneu.

- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B. de, Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B. e Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308. doi: 10.1590/S0102-79722006000200017
- Quesada, C. V. (2006). El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social. Universidad Pablo de Olvide. Sevilla. Recuperado de <http://www.documentacion.edex.es/docs/0302VILcon.pdf>
- Gurin, G., Veroff, J., e Feld, S. (1960). *Americans View their Mental Health*. New York: Basic.
- Hareven, T. (1995). Changing images of aging and the social construction of the life course. Em: Featherstone, Mike; Wernick, Andrew (Org.). *Images of aging: cultural representations of later life* (pp. 119-135). London: Routledge.
- Havighurst, R. J. (1951). *Developmental Tasks and Education*. Nova York, Longman Green.
- Hoch, L. C. e Rocca, S. M. L.(org.). (2007). Sofrimento, resiliência e fé. São Leopoldo, RS: Ed. Sinodal.
- Hawley, D. R. e DeHaan, L. (2004). *Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life-Span and Family Perspectives*. Article first published online: 29 JUL 2004 doi: 10.1111/j.1545-5300.1996.00283.
- Headey, B., Veenhoven, R. e Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24, 81-100.
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T., e Friborg, O. (2007). Resilience capacity to buffer for depressive symptoms: A correlational study of protective factors in an adolescent sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104.
- Hjemdal, O., Chioqueta, A. P., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2006). Résilience et aspects de la personnalité. *Paper presented at the Forum International de Sécurité Psychologique, Résilience, Psychotraumatisme*. St. Petersburg, Russia.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001) Psykologisk motstandsdyktighet hos voksne: Utvikling og foreløpig validering av ett nytt instrument. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 4, 310-318.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., e Rosenvinge, J. H. (2006). A new rating scale for adolescent resilience. Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 84-96
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 194-201.
- Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C. (2010). Can resilience predict level of hopelessness when controlling for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R)? *Paper presented at Pathways to Resilience II*, Halifax, Canada.
- Hjemdal, O., Roazzi, A., Dias, M. da G. B. B., Roazzi, M. e Vikan, A. (2009). Exploring the psychometric properties Of the resilience scale for adutos in Brazilian samples. Em: Theoriy Construction and Multivariate Analysis. Dov Elizur and Eyal Yaniv, Bar-Ilan University, Israel.PDF.

- Hoppe, M. M. W. (1998). *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Horley, J. (1984). Life Satisfaction, Happiness and Morale: Two problems with the use of Subjective Well-being indicators. *The Gerontologist*, 24(2), 124-127.
- Hobsbawm, E. (1995). *A Era dos Extremos*. - 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Houaiss, A. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Versão on line da Uol. Recuperado de <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=resiliencia+&stype=k>
- Hunkeler E., Katon W., Tang L., Williams J.J., Kroenke K., Lin E., et al. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *Br Med*, 332(7536): 259-63. doi: 10.1136/bmj.38683.710255.BE
- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). *Censo demográfico brasileiro*. Brasília. (2000).
- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). *Censo demográfico brasileiro*, Rio de Janeiro. (1960).
- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980 – 2050: revisão 2008*. Rio de Janeiro: IBGE. (2008).
- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos e Pesquisas. (2009).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse do Censo demográfico de 2010*. Rio de Janeiro. (2011).
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: Uma revisão da literatura recente. Em. A. Melillo, E. N. S. Ojeda e cols. *Resiliência: Descobrendo as próprias fortalezas*. (V. Campos, Trad., pp. 23-38). Porto Alegre: Artmed.
- Irigaray, T. Q. e Trentini, C. M. (2009). Qualidade de Vida em idosos: a. Importância da Dimensão subjetiva. *Estudos de psicologia*, 26(3), 297-304. doi:10.1590/S0103-166X2009000300003
- Jacob Filho, W. (2006). Atividade física e envelhecimento saudável. *Revista brasileira Educação Física Especial*, 5 (20), 73-77.
- Jaffee, S. R., Avshalom, C., Moffitt E. T., Monica Polo-Tomas, M. e Taylor, A. (2007) Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse Negl.* 31(3), 231-353. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.011
- Joia, L. C., Ruiz, T., e Donalizio, M. R.. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*, 41(1). doi: 10.1590/S0034-89102007000100018
- Junqueira, M. F. P. S., e Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235. doi:org/10.1590/S0102-311X2003000100025
- Kahana, E. Kelley-Moore, J. e Kahana Boaz. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 1–14. doi: 10.1080/13607863.2011.644519

- Kahneman, D., Diener, E. e Schwarz, N. (1999). *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Kasser, T., e Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- Kasser, T., e Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 80-87. doi: 10.1177/0146167296223006
- Kern, M. L. e Friedman, H. S. (2010). Personality and Pathways of Influence on Physical Health. *Social and Personality Psychology Compass* 5/1 (2011): 76–87. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00331.x
- Khoury, H.T.T. e Günther, I.A. (2006). Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. Em: D.V. S. Falcão e C. M. S. B. Dias (Orgs.), *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*. (Vol. II; pp. 297-214). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Caspi, A., e Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience ad vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development*, 75, 651-668. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00699.x
- Lamond, A. J., Depp, C., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., Golshan, S., Ganiats, T. G. e Jeste, D. V. (2008). Measurement and Predictors of Resilience Among Community-Dwelling Older Women. *Journal of Psychiatric Research*. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 327-332.
- Leão Júnior, R. (2003). *Participação em hidroginástica, crenças de autoeficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos*. (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Libório, R. M. C., Castro, B. M., e Coêlho, A. E. L. (2006). Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: Conceitos e reflexões críticas. Em D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Orgs.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 89-116). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Lichtenfels, H e Lichtenfels, P. (2007). Resiliência: capacidade de resistência e flexibilidade na velhice. Em: Hoch, L. C. e Rocca, S. M. L.(org.) (2007). *Sofrimento, resiliência e fé* (pp.102-112). São Leopoldo, RS: Ed. Sinodal.
- Lima, Â. M. M. de, Silva, H. S. da & Galhardoni, R.(2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*, 12 (27). doi: 10.1590/S1414-32832008000400010
- Lima, M. P. (2001). *Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso - uma nova concepção de velhice*. São Paulo: Itr.
- Lima-Costa, Maria Fernanda e Veras, Renato.(2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, 19 (3), doi: 10.1590/S0102-311X2003000300001

