



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



**ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: UMA ANÁLISE DOS FATORES DE
PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE**

MÔNICA CRISTIANE MOREIRA CRISPIM

JOÃO PESSOA – 2014



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



**ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: UMA ANÁLISE DOS FATORES DE
PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE**

**MÔNICA CRISTIANE MOREIRA CRISPIM
Doutoranda**

**Ana Raquel Rosas Torres
Orientadora
Bernardino Fernández Calvo
Coorientador**

**João Pessoa
2014**



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



**ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: UMA ANÁLISE DOS FATORES DE
PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE**

**MÔNICA CRISTIANE MOREIRA CRISPIM
Doutoranda**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Interinstitucional em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba e do Instituto Federal de Mato Grosso, por Mônica Cristiane Moreira Crispim, sob a orientação do Profa. Dra. Ana Raquel Rosas Torres e coorientação do Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

**João Pessoa
2014**

**ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: UMA ANÁLISE DOS FATORES DE
PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE.**

MÔNICA CRISTIANE MOREIRA CRISPIM

Banca avaliadora:

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

Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo (DP/UFPB, Coorientador)

Profa. Dra Maria do Carmo Eulálio (DP/ UEPB, Membro Externo)

Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões (DF/UEPB, Membro Externo)

Profa. Dra. Virginia Angela Menezes de Lucena e Carvalho (DMI/UFPB, Membro Interno)

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

João Pessoa, 25 de agosto de 2014

Dedico...

À Dra. **Santa Teresinha D'Ávila**, pela lição de vida e exemplo;
Ao meu amado avô **Luiz Moreira de Freitas (in memoriam)**, que tanto me motivou e
desejou ver-me como doutora.
Ele dizia com orgulho: “ _Minha doutora, que não tem vergonha de tirar leite de vaca” .
Seu maior legado para minha vida foi: “ _Ninguém é melhor que você e você não é
melhor que ninguém. Todas as pessoas têm algo para ensinar e aprender” .
Aos meus **pais e irmãos**, pelo amor, dedicação incansável e orações. Gratidão eterna!

Se, portanto, a infância e a juventude são o período em que o ser humano está a formar-se, vive projetado para o futuro e, tomando consciência das próprias potencialidades, forja projetos para a idade adulta, a velhice (...), em certo sentido, é a época privilegiada daquela sabedoria que, em geral, é fruto da experiência, porque “o tempo é um grande mestre”.

(João Paulo II, 1999)

A GRADECIMENTOS

Eu consagro ao Senhor Jesus e à Nossa Senhora de Fátima cada segundo dedicado a este trabalho realizado com fé, esperança e caridade. Gratidão pela presença viva!

À minha mãe (Maria Luzeni), que não mediu esforços em me ajudar em todas as fases desta caminhada. Foram tantos gestos de carinho e amor, principalmente na fase final, com chás, presentes com imagem da coruja (sabedoria), orações, refeições amorosas, seria impossível listar cada atitude. Gratidão eterna, minha amada mãe!

À minha irmã (Maria Helena), que desejou como poucos o final deste desafio. Você foi brilhante, em todos os momentos, com suas palavras de incentivo e com um poder surreal de me fazer acreditar que conseguiria chegar ao final. Amo você, minha amiga e irmã! Gratidão eterna por acreditar em mim e ser minha fonte de luz!

Ao meu irmão (Paulo Roberto) e ao meu pai (João Crispim), que sempre abençoam minha vida e torcem pelo meu sucesso. Amo vocês! À Baixinha (Maria da Conceição), que sempre dedicou doses cavalares de coragem e me chamava a atenção para o foco. Gratidão por se fazerem presentes na minha vida, com amor!

À Luciana de Souza, amiga de todas as horas e que sempre ora por mim nos momentos de grandes desafios. Gratidão eterna pela sua verdadeira amizade!

À minha orientadora Ana Raquel, por suas orientações, comprometimento e confiança. A senhora, em meio a tantas vaidades, foi exemplo de que há luz suficiente para todos na academia. Gratidão pela linda lição!

Ao meu coorientador Bernardino, que além de exercer sua função acadêmica técnica, foi amigo e conselheiro. Gratidão eterna por cada chamada de atenção, conselho, orientação e, principalmente, pelo seu grito de guerra: “Continue trabalhando... Não pare!!”. Sem você o meu grande sonho de ser doutora teria ficado para trás. Você certamente é minha referência de orientador dedicado, profissional, disciplinado, responsável, comprometido e o mais importante, humanista. Berna, para mim foi uma honra ter sido sua orientanda.

Ao meu terapeuta, Dr. Roberto Tamashiro, que tanto me incentivou e orientou nesta jornada de tempestades mentais que foi o meu doutorado. Estou onde estou porque você ajudou-me a não desistir deste sonho. Gratidão eterna!!!

Aos coordenadores Rita Oliveira, Maria da Penha Coutinho e Valdiney Gouveia, que abraçaram este grande projeto Dinter, o apoio, dedicação e carinho foram determinantes.

Minha querida Maria da Penha Coutinho, que como mãe cuidou de cada um de nós, dedicou um carinho e amor inigualável nesta caminhada. Gratidão por todos os cuidados, minha mainha do Dinter!

E por falar em Mainha... Agradeço à minha mainha da Paraíba, dona Ivoneth e ao meu irmão de coração Kristerson. Vocês são exemplos de doação e amor gratuito. Gratidão eterna!

Fabiano Henrique Ferreira, sem palavras para agradecer suas sugestões. Parece que você entrou na minha vida exclusivamente para ser este grande incentivador. Gratidão eterna!

Ao Márcio Coutinho e Thayro Carvalho, pelo apoio estatístico, suas contribuições e incentivo foram determinantes para a minha qualificação. Gratidão!

Ao corpo de jurados e tradutores Orismeire Zanela, Ivan Garcia, Rui de Oliveira, Miriam Ross, Cleide Oliveira e Degmar dos Anjos. Gratidão!

Aos colegas e amigos do Dinter, pelo apoio e incentivo para a realização deste trabalho. O doutorado veio em nossas vidas com o propósito certo de formar grandes amizades.

Aos colegas Rheanni Souza e Fabrício Santos, do IFMT, que foram exemplos de servidores humanos e vocacionados. Gratidão pelo apoio!

Quero agradecer, na pessoa do Silvino Correa e Wendel Faria, aos colegas do IFMT, que torceram por esta conquista. Wendel, você foi como um irmão. Gratidão!

Às amigas: Maristella Freitas, Loide Pessoa, Valesca Olavarria, Raphaela Marques, Isaura de Souza, Ita, Creusa Guimarães, Gislene Perdigão, Dammy Zummo, Judith Sindice, Dammy Zummo, Judith Sindice, à madrinha Joracir, ao padrinho Raimundo, às orações do Antonio José Borges (Zeca) e dona Lolita, à Janine Lucena, à Rose Cruz, ao Dr. Jorge da Silva Raymundo, por suas valiosas observações. Às minhas irmãs diretoras, Ana Cristina Delavy (Tina), Andrea Pedroni, Daniella Fontana, Karla Teles e Pati Veiga, que torceram por esta vitória!

A meu mestre, o Dr. Del Piero, que me ensinou, na prática, o sentimento de solidariedade e resiliência. Gratidão por ensinar-me!

Vovô Luiz, como no mestrado, concluo esses agradecimentos com nossas costumeiras palavras: “Vô... vô... Eu te amo!” e como se estivesse aqui, eu escuto: “Mônica... Mônica... Eu te amo!”. Gratidão eterna, vô, por cada momento de felicidade e exemplo de vida!

Sumário

Índice de Figuras	x
Índice de Tabelas	xi
Lista de Siglas e Abreviaturas	xii
Resumo	xv
Abstract	xvi
Resumen	xvii
Introdução.	18
I.O envelhecimento e suas múltiplas facetas	27
1.1. Velhice, sociedade e suas representações	28
1.2. Velho, idoso e/ou terceira idade	33
1.3. Envelhecer: perdas e ganhos	37
II. Envelhecimento bem-sucedido e seus modelos	48
2.1. Sobre o envelhecimento bem-sucedido	49
2.1.1. <i>Definições do envelhecimento bem-sucedido</i>	51
2.2. Modelos de envelhecimento bem-sucedido	56
2.2.1. <i>Modelo de Critério</i>	57
2.2.2. <i>Modelo de Processo</i>	58
III. Preditores do envelhecimento bem-sucedido	64
3.1. O envelhecer e seus fatores de proteção e de vulnerabilidade	65
3.1.1. <i>Fatores de proteção do envelhecimento bem-sucedido</i>	67
3.1.1.1. Saúde	67
3.1.1.2. Resiliência	70
3.1.1.3. Bem-estar Subjetivo e Suporte Social	74
3.1.1.4. Transcendental	78
3.1.2. <i>Fatores de vulnerabilidade</i>	80
3.1.2.1. Estresse	80
3.1.2.2. Depressão e Ansiedade	84
IV. Adaptação e estudo psicométrico da escala de envelhecimento bem-sucedido	89
4.1. Objetivos específicos	90
4.2. Caracterização da amostra	90
4.3. Critérios de inclusão	90
4.4. Instrumentos	91
4.4.1. <i>Questionário sociodemográfico</i>	91
4.4.2. <i>Escala de envelhecimento bem-sucedido (SAS)</i>	91
4.5. Procedimento ético	95
4.6. Procedimento para a adaptação transcultural e a validação.	95
4.6.1. <i>Tradução e retradução</i>	95
4.6.2. <i>Revisão do comitê de especialistas</i>	96
4.6.3. <i>Prova piloto</i>	96
4.7. Procedimento de coleta dos dados	97
4.8. Análise de dados	98
4.9. Resultados	98
4.10. Discussão	106
V. Padrões psicométricos de validação da Escala Breve de Resiliência ao contexto brasileiro	111
5.1. Objetivos específicos	112
5.2. Caracterização da amostra	112

5.3. Critérios de inclusão	113
5.4. Instrumentos da pesquisa	113
5.4.1. <i>Questionário sociodemográfico</i>	113
5.4.2. <i>Escala Breve de Resiliência – BRS (Smith et al, 2008)</i>	113
5.5. Procedimentos éticos	114
5.6. Procedimentos para a adaptação transcultural e a validação	115
5.6.1. <i>Tradução-retradução</i>	115
5.6.2. <i>Revisão do comitê de especialistas</i>	116
5.6.3. <i>Prova piloto</i>	116
5.7. Procedimentos de coleta dos dados	116
5.8. Análise dos dados	117
5.9. Resultados	117
5.10. Discussão	122
VI. Análise dos fatores de proteção e vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido	124
6.1. Objetivo específico	125
6.2. Hipóteses	125
6.3. Amostra	126
6.4. Participantes	126
6.5. Delineamento do estudo	127
6.6. Procedimentos	127
6.7. Análise estatística	128
6.8. Instrumentos	128
6.8.1. <i>Escala de Envelhecimento Bem-sucedido - SAS (Reker, 2009)</i>	129
6.8.2. <i>Perfil de Saúde de Nottonghan – PSN (Teixeira – Salmela et. al., 2004)</i>	129
6.8.3. <i>Escala Breve de Resiliência – BRS (Smith, 2008)</i>	131
6.8.4. <i>Supporte Social – SSQ (Sarason, 1983)</i>	132
6.8.5. <i>Questionário de Saúde</i>	132
6.8.6. <i>Escala de Estresse Percebido – PSS (Cohen et. al., 1983)</i>	133
6.8.7. <i>Escala de Satisfação com a Vida – ESV (Diener et. al., 1985)</i>	134
6.8.8. <i>Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD (Zigmond & Snaith, 1983)</i>	134
6.8.9. <i>Questionário Sociodemográfico</i>	135
6.9. Resultados	136
6.10. Discussão	141
VII. Considerações Finais	151
VIII. Referências	155
IX. Apêndices	179
X. Anexos	192

Índice de figuras

- Figura 1.* Modelo Rowe e Kahn (1997)
- Figura 2.* Gráfico dos valores próprios da SAS
- Figura 3.* Representação gráfica dos Valores Próprios da Escala *BRIEF*
- Figura 4.* Consolidação dos fatores de vulnerabilidade e de proteção do estudo

Índice de tabelas

- Tabela 1 Percepção sobre o envelhecimento bem-sucedido
- Tabela 2 Percentual das categorias citadas pelos idosos
- Tabela 3 As seis dimensões do modelo de Ryff do Envelhecimento Bem-sucedido
- Tabela 4 Consequências do Estresse
- Tabela 5 Evento da vida e seu valor
- Tabela 6 Modelos teóricos e suas respectivas questões da SAS
- Tabela 7 Estrutura Fatorial da SAS Original
- Tabela 8 Frequência das variáveis: sexo, idade, situação conjugal e escolaridade
- Tabela 9 Estrutura Fatorial da SAS Adaptada
- Tabela 10 Fator I Compromisso com a vida da SAS
- Tabela 11 Fator I da SAS adaptada e as questões da escala original
- Tabela 12 Fator II Estilo de vida saudável da SAS
- Tabela 13 Fator II da SAS Adaptada e as questões da escala original
- Tabela 14 Questões da SAS adaptada *versus* modelos e suas respectivas dimensões
- Tabela 15 Frequência das variáveis: sexo, idade, situação conjugal e escolaridade
- Tabela 16 Estrutura Fatorial da Escala de Resiliência Brief (*ERB*) Adaptada
- Tabela 17 Estrutura Fatorial dos 4 Estudos da escala BRS Original e Adaptada
- Tabela 18 Frequência das variáveis: sexo, idade, situação conjugal e escolaridade.
- Tabela 19 Correlatos da SAS com Idade, Saúde e as escalas BRS, PSS, ESV, SSQS, HADS_A, HADS_D e PSN
- Tabela 20 Teste t para grupos superior e inferior
- Tabela 21 Correlações significativas com a SAS

Lista de siglas e abreviaturas

A	Agree
AP	Análise Paralela
BES	Bem-Estar Subjetivo
BRS	Escala de Brief Resilience
C	Concordo
CF	Concordo Fortemente
CM	Concordo Moderadamente
CP	Componentes principais
D	Discordo
D	Dor
D	Disagree
DF	Discordo Fortemente
DM	Discordo Moderadamente
dp	Desvio Padrão
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais
EBS	Envelhecimento bem-sucedido
EEBS	Escala de Envelhecimento Bem-sucedido
EPS	Escala Estresse Percebido
BRS	Escala Breve de Resiliência
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
EUA	Estados Unidos da América
F	Índice do Teste Estatístico ANOVA
I	Indeciso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IS	Interação Social
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAD-A	Subescala Hospitalar de Ansiedade
HAD-D	Subescala Hospitalar de Depressão

HF	Habilidade Física
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
kappa	Índice de Concordância entre Juízes Avaliadores/Apuradores
KMO	Kaise Meyer Olkin
M	Média
MA	Moderately Agree
MD	Moderately Disagree
MRK	Modelo de Rowe e Kahn
N	Número de sujeitos da Amostra Total
n	Número de Sujeitos para Determinada Resposta
NE	Nível de Energia
%	Percentagem de Frequência
% Geral	Percentual de Frequência Geral
% Vál.	Percentual de Frequência Válido (em geral, excetuando os que não responderam)
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
CP	Componentes Principais
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSS	Perceived Stress Scale
PSN	Perfil de Saúde de Nottingham
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
r	Índice de Correlação de Pearson
RRs	Representações Sociais
RE	Reações Emocionais
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
S	Sono
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SAS	<i>Successful Aging Scale</i> = Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido
SA	Strongly
SD	Strongly

Sesc	Serviço Social do Comércio
SOC	Seleção, Otimização e Compensação
SPSS 20.0	Statistical Package for Social Science, versão n° 20 do Software for Windows.
SSQ	Suporte Social
SSQ-N	Suporte Percebido
SSQ- S	Satisfação com o Suporte
t	Índice do Teste t de Student
U	Undecided
X²	Índice do Teste de Qui-Quadrado

Resumo

O objetivo deste trabalho foi estimar os fatores psicossociais de proteção e vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido. Partiu-se da premissa de que o envelhecimento é um processo contínuo, heterogêneo, multidisciplinar, multidimensional, que envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e de enfrentamento e compensação de perdas e ganhos. A pesquisa teve um corte transversal e um cunho quantitativo, sendo composta por 913 participantes e subdividida em três estudos. O primeiro estudo, que empregou uma amostra de 288 idosos, teve como objetivo a adaptação transcultural e a análise das propriedades psicométricas da Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (SAS), composta por 14 itens. O segundo estudo, que utilizou 270 idosos, teve como objetivo a adaptação transcultural e a análise das propriedades psicométricas da Escala de Resiliência Breve (BRS), de seis itens. O terceiro estudo consolidou o objetivo geral de investigar os fatores de proteção e vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido. Para tanto, obteve-se uma amostra de 355 idosos, que responderam cerca de 200 questões sobre envelhecimento bem-sucedido, resiliência, estresse percebido, satisfação com a vida, ansiedade, depressão, perfil de saúde e dados sociodemográficos. O primeiro estudo apresentou um resultado satisfatório, tendo um índice de consistência interna $\alpha = 0,65$ e redução de quatro itens da escala. A versão final da SAS ficou composta por 10 itens. O segundo estudo apresentou uma consistência interna $\alpha = 0,78$ e a estrutura fatorial da escala manteve o número de itens original. O terceiro estudo revelou que a BRS ($\beta = 0,44$, $p < ,01$) e três das demais escalas utilizadas [ESV ($\beta = 0,38$, $p < ,01$); HADS-D ($\beta = -0,38$, $p < ,05$); e PSN ($\beta = 0,20$, $p < ,01$)] foram preditores de proteção ou de vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido. O modelo se apresentou estatisticamente significativo [$F (7,35) = 17,59$, $p < ,01$], respondendo por 26% da variância no envelhecimento bem-sucedido. Portanto, este último estudo apresentou, como fatores de proteção, a satisfação com a vida, a resiliência, o suporte social e uma melhor percepção de saúde e, como fator de vulnerabilidade, a presença de sintomatologia depressiva, sendo que, para cada construto, existem os fatores determinantes e coadjuvantes do envelhecimento bem-sucedido. A validação da escala multidimensional SAS abre diversas possibilidades de investigações futuras, a respeito das especificidades regionais do envelhecimento bem-sucedido, no Brasil.

Palavras-chave: Envelhecimento Bem-sucedido; Vulnerabilidade; Resiliência; satisfação com a vida.

Abstract

This study aimed at estimating the psychosocial protective and vulnerability factors of successful aging. It was based on the premise that aging is a continuous process of multidimensional, multidisciplinary and heterogeneous dimensions which counts on factors of biological, psychological, social, cultural, economic types, as well as, coping, losses and gains facts. The research counted on a cross-sectional quantitative approach, 913 participants comprising, being divided into three studies. The first study used a sample of 288 elderly participants, was aimed to analyze the cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Scale for Successful Aging (SAS), consisting of 14 items. The second study, counted on 270 elderly volunteers; it was aimed to analyze the cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brief Resilience Scale (BRS), consisting of six items. The third study consolidated the general purpose of investigating the protective and vulnerability factors of successful aging. To this end, it obtained a sample of 355 elderly volunteers who answered about 200 questions about successful aging, resilience, perceived stress, life satisfaction, anxiety, depression, health profile, as well as, socio demographic data. The first study presented a satisfactory results with an index of internal consistency $\alpha = 0.65$ and the reduction of four items of the scale. The final version of SAS was composed of 10 items. The second study showed an internal consistency $\alpha = 0.78$ and the factor structure of the scale maintained the number of the original items. The third study presented that BRS ($\beta = 0.44$, $p < .01$) and three of the other used scales [ESV ($\beta = 0.38$, $p < .01$); HADS-D ($\beta = -0.38$, $p < .05$); and PSN ($\beta = 0.20$, $p < .01$)] were predictors of protection or vulnerability of successful aging. The presented model is statistically significant [$F(7, 35) = 17.59$, $p < .01$], accounting for 26% of the variance of successful aging. Therefore, this latter study showed, as protective factors, satisfaction with life, resilience, social support and better health perception, and as a vulnerability factor, the presence of depressive symptoms, and, for each construct, there are the determining factors and the supporting successful aging. Validation of multidimensional scaling SAS opens up several possibilities for future research, regarding the regional characteristics of successful aging in Brazil.

Keywords: Successful Aging; Vulnerability; Resilience Scale; Satisfaction with Life.

Resumen

El objetivo de este estudio fue estimar los factores psicosociales de protección y vulnerabilidad del envejecimiento exitoso. Partimos de la premisa de que el envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, multidisciplinar y multidimensional, que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y de afrontamiento y compensación de las pérdidas y las ganancias. El estudio tuvo un corte transversal y cuantitativo, entre 913 participantes, que fue dividido en tres estudios. El primer estudio, que utilizó una muestra de 288 ancianos, tuvo como objetivo analizar la adaptación transcultural y el análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Envejecimiento Exitoso (SAS), que consta de 14 ítems. El segundo estudio, que utilizó 270 ancianos, tuvo como objetivo adaptación transcultural y el análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia Breve (BRS), de seis de elementos. El tercer estudio consolidó el objetivo general de investigar los factores de protección y vulnerabilidad del envejecimiento exitoso. Con este fin, se obtuvo una muestra de 355 ancianos voluntarios que respondieron alrededor de 200 preguntas sobre el envejecimiento exitoso, la resiliencia, el estrés percibido, satisfacción con la vida, la ansiedad, la depresión, el perfil de la salud y los datos sociodemográficos. El primer estudio mostró un resultado satisfactorio con un índice de consistencia interna de $\alpha = 0,65$ y la reducción de cuatro ítems de la escala. La versión final de la SAS fue compuesta por 10 ítems. El segundo estudio mostró una consistencia interna un $\alpha = 0,78$ y la estructura factorial de la escala mantuvo el número de ítems original. El tercer estudio mostró que el BRS ($\beta = 0,44$, $p < 0,01$) y tres de las otras escalas utilizadas [ESV ($\beta = 0,38$, $p < 0,01$); HADS-D ($\beta = -0,38$, $p < 0,05$); y PSN ($\beta = 0,20$, $p < 0,01$)] fueron predictores de protección o de vulnerabilidad del envejecimiento exitoso. El modelo se mostró estadísticamente significativa [$F (7,35) = 17,59$, $p < 0,01$], que representa el 26% de la varianza en el envejecimiento exitoso. Por lo tanto, este último estudio demostró, como los factores de protección, la satisfacción con la vida, la resiliencia, o el apoyo social y una mejor percepción de la salud, y como un factor de vulnerabilidad, la presencia de síntomas depresivos, así que, para cada constructo, existen los factores determinantes que contribuyen al envejecimiento exitoso. La validación de la escala multidimensional SAS abre varias posibilidades para investigaciones futuras, en relación con las características regionales de envejecimiento exitoso en Brasil.

Palabras Clave: Envejecimiento Exitoso; Vulnerabilidad; Resiliencia; La satisfacción con la vida.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma questão mundial. Estima-se, que em 2030, um em cada oito habitantes será idoso na Terra. No Brasil, este tema encontra-se cada dia mais recorrente, em virtude do crescente número de indivíduos idosos na sociedade. Atualmente, as pessoas com 60 anos ou mais representam 10,8% da população brasileira. Em 2030, a população idosa brasileira deve chegar a 41,6 milhões de pessoas, representando 18,7% do total de seus habitantes. Trinta anos depois, a previsão é de que um em cada três brasileiros terá 60 anos ou mais, ou seja, esta população deve chegar a 75,1 milhões de pessoas, representando 32,9% da população brasileira (Alves, 2014; Mafra et al., 2013).

Em razão das dimensões territoriais do Brasil e das diferenças sociais, econômicas e culturais, este crescimento não vem se apresentando de forma uniforme nas cinco regiões geográficas do país. A heterogeneidade da concentração de idosos por regiões pode ser claramente percebida nos dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010). A maior parte desta população está concentrada nas regiões Sudeste (46,25%) e Nordeste (26,5%). As regiões Centro Oeste (6%), Sul (16%) e Norte (5,25%) são responsáveis por 27,27% do total da população idosa brasileira (Mafra et al., 2013).

As diferenças regionais constituem um desafio para a gestão da transformação do perfil populacional de envelhecimento atual. As regiões Norte e Nordeste são as que mais sofrem com a crise da saúde pública e com a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos. A heterogeneidade das características regionais, o baixo nível de escolaridade e a pouca participação social dos indivíduos idosos demandam cuidados

especiais e políticas públicas e sociais voltadas para o processo do envelhecimento populacional no Brasil (Mafra et al., 2013).

Entre as políticas públicas, a de saúde, com a oferta de serviços de cobertura de saúde universal, que incluem prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, deve ser suficiente para atender as necessidades de saúde, em termos tanto de qualidade, quanto de quantidade (WHO, 2013). Isto porque se estima que, em 2020, três quartos de todas as mortes nos países em desenvolvimento serão causados por doenças provenientes do envelhecimento populacional, tais como câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes (Brito, & Litvoc, 2004). Diante disto, Bowling e Iliffe (2006, p. 608) afirmam que se faz necessário “entender os componentes do envelhecimento bem-sucedido para planejar intervenções de promoção à saúde e medir seus resultados”.

Em 1982, a ONU promoveu a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que teve como objetivo central desenvolver um conceito positivo de envelhecimento. O evento teve duas propostas básicas: (a) instituir um sistema de seguridade econômico-social; e (b) desenvolver um sistema de proteção e prestação de serviços (WHO, 1982).

Com o progressivo envelhecimento populacional e os impactos que a doença cerebral acarreta aos seus portadores e à sociedade, há um crescente interesse em investigar os fatores de proteção e vulnerabilidade, que influenciam o chamado “envelhecimento bem-sucedido”, a fim de minimizar os efeitos negativos desta fase da vida. Ampliar o leque de investigações sobre este tema pode ser uma alternativa emergencial e preventiva para a crescente demanda de soluções e necessidades deste expressivo contingente populacional da sociedade brasileira (Farfel, 2008).

O aspecto multidimensional do envelhecimento pode ser percebido nas transformações genéticas, biológicas e socioculturais apresentadas, de formas distintas, nos indivíduos. Assim, a ciência do envelhecimento caracteriza-se de maneira complexa, contínua, multidisciplinar, multidimensional e multidirecional. Nessas investigações, a Psicologia tem contribuído de modo significativo (Baltes, & Smith, 2004; Neri, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009).

O objetivo desta tese foi desenvolver uma pesquisa aprofundando e inter-relacionando conhecimentos sobre a multidimensionalidade do envelhecimento bem-sucedido, sob o ponto de vista biopsicossocial. A justificativa desta investigação é sustentada pelo enfoque biopsicossocial, que foi utilizado, e decorre do fato de que muitos estudos relacionados ao envelhecimento bem-sucedido são investigados de forma unidimensional ou bidimensional, não contemplando a sua diversidade, complexidade e subjetividade.

Pensando neste enfoque multidimensional, escolheu-se a *Successful Aging Scale - SAS* (Escala de Envelhecimento Bem-sucedido), de Gary Reker (2009), como um instrumento que pode contribuir, de forma significativa, para a compreensão da complexidade dos fatores envolvidos no envelhecimento bem-sucedido. Isto porque a escala de SAS compreende os quatro principais modelos existentes do envelhecimento bem-sucedido, em um único instrumento. São eles: Modelo de Bem-estar Psicológico (Ryff, 1989a; Ryff, 1989b; Ryff, 1989c); Modelo de Seleção, Otimização e Compensação-SOC (Baltes, & Baltes, 1993); Modelo de Ciclo de Vida de Controle Primário e Secundário (Schulz, & Heckhausen, 1996); e Modelo de Critério (Rowe, & Kahn, 1997).

Além de contemplar, em uma única escala, os principais modelos existentes, a escala de SAS está associada a um grupo de instrumentos que envolvem os aspectos biopsicossociais¹ ligados ao envelhecimento bem-sucedido. A suposição da presente tese é que tais instrumentos podem contribuir para atingir o objetivo principal de identificar os fatores de proteção e vulnerabilidade vinculados ao envelhecimento bem-sucedido.

Para a consecução deste objetivo, foram realizadas, primeiramente, a adaptação e a validação da SAS no Brasil, uma vez que esses procedimentos não haviam sido feitos até então. Para medir os fatores de proteção (saúde, resiliência, religiosidade, satisfação com a vida, suporte social) e de vulnerabilidade (estresse percebido, ansiedade e depressão do envelhecimento bem-sucedido), foram utilizados distintos instrumentos, que aferem apropriadamente essas características. O instrumento de medição da resiliência foi a Escala Breve de Resiliência-BRS, de Smith et al (2008), que também foi adaptada e validada neste estudo, utilizando-se uma amostra de idosos. As escalas SAS e BRS foram submetidas a tradução, retrotradução e testes, feitos por análise da confiabilidade e validade, para verificar se mantinham suas propriedades psicométricas originais (Streiner, & Norman, 1995).