- Lopes, E. S. de L. e Park, M. B. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 141-148. doi: 10.1590/S1413-294X2007000200006
- Lucas, R. E., Diener, E. e Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Luft, C. Di B., Sanches, S. de O., Mazo, G. Z. e ANDRADE, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e Validação parágrafo Idosos. (2007)*Revista Saúde Pública*. 41(4). doi: 10.1590/S0034-89102007000400015
- Luft L. (2005). Velhice, por que não? Em: Luft L. *Perdas & ganhos*. 31ªed. Rio de Janeiro: Record, 125-37.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 7(3), 543-562.
- Luz, M. M., Amatuizi, M. M. (2008). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25 (2), 303-307. doi: 10.1590/S0103-166X2008000200014
- McAuley, E., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Blissmer, B. e Katula, J. Influences. (2002). *Aging and Mental Health* 2002, 6(3): 222-230.
- Mancini A.D., Bonanno G.A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology* 62(8):971-85. doi: 10.1002/jclp.20283
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. e Silveira, R. de O. (2003). Relação Entre estressores, estresse e Ansiedade. *Revista psiquiátrica Rio D'us. Sul*, 25, (1), 65-74.
- Matsudo, S. M. (2006). Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Revista brasileira Educação Física Especial*, 20, 134 -137.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. Em: M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.). *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Klumer Academic / Plenum Publishers, 281-296.
- Masten, A. S. e Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. Em: B. B. Lahey & A. E. Kazdin, (Eds.) *Advances in Clinical Child Psychology*. Plenum Press, New York.
- Masten A.S., e Gewirtz A.H. (2006). Resilience in Development: The Importance of Early Childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Masten, A.S. e Powell, J.L. (2003). *A Resiliency Framework for Research, Policy and Practice*. Em: Luthar, S. (ed.) *Resiliency and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversity*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., e Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychology*, 11, 143-169.

- Matsudo, S. M. (2006). Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Revista brasileira Educação Física Especial*, 20, 134 -137.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*. Vol: XXXIX (171), 339-363.
- Mazo, G. Z., Cardoso, F. L. e Aguiar, D. L. (2006). Programa de hidroginástica para idosos: motivação, autoestima e autoimagem. *Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano*, 8(2), 67-72.
- Melillo, A. (2007). Prefácio. Em: A. Melillo, E. N. S. Ojeda et al., *Resiliência: Descobrendo as próprias fortalezas* (V. Campos, Trad., pp. 23-38). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Melillo, A., Estamatti, M. e Cuestas A. (2007). . Alguns Fundamentos do conceito de Resiliência. Em. Melillo, A., Ojeda, E & Nestor S. (Org.). *Resiliência: Descobrendo as próprias fortalezas*. (V. Campos, Trad.). (pp. 59-72). Porto Alegre: Artmed.
- Melillo, A, Ojeda, E, e col. (2007). *Resiliência: Descobrendo as próprias fortalezas*. (V. Campos, Trad.). Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, n. 16, p. 347-413.
- Michaelis (s.d) Moderno dicionário da língua portuguesa. Versão on line Uol. Recuperado de <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesportugues&palavra=resili%EAncia>
- Minello, I.F. (2010). *Resiliência e insucesso empresarial: um estudo exploratório sobre o comportamento resiliente e os estilos de enfrentamento do empreendedor em situações de insucesso empresarial, especificamente em casos de descontinuidade do negócio*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Economia, Contabilidade e Administração. Universidade de São Paulo. Teses USP.
- Minkler, M.; Fadem, P. (2002). "Successful Aging:" A disability perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12 (4),229-235. doi: 10.1177/104420730201200402
- Moody, H. R. (2001). Productive aging and the ideology of old age. Em: Morrow, N.; Howell, J. Hinterlong; Sherraden, M. (Ed.). *Productive Aging*. Baltimore: John Hopkins University.
- Moreira-Almeida, A, Lotufo Neto, F., e Koenig, H. G. (2006). Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 28 (3), 242-250. doi: 10.1590/S1516-44462006005000006
- Moreira, V. e Nogueira, F. N. N. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia USP*,19(1), 59-79.
- Moraes, E. N. de, Moraes, F. L. de e Lima, S. de P, P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Med Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Moraes, M. C.,e Rabinovich, E. (1996). Resiliência: uma discussão introdutória. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 6, 10-13.
- Moraes, N. A. S. de. & Witter, G. P. (2007). *Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca*. Boletim de psicologia, 57,127, 215-238.
- Motta, A. B. da. (2005). Viúvas: o mistério da ausência. *Estudo interdisciplinar envelhecimento*, 7, 7-24.

- Mota, D. C. G. d'A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L. e Araujo, S. M. de. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas. *Aletheia*, 24,57-68.
- Munist, M. ., Ojeda, E. N. S, e Néstor. E. (2007).Conceptos generales de resiliência aplicados a adolescentes y jóvenes. Em: Munist, M. M. et al. (Comp.). *Adolescencia y resiliencia*. (p. 53-56). Buenos Aires: Paidós.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Ojeda, E. N. S., Infante, F., e Grotberg, E. (1998). Manual de identificación e promoción de la resiliência. Washington, DC: Organización Panamericana de la salud.
- Nações Unidas. World Population Ageing 1950-2050. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. (2009).
- Nações Unidas. The Millennium Development Goals Report 2011. Nova York. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. (2011).
- Nações Unidas. Flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2011/5). Nova York: 44a Sessão do Conselho Econômico e Social da Comissão sobre População e Desenvolvimento. (2011).
- Nascimento, A. M. do. (2006). População e família brasileira: ontem e hoje. Trabalho apresentado no XV *Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP*, realizado em Caxambú - MG – Brasil, de 18 - 22 de Setembro.
- Negreiros, T. C. de G. M. (2003). Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3 (2), 275-291.
- Nelson, C. J., Jacobson ,C. M., Weinberger , M. I., Bhaskaran ,V., Rosenfeld , B., Breitbart ,W., e Roth, A. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Ann Behav Med*, 38(2): 105–114. doi: 10.1007/s12160-009-9139-y
- Neri, A.L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Neri, A.L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidência de pesquisa. Em A.L. Neri (Org.). *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9 – 55). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. Em: Neri, A. L. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida* (pp.13-40). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. Em: Neri, A. L. *Qualidade de vida e idade madura*. (2 ed., pp.13-59). São Paulo: Papirus.
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2002a). O curso do desenvolvimento intelectual na vida adulta e na velhice. Em: Freitas, E. V.; PY, L.; Neri, A. L. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 900-913). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

- Neri, A. L. (2002b). Teorias psicológicas do envelhecimento. Em: Freitas, E. V., PY, L., Neri, A. L. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 38-46). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Neri, A.L. (2003). Atitudes e crenças sobre velhice: Análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. Em: O. R.M.V. Simson; A. L Neri & M. Cachioni. (Orgs.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. (pp. 13-54). Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. (Org.). (1995). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2004). O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. Em: A. L. Neri & M. S. Yassuda (orgs.), M. Cachioni (col.). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 13-27). Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. 2ª ed. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L.(2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas psicologia*, 14 (1).
- Neri, A. L. (org). (2007). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (Org). (2009). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. Freire, S. A. (2000). Introdução. Em: Neri, A. L., Freire, S. A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. (pp.7-19). Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L.; Yassuda, M. S.; Cachioni, M. (2004). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. 2ª Ed. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, M. L. (2004). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF*, 9(1), 109-110. doi:10.1590/S1413-82712004000100015
- Noronha, M. G. R. da C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P. e Centa, M.de L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência & saúde coletiva*, 14, (2), 497-506. doi: 10.1590/S1413-81232009000200018
- Nuland, S. B. (2007). *A arte de envelhecer*. Trad. Cláudia M. Gama. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S. e Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem-estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação psicológica*, 8(1), 99-108.
- Nygren, B., Norberg, A. e Lundman, B. (2007). Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17 (8), 1060–1073. doi:10.1177/1049732307306922.
- Oliveira, B. H. D. e Cupertino, A. P. F. B. (2005). Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. *Textos sobre Envelhecimento*, 8(2), 205-223.
- Oliveira, G. F. de. (2008). *Trabalho e bem-estar subjetivo: Compreendendo a situação laboral dos médicos*. (Tese de doutorado). Departamento de Psicologia. UFPB/UFRN.

- Oliveira, G. F., Barbosa, G. A., Souza, L. E. C., Costa, C. L., Araújo, R. C. R., e Gouveia, V. V. (2009). Satisfação com a vida entre profissionais de saúde: correlatos demográficos e laborais. *Revista Bioética*, 17(2), 319-334.
- Oliveira, J. B. de e Lipp, M. E. N.(2009). Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos. *Boletim Academia Paulista Psicologia*, 29(2), 287-306.
- Oliveira, M. K; Rego, T. C. e Aquino, J. G. (2006). Desenvolvimento Psicológico e constituição de subjetividades: ciclos de vidas, narrativas autobiográficas e tensões da contemporaneidade. *Revista pro-posições*.17 (2), 119 - 138.
- Oltamari, G. (2010). Influência da Resiliência na dor crônica de idosos. (Dissertação de Mestrado). PUCRS. Porto Alegre.
- Ong, A. D., Bergeman C. S., e Boker, Steven M. (2009). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality* 77:6.12 doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Genebra: OMS. (1998).
- Organização das Nações Unidas (OMS) Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena. (1982).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Preventing Gender-Biased Sex Selection: An Interagency Statement - OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women e WHO. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (2012).
- Organização Pan-Americana da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo.Brasília. p. 60. (2005).
- Palácios, J. (2004). Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice. Em C. Coll, J. Palacios, e A. Marchesi. *Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva* .Vol.1 2a.Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Oshio A, Kaneko H, Nagamine S, e Nakaya M. (2003). Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological Reports*. 93,1217-1222.
- Paguet, G. (1999). Lá résilience dans l'économie. Recuperado de http://agora.qc.ca/documents/resiliencel_a_resilience_dans_leconomie_par_gilles_paquet
- Papaleo Netto. M. (1996). *Gerontologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Papaléo Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. Em: Freitas, E.V. et al. *Tratado de geriatrias e geriontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., e Feldman, R. D. (2006). Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed.
- Park, C. L. (2007). Religious and spiritual issues in health and aging. Em: C. M. Aldwin, C. L. Park and A. SPIRO III (Orgs), *Handbook of Health, Psychology and Aging*. New York: Guildford.
- Paschoal, T. e Tamayo, A. (2008). *Construção e validação da Escala de bem-estar no trabalho*. Aval. psicol. vol.7, n.1, pp. 11-22.