Este estudo encontra-se subdividido em três estudos, com seus respectivos objetivos. O Primeiro Estudo foi composto pela adaptação e validação da escala de Envelhecimento Bem-sucedido, de Gary Reker (2009). Seu objetivo central foi o de

¹ Esta perspectiva biopsicossocial tem como referência uma visão integral do ser, que comprehende dimensões físicas, psicológicas e sociais, tanto no aspecto interno quanto no âmbito externo (DeMarco, 2006).

adaptar, transculturalmente, para o português, a *Successful Aging Scale* (SAS), para ser um meio de avaliação de envelhecimento bem-sucedido, no Brasil. Os objetivos específicos deste estudo foram: (1) traduzir a *Successful Aging Scale* (SAS) para o português (brasileiro) e adaptá-la e validá-la à cultura brasileira, gerando a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (EBS); e (2) analisar as propriedades psicométricas da escala adaptada e validada. A adaptação transcultural e a validação da SAS seguiram as orientações do *Manual of the Successful Aging Scale*, produzidas pelo autor Gary Reker (2009).

O Segundo Estudo foi determinado pela adaptação e validação da Escala Breve de Resiliência, de Smith et al (2008). Seu objetivo geral foi adaptar transculturalmente para o português e validar a escala de *Brief Resilience* (BRS), para ser um meio de avaliação breve de resiliência, no Brasil. Os objetivos específicos deste estudo foram: (1) traduzir a escala *Brief Resilience* (BRS) para o português (brasileiro) e adaptá-la e validá-la à cultura brasileira; e (2) avaliar a confiabilidade do instrumento, através da avaliação da estabilidade e consistência interna.

Por fim, o Terceiro Estudo teve o objetivo geral de identificar os fatores biopsicossociais de proteção e vulnerabilidade envolvidos no envelhecimento bem-sucedido. Para tanto, utilizou as seguintes escalas: Envelhecimento Bem-sucedido-SAS (Reker, 2009); Perfil de Saúde de Nottingham-PSN (Teixeira-Salmela et al., 2004); Estresse Percebido-PSS (Cohen et al., 1983); Breve de Resiliência-BRS (Smith, 2008); Suporte Social-SSQ (Sarason et al., 1983); Escala de Satisfação com a Vida-ESV (Dienner et al., 1985); Religiosidade-DUREL (Koenig et al., 1997); Escala Hospitalar

de Ansiedade e Depressão-HAD (Zigmond, & Snaith, 1983); e um questionário de saúde.

Os objetivos específicos do Terceiro Estudo foram: (1) estimar o nível de envelhecimento bem-sucedido da amostra utilizada; e (2) analisar a correlação existente entre a escala de envelhecimento bem-sucedido e as escalas PSN, PSS, ESV, HAD, SSQS, BRS e Saúde, empregadas para identificar os aspectos biopsicossociais de proteção e de vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido.

O trabalho como um todo partiu de algumas hipóteses iniciais, que, no transcorrer do seu desenvolvimento, foram testadas. São elas: (I) A escala de envelhecimento bem-sucedido possui uma estrutura fatorial; (II) Os idosos com maior número de enfermidades têm uma pontuação significativamente menor na escala de Envelhecimento Bem-Sucedido do que os idosos com melhor saúde; (III) Existe uma relação positiva entre as escalas de resiliência, satisfação com a vida, autoestima e suporte social e a escala de envelhecimento bem-sucedido; e (IV) Existe uma relação negativa entre a escala de envelhecimento bem-sucedido e as escalas de stress percebido e depressão. No bojo de todas estas hipóteses, a questão central a ser respondida é saber quais os fatores de proteção e de vulnerabilidade são importantes para o envelhecimento bem-sucedido, dentro de uma abordagem biopsicossocial.

A *Primeira Parte* da tese, que contempla o marco teórico, foi subdividida em três capítulos. O *Capítulo I*, denominado de “O envelhecimento e suas múltiplas facetas”, apresenta o debate atual sobre o envelhecimento humano. Para isso, foram selecionados vários autores, que definem o envelhecimento e a sua importância no contexto social, econômico e cultural da sociedade. Nele, são mostrados alguns estereótipos sociais

existentes sobre o estado de envelhecimento e as distintas nomenclaturas para esta fase, além de serem feitas considerações sobre as perdas e os ganhos da velhice.

O *Capítulo II*, chamado de “Envelhecimento bem-sucedido e seus modelos”, aborda primeiramente a gênese do termo “envelhecimento bem-sucedido”, partindo da Psicologia Positiva e seus conceitos. Posteriormente, apresenta os principais debates em torno do termo em questão e os diferentes modelos teóricos existentes.

O *Capítulo III*, que tem o nome de “Preditores do envelhecimento bem-sucedido”, é composto pelos fatores protetores e de vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido, apresentados por diversos autores.

A *Segunda Parte* da tese, que trata da parte empírica do estudo, compreende os capítulos IV, V e VI. O *Capítulo IV*, denominado “Tradução, adaptação e validação da Escala de Envelhecimento Bem-sucedido”, é responsável pela adaptação transcultural e validação da escala de Envelhecimento Bem-Sucedido, de Reker (2009), seus resultados e discussões.

O *Capítulo V*, chamado de “Tradução, adaptação e validação da Escala Breve de Resiliência”, cuida da adaptação transcultural e validação da Breve Escala de Resiliência, de Smith (2008) e finaliza com a discussão dos resultados encontrados.

O *Capítulo VI*, que tem o nome de “Análise dos Fatores de Proteção e Vulnerabilidade do Envelhecimento Bem-sucedido”, trata do objetivo central da tese, que foi investigar os aspectos de proteção e vulnerabilidade envolvidos no envelhecimento bem-sucedido, a partir dos resultados obtidos pela aplicação de diversos instrumentos.

As *Considerações Finais* discutem as potencialidades que estão latentes no processo de envelhecimento bem-sucedido, visando trazer alternativas para o bem-estar dos idosos, levando em conta que eles constituem uma camada populacional ascendente no Brasil e no mundo. São feitas considerações sobre até que ponto a validação da Escala Multidimensional de Envelhecimento Bem-sucedido e da Escala Breve de Resiliência abre possibilidades de pesquisas futuras, a respeito das especificidades regionais do envelhecimento no território brasileiro. Por último, apresentam-se algumas lacunas do estudo, com o intuito de contribuir para futuras investigações.

No final da tese, estão disponibilizadas as Referências, os Apêndices e os Anexos, com os protocolos utilizados na pesquisa.

I. O envelhecimento e suas múltiplas facetas

“_ Contracei dois jagunços para matar a velhice, quando ela chegar”.

(Luiz Moreira de Freitas, 1993)²

A frase dita pelo senhor Luiz Moreira de Freitas, em 1993, apresenta a subjetividade e a complexidade do estado de envelhecer e anuncia o tema central deste capítulo: o envelhecimento humano. O senhor Luiz faz crer que a velhice é uma decisão. Será? Neste capítulo, serão apresentados: a trajetória histórica do tema, os conceitos, as inquietações e as percepções atuais do envelhecer.

1.1 Velhice, sociedade e suas representações:

Nas últimas décadas, a Organização das Nações Unidas (ONU) despertou a atenção para o fenômeno mundial do envelhecimento populacional e classificou o período de 1975 a 2025 como a “Era do Envelhecimento”. No período de 1970 a 2000, a ONU registrou um crescimento de 54% desta população nos países desenvolvidos e de 123% nos países em desenvolvimento. Atualmente, estudos apontam que uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais e que, em 2050, haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos (IBGE, 2013). Os dados

²A costumeira frase dita, pelo senhor Luiz Moreira de Freitas, representa a difícil aceitação deste estado natural da vida. Natural da cidade do Cedro-CE, nasceu no dia 09 de janeiro de 1924 e faleceu no dia 01 de julho de 2013. Agricultor, analfabeto, veio para o estado de Rondônia, na década de 70, com 13 filhos e mais três famílias com a esperança de terra boa e chuva farta, mais um desejo ardente de fugir da triste realidade da seca do sertão nordestino. Homem de uma sabedoria ímpar, é a minha principal motivação para finalizar este doutoramento em Psicologia Social e irá apresentar cada capítulo desta presente tese.

do IBGE indicam que, no Brasil, essa faixa da população cresce duas vezes mais que a população total, há pelo menos duas décadas. Segundo o IBGE, há no país cerca de 23,5 milhões de pessoas nessa faixa etária, em um universo de 200 milhões de habitantes. Outro dado significativo refere-se à longevidade média da população brasileira, que cresceu de 62,5 anos para 74,8 anos, para ambos os sexos, em 2013 (IBGE, 2013). Tal crescimento transforma a estrutura populacional, revelando um aumento de possibilidades da expectativa de vida e de melhora da qualidade de vida (Guedea et al., 2006). Neste sentido, o estudo desenvolvido por Maués et al. (2010) mostra que a qualidade de vida³ não parece decair entre os idosos jovens e os muito idosos. O que leva a concluir que os esforços empreendidos para se estudar o envelhecimento bem-sucedido podem efetivamente contribuir para o envelhecimento melhor do coletivo.

A conceituação do que seria um envelhecimento saudável para o ser humano é um tema ao qual se dedicaram amplamente a ciência, a filosofia ocidental e as filosofias ancestrais. O tema faz lembrar os primórdios da ciência formal do comportamento, em que a objetividade não esgota o seu contexto. O presente trabalho não tem como objetivo conceituar o termo “envelhecimento bem-sucedido”, mas sim caminhar em busca de elementos favoráveis ao contexto de vida humana que beneficie o envelhecer melhor. Tentar simplificar a evidente complexidade do envelhecimento significa tentar resgatar os ensinamentos passados

³ O presente trabalho utiliza a definição de qualidade de vida na terceira idade que foi estabelecida pela OMS (1995) como a manutenção da saúde em seu melhor nível possível, nos aspectos físico, emocional, social e espiritual.

pelos pré-socráticos Tales e Demócrito, no sentido de simplificar o complexo (Marx & Hillix, 1995, p. 50-56).

A ampla subjetividade do envelhecer bem arrasta consigo distintos debates. Para alguns, o bom envelhecimento é a ausência das doenças, para outros não há envelhecimento bem-sucedido pela degeneração natural do ciclo da vida, ou ainda o envelhecer bem é a manutenção das suas atividades funcionais, com ou sem autonomia e assim, surgem inúmeras controversas (Almeida & Lourenço, 2009).

Contudo, o que não se pode negar é que o homem e a mulher são seres biopsicossociais. Existe um vasto campo de pesquisa do âmbito biológico e seu envelhecimento, em que se pode constatar que o ser humano gradativamente vai se deteriorando fisicamente. Do ponto de vista psíquico, podem-se verificar algumas consequências do envelhecimento que afetam alguns indivíduos, como, por exemplo, a demência senil (Lira, 1978).

Os impactos do envelhecimento humano na participação social são perceptíveis. Parte das culturas tende a separar e a segregar os idosos. Observa-se um “desinvestimento” político e social na pessoa idosa, podendo-se dizer que se chega, real ou simbolicamente, a desejar a sua morte. Contudo, estudos mostram que, quando percebe o isolamento e a perda de poder, o idoso busca restabelecer o seu lugar de prestígio social. Tal desejo é universal e evidente quando a pessoa idosa tem a oportunidade de restabelecer-se na sociedade (Minayo, 2004).

Simmons (1945) pesquisou idosos em 71 sociedades indígenas e encontrou, em sua maioria, o desejo de viver o máximo possível, terminar a vida sem sofrimento e de forma digna e encontrar auxílio e proteção na sua progressiva diminuição de

capacidade. Os idosos também desejavam continuar participando das decisões da comunidade e prolongar ao máximo a conquista da autoridade e respeito.

Os registros históricos revelam que o velho era a representação de poder em distintas civilizações, como a chinesa milenar, a espartana, a grega antiga e a romana, até o século II a.C. (Beauvoir, 1970). Por outro lado, Neri (1991) aponta que, na Idade Média, os velhos eram poucos e dependiam das famílias e da caridade dos castelos e conventos.

O estudo desenvolvido por Lima (2011, p. 20) mostra a figura da pessoa idosa na história da sociedade japonesa, onde os descendentes tinham uma dívida moral, denominada *giri*. Este termo representa “uma dívida que tem de ser paga, mesmo que não se queira pagar”. Uma espécie de dívida moral pelo que o indivíduo realizou pelos seus descendentes, ao longo de sua vida. Este sistema sofreu impacto da industrialização, das consequências socioeconômicas e culturais na família após a Segunda Guerra Mundial e abriu espaço para a visão da inutilidade da pessoa idosa na sociedade japonesa contemporânea.

Segundo Hareven (1999), em meados do século XIX a sociedade norte-americana alterou a imagem do velho, de força para declínio. No século XX, intensificou-se o interesse pelo significado do envelhecimento, relacionando-o com os limites da utilidade e eficiência no trabalho, em um contexto de industrialização crescente. Ao se aposentar, é comum o idoso perder o seu ponto de referência e viver a chamada “síndrome da aposentadoria”, caracterizada por depressão, doenças físicas e emocionais. Para alguns, a inatividade pode estar relacionada ao ócio, falta de função, ausência de planos para o futuro, perda de identidade sócio profissional e, por este motivo, muitas

pessoas não aceitam a aposentadoria (Santos, 1990; Vries, 2003; Romanini, Xavier & Kovaleski, 2005).

No contexto mundial, a questão sobre o envelhecimento populacional entrou na agenda global, com a realização de duas assembleias organizadas pelas Nações Unidas: a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, em 1982 e a segunda, realizada em Madri, em 2002. Destes encontros saiu o Plano Internacional de Ação, com 66 recomendações referentes a sete áreas: saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; família; bem-estar social; previdência social; e trabalho e educação (Camarano & Pasinato, 2004).

Camarano e Pasinato (2004) revelam que o Brasil foi um dos pioneiros na formulação de políticas públicas para idosos na América Latina, com a implantação de políticas de garantia de renda que culminaram no Plano de Seguridade Social, em 1988. Em 1930, o Brasil já dispunha de uma política de bem-estar social, que incluía previdência social, saúde, educação e habitação. A criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em 1961 e a organização da “ação de assistência social ao idoso” pelo Serviço Social do Comércio (SESC), significaram marcos importantes nas iniciativas nacionais em favor da pessoa idosa. Segundo esses autores, a primeira iniciativa significativa do governo federal brasileiro, na prestação de assistência ao idoso, aconteceu em 1974, com ações preventivas, em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, orientadas para aposentados e pensionistas do INPS, com idade a partir de 60 anos.