- Pereira, A.M.S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década”. Em: Isabel Leal (Eds), *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, C.A.A. (1993). *Um estudo sobre a qualidade de vida universitária entre docentes da UFRJ-Praia Vermelha*. (Tese de Doutorado). USP, SP.
- Pereira, C.A.A. (1995). Receita de felicidade. *Entrevista à Revista Saúde*, novembro de 1995, nº 146, 34-46.
- Pereira, C. A. A. (1997). Um panorama histórico-conceitual acerca das dimensões de qualidade de vida e do Bem-Estar Subjetivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 49(4), 32-48.
- Pesce, R., Assis, S. G., Avanci, J., Malaquias, J., e Oliveira, R. V. C. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 436-448.
- Pesce, R., Assis, S. G., Santos, N. e Oliveira, R. V. C.. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-143.
- Phelan, E., e Larson, E. (2002). Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudos*, .9 (1), 67-75.
- Poletto, M. (2007). *Resiliência de crianças em contextos de desenvolvimento diversos: família e instituição*. 2007. (Dissertação Mestrado em Psicologia). Lume/UFRS.
- Poletti, R. & Dobbs, B (2007). *A resiliência: A arte de dar a volta por cima*. (2.ed.). Petrópolis: Vozes.
- Poletto, M. (2007). *Contextos ecológicos de promoção de resiliência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade*. (Dissertação de mestrado). Lume/UFRS.
- Poletto, M., e Koller, S. H. (2006). Resiliência: Uma perspectiva conceitual e histórica. Em: D. D. Dell’Aglío, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Orgs.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Poletto, M., e Koller, S. H. (2008). *Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e proteção*. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Quaresma, M.L.B. (2006). Envelhecimento: Questões de gênero. Em: B. Corte, E.F. Mercadante, T.G. Arcun, *Envelhecimento e velhice: um guia para a vida*. (Vol. II; pp. 49-76). São Paulo: Vetor.
- Rabelo, D. F. e Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 403-412. doi: 10.1590/S1413-73722005000300008
- Raposo, D. M. S. (2006). A qualidade de vida de estudantes que ingressam na universidade na meia-idade. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 87 (217), 370-381.
- Regalla, M. A., Guilherme, P. R., e Serra-Pinheiro, M. A. (2007). Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (1), 45-49.
- Resende, M. C. (2006). *Ajustamento Psicológico, Perspectiva De Envelhecimento Pessoal E Satisfação Com A Vida Em Adultos E Idosos Com Deficiência Física*. (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação). Biblioteca Digital da Unicamp.

- Resende, M.C. Almeida, C. de P., Favoreto, D., Miranda, E. das G., Vicente, J. F. P., et al., (2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico*. 42,(1), pp. 31-40.
- Resende, M. C. de, Bones V. M., Souza I. V., Guimarães. N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Revista Electrónica Internacional da união Latino americana de entidades de psicologia*. 5.
- Resende M. C de; Ferreira A. A., Naves G. G, Arantes F. M. S., Roldão M. F. D., Sousa K. G. e Abreu, S. A. M. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal, Revista de Psicologia*, 22 (3), 591-608. doi:10.1590/S1984-02922010000900010.
- Resende, M. C. de e Gouveia, V. V. (2011) Qualidade de vida em adultos com deficiência física. *Psicol. Reflexão e Crítica*, 24 (1), 199-106.
- Resende, M. C. de, e Neri, A. L. (2009). Ajustamento Psicológico e Perspectiva de velhice Pessoal los adultos com Deficiência Física. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 767-776. doi:10.1590/S1413-73722009000400017.
- Resnick, B. A. e Inguito, P. L. (2010). The Resilience Scale: Psychometric Properties and Clinical Applicability in Older Adults. *Arch Psychiatr Nurs*, 25(1), 11-20. doi: 10.1016/j.apnu.2010.05.001.
- Resnick, B., Gwyther, L. P., Roberto, K. A., (Orgs). (2011). *Resilience in Aging*. Springer Science+Business Media: LLC.
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B, e Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509.
- Richardson, G. E. (2002) The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307 -321. doi: 10.1002/jclp.10020.
- Rocha, I. A. da, Braga, L.A.V., Tavares, L. de M., Andrade, F. B. de, Ferreira Filha, M. de O., Dias, M. D., e Silva, A. O. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista brasileira. enfermagem*, 62(5).
- Rodrigues, N. C. e Rauth, J. (2002). Os desafios do envelhecimento no Brasil. Em: Freitas, E. V. et al (Ed.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 12, 106-110. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Rodrigues, I.G., Ruscalleda, R.M.I. (2009). Satisfação com a vida e senso de autoeficácia para quedas em idosos. *Revista Brasileira Clinica Medica*, 7:413-417.
- Rosa, P. V. da. (2007). *Estudos sobre fatores associados à depressão em idosos da Comuidade de Barra Funda - RS*. Brasil. (Tese de doutorado) PUCRS.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., e Harris, J. R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136- 1146. doi: 10.1037/0022-3514.85.6.1136
- Rowe, J., e Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful (physiological changes associated with aging). *Publisher: The American Association for the Advancement of Science*, 237, 143-147. doi: 10.1126/science.3299702