Em dezembro de 1993, foi aprovada a Lei 8.742, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Trata-se de um benefício de assistência social ao idoso e ao

deficiente, contudo, só a pessoa com idade mínima de 65 anos pode receber o benefício. Em 2003, o Congresso Nacional sancionou o Estatuto do Idoso, lei n.º 10.741, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O artigo 3º desta lei estabelece, como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Camarano & Pasinato, 2004; Pantaleão, 2012).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA apresentou uma análise dos 10 anos do Estatuto do Idoso. O documento trouxe ganhos, principalmente na facilidade de obter lazer, mas ainda deixou a desejar por não estabelecer prioridades de investimentos financeiros neste grupo social. Chegou mesmo a sugerir que os benefícios sejam concedidos por necessidade e não apenas em razão da idade (Camarano & Fernandes, 2013).

1.2 Velho, Idoso e/ou Terceira idade.

Afinal, como se define o idoso? Segundo Camarano (2004), o conceito de idoso envolve mais que a simples determinação de idades-limite biológicas. Não se espera aqui esgotar o tema de “ser velho”, mesmo porque não há um consenso entre distintos autores. O interessante é delinear as percepções correntes sobre o assunto, para então adotar uma convenção representativa, para ser utilizada no transcorrer do trabalho.

Alguns autores classificam o envelhecimento sob três aspectos: físicos ou biológicos, sociais e psicológicos. Sendo que o processo de envelhecimento natural

(envelhecimento primário), decorrente de modificações orgânicas funcionais, é denominado de senescência e o processo de envelhecimento decorrente de situações de doença (envelhecimento secundário) é conhecido como senilidade (demência⁴). Como ponto de análise, vale a pena destacar também dois pontos da velhice: *a idade cronológica* e *a saída do mercado produtivo*: a aposentadoria (Beauvoir, 1970; Farfel, 2008; Mascaro, 1997; Santana & Sena, 2002).

Tanto a demarcação destes dois pontos como os três aspectos são significativos para a compreensão da velhice. A autora Simone de Beauvoir, ícone feminista, que desmistificou o olhar sobre a velhice, com sua obra: “A Velhice”, em 1970, diz que a velhice não é um acontecimento estático, mas sim um resultado de um prolongado processo. Para ela, a velhice é uma “realidade trans-histórica” (Beauvoir, 1970).

Para Neri (2001), os conceitos relativos às “idades do homem” são apenas invenções sociais, delimitadas por períodos históricos. Por exemplo, o conceito de “infância” surgiu entre os séculos XVII e XIX, enquanto o de “adolescência” apareceu no final do século XIX e o de “juventude” remonta a 24 ou 29 anos atrás. Em meados dos anos de 1960 surgiu o conceito de “meia-idade”, entre a idade adulta e a velhice. E nos anos de 1970 apareceu a “velhice avançada”, em consonância com as transformações demográficas e sociais da época.

Como explica Camarano (2004, p. 4), mesmo quando é definido apenas levando-se em conta uma determinada faixa etária, o grupo social classificado como “idoso” não suscita referências somente a um conjunto de pessoas com muita idade, mas também a pessoas com determinadas características sociais e biológicas. Segundo esta autora, a

⁴ Demência é um processo de doença associado ao envelhecimento, que resulta em prejuízo das funções cognitivas e intelectuais de um indivíduo (Farfel, 2008, p. 4).

classificação cronológica, embora limitada, foi uma forma simplificada criada para facilitar os trabalhos de pesquisa e viabilizar a elaboração de políticas públicas. Mas a partir daí, surgiu a necessidade de serem criados inúmeros outros critérios, pautados nas características sociais e biológicas, a fim de definir a pessoa idosa.

De acordo com a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso do Brasil (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003), a pessoa idosa é o indivíduo com idade de 60 anos ou mais. Tal classificação segue a desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1982, através da Resolução 39/125, que estabelece 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento. Tal diferença de classificação entre os países centros e periféricos está relacionada a expectativa de vida e a qualidade de vida, que os Estados propiciam as suas populações.

Conforme Camarano (2002), a população idosa compreende uma ampla faixa etária, de aproximadamente 30 anos, podendo abranger os “idosos jovens” (60 a 69 anos), os “idosos” (70 a 79 anos) e os “mais idosos” ou “longevos” (≥ 80 anos). Existem outras classificações deste grupo etário, como, por exemplo, a do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, que compreende os “idosos jovens” (pessoas de 60 a 70 anos), os “medianamente idosos” (entre 70 e 80 anos) e os “muito idosos” (acima de 80 anos). Por sua vez, a OMS usa uma subdivisão formada por pessoas de “meia-idade” (entre 45 e 59 anos), “idosos” (entre 60 e 74 anos), “anciões” (de 75 a 89 anos) e “velhos extremos” (com 90 anos ou mais) (OMS, citado de Camarano, 2002).

Em termos estritos, o idoso é aquele indivíduo que tem “muita” idade. A definição de “muita” traz uma carga valorativa. Os valores que referendam esse juízo dependem

de características específicas do ambiente onde os indivíduos vivem. Logo, a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade como um todo. Assumir que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria de idoso é correr o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos (Camarano, 2004, p. 5).

Mesmo diante das heterogeneidades do envelhecer, o crescente aumento da população idosa vem forçando o poder político a investir mais em políticas e programas de assistência. Gradativamente, está se modificando a conotação do “velho” como alguém obsoleto, antiquado, improdutivo e ultrapassado. Contudo, muitos idosos e não idosos acabam incorporando os valores depreciativos e alimentam uma imagem depreciativa do idoso (Ferreira et al, 2012).

Souza (2013, p. 10) define o envelhecimento como um processo dinâmico, inerente ao curso da vida, no qual o organismo sofre alterações morfológicas, bioquímicas e funcionais e que é vivenciado, por cada indivíduo, como heterogêneo, complexo e singular. Ou seja, as representações negativas e positivas da velhice, a identidade pessoal e as dimensões de valor, autonomia e poder, são construídas pelo indivíduo, ao longo da vida (Forgas, 1981; Souza, 2013).

Para Forgas (1981, p. 2), o conhecimento é socialmente estruturado e transmitido desde o primeiro dia de vida do indivíduo, e vai sendo colorido por valores, motivações e normas do ambiente social. Na fase adulta, as ideias, conhecimentos e representações são criados e recriados, tanto na esfera social quanto no terreno individual. Por seu turno, as representações sociais são constituídas por formas de pensamento prático, que orientam a comunicação, a compreensão e o domínio do contexto social, material e

idealizado (Moscovici, 2003). Para Moscovici, as respostas aos estímulos estão relacionadas a uma determinada definição comum a todos os membros de uma comunidade à qual pertencem. Assim, os indivíduos percebem a intervenção de representações que os orientam em direção ao que é visível, como aquilo a que têm que responder ou que relaciona a aparência com a realidade (p. 31).

O termo “terceira idade” é uma construção da sociedade contemporânea. Ele tem a finalidade de apresentar um grupo social com disponibilidade para viver novas experiências sem uma conotação pejorativa da faixa etária. A expressão tem como gênese as *Universités Du Troisième Age*, na década de 1970, na França. No Brasil, a expressão popularizou-se porque os primeiros gerontólogos brasileiros foram formados no território francês (Almeida & Lourenço, 2009; Stucchi, 1994). Na perspectiva economicista, este termo apresenta novas possibilidades de mercado consumidor de serviços, uma vez que remete a um grupo social formado por indivíduos que almejam gozar de boa saúde e tempo livre.

O relevante na discussão não é o termo, mais ou menos apropriado à atualidade. Como diz Lehr (citado de Silva, 2005), é necessário haver uma mudança de valores, sobretudo no que se refere à imagem negativa da pessoa idosa, que a sociedade difunde como frágil e dependente. Tal mística não revela a realidade de muitos idosos no Brasil, haja vista que seis milhões de idosos possuem filhos e parentes sob sua responsabilidade. Essa realidade desmistifica a imagem negativa de dependência e fragilidade da pessoa idosa, revelando, assim, o seu papel socioeconômico na sociedade brasileira (Silva, 2005).

Silva (2005) afirma que, entre as necessidades deste grande grupo de indivíduos idosos, está a reivindicação de serem incluídos nas decisões da sociedade. Estes cidadãos não desejam ser desligados e rotulados como apenas objetos de cuidados.

Peres (2007) levanta alguns questionamentos interessantes a respeito dos idosos no Brasil. Como se pode conceber uma Política Nacional de Idosos e um Estatuto do Idoso onde os reais protagonistas não são os idosos? Existe a possibilidade de haver um “movimento do idoso” sem que ele efetivamente faça parte? Como se pode aceitar que as políticas e as leis afirmem promover a autonomia dos idosos, diante da precariedade dos benefícios previdenciários?

O propósito destes questionamentos não é trazer conclusões acerca dos interesses políticos e da constituição dos movimentos sociais relacionados à pessoa idosa, mas levantar reflexões e curiosidades sobre o tema. Principalmente, pretendem chamar a atenção sobre as imagens fantasiosas de uma velhice pouco realista, em que se camuflam os aspectos positivos e negativos dessa fase da vida humana. O que é significativo nesta questão é que a velhice ou terceira idade é uma construção social, que vem sendo transformada desde a Antiguidade até os tempos atuais (Oliveira & Santos, 2009).

No universo das pessoas idosas, faz-se oportuno citar o subgrupo constituído pelas mulheres. Como se sabe, a idade e o gênero são indicadores importantes para que os demógrafos estabeleçam as diferenças populacionais. Com o aumento da expectativa de vida do grupo social dos idosos, as análises sobre longevidade indicam que as mulheres constituem o sexo mais forte e que, tanto na época contemporânea quanto no futuro, predominarão no mundo. As projeções demográficas indicam que poderão advir

gerações possivelmente só de mulheres, cuidando das suas mães e avós. No entendimento de Salgado (2002), estes dados são importantes para lançar luz sobre o papel da mulher no presente. Quanto a isto, vale lembrar que os papéis de gênero são socialmente construídos e transcendem os marcadores anatômicos e as funções dos homens e mulheres. Na Psicologia Social, tais papéis se referem aos desempenhos esperados e podem variar conforme a sociedade e a época histórica (Neri, 2001).

A este respeito, Veras (2003) apresenta uma síntese de diversos estudos que buscam explicar porque as mulheres vivem mais do que os homens. Entre as principais causas apontadas nesses estudos, está o fato de que os homens se expõem quatro vezes mais aos riscos de acidentes domésticos e de trânsito, homicídios e suicídios do que as mulheres. Além disso, os homens consumem mais tabaco e álcool do que as mulheres, o que favorece o aparecimento de neoplasias e de doenças cardiovasculares. Estas doenças são associadas ao fumo e à bebida e constituem as duas maiores causas de morte na faixa etária dos idosos. Também as mulheres fazem mais uso do sistema de saúde do que os homens, o que possibilita detectar precocemente e obter um melhor tratamento e um melhor prognóstico das doenças crônicas. Finalmente, diz o autor, a mortalidade materna diminuiu no tocante ao atendimento médico-obstétrico, que era anteriormente uma das causas principais de morte prematura entre as mulheres.

1.4Envelhecer: perdas e ganhos.

Silva, Firmo e Almeida (2013, p. 44) procuraram responder à questão de “como refletir sobre as ambivalências da velhice, fase tão viva quanto qualquer outra”. Para estes autores, um caminho pode ser o de identificar os conflitos internos, acolher as

emoções, prevenir as doenças, aceitar as enfermidades próprias da idade e enfrentar as perdas naturais da fase. Eles sustentam que o profissional da psicologia tem um papel essencial no processo do envelhecer, pois oferece sua compreensão emocional, enfatizando a valorização dos vínculos afetivos familiares como base segura para lidar com questões de depressão e insegurança. A importância deste profissional pode ser aquilatada de diversas maneiras: (a) como apoio nas instituições; (b) em processos psicoterápicos individuais; (c) na elaboração de projetos multidisciplinares; (d) na implantação de estatutos e normas sociais, levando em conta os aspectos emocionais limitadores e operacionais dessa fase da vida; (e) em psicoterapia de grupo ou de família; e (f) em projetos de sensibilização e conscientização, dirigidos aos profissionais de diversas áreas.

Algumas perdas, como a diminuição da agilidade e da mobilidade corporal, a ausência de pessoas queridas e o decréscimo do sentimento de pertença e de utilidade podem ser naturais neste ciclo da vida. Podem ocorrer mudanças de natureza física, com o surgimento de algumas doenças crônicas ou de agravos de saúde. Por exemplo, o câncer de mama ataca uma em cada nove mulheres. Estima-se que 40% das mulheres tenham se submetido à histerectomia até a idade de 60 anos (Salgado, 2002; Silva, Firmino & Almeida, 2013).

A síndrome do ninho vazio (a saída dos filhos de casa), o falecimento do(a) esposo(a) ou companheiro(a) e a perda dos pais, amigos e parentes são lacunas que podem ocasionar a sintomatologia da depressão. E com o agravamento das condições físicas ou mentais dos pais, surge a demanda crescente pelos seus cuidados, fazendo com que os filhos dediquem a eles um tempo significativo. De acordo com Salgado

(2002), estima-se que, nos Estados Unidos, as mulheres passam em torno de 18 anos dedicados aos cuidados dos pais.

No que concerne especificamente às mulheres idosas, Salgado (2002) enfatiza que a terceira idade pode se configurar como um período tão ou mais frutífero que o dos homens. As mulheres possuem a habilidade de estabelecer e manter amizades, o que possibilita conferir um sentido de identidade positiva à solidão da velhice. Estar ou viver sozinha não significa ser uma mulher idosa solitária. Muitas mulheres entre 55 e 65 anos se veem livres de duas décadas de “criação de filhos ou filhas” e promovem uma mudança de perspectiva. O crescente aumento da longevidade possibilita à mulher idosa maior flexibilidade de funções, mais lazer e maior participação social.

O envelhecimento biológico é experimentado pelo indivíduo que amadurece. Os efeitos fisiológicos presentes no processo podem ser interpretados como uma doença ou como parte do envelhecimento, o que pode ser determinado, em parte, pela cultura e pelo status social, psicológico e físico (Cendra, Esteban & Payá, 1999). Ver este processo natural da vida como doença, pode fazer parte da teoria de Negação, de Sigmund Freud, onde a consciência tenta não aceitar um fato que perturba o Ego.