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatric*, 147 (6), 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Rutter, M. (1993a). La resiliencia: Consideraciones conceptuales. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 690-696.
- Rutter, M. (1993b). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631.
- Rutter, M. (1999). Resilience concept and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21 (2), 119-144.
- 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.
- Ryff, C. D., e Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Santos, G. A. (2002). *Conceitos de Saúde e doença na representação social de velhice*. Revista virtual Textos & Contextos, 1-2. Recuperado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p310.pdf>
- Sapienza, G. e Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Scheidt, R. J., Humpherys, D. R., e Yorgason, J. B. (1999). Successful aging: What's not to like? *Journal of Applied Gerontology*, 18(3), 277-282.
- Schimmack, U. e Oishi, S. (2005). The influence of chronically and temporarily accessible information on life satisfaction judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(3), 395-406.
- Schneider, R. H. e Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos Psicologia*, 25(5), 85-593. doi: 10.1590/S0103-166X2008000400013
- Schveitzer, V. e Claudino, R. (2010). A importância da atividade física durante o processo de envelhecimento. *Revista Digital efdesportes*, 14 (141).
- Schwarz, L. R. (2008). *EnvelheSer – A busca do sentido da vida na terceira idade. Uma proposta de Psicoterapia Grupal Breve de orientação Junguiana*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Schweizer, K., Beck-Seyffer, A. e Schneider, R. (1999). Cognitive bias of optimism and its influence on psychological Well-being. *Psychological Reports* 84, 627-636. doi: 10.2466/pr0.1999.84.2.627
- Seligman, M. (1994). *What you can change and what you can't*. New York: Knopf.
- Seligman, E.P.M. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, E.P.M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. Department of Psychology, University of Pennsylvania, 3813 Walnut Street, Philadelphia.

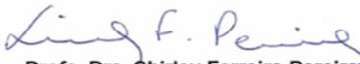
- Shen, K. e Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. Resnick, B. Roberto, K. e Gwyther, L. (Eds.), *The Handbook of Resilience in Aging: The Key to Successful Aging*. New York: Springer.
- Silva, I. R. da, & Gunther, I. de A. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, vol.16,(1), 31-40.
- Silva, J. F., Jr (1974). *Resistências dos materiais* (4a ed.). Belo Horizonte: Ao Livro Técnico.
- Silva, L. R. F. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História ciências saúde-Manguinhos*, 15 (1), 155-168. doi: 10.1590/S0104-59702008000100009
- Silva, M. da C. (2005). O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento*, 8 (1), 43-60.
- Silva, M. das D. F. da, e Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-95. doi: 10.1590/S01027972201200030001
- Silva, M. R. S., Elsen, I., e Lacharité, C. (2003). Resiliência: Concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147-156.
- Silveira, D. R. (2006). *O sentido da resiliência: A contribuição de Viktor Emil Frankl*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Simões, C. (2005). *Resiliência, Saúde e Desenvolvimento*. Em: M. G. Matos (Ed.). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. C., Matos, A. P. et al. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13, (2), 381-388.
- Siqueira, M. M. M. e 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. doi: 10.1590/S0102-37722008000200010
- Siqueira R.L., Botelho M.I.V., e Coelho F.M.G. (2002). Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 899-906. doi: 10.1590/S1413-8123200200040002
- Sória, D. de A. C., Souza, I. E. de O., Moreira, M. C., Santoro, D. C., e Menezes, M. de F. B. de. (2006). A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. *Escola Anna Nery*, 10(3), doi: 10.1590/S0080-62342012000200009

- Souza, L. M.de, e Lautert, L.. (2008). Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 363-370. doi:10.1590/S0080-62342008000200022
- Souza, M. T. S. (2003). A resiliência na terapia familiar: Construindo, compartilhando e ressignificando experiências. (Tese de Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Souza, M. T. S., e Cervený, C. M. O. (2006a). Resiliência: Introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. *Revista Ciências Humanas*, 12(2), 21-29.
- Souza, M. T. S., e Cervený, C. M. O. (2006b). Resiliência psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(1), 119-126.
- Souza, N. S. (2010). O Envelhecimento Feminino: Representações Literárias Sobre a mulher Velha. *Fazendo Gênero*, 9, *Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. 1-8.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Staudinger, U. M, Marsisker, M., e Baltes, P. B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: Perspectivas da teoria de curso da vida. Em: A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (195-228). Campinas, SP: Papirus.
- Stevens-Long, J. (1979). *Adult Life: developmental processes*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Tabachnick, B.; Fidell, L. (2007). *Using multivariate analysis*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Taboada, N. G., Legal E. J., Machado N. (2006) Resiliência: em busca de um conceito. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*. 16(3)104-113.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. Em: Tavares J. (Org.), *Resiliência e educação*, (pp. 43-75). SãoPaulo: Cortez.
- Teixeira, I. N. D'A. O., e Neri, A. L. (2008) Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia. USP*, 19 (1),1031-1039.
- Teodoro, M. L. M. (2009). Família, bem-estar e qualidade de Vida de crianças e adolescente. Em V. G. Haase, F de O. Ferreira, e F. J. Penna (Ed), *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e na adolescência*. (pp11-122). Belo Horizonte: Coopermed.
- Tomás, J. M, Sancho P., Melendez J.C. e Mayordomo T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach. *Aging Ment Health*.16(3): 317-26. doi: 10.1080/13607863.2011.615737
- Trombeta, L. H. & Guzzo, R. S. L. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas: Alínea.
- Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, e Márquez-Serrano M. (2006).Experiências de envejecimiento en el México rural. *Salud Publica Mex*.48(1), 30-8.
- Unützer J., Katon W., Fan M., Schoenbaum M., Lin E., Della P. R., et al. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care*. 14(2), 95-100.

- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfaction con la vida. *Intervención Psicosocial* 3,87 -116.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 37,1-46.
- Veras, R. (2003). Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3):705-715.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*. 43, 548-554.
- Vieira, S. P. (2010). Resiliência como força interna. *Revista Kairós*, 7. 21-30.
- Vivan A. S. e Argimon, I. I. L. (2008). Dificuldade funcional e coping em idosos. Barbarói. *Santa Cruz do Sul*, n. 28. Recuperado de <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/453-2612-1-pb.pdf>
- Vivan, A. de S. e Argimon, I. I. de L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos Saúde Pública*. 25, (2), 436-444. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200022
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 42-49.
- Wagnild, G.M., e Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resiliency Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Walker, B., Holling, C. S., Carpenter, S. R., e Kinzig, A. (2004). Resilience, adaptability and transformability in social–ecological systems. *Ecology and Society*, 9(2), Article 5.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- Windle, G., Bennett, K., e Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life*, 9(8). doi:10.1186/1477-7525-9-8.
- Windle, G., Robert T. Woods, R. T., e Markland, A. D. (2010). Living with ill-iealth in older age: The role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, 11, 63–777. doi: 10.1007/s10902-009-9172-3.
- Windle, G., Markland, D., e Woods, R.T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience. Em: *Older Age* (pp.285-292). Ageing and Mental Health, 12,. doi: 10.1080/13607860802120763
- Windle G., Woods R.T., Markland D.A. (2010). Living with ill- health in older age: therole of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, (6). 763–777. doi: 10.1007/s10902-009-9172-3
- Wolin, S.J., e Wolin, S., (1993). *The Resilient Self*. New York: Villard Books.

- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T. e Marc, N. (2003). A definição dos idosos de qualidade de vida. *Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1): 31-39.
- Yassuda, M. S. e Silva, H. S. da. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos psicologia* 27(2), 207-214. doi:10.1590/S0103-166X2010000200008.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M. A. M., Garcia, N. M. e Albuquerque, B. de M. (2007). Monoparentalidade, Pobreza e Resiliência: Entre as Crenças dos Profissionais e as Possibilidades da Convivência Familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 444-453.
- Yunes, M. A. M., Mendes, N. F. e Albuquerque, B. de M. (2005). Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14. doi: 10.1590/S0104-07072005000500003
- Yunes, M. A. M., e Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. Em J. Tavares (Org.). *Resiliência e educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez.
- Yunes, M. A. M. e Szymanski. (2005). Entrevista reflexiva & grounded theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. *Revista Interamericana de Psicologia*, v. 39, n.3.
- Zeng, Yi e Shen. Ke. (2010). Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 9. doi: 10.1155/2010/525693
- Zeng, Yi e Shen. Ke. (2011). The Association Between Resilience and Survival Among Chinese Elderly. Em: Resnick, B., Gwyther, L. P., Roberto, K. A., (2011). *Resilience in Aging* (pp.217-229). Springer:New York.

Anexo1
Termo de Aprovação Ética de Projeto de Pesquisa.

Ministério da Educação FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER	
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97	
TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA	
REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 106/CEP- HUJM/2011	
“COM PENDÊNCIAS”	☐
APROVADO “ad referendum”	☐
APROVAÇÃO FINAL	☒
NÃO APROVADO	☐
O projeto de pesquisa intitulado: “Estudo sobre a relação que existe entre a resiliência e a saúde física e psicológica na velhice,” encaminhada pelo (a) pesquisador (a) Vânia Cristhina Nadaf foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 19/10/2011 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. Cuiabá, 19 de Outubro de 2011.  Prof. Dra. Shirley Ferreira Pereira Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM	
Hospital Universitário Júlio Müller Avenida Fernando Corrêa da Costa, Nº 2367 Bairro Boa Esperança - Cuiabá - MT, Brasil CCBS I – 1º Piso – Universidade Federal de Mato Grosso Fone: 65-3615-8254. e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br http://www.ufmt.br/cep	

Anexo 2

Autorização para aplicação das pesquisas.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO – PARA AS INSTITUIÇÕES

Estamos pesquisando as relações entre a Resiliência e a Saúde. Nosso estudo visa adaptar culturalmente para idosos brasileiros duas escalas de resiliência: A Breve Escala de Resiliência de Smith (2008) e a Escala de Resiliência para Adultos, RSA (Friborg et al., 2003; Hjemdal et al., 2001). Vamos analisar em cada uma delas a sua estrutura fatorial para ver se os seus resultados são replicados na mostra para os idosos brasileiros. Dados internacionais indicam que as maneiras de viver de forma resiliente podem ter efeitos na saúde física e mental dos seres humanos. Através desta escala pretendemos pesquisar como tais aspectos se comportam na população brasileira. Deste modo, a autorização para podermos coletar dados junto aos freqüentadores de sua Instituição **é de suma importância**, visando o acesso aos participantes e a realização da pesquisa.

Os procedimentos a serem seguidos serão os seguintes:

- 1- Abordar os participantes coletivamente ou individualmente no local e momento combinado com a direção desta Instituição, **convidando-os** a participar da pesquisa **voluntariamente**, orientando para que respondam aos instrumentos que fazem parte desta pesquisa: **Breve escala de religiosidade de Durel, Escala de resiliência para adultos – RSA, Breve Escala de Resiliência de B. W. Smith, Escala de senso de coerência com 13 questões – SOC-13, A Escala de Autoestima de Rosenberg , Short-Form Health Survey (SF-12) e o Questionário Geral.**
- 2- Os participantes serão informados de que os dados serão tratados com sigilo e analisados coletivamente, garantido a confiabilidade das informações individuais.
- 3- Serão orientados para responder a todos os instrumentos, tomando o cuidado de preencher todos os itens.



A professora e pesquisadora Vânia Cristhina Nadaf (doutoranda em Psicologia Social) e o psicólogo e pesquisador orientador Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo, responsáveis por este Projeto de Pesquisa, desde já agradecem a colaboração e se colocam à disposição para esclarecimentos que se façam necessários no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social – Dinter – IFMT e UFPB, através dos telefones 3314-3535, ou Rua Zulmira Canavarros, 95 Centro, Cuiabá- MT.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização desta pesquisa sobre Resiliência e a saúde física e psicológica, nas dependências da instituição que represento .