A perda gradual das capacidades funcionais pode comprometer a autonomia e a satisfação das necessidades cotidianas. Contudo, tais perdas e consequências negativas vêm acompanhadas de níveis adaptativos inerentes a todos os idosos. Mas, para tal processo adaptativo, os recursos pessoais são importantes. Em função desses recursos, os idosos podem ser promovidos, apoiados ou inseridos em relações sociais que podem agir como protetores contra os sentimentos negativos derivados das perdas (Guedea et al, 2006).

No Brasil, um fator positivo associado à população idosa foi a maior visibilidade nas políticas públicas, como acontece com a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI. A PNSI apresenta como propósito:

[...] basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes independência funcional no meio em que vivem (Brasil, 1996).

Corte, Mercadante e Arcuri (2005) afirmam que o processo do envelhecimento e a velhice são vividos de modo diverso e estão diretamente relacionados à maneira como o idoso se vê e como está inserido na família, comunidade e/ou sociedade. Destacam que a criatividade pode ser determinante no enfrentamento das transformações decorrentes do envelhecimento, que ocorrem nos aspectos psicológico, biológico e social do indivíduo. Labaki (2001) ressalta que os sentimentos de alegria, tranquilidade, amor, respeito e autoestima, no processo de envelhecimento, estão diretamente relacionados à maneira como o indivíduo pensa e age.

No mesmo sentido, Silva, Firmo e Almeida (2013, p. 44) definem a criatividade como “a capacidade que o indivíduo possui de realizar atividades diferentes, inovadoras”. E acrescentam que o acúmulo de experiências pode gerar uma maior criatividade para lidar com as condições de vida. Entretanto, para que ocorram essas situações mescladas de experiência e criatividade em suas vidas, os idosos precisam

estar abertos ao novo, ao tempo disponível para o lazer e aos pequenos benefícios conquistados, como, por exemplo, a gratuidade nos transportes públicos e a meia-entrada nos espetáculos. Necessitam estar atentos às oportunidades de renovar as suas capacidades cognitivas, predispondo-se a aprender, para facilitar, por exemplo, o conhecimento de novas possibilidades de interação e a renovação de atitudes e vínculos, com o uso das novas tecnologias. Também o resgate da identidade corporal, a reformulação do padrão de beleza imposto pela sociedade⁵ e o gerenciamento das perdas da juventude, são situações que podem ser incorporadas ao território criativo de superação das condições dadas e de invenção de novas possibilidades de viver a fase da velhice (Silva, Firmo & Almeida, 2013).

⁵ Silva et al. (2013) revelam que as pessoas idosas com menor condições financeiras de manter o padrão social de beleza sofrem um conflito ainda maior ao envelhecer. Algumas pessoas idosas chegam a desenvolver a síndrome denominada de *gerontofobia*, que é a “aversão ou medo patológico de pessoas idosas ou do processo de envelhecimento”. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/>.

II. Envelhecimento bem-sucedido e seus modelos

Segredos do Sr. Luiz para envelhecer bem:

1) Devemos tirar o lixo de dentro da gente, para dar espaço ao novo; 2) Dançar toda sexta-feira, no encontro dos idosos, para fazer exercício, conversar com os amigos e se divertir; 3) Comer rapadura todos os dias, este é o meu Viagra; 4) Tomar muito leite; e, por último, 5) Brigar sempre sozinho, para conviver bem.

(Luiz Moreira de Freitas)

Esta fórmula do envelhecer bem, expressa pelo Sr. Luís, mostra a complexidade do Envelhecimento Bem-sucedido e o fato de que o seu conceito ainda não é consensual. O interessante nesta fórmula é o seu enfoque multidimensional, pois envolve fatores tanto biológicos quanto psicológicos e sociais. Este capítulo tem como objetivo apresentar o debate em torno dessa conceituação e algumas questões correlatas, tais como a evolução histórica das definições, os modelos de envelhecimento bem-sucedido e os principais fatores envolvidos.

2.1 Sobre o envelhecimento bem-sucedido

Alguns pesquisadores e formuladores de políticas têm dedicado tempo aos aspectos negativos do envelhecimento. Não obstante, com o aumento da expectativa de vida há que se abordar os aspectos do envelhecimento bem-sucedido ou positivo, com o objetivo de promover o bem-estar das gerações futuras. Investir em investigações e políticas públicas nesta área é oportuno, pois há evidências de que uma pessoa otimista e feliz garante uma menor incidência de enfermidades e potencializa uma maior longevidade (Bowling, 1993; Flórez-Lozano, 2006).

Com o surgimento da Psicologia Positiva, cresce a importância das investigações sobre as experiências positivas, sejam elas individuais, sejam coletivas ou institucionais (Yunes, 2003). Os estudos migraram da supremacia da abordagem psicopatológica para as potencialidades, motivações e realizações humanas (Fredrickson, 2001; Sheldon, & King, 2001). Esta migração propiciou deslocar o olhar dos efeitos negativos do envelhecimento para os casos de superação e bem-estar na fase idosa.

A Psicologia Positiva dedica atenção aos métodos científicos direcionados a estudar a complexidade do comportamento humano. Sua ênfase está no caráter descritivo das escolhas adotadas no transcorrer da vida e não no determinismo de um modelo ideal, e, por este motivo, os aspectos negativos e os aspectos positivos são igualmente importantes (Fredrickson, 2001; Lourenço, 2000; Seligman, & Csikszentmihalyi, 2001; Sheldon, & King, 2001). A sua teoria se baseia em três pilares ou áreas: o estudo das emoções positivas (satisfação com a vida, felicidade e otimismo); o estudo dos traços e qualidades positivas (forças, virtudes, inteligência e capacidade atlética); e o estudo das conhecidas instituições positivas, como a democracia, a família, os ambientes de trabalho, a comunidade e a liberdade, que oferecem apoio às emoções positivas (Peterson, & Seligman, 2004).

No Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM) é apresentada a classificação das seis virtudes e 24 fortalezas da Psicologia Positiva. As virtudes são as situações maleáveis, de superação das condições contextuais e situacionais. As fortalezas são os aspectos psicológicos que definem as virtudes. As seis virtudes e suas respectivas fortalezas são: (1) Sabedoria ou conhecimento, que é composta pela criatividade, curiosidade, abertura mental, amor pelo saber e perspectiva;

(2) Coragem, formada pela valentia, persistência, integridade e vitalidade; (3) Humanidade, constituída pelo amor, bondade e inteligência social; (4) Justiça, que é o somatório da cidadania, imparcialidade e liderança; (5) Temperança, formada pela criatividade e pela curiosidade; e (6) Transcendência, que compreende a força da gratidão, a esperança e o otimismo, o sentido de humor e a espiritualidade (Martí, 2006; Peterson, & Seligman, 2004).

Para Peterson e Seligman (2004), a Psicologia Positiva tem, como lócus de pesquisa, tanto a força como a fraqueza, pois ela está interessada tanto pela construção das melhores coisas para vida quanto pela reparação do pior, a fim de aliviar os desconfortos. Isto se justifica porque a força do caráter é a base do ser humano e constitui uma condição primordial para a boa vida psicológica (Graziano, 2005; Martí, 2006).

2.1.1 Definições do “Envelhecimento bem-sucedido”

Segundo Torres (1999), a *American Social Science Research Council* criou, em 1944, o *Committee on Social Adjustment to Old Age*, para debater o significado do envelhecimento bem-sucedido. Na ocasião, discutiram-se a definição do conceito e a produção de instrumentos de medidas de fatores correlacionados, como o bem-estar subjetivo ou psicológico, a autonomia e as estratégias de enfrentamento (Teixeira, & Neri, 2008). Em 1961, a expressão envelhecimento bem-sucedido foi mencionada por Robert J. Havighurst, no periódico *The Gerontologist* e, em 1963, o mesmo autor definiu o envelhecimento bem-sucedido como o sentimento de felicidade associado à satisfação com a vida (Motta et al., 2005).

Definir o termo “envelhecimento bem-sucedido” é desafiador, haja vista que a própria palavra “sucesso” é ambígua, pois o uso moderno do termo está relacionado às conquistas econômicas do indivíduo ao longo da vida e/ou cultural (Windle, Bennett, & Noyes, 2011). Alguns autores não consideram o termo apropriado para representar os resultados da velhice, por causa da conotação materialista da expressão (Baltes, & Cartensen, 2000). Contudo, a expressão “envelhecimento bem-sucedido” tem sido amplamente citada e tem representado os demais termos alternativos, tais como: envelhecimento saudável, envelhecimento ativo, envelhecimento bom, envelhecimento eficaz e envelhecimento proativo (Baltes, 1994; Strawbridge, 1996; Kahn, 2003; Butler, Oberlink, & Schechter, 1990; LaCroix, Newton, Morrow-Howell, Hinterlong, & Sherraden, 2001; Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002). Nesta tese, os termos são usados indistintamente.

A Conferência Internacional de Envelhecimento, promovida pelo Instituto Nacional de Envelhecimento, em Lisboa, apontou para um envelhecimento saudável além de doenças e incapacidades. A partir daí, o envelhecimento saudável passou a ser considerado como a aceitação das transformações fisiológicas decorrentes da idade. No final de 1990, a OMS substituiu a expressão envelhecimento saudável por envelhecimento ativo (OMS, 2005; Depp, & Jeste, 2009; Phelan et al., 2004).

Baron (1996) fez uma retrospectiva histórica sobre o envelhecimento bem-sucedido, incluindo as definições do termo e seus respectivos autores. Alguns destes autores atravessaram o tempo e, atualmente, suas teorias são a base para uma conceituação conclusiva deste termo ambíguo (Tabela 1):

Tabela 1 - Percepção sobre o envelhecimento bem-sucedido.

Autores	Ano Publicação	Envelhecimento bem-sucedido
Havighurst	1961	“Acrescentar vida aos anos” e “Ter satisfação com a vida”.
Ryff	1982	“Funcionamento positivo e ideal, galgado ao desenvolvimento ao longo da vida”.
Rowe e Kahn	1987	“É a associação positiva de múltiplas variáveis fisiológicas e psicossociais”.
Fisher	1992	“Estratégias de enfrentamento”.
Gibson	1995	“Atingir seu potencial e chegar a um nível de bem-estar físico, social e psicológico na velhice, que agrada a ambos si e aos outros”.
Palmore	1995	“Combina sobrevivência (longevidade), saúde (falta de invalidez) e satisfação com a vida (a felicidade)”.

Fonte: Adaptado de Bearon (1996).

Para Ryff (1989a), a dificuldade em definir o envelhecimento bem-sucedido reside na variedade de comportamentos reflexivos do crescimento humano. Esta variedade faz com que não exista uma fórmula única de desenvolvimento bem-sucedido. Da mesma forma, não se pode falar de uma fórmula única de envelhecimento bem-sucedido, em virtude da multiplicidade de características necessárias para um desenvolvimento otimista dessa fase da vida humana.

Baltes e Baltes (1993) foram os primeiros gerontólogos que consideraram que o envelhecimento pode ser uma fase de equilíbrio entre as perdas e os ganhos. Eles conceituaram o envelhecimento bem-sucedido como a capacidade do indivíduo resistir e alcançar o equilíbrio positivo entre as perdas e os ganhos no transcorrer do envelhecimento. Nesta perspectiva, Ouwehand, Ridder e Bensing (2006) concebem o envelhecimento bem-sucedido como a potenciação das situações e resultados positivos e a eliminação ou prevenção de resultados negativos.

Já Strawbridge (1996) define o envelhecimento bem-sucedido como a ausência da necessidade de assistência para exercer atividades físicas. O autor ainda ressalta que

grande parte dos pesquisadores estuda o envelhecer bem tendo como parâmetro as deficiências mínimas e o alto nível de funcionamento físico.

Em seu trabalho sobre os fatores preditores do envelhecimento bem-sucedido, Pruchno, Wilson-Genderson e Cartwright (2010) afirmam que o termo ainda não possui uma definição clara entre os pesquisadores. Por isso, ressaltam a importância de se realizarem estudos sobre a cognição da pessoa idosa, na avaliação do envelhecimento bem-sucedido. Kaup, Mirzakhanian, Jeste e Eyler (2011) relatam que as definições de envelhecimento bem-sucedido variam muito, entre os seguintes aspectos: saúde física, saúde cognitiva, satisfação com a vida, bem-estar, produtividade e atividade social. Para estes pesquisadores, entretanto, a saúde cognitiva constitui a principal característica a ser levada em conta quando se fala em envelhecimento bem-sucedido.

Rowe e Kahn (1987) afirmaram que o envelhecimento bem-sucedido é multidimensional, caracterizando-o pela baixa probabilidade de doença e de incapacidade relacionada à doença, a alta capacidade de funcionamento cognitivo e físico e a interação com a vida. Ou seja, depende da adoção de um estilo de vida mais saudável e de um prolongamento do envolvimento ativo com a vida.

O grupo de participantes utilizados por Rowe e Kahn serviu para demonstrar que alguns idosos mantêm uma ótima performance cognitiva, comparável ao alto funcionamento dos jovens adultos. Estes pesquisadores foram os primeiros a conceituar o envelhecimento cognitivo bem-sucedido, pois reconhecem que os indivíduos mais velhos constituem um grupo heterogêneo, com alguns deles possuindo um declínio fisiológico mínimo ou nenhum, equivalente ao dos grupos jovens adultos. Esta teoria está intimamente relacionada ao conceito de “reserva cognitiva”, que inclui a

capacidade de utilizar as redes neurais ou estratégias cognitivas mais eficientemente, perante as tarefas solicitadas, mesmo diante de lesão cerebral ou declínio. Nesta perspectiva, o sucesso do envelhecimento cognitivo depende do cumprimento de dois objetivos: 1) prevenir a perda da capacidade de processamento de informações e da reserva cognitiva; e 2) aperfeiçoar a capacidade cerebral e a reserva cognitiva (Stern, 2006; Daffner, 2010).

A reserva cognitiva, diferentemente de outros sistemas, é constituída no cérebro de maneira complexa e permite recrutar setores cerebrais pouco utilizados para desenvolver novas funções. É considerado um mecanismo de plasticidade cerebral influenciado por diversos fatores, entre eles, a escolaridade. A escolaridade apresenta-se como efeito protetor de demência nos indivíduos com oito ou mais anos de escolaridade. Contudo, os três primeiros anos de escolaridade são os que mais exercem impacto sobre a cognição (Ardila, 1998; Buckner, 2004; Farfel, 2008).

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) desenvolveram uma investigação sobre a definição do envelhecimento saudável, na perspectiva da pessoa idosa. Os dados foram coletados e analisados com base nas variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e nas respostas a duas perguntas: (a) “O que é o envelhecimento saudável em sua opinião?”; e (b) “O que você acha que é importante para ter um envelhecimento saudável?” A Tabela 2 apresenta os resultados dessa investigação:

Tabela 2. Percentual das categorias citadas pelos idosos.

Categorias	%	Categorias	%
Saúde física	53	Ter espírito jovem	5
Saúde social	46	Ter novas habilidades	5
Saúde emocional	37	Não guardar mágoas	4
Alimentação, exercícios	36	Aprender coisas novas	3
Evitar fatores de risco	19	Integridade	3
Atividades gerais	18	Não existe envelhecimento	2
Aceitação dessa fase	18	Não sabe definir	2
Ter fé, espiritualidade	15	Pouca ambição	2
Atividade operacional	13	Influência dos pais	1
Saúde cognitiva	12	Manter o controle	1
Estrutura familiar	12	Beleza física	1
Estabilidade financeira	9	Envelhecimento patológico	0.6
Não ter problemas	9	Ter trabalhado	0.6
Fazer o bem	8	Atividade específica	0.4
Viver plenamente	6	Outros	17

Fonte: Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007).

Conforme pode ser visto na Tabela 2, as categorias que mais se destacaram entre as definições de envelhecimento saudável, dadas pelos idosos, foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação, prática de exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%). Os aspectos que mereceram menor ênfase pelos idosos foram as atividades específicas para a terceira idade (0.4%), trabalhar ao longo da vida (0.6%) e envelhecimento visto como patológico (0.6%).

2.2 Modelos de envelhecimento bem-sucedido

Conforme Bowling e Iliffe (2006), os modelos de envelhecimento bem-sucedido utilizam abordagens distintas. Alguns utilizam variáveis psicossociais, com o foco na

participação e interação social. Outros partem para uma abordagem psicológica, onde o sucesso do envelhecimento é decorrente de autoestima, metas, senso de controle sobre a vida, estratégias de enfrentamento e acomodação. Há os que defendem uma perspectiva multidimensional do envelhecimento bem-sucedido. Nesta variedade de abordagens, os estudos deste tema foram subdivididos em duas correntes teóricas: os modelos baseados em *critérios* e os modelos baseados em *processos* (Ouwehand et al, 2006).

2.2.1 Modelo de Critério

Um modelo de critério que é largamente utilizado é o de Rowe e Kahn (1998), que propõe três trajetórias para o envelhecimento humano: normal, patológica e saudável. Para estes autores, o envelhecimento saudável prioriza o baixo risco de doenças e de dependência delas; o funcionamento mental e físico excelente (boa atividade cognitiva e física); e o envolvimento ativo com a vida, ou seja, a participação e manutenção das relações sociais. De acordo com Fontaine (2000), essas três dimensões do envelhecimento humano se retroalimentam.

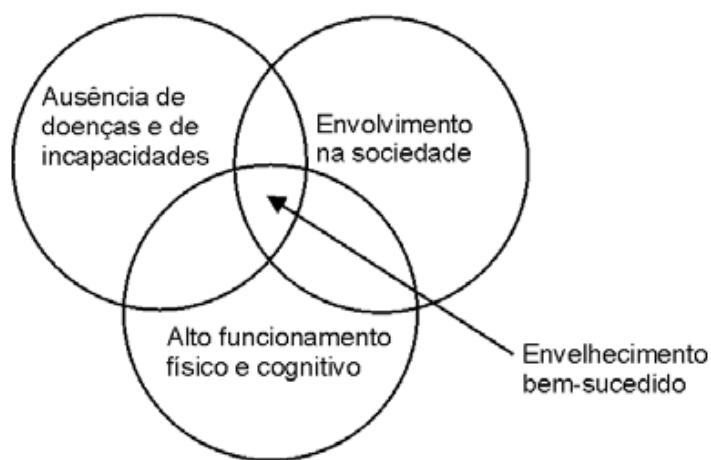


Figura 1. Modelo de Rowe e Kahn (MRK).
Fonte: MRK (1997 apud Hooyman e Kiyak, 2001, p.191)

O modelo de Rowe e Kahn (1998) é representado pelo indivíduo com características fisiológicas e psicossociais acima da média. Depois, Rowe produziu diversos trabalhos sobre: performance física, ligação entre autoestima e sistema endócrino, funções cognitivas e associações entre carga alostática⁶ e saúde (Depp, & Jest, 2009; Teixeira, & Neri, 2008).

Apesar de ser bem aceito na comunidade científica, este modelo não está isento de críticas. Segundo Minkler e Fadem (2002, citado por Fernandes, 2013), assim como os demais modelos de critério, este modelo ignora a heterogeneidade do envelhecimento, desconsiderando os padrões de desenvolvimento. Além disso, responsabiliza excessivamente o indivíduo na condução do bom ou pior envelhecimento, ignorando a influência do sistema. Outra crítica que se faz é quanto aos critérios de inclusão, que são muito rigorosos e excluem alguns indivíduos, que não podem, assim, fazer parte das pesquisas. O modelo de critério também apresenta, na sua operacionalização e avaliação, uma dependência muito grande dos instrumentos. E, finalmente, exclui as dimensões emocionais, espirituais e autorregulatórias do envelhecimento.

2.2.2 *Modelo de Processo*

Quanto aos modelos baseados em processos, valorizam a heterogeneidade e as distintas estratégias de enfrentamento das perdas e ganhos, para conquistar o bem-estar

⁶ O conceito de carga alostática, desenvolvido pelo neuroendocrinologista Bruce McEwen (1998), da Universidade Rockefeller, designa a soma dos desgastes que o estresse prolongado provoca nos organismos. Há um número crescente de pesquisas mostrando as graves consequências da carga alostática sobre a saúde. Doenças cardíacas, depressão, problemas intestinais, alergias, disfunção erétil, estão entre as muitas doenças já associadas ao estresse crônico, que podem mesmo acelerar o crescimento de células cancerosas (Antoni, & Lutgendorf, 2007) (http://www.josemariamartins.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51:estresse-e-saude&catid=35:sauda-emocional&Itemid=54&showall=1)

subjetivo e as metas pessoais (Fernandes, 2013). Entre os modelos de processo, o que mais se destaca é Modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), de Baltes e Baltes (1993). Este modelo é baseado na aplicação de três estratégias: *seleção*, *otimização* e *compensação*, para enfrentar e superar os desafios que surgem ao longo da vida. A seleção consiste determinar os objetivos que se deseja atingir, mesmo diante das perdas. A otimização utiliza os recursos disponíveis para aumentar o nível de atividade. A compensação reordena as situações adversas, para compensar as perdas e atingir os objetivos pré-estabelecidos (Freund, & Baltes, 1998).

Em outro estudo, Freund e Baltes (2002) perceberam que, a partir de 67 anos, havia uma redução na correlação entre o envelhecimento bem-sucedido e as estratégias de SOC. Ouwehand, Ridder e Bensing (2006) afirmam que o modelo de SOC permite uma não normatização e contempla as trajetórias individuais de desenvolvimento do envelhecimento bem-sucedido. Estes autores chamam a atenção para a importância do pensamento orientado para o futuro ou *coping* proativo. Este mecanismo amplia os recursos das estratégias de SOC, uma vez que retira o foco das perdas do presente e cria respostas para as dificuldades. No mesmo sentido, Fernandes (2013) acredita que a pessoa que possui competência e habilidade para gerenciar determinadas situações adversas, terá maior facilidade de *coping*, para lidar com eficácia no momento da ocorrência dessas situações (*coping* proativo).

Quando as perdas começam a superar os ganhos na velhice, o indivíduo passa a dedicar-se aos objetivos mais importantes e a definir novas metas (Freund, & Baltes, 2000). Tais perdas podem ser compensadas pelos níveis de reserva e pela capacidade de resiliência, sendo que os ganhos podem ser obtidos com a seleção e otimização das

competências geradas pelo envelhecimento (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995). A flexibilidade acomodativa pode ser valiosa no envelhecimento bem-sucedido, porque pode ser um regulador das emoções negativas e permitir ao indivíduo permanecer satisfeito com a vida (Rothermund, & Brandstädter, 2003; Ouwehand, Ridder, & Bensing, 2006).

Segundo Schulz e Heckhausen (1996), estas estratégias podem atuar como um mecanismo de controle. Com base nisso, os autores desenvolveram um modelo de ciclo de vida de controle primário e secundário, que trata da importância de aceitar as perdas e da impossibilidade de realizar certos objetivos em decorrência da idade. Isto possibilita criar um controle secundário, para alterar a avaliação dos objetivos não realizados e praticar o desprendimento.

No modelo de Ciclo de Vida de Controle Primário e Secundário, de Schulz e Heckhausen (1996), o envelhecimento bem-sucedido interage com o desenvolvimento e manutenção do controle primário no transcorrer da vida. Através desse processo de controle, torna-se possível otimizar as funções de seleção e de compensação do fracasso. Tais mecanismos de compensação servem para manter, aprimorar e corrigir as competências e recursos motivacionais após decepções.

Doyle, McKee e Sherriff (2010) desenvolveram uma investigação sobre o envelhecimento bem-sucedido da população britânica, baseado na conciliação dos modelos de Rowe e Kahn (função e compromisso) e Baltes e Baltes (adaptação). Os autores trabalharam com a hipótese de que o baixo risco (ausência de doença e sensação de contentamento), o bom funcionamento e o envolvimento social, em uma faixa temporal, resultariam em um contexto que poderia ser descrito como desejável. Por

conseguinte, o modelo proposto seria longitudinal e consciente de que a opinião dos mais velhos sobre o bem-estar pode contribuir para o “sucesso”. Neste contexto, o bem-estar pode ser definido como o fato do indivíduo sentir-se resistente, permitindo o engajamento contínuo com a vida e ser capaz de estabelecer metas.

O modelo de Doyle, McKee e Sherriff (2010) combina uma base de dados físicos e sociais, com um resultado relacionado à adaptação e ao engajamento social, sendo composto por cinco fatores: baixo risco, boa função, participação ativa na linha de base, confiança e engajamento contínuo. Os autores chamam atenção para a necessidade de repensar urgentemente como as pessoas vêm envelhecendo. Eles propõem um planejamento da sociedade (políticas públicas) que encoraje as pessoas idosas a participar em oportunidades de desenvolvimento pessoal e compromisso com a sociedade. Enfatizam que a resiliência pessoal e o envolvimento contínuo com atividades físicas e sociais são importantes para o bom envelhecimento. Em resumo, dizem os autores, “... longe de se aposentar, o compromisso com a vida e a sociedade deve ser a norma para o envelhecimento das populações” (p. 75).

Ryff (1989a; 1989b) propôs um modelo para o envelhecimento bem-sucedido, composto de seis dimensões: autoaceitação, relações positivas, autonomia, controle sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal, dentro de um funcionamento positivo. A Tabela 3 apresenta tais dimensões e suas respectivas características funcionais positivas:

Tabela 3. As seis dimensões do modelo de Ryff do EBS.

Dimensão	Funcionamento Positivo
Autoaceitação	A autoaceitação, a autorealização ⁷ , o bom funcionamento e a maturidade são características centrais à boa saúde mental. Como atitude positiva em relação a si mesmo, surge como uma característica central do funcionamento psicológico positivo.
Relações Positivas	A capacidade de amar também é vista como componente central da saúde mental. No estágio do desenvolvimento adulto, estão presentes as relações interpessoais (intimidade), a orientação e o interesse pelo outro. As pessoas autorrealizadoras demonstram, fortemente, ter sentimentos de empatia e afeto aos seres humanos e ser capazes de amar, cativar profundas amizades e se identificar completamente com os outros.
Autonomia	Existe uma vasta literatura sobre as qualidades da autodeterminação, independência e autocontrole interno. Os indivíduos em pleno funcionamento avaliam-se internamente quanto aos seus padrões pessoais, a partir do olhar observador e da percepção do outro. A pessoa autônoma executa um processo de voltar-se para dentro e individualizar-se e detém uma habilidade de não se apegar aos medos coletivos, crenças e leis de massa, sendo vista como livre de convenções.
Controle sobre o Ambiente	Também é considerada como uma característica de saúde mental a capacidade do indivíduo de escolher e criar ambientes adequados às suas condições psíquicas, de manipular e controlar ambientes complexos a fim de desenvolver esperança na vida. O indivíduo com envelhecimento bem-sucedido adquire a capacidade de aproveitar as oportunidades ambientais. Há teorias que enfatizam a capacidade de enfrentar o mundo e alterá-lo de forma criativa, por meio de atividades físicas ou mentais. Dentro de uma perspectiva combinada, a participação ativa e o domínio do ambiente são componentes relevantes de um sistema integrado de funcionamento psicológico positivo.
Propósito de Vida	A saúde mental é definida para incluir crenças que dão a sensação de que há um propósito e significado na vida. A definição de maturidade também enfatiza uma compreensão clara do propósito de vida, um senso de direcionamento e intencionalidade. As teorias sobre esperança de vida referem-se à capacidade de mudar propósitos ou objetivos na vida, ser produtivo e criativo ou alcançar a integração emocional na vida adulta. Assim, o propósito positivo tem objetivos, intenções e um senso de direção, os quais contribuem para a sensação de que a vida é significativa.
Crescimento Pessoal	O bom funcionamento psicológico requer obter as características anteriores e continuar a desenvolver o seu potencial, para crescer e expandir-se como pessoa. As necessidades de atualizar-se e de realizar as potencialidades são fundamentais para o crescimento pessoal. Tal indivíduo está continuamente se desenvolvendo, busca soluções para os problemas e está aberto a experiências. Tais teorias também dão ênfase explícita ao crescimento contínuo e ao enfrentamento de novos desafios ou tarefas em diferentes períodos da vida.

⁷Segundo Maslow (1971), cada indivíduo é dotado de uma propensão inata à autorrealização. Esse estado, o mais elevado das necessidades humanas, envolve o uso ativo de todas as qualidades e habilidades, além do desenvolvimento e da aplicação plena do potencial individual.

Ryff (1989a) pautou seu trabalho nos debates existentes da época sobre o envelhecimento bem-sucedido, assinalando a importância de ir além das dimensões normalmente investigadas, como felicidade, moral, saúde, sobrevivência, bem-estar subjetivo e equilíbrio entre aspirações e realizações. Neste estudo, o autor destaca a necessidade de o indivíduo aceitar o ciclo da vida, adaptando-se aos triunfos e decepções desta trajetória, demonstrando amor à humanidade e, finalmente, alcançando um sentido espiritual próprio, que elimina o medo da morte, a fim de obter um envelhecimento bem-sucedido.