Nome do Responsável MARIO LUCIO GUIMARAES DE JESUS

Cargo: Secretario Municipal

Nome da Instituição: Secretaria Municipal de Assist. Social e Desenv. Humano, Cuiabá

Endereço: Rua Regis Bittencourt, 384, Porto, Cuiabá-MT

Telefone: 3645 6800

Assinatura: Mario Lucio Guimarães de Jesus

Data: 30/06/2011

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada **Resiliência e a saúde física e psicológica na velhice**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone (65) 3615-8254.

O objetivo principal desta investigação é identificar os principais atributos de resiliência em um grupo de idosos (as) de forma que estas qualidades possam ser expressas a partir das vivências pessoais.

Este estudo conta com objetivos específicos direcionados a: levantar o perfil grupos de idosos moradores na cidade de Cuiabá para a compreensão de suas resiliências, consideradas como um sinônimo de superação de problemas, capacidade de se renascer da adversidade fortalecido, com mais recurso, ou ainda, se reestruturar, crescer em resposta à crise e ao desafio.

Sua participação neste estudo se dará no sentido de responder a **um instrumento** que consta de duas partes: um questionário com dados bio sócio demográficos e na segunda etapa você preencherá escalas para mensurar a resiliência e outros construtos.

Os riscos relacionados a sua participação nesta pesquisa são mínimos, uma vez que trataremos de temas relacionados a sua resiliência. A qualquer momento que você achar necessário poderá solicitar esclarecimentos sobre o que está sendo tratado bem como solicitar a interrupção de sua participação, sem nenhum ônus, de qualquer natureza.

Asseguro que o que for registrado e escrito será respeitosamente utilizado, e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações neste estudo contidas, inclusive na divulgação da mesma. Com esta investigação espera-se compreender como a resiliência é construída pelos participantes.

Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Desde já agradeço a sua colaboração. Pesquisadora: Vânia Nadaf. *Doutoranda do Programa Dinter da Universidade Federal da Paraíba e Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Mato Grosso*. Telefone: 3314 3535 e 9284-0829.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu (nome do participante).....
idade:..... sexo:.....Naturalidade:..... portador(a) do documento RG
Nº:.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na
pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante _____ / ____ / ____

Anexo 4
Questionário Sociodemográfico

Identificação.

1. Data de nascimento: ____ / ____ / ____ **2. Idade:** anos

3. Sexo: 1. ☐ Masculino 2. ☐ feminino

4. Cor

1. ☐ branca	2. ☐ preta	3. ☐ parda	4. ☐ amarela	5. ☐ indígena
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

5. Naturalidade :

6. Estado civil

1. ☐ solteiro(a)	2. ☐ casado(a)	3. ☐ viúvo (a)	4. ☐ divorciado (a) / separado (a)	5. ☐ outros
---	---------------------------------------	---------------------------------------	---	--

Há quanto tempo está na situação atual?.....

7. Quantos filhos você tem?

[☐] Nenhum	[☐] 1 filho	[☐] 2 filhos	[☐] 3 filhos	[☐] 4 filhos	[☐] 5 filhos	[☐] + de 5 filhos
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

8. Escolaridade

1. ☐ Não sou alfabetizado
2. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
3. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
4. ☐ Ensino Fundamental incompleto
5. ☐ Ensino Fundamental completo
6. ☐ Educação de Jovens e Adultos EJA
7. ☐ Supletivo
8. ☐ Ensino médio incompleto
9. ☐ Ensino médio completo
10. ☐ Superior
11. ☐ pós-graduação - [☐] Especialização [☐] Mestrado [☐] Doutorado

9. Exerce alguma atividade profissional atualmente? 1. ☐ sim 2. ☐ não

9.b. Se a resposta for não, responda abaixo:

1. ☐ Sou aposentado(a).	2. ☐ Estou desempregado(a).
--	--

Há quando tempo?

9.c. Se a resposta anterior for sim responda abaixo.

Trabalho.....horas por dia	Há quanto tempo você trabalha?
----------------------------	--------------------------------------

10. Há quanto tempo você não trabalha?.....

11. Participa de alguma atividade religiosa?

1. ☐ Sim . Qual(ais)?.....	2. ☐ não
--	---------------------------------

12. A renda do(as) senhor (a) é aproximadamente de:

1. ☐ Até dois salários mínimos
2. ☐ De três a quatro salários mínimos
3. ☐ De cinco a seis salários mínimos
4. ☐ De sete a oito salários mínimos
5. ☐ De nove a dez salários mínimos
6. ☐ Mais de dez salários mínimos
7. ☐ Não sei informar

13. Mora em: 1. ☐ Casa 2. ☐ apartamento**14. Sua casa/apartamento é**

1. ☐ Própria
2. ☐ Alugada
3. ☐ Emprestada de parente/amigo
4. ☐ Pensão/hotel
5. ☐ Instituição
6. ☐ Casa de parentes

15. Faz atividade física regularmente?

☐ não	☐ menos de 1 vez/semana	☐ 1 vez/semana	☐ 2 vezes /semana	☐ 3 vezes /semana	☐ 4 ou mais vezes/semana
------------------------------	---	--	---	---	--

16. Possui plano de saúde? 1. ☐ sim 2. ☐ não**17. No momento o(a) Sr. (a) se sente em geral em relação a sua SAÚDE?**

☐ muito insatisfeito	☐ insatisfeito	☐ nem satisfeito e nem insatisfeito	☐ satisfeito	☐ muito satisfeito
--	---------------------------------------	--	-------------------------------------	--

18. No momento o(a) Sr. (a) se sente em geral em relação a sua VIDA?

☐ muito insatisfeito	☐ insatisfeito	☐ nem satisfeito e nem insatisfeito	☐ satisfeito	☐ muito satisfeito
--	---------------------------------------	--	-------------------------------------	--