Contudo, baseado nos quatro modelos da escala de Envelhecimento Bem-Sucedido de Reker (2009), esta tese tem como parâmetro o envelhecimento como um processo contínuo, heterogêneo, multidisciplinar, multidimensional, que envolve fatores físicos, sociais, culturais, econômicos e psicológicos, de enfrentamento e compensação das perdas e ganhos.

Em suma, a revisão da literatura especializada da área mostra que não existe uma definição consensual do envelhecimento bem-sucedido. Em função disso, qualquer análise deste tema deve ser feita sob um ponto de vista múltiplo e multidimensional, de modo a abranger tanto fatores físicos, quanto aspectos psicológicos e sociais. No próximo capítulo serão apresentados os fatores de proteção para o envelhecer bem.

III. Preditores do Envelhecimento Bem-sucedido

“Eu não conheço ninguém que morreu de saudade”.

“Se você não fica velho, morre novo”.

“O segredo da boa convivência matrimonial é negociar sempre.”

“Todas as vezes que visitava sua filha, na saída dizia: ‘ _ Deus te abençoe e muito obrigado pela festa’. Todo encontro ele considerava uma festa”.

(Luiz Moreira de Freitas)

Um aspecto interessante nos dizeres do Sr. Luiz é o seu enfoque multidimensional, envolvendo fatores individuais, psicológicos, biológicos e sociais. Este capítulo tem como objetivo apresentar um debate em torno desse enfoque e dos fatores de proteção e de vulnerabilidade do envelhecimento.

3.1 O envelhecer e seus fatores de proteção e de vulnerabilidade

A velhice é um período de mudanças, no qual, apesar das doenças, incapacidades e declínios próprios da faixa etária, há perspectivas positivas de crescimento e desenvolvimento, de forma heterogênea, na vida da pessoa idosa (Santos et al., 2009). Segundo Brito e Litvoc (2004), o envelhecimento pode ser caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, relacionado a uma multiplicidade de fatores, tanto biológicos, quanto psicológicos e sociais.

Diante deste cenário de diversidade e complexidade, o que faz com que alguns idosos tenham um envelhecimento bem-sucedido e outros não? Esta pergunta é fonte de estudo em distintos países. Há evidências de que os fatores de proteção (por exemplo, resiliência, apoio social e autoestima) favorecem a adequação aos fatores de risco (como

perdas de amigos, doenças crônicas, condições de pobreza e empobrecimento, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência) e impactam diretamente no envelhecimento saudável (Amparo et al., 2008; Santos et al., 2009).

Branden (1998) classifica os fatores de proteção para o indivíduo em três tipos: (a) fatores *individuais*, como autoestima, autocontrole, autonomia e temperamento afetuoso e flexível; (b) fatores *familiares*, como estabilidade, respeito mútuo, suporte e coesão; e (c) fatores *ambientais*, como apoio do meio ambiente, bom relacionamento com as pessoas e sentir-se amado. Entretanto, resta saber quais desses fatores contribuem mais para o envelhecimento bem-sucedido.

Neste sentido, a Psicologia Positiva vem contribuindo significativamente para as pesquisas sobre o envelhecimento bem-sucedido, concentrando os seus estudos nos casos bem-sucedidos e nas atitudes mentais que causam impacto na qualidade de vida das pessoas. O envelhecimento traz consigo uma sucessão de eventos de vida, que oferecem oportunidades de origem biológica, psicológica, social, cultural e ecológica (Burgos, Neri, & Cupertino, 2008).

Este capítulo trata dos fatores preditores do envelhecimento bem-sucedido, com foco nos aspectos psicológicos, sociais e físicos dessa etapa da vida. A pesquisa que foi desenvolvida teve a pretensão de avaliar o máximo de fatores hipoteticamente preditivos, tomando como referencial a Psicologia Positiva e os principais estudos existentes acerca do tema.

Os fatores preditores podem ser de proteção, risco e vulnerabilidade. Eles são inerentes à vida cotidiana de qualquer indivíduo e seus impactos são heterogêneos. Os fatores de proteção são as influências que transformam ou melhoram as respostas de

uma pessoa a algum perigo. Eles possuem quatro funções: diminuir o impacto dos riscos; reduzir as reações negativas diante das situações de risco; estabelecer e manter a autoestima e a autoeficácia; e criar oportunidades de reverter os efeitos do estresse (Rutter, 1987).

Considera-se como risco qualquer evento negativo e estressor da vida e que aumenta a possibilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, sociais e/ou emocionais (Rutter, 1987). Segundo Garmezy (1993), a pessoa submetida a episódios estressantes, situações ou fatores de riscos torna-se vulnerável a psicopatologias.

Mas, quais são esses fatores de proteção e de vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido? A revisão teórica realizada sobre o envelhecimento bem-sucedido possibilita identificar alguns fatores de proteção (por exemplo, autoestima e resiliência) e de risco (como as perdas por morte e as doenças crônicas), que podem ser adaptados ou superados, com a finalidade de promover um bom envelhecimento.

3.1.1 Fatores de proteção do envelhecimento bem-sucedido

Deslandes e Junqueira (2003) conceituam os fatores de proteção como as influências que modificam ou contribuem para uma melhor resposta a algum perigo não adaptativo.

3.1.1.1 Saúde

Na década de 1970, o filósofo da medicina Christopher Boorse definiu a saúde como sendo a ausência de doença. Nesta perspectiva funcionalista, o estado de saúde do indivíduo é diretamente relacionado ao grau de eficiência das funções biológicas.

Contudo, atualmente o conceito de saúde amplamente utilizado é o que foi denominado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, como “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (Zancha et al., 2013).

O termo Qualidade de Vida (QV) é amplo e não existe um consenso sobre o seu conceito. Contudo, nas últimas décadas, o termo qualidade de vida tem sido utilizado como sendo diretamente relacionado à saúde (QVRS). Em muitos casos, os termos “saúde” e “qualidade de vida” são utilizados como sinônimos ou equivalentes, por envolverem vários fatores também relacionados ao meio ambiente e à satisfação com a vida, em torno dos três domínios: físico, emocional e social. A Capacidade Funcional é um importante preditor da qualidade de vida da pessoa idosa e os fatores demográficos, socioeconômicos e psicossociais podem causar impactos nesta capacidade (Faria et al., 2011; Jette, 1993; Neri, 1993, 2000; Rosa et al., 2003; Sajid, Tonsi & Baig, 2008).

Conforme Domingues (2008, p. 27), a saúde na velhice é especialmente relevante para a qualidade de vida do idoso. A forma como o indivíduo se adapta às transformações físicas, intelectuais, sociais e emocionais é um fator determinante no envelhecimento. Tais mudanças podem desencadear um desequilíbrio na saúde mental e incluir: redução da visão, da audição, da força muscular e da flexibilidade; lapsos de memória, perda da atenção seletiva e perda de papéis sociais; solidão, aposentadoria, morte de entes queridos e doenças crônicas. A saúde e a qualidade de vida dos idosos sofrem influência de múltiplos fatores e a sua promoção está diretamente relacionada com uma atuação interdisciplinar e multidimensional de distintos campos do saber (Ciosak et al., 2011).

Os fortes preditores relacionados à saúde, apontados por Depp e Jest (2009), são: não fumar; não ter diabetes e artrite; praticar atividades físicas; possuir melhor autopercepção de saúde e melhor função cognitiva global; ter pressão arterial sistólica nos padrões normais; apresentar um baixo número de ocorrências médicas; e ter ausência de depressão.

Segundo a OMS (1998), as principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo são: doenças cardiovasculares (tais como a doença coronariana); hipertensão arterial sistêmica; infarto agudo do miocárdio; derrame; diabetes; osteoporose; câncer; doença pulmonar obstrutiva crônica; doenças musculoesqueléticas (como artrite e osteoporose); doenças do sistema nervoso central (principalmente demência e depressão); e cegueira e/ou diminuição da visão. Contudo, Lira (1978) afirma que uma pessoa idosa pode ser doente e, mesmo assim, conseguir uma adaptação adequada ao ambiente. Isto pode acontecer porque as doenças afetam as pessoas de maneira diferente, dependendo das qualidades pessoais e das particularidades circundantes. Por exemplo, a experiência, a sabedoria adquirida e a competência conduzem a sentimentos de felicidade e otimismo, que podem influir nos resultados das doenças.

Em função disso, Tiedemann, Sherrington e Lord (2013) recomendam praticar exercícios específicos, como equilíbrio⁸ e treinamento de força, para melhorar a capacidade física, contribuir para a independência funcional e a mobilidade, e, assim, reduzir o risco de quedas na idade mais avançada. Para conservar uma boa saúde na

⁸ O equilíbrio é um exercício de coordenação, que envolve ajustes posturais antecipatórios e contínuos, a fim de manter o centro de massa dentro dos limites gerenciáveis da base de apoio, como em pé ou sentado (Winter, 1995).

velhice, Mosquera (1987, p. 136) sugere ocupar-se com atividades que despertem um verdadeiro interesse. Nelson et al. (2007) afirmam que a atividade física proporciona um amplo benefício à saúde e ao bem-estar, possibilita reduzir o risco de aparecimento de doenças e favorece o gerenciamento de doenças crônicas, como artrite, diabetes, doenças do coração e doenças respiratórias.

É interessante salientar que, quando falam de saúde mental e bem-estar, os psiquiatras e psicólogos estão se referindo, em sua maioria, à ausência de doença, angústia e desordem (Peterson, & Seligman, 2004). Não obstante, é possível encontrar indivíduos que, apesar de possuírem um bom nível de saúde e de participação social, sentem-se sozinhas e não têm em quem confiar, em consequência de perdas de entes queridos, separação matrimonial ou afastamento dos filhos (Freitas et al., 2006). Santos e Pavarini (2011, p. 525) ressaltam a relevância da avaliação periódica dos parâmetros funcionais, a fim de manter a autonomia e o bem-estar, promover um envelhecimento mais saudável e prolongar a vida do idoso.

3.1.1.2 Resiliência

O conceito de resiliência surgiu em 1807, na física e na engenharia, quando o cientista Thomas Yong desenvolveu estudos de materiais que comparavam a resistência às reações do meio ambiente (tensão e compressão) e introduziu a noção de elasticidade. A resiliência refere-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente. Os profissionais das áreas de Engenharia, Ecologia, Física e até Odontologia utilizam esta expressão com familiaridade, quando se referem à resistência de materiais (Nunes, 2007; Yunes, 2003).

A psicologia apropriou-se deste termo para definir a capacidade que o indivíduo possui de superar os sofrimentos e adversidades da vida. O constructo vem sendo estudado desde a década de 1970 (Pereira, & Sanchez, 2007; Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009). Entretanto, sua definição não é tão clara quanto na Física e na Engenharia, pela complexidade e multiplicidade de fatores relacionados aos fenômenos humanos. Em virtude de não contar ainda com uma definição conclusiva, a resiliência se fixou na promoção da saúde, estendendo a sua abrangência para além dos indivíduos, de modo a caracterizar, por exemplo, as escolas resilientes ou comunidades resilientes (Nunes, 2007; Travis, & Wail, 2002).

Para Koller e Lisboa (2007), a Psicologia Positiva enfatiza uma visão mais favorável, aberta e apreciativa das potencialidades, motivações e capacidades humanas. Encarado dentro desta perspectiva positiva, o fenômeno da resiliência pode ser apontado como um sistema de construção saudável.

Rutter (1999) é um dos pioneiros a pesquisar a resiliência no campo da psicologia. Para ele, a resiliência é complexa e resultante da interação de fatores genéticos e ambientais, podendo atuar como um fator de proteção ao risco⁹, para o indivíduo. A resiliência apresenta-se como um fator protetor para o envelhecimento bem-sucedido, porque é considerado um forte influenciador da capacidade de adaptação aos fatores de risco, como afirmam Santos et al. (2009). Windle et al. (2011) consideram a resiliência como a chave para explicar a resistência aos riscos vividos ao longo da vida, desde a infância até a idade mais avançada, como ocorre, por exemplo, com os problemas de

⁹ Fatores de risco são eventos que propiciam estresse e que aumentam a probabilidade da pessoa ter algum problema físico, social ou emocional (Taboada, Legal, & Machado, 2006).

saúde. Isto acontece porque a resiliência constitui um processo de negociação, gestão e adaptação diante das fontes de estresse ou trauma.

Para Luxen (2014), a resiliência é a superação de situações traumáticas em diferentes contextos, que desenvolve estratégias motivadoras para viver na sociedade, resistência às condições expostas e propostas de recuperação e mudança. Para Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009, p. 498), a resiliência é a capacidade de o indivíduo responder, de forma positiva, às adversidades do ciclo da vida, no seu ambiente familiar, social e cultural. Esta característica é vital para manter a saúde mental após viver episódios de estresse (Dell'Aglio et al., 2006).

A presença de situações adversas está atrelada ao conceito de resiliência. Quando é exposto a uma situação de estresse e risco, o indivíduo cria estratégias de superação de forma positiva. Neste caso, a situação de risco torna-se uma oportunidade para construir uma identidade fortalecida (superação), com o indivíduo conservando a memória da experiência vivida, porém sendo capaz de extrair algo de bom e de ressignificar o mal sofrido (Deslandes, & Junqueira, 2003; Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

Brandão e Mahfoud (2011) apontam diferenças entre os enfoques dados ao estudo da resiliência por pesquisadores saxônicos e latino-americanos. Conforme os autores, estes dois grupos estudam fenômenos diferentes sob a mesma nomenclatura. Para os saxões, a resiliência é um fenômeno relacionado à resistência ao estresse, sendo escolhidos para as pesquisas sujeitos que não se abalaram em situações adversas. Já para os latino-americanos, a resiliência constitui um fenômeno não só de resistência ao estresse, mas também de recuperação e de superação (a versão utilizada no estudo).

Uma pessoa pode apresentar-se como resiliente¹⁰ em alguns momentos de sua vida e em outros não, porque as respostas podem ser circunstanciais, conforme o momento vivido. A resiliência não é um construto universal, aplicável a todas as áreas do funcionamento humano, pois se trata de um processo dinâmico, multidimensional e multifatorial (Rutter, 1999). O processo de resiliência depende da visão subjetiva da pessoa, diante de uma determinada situação e da sua familiaridade com o ambiente no qual se encontra inserida (Alves, 1997; Yunes, 2003).

Em seu trabalho de revisão dos instrumentos de medida da resiliência, Gurgel et al. (2011) apontaram que as pesquisas sobre resiliência vêm sido desenvolvidas com grupos de indivíduos expostos a uma extensa gama de fatores. Tais fatores incluem, principalmente: efeitos da guerra; holocausto; abuso sexual na infância; uso de drogas por adolescentes; efeitos de dependência química parental; estresse familiar; efeitos da relação entre violência e etnia; desempenho acadêmico; e divórcio.