19. Qual das atividades abaixo ocupa a maior parte do seu tempo livre?

- ☐ Tv ☐ Religião ☐ Teatro ☐ cinema
☐ Bares e/ou boates ☐ Leitura ☐ Internet ☐ receber visitas
☐ ir à igreja ☐ participar de jogos ☐ esportes
☐ fazer compras ☐ participar de associações/ políticas
☐ Música ☐ frequentar cursos ou grupos de idosos
☐ sair para visitar parentes ☐ alguma atividade para distrair (jogos, xadrez, jardinagem, etc.)
☐ andar pelo seu bairro ☐ cozer, bordar, tricotar
☐ sair para passeios longos (excursão)
☐ sair para encontro social ou comunitário
☐ Outros

20. O Sr. (a) fez algum exame preventivo nos últimos doze meses?

1. ☐ sim	2. ☐ não
---------------------------------	---------------------------------

21.Caso afirmativo: qual (is)?.....

Anexo 5

Autorização da Escala Resiliência para Adultos – RSA.

Gmail - to connect using the scale

to connect using the scale

Para: vania nadaf <vania.nadaf@gmail.com>

13 de abril de 2011 09:57

Dear Prof, Vânia Cristhina Nadaf

I have attached the Brazilian version of the RSA (Resilience Scale for Adults). It may be a bit complicated because of the reversed scoring, but you find the scoring key on the last page.

If you have questions please do contact me.

Ali the best,

Odin

From: vania nadaf [mailto:vania.nadaf@gmail.com]

Sent: Tuesday, April 12, 2011 3:54 AM

To: Odin Hjemdal

Subject: to connect using the scale

[Texto das mensagens anteriores oculto]

~ **Resiliense - português - 33 items.doc** 76K

Anexo 6

Escala de Satisfação com a vida – ESV- (Diener,et. al. 1985)

INTRUÇÕES. Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar.

Usando a escala de resposta a seguir, que vai de **1** a **7**, faça **um “X”** ou **um círculo** no número que melhor corresponde à sua escolha para cada uma das afirmações. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

1. Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.						
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente

2.As condições da minha vida são excelentes.						
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente

3.Estou satisfeito (a) com minha vida.						
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente

4.Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida.						
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente

5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.						
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente

Anexo 7

Escala de Percepção de Estresse- 10 (EPS-10)

Reis, R.S., Hino, A., Rodriguez-Añez, C.R. Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Brazil. Journal of Health Psychology.

INSTRUÇÕES: As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o ÚLTIMO MÊS. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira.

Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, faça “X” ou um círculo que melhor corresponde à sua escolha: Neste último mês, com que frequência...

1.Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

3.Você tem se sentido nervoso e “estressado”?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

4.Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

5. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

6. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

7.Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

8.Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

9.Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>

10.Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?				
<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

<u>Nunca</u>	<u>Quase nunca</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Sempre</u>
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

Anexo 8

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. HADS.

José Álvaro Marques Marcolino, M.D.; Ligia Andrade da Silva

Telles Mathias, TSA, M.D.; Luiz Piccinini Filho, M.D.; Álvaro

Antônio Guaratini, TSA, M.D.; Fernando Mikio Suzuki, M.D.;

Luís Augusto Cunha Alli, M.D.

INSTRUÇÕES: Leia todas as frases. Faça um “X” ou um círculo na resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas **uma resposta** para cada pergunta.

1. Eu me sinto tenso ou contraído:			
1	2	3	4
A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez em quando	Nunca

2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:			
1	2	3	4
Sim, do mesmo jeito que antes	Não tanto quanto antes	Só um pouco	Já não sinto mais prazer em nada

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
1	2	3	4
Sim, e de um jeito muito forte.	Sim, mas não tão forte	Um pouco, mas isso não me preocupa.	Não sinto nada disso.

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
1	2	3	4
Do mesmo jeito que antes	Atualmente um pouco menos	Atualmente bem menos	Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:			
1	2	3	4
A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez em quando	Raramente

6. Eu me sinto alegre:			
1	2	3	4
Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
1	2	3	4
Sim, quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca

8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:			
1	2	3	4
Quase sempre	Muitas vezes	De vez em quando	Nunca

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
---	--	--	--

1	2	3	4
Quase sempre	Muitas vezes	De vez em quando	Nunca

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
1	2	3	4
Completamente	Não estou mais me cuidando como deveria	Talvez não tanto quanto antes	Me cuido do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:			
1	2	3	4
Sim, demais	Bastante	Um pouco	Não me sinto assim

12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:			
1	2	3	4
Do mesmo jeito que antes	Um pouco menos do que antes	Bem menos do que antes	Quase nunca

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
1	2	3	4
A quase todo momento	Várias vezes	De vez em quando	Não sinto isso

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
1	2	3	4
Quase sempre	Várias vezes	Poucas vezes	Quase nunca

Anexo 9

Autorização para pesquisa no IFMT.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
• INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - CAMPUS CUIABÁ - MT
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - DINTER.

Cuiabá 06 de junho 2011

Senhor (a) Diretor (a)

Solicito a gentileza de receber a aluna Vânia Cristhina Nadaf, portadora da identidade nº. 301.884-9, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social – DINTER - da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e do Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso (IFMT).

Esta solicitação vem de encontro com a realização de aplicação de questionários que fazem parte da pesquisa **“Estudo sobre a relação que existe entre a resiliência e a saúde física e psicológica na velhice”** em que a aluna está trabalhando, pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos necessários, agradecendo a atenção dispensada.


Prof. Dr. Tony Inácio Silva
Engenheiro Eletricista
Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
IFMT - Campus Cuiabá
(65) 3314 3567 8129 1423

SMS - PROTOCOLO - 06-Jun-2011 14:10:17201-1/2