Jeste et al. (2013) desenvolveram um estudo sobre a associação entre a idade avançada bem-sucedida e o papel da resiliência na depressão (um fator de risco). Nele, a partir dos dados transversais, foi possível especular que o aumento da resistência e a redução da depressão podem produzir efeitos positivos sobre o envelhecimento bem-sucedido e a redução da incapacidade física. Eles concluíram que a perfeita saúde física não é necessária ou suficiente para o envelhecimento bem-sucedido. Conforme foi relatado pelos próprios participantes da pesquisa, os fatores psicológicos, como resiliência, otimismo e bem-estar, associados à ausência de depressão, podem contribuir para o envelhecimento bem-sucedido. Harris (2006) considera a resiliência, ao mesmo

¹⁰ Pessoas que superaram adversidades são chamadas de resilientes (Rutter, 2007).

tempo, como a meta e como o pensamento que move para um envelhecimento bem-sucedido.

A resiliência pode ser classificada em três tipos de fatores de proteção: (1) fatores *individuais*: autoestima, autocontrole, autonomia e características de temperamento afetuoso e flexível; (2) fatores *familiares*: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte; e (3) fatores relacionados ao apoio do *meio ambiente*: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas que ofereçam segurança, sentimento de amor e carinho (Brooks, 1994; Emery, & Forehand, 1996).

Connor e Davidson (2008) apresentam alguns itens importantes para a resiliência e que refletem na tenacidade pessoal: otimismo, saber lidar com o humor negativo, relacionamento seguro e autocontrole. Favorece a capacidade de enfrentar as adversidades dos eventos estressantes e do sentimento de desamparo, que permite aos idosos, adaptar ou reconstruir a vida (Roque, 2013, p.74). Por sua vez, Gurgel (2013) ressalta que existem poucas investigações priorizando os métodos de adaptação e os índices psicométricos de testes envolvendo a avaliação da resiliência.

3.1.1.5 Bem-estar Subjetivo e Suporte Social

O bem-estar subjetivo (BES) é um indicador de saúde mental e felicidade e está associado ao envelhecimento saudável. Diener (1984) define o bem-estar subjetivo como a autoavaliação cognitiva e emocional que o indivíduo faz da própria vida. A avaliação cognitiva está relacionada à satisfação com a vida. A avaliação emocional está relacionada aos afetos positivos e negativos, onde as emoções positivas predominam sobre as desagradáveis. As emoções positivas funcionam como “reservas” ou recursos

pessoais duradouros, que melhoram o enfrentamento, as estratégias e as possibilidades intelectuais e psicológicas usadas como forma de sobrevivência e/ou adaptadas ao longo da trajetória do indivíduo (Fredrickson, 2003; Paludo, 2008).

Para Diener et al. (1999), o BES pode ser definido por uma vasta categoria de fenômenos, baseados nas respostas emocionais das pessoas e nos sentimentos de satisfação com a vida. A partir desta definição, estes autores acreditam que o BES é composto por três componentes: satisfação (dimensão valorativa cognitiva), afeto positivo e afeto negativo (dimensão afetiva) (Diener et al., 1999; Montorio, 1992).

Como fatores de proteção importantes, destacam-se a autoestima e a escolaridade. A autoestima está relacionada à saúde mental e ao bem-estar psicológico e influencia a forma como os idosos viverão na velhice (Amparo, Galvão, Alves, Brasil, & Koller, 2008). Quanto à escolaridade, as pesquisas revelam que quanto mais anos de estudo tem o indivíduo, maiores são as competências para obter o equilíbrio dos afetos e para o alcance de satisfação com a vida (Queiroz, & Neri, 2005).

Martínez e Garcia (1994) destacam três elementos que se relacionam com o bem-estar subjetivo dos idosos: sentir-se satisfeitos com a vida; ter capacidade e competência para consegui-lo; e manter o controle sobre o entorno e as condições de vida. Para Diogo (2003), o bem-estar subjetivo está relacionado com o estado de saúde da pessoa, incluindo as suas funcionalidades ativas, além da sua percepção do estado físico.

Atienza et al. (2000) consideram que a satisfação com a vida depende de como o indivíduo compara as circunstâncias vividas e age diante delas. O estudo de Flood, Nies e Seo (2010) sugere que os indivíduos que possuem significado e propósito de vida podem apresentar satisfação com a vida, mesmo possuindo doenças crônicas. Assim, o

propósito de vida pode ser um protetor da satisfação com a vida (e talvez contra os efeitos negativos do envelhecimento). Isto porque se o propósito de vida e a satisfação são componentes do envelhecimento bem-sucedido, então mesmo pessoas com doenças crônicas podem ter um envelhecimento com êxito.

Os autores sugerem intervenções de enfermeiros e cuidadores de idosos, orientadas para o sentido e propósito de vida, a fim de estimular e aumentar a probabilidade de um envelhecimento exitoso. Essas intervenções podem incluir, por exemplo: (a) auxiliar o idoso na elaboração de uma lista de atividades prazerosas, tais como: participar de atividades voluntárias, ler poesias, ouvir música, praticar exercício em grupo, viagens e pintura; ou (b) envolver o idoso em atividades que aumentem a sensação de significado e propósito de vida (Flood, Nies, & Seo, 2010).

O estudo de Perterson (1991), que se propôs a analisar a relação entre a satisfação com a vida e a política, corrobora a importância do engajamento ativo e da percepção da satisfação. Os resultados mostraram que satisfação com a vida impacta na vida política. Isto porque os sentimentos que as pessoas possuem em relação à própria vida afetam as concepções políticas. Dessa maneira, as pessoas mais felizes são mais ativas, comprometidas e conservadoras do sistema existente e, provavelmente, influenciam mais politicamente.

Master e Garmezy (1985) relatam que a rede de apoio social e afetivo, dentro e fora da família, pode ser um fator de proteção importante para fortalecer a autoimagem e a autoeficácia, nas metas almejadas. Segundo Brito e Koller (1999), a rede social é formada pelos sistemas e as pessoas que compõem os elos significativos recebidos e percebidos pelo indivíduo. Já o apoio social e afetivo está relacionado à percepção que o

indivíduo possui do seu entorno social, que inclui os vínculos e recursos disponíveis para enfrentar os desafios naturais da vida.

A felicidade, satisfação, deleite e gratidão, sentimentos estudados pela Psicologia Positiva, estão associados a uma vida psicologicamente rica e saudável. O planejamento imposto ao estilo de vida pode influenciar os níveis de bem-estar e felicidade (Dela Coleta, & Dela Coleta, 2006, p. 538-539). Martín e Mendieta (2002) ressaltam que as ações que promovem participação social, voluntariado e envolvimento com lazer e cultura são recursos valiosos para o bem-estar. O trabalho de Withall et al. (2014) revela que a atividade física¹¹ não é um indicador de bem-estar subjetivo, porque o sedentarismo é um comportamento comum entre as pessoas mais velhas. Mesmo entre as pessoas idosas ativas percebem-se altos índices de sedentarismo.

Alguns autores sugerem elementos que podem contribuir para elevar o nível de bem-estar subjetivo e a felicidade no campo social, dentre eles: viver em um país democrático e de liberdade política, equidade, segurança social, maior nível de riqueza, suportes institucionais públicos eficientes, ausência de conflitos civis e internacionais. No aspecto pessoal, esses autores apontam, dentre outros elementos: casar-se, evitar situações negativas, ampliar as redes sociais, ter uma religião, ter boa saúde, ter nível educacional suficiente, ser extrovertido, possuir autoaceitação e autodeterminação, estar empregado, ter objetivo de vida bem-definido (Dela Coleta, & Dela Coleta, 2006, citado por Seligman, 2004; Dienner, & Suh, 2003).

¹¹ Atividade Física é todo movimento corporal, que resulta em um gasto de energia, por exemplo, andar, correr, nadar. A atividade física é repetitiva, estruturada, proposital, planejada e continua (Terra, Oppermann & Terra, 2010).

O suporte social e a saúde funcionam como agentes protetores frente ao risco de doenças induzidas por estresse e contribuem para o bem-estar de adultos e idosos (Bloom, 1990; Neri, 2004). A interação social e o bem-estar na velhice são importantes para a manutenção de relações sociais com o cônjuge, familiares, amigos e contribuem para o bem-estar psicossocial e a saúde física e mental (Resende, Bones, Souza & Guimarães, 2006, p. 14).

3.1.1.6 Transcendental

A religiosidade e a espiritualidade são construções complexas, que incluem tanto a parte do interior do indivíduo (*coping* espiritual, bem-estar espiritual, paz e conforto da fé), como a parte institucional (a importância da religião, a crença em Deus, a frequência de participação em serviços religiosos e a oração). Como não existe um consenso sobre a definição dos dois termos, este estudo adota as definições a seguir.

A religião é constituída de práticas, crenças e símbolos de uma determinada comunidade, que buscam aproximar o indivíduo ao sagrado e ao transcendente (Koenig, McCullough & Larson, 2001). A religião também foi definida como a expressão externa de uma espiritualidade interior (Cheraghi, Payne, & Salsali, 2005, p. 473). A espiritualidade é a busca pessoal do transcendente ou do sagrado por meio da reflexão, que pode dar sentido e propósito à vida (Fortunato, 1987; Koenig et al., 2001; Zinnbauer, Pargament & Scott, 1999). Assim, uma pessoa pode ter espiritualidade e não ser religiosa, ou ter religiosidade e não ter espiritualidade, ou ser religiosa e ter espiritualidade (Worthington et al., 1996).

Por um largo período, a ciência e a gerontologia negligenciaram a importância da religiosidade e da espiritualidade como recursos de enfrentamento. Especialmente na velhice, a religiosidade e a espiritualidade ocupam uma posição de destaque, porque a religião tenta responder questões existenciais relacionadas a este período da vida (Sommerhalder, & Goldestein, 2006). Existem estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido que abrangem as dimensões da saúde biopsicossocial, mas não incluem a espiritualidade (Sadler, & Biggs, 2006).

Bianchi (2005) afirma que os idosos podem expressar a sua espiritualidade internamente, no desenvolvimento da autoestima, empregando emoções positivas, como humor e gratidão e abordando temas recorrentes, como a morte e a mortalidade. Entre as histórias contadas pelos mais velhos, estão presentes o humor e a gratidão¹². Estas qualidades são usadas como meio de liberação da amargura e do ressentimento e como uma abertura para os sentimentos de gratidão e de graça (qualidades presentes na religião judaica e cristã) (Bianchi, 2005).

Nunes (2008, p. 46) relata que, quanto maior o sentimento de proximidade a Deus e a participação religiosa (semanal), maior o percentual de indivíduos com sentimento de felicidade. Por outro lado, quanto menor a crença em Deus, menor o sentimento de felicidade. Ferreira, Santos e Maia (2012, p. 332) afirmam que, em alguns instantes, a instituição religiosa surge como rede de apoio social do idoso, quer seja pela fé ou pelos novos vínculos positivos com os demais frequentadores da igreja. As investigações de Koenig, George e Titus (2004), com 838 entrevistados, com idade superior a 50 anos e hospitalizados, apontam que as práticas religiosas e espirituais estão relacionadas com

¹² Historicamente, a gratidão tem sido um foco de várias religiões do mundo (Emmons, Cheryl & Crumpler, 2000).

um maior suporte social e com uma melhor saúde psicológica e física. A sintomatologia depressiva foi menos frequente nos pacientes mais religiosos. Os praticantes de atividades individuais religiosas, como oração e leitura bíblica, apresentaram melhor funcionamento cognitivo.

3.1.2 Fatores de vulnerabilidade

Conforme Taboada, Legal e Machado (2006), a vulnerabilidade está diretamente relacionada com a situação de risco, porque quando o indivíduo está exposto a uma situação oposta à de proteção, aumenta a possibilidade de a pessoa apresentar distúrbios comportamentais frente ao risco. Para identificar se um indivíduo está em situação de vulnerabilidade, deve-se ter conhecimento das suas características pessoais, do ambiente de inserção, do fator de risco e do potencial protetor (se presente), relacionados à ocasião. Algumas emoções aparecem como sinais de vulnerabilidade ou guardiãs do corpo e podem responder de forma biológica ou cultural, vinculando-se tanto à transmissão de doenças, quanto à expansão de uma emoção social (Paludo, 2008)¹³.

3.1.2.1 Estresse

Considerado um fator de risco, o estresse é definido por Selye (1959) como o grau de desgaste geral gerado ao longo da vida, ao qual os indivíduos procuram adaptar-se. O organismo manifesta sinais de alerta, quando submetido a um estresse intenso, que pode se mostrar de forma externa ou interna, porém sendo inerente a toda doença (Dela Coleta, 2007; Selye, 1959). Aldwin (1994) define o estresse como uma série de

¹³ Na sua tese, o autor se refere ao “nojo”, mas as considerações são perfeitamente aplicáveis a outras emoções.

experiências vividas entre o indivíduo e o ambiente, que provocam um desconforto psicológico ou fisiológico. Gatchel, Baun e Krantz (1989) o definem como um processo complexo, em que as atividades cotidianas podem ser uma ameaça ao bem-estar do organismo.

O estresse traz consigo características e valores, podendo ser uma resposta adaptativa motivadora para a ação. O modo como o indivíduo lida e vive com o estresse pode defini-lo como positivo (saudável) ou negativo (patológico), sendo esta forma de enfrentamento denominada de *coping*¹⁴ (Taboada, Legal, & Machado, 2006). A Tabela 4 apresenta as consequências do estresse:

Tabela 4. Consequências do Estresse.

Físico ou Externo	Afeta o próprio corpo, é o mais simples de identificar, porém o mais difícil de corrigir. Está relacionado a hábitos cotidianos, tais como: trabalhar muito, má qualidade de sono e alimentação. O estresse físico afeta diretamente o bem-estar e a qualidade de vida.
Emocional ou Psicológico	Seu impacto pode ser maior que o estresse físico e seus determinantes são mais desafiadores a serem identificados. Pessoas deprimidas, solitárias e infelizes têm maior possibilidade de desenvolver doenças e procuram poucas atividades de lazer. Elas são mais vulneráveis a depressão e ansiedade e requerem acompanhamento psicológico.
O Estresse e a Capacidade de Concentração	O indivíduo afetado pelo estresse possui maior dificuldade de concentração e menos clareza no pensamento.

Fonte: Rocha Jr. (2005, citado por Dela Coleta, 2007).

¹⁴ *Coping* e Resiliência estão relacionados e condicionados à situação de estresse. Não obstante, o *coping* foca a estratégia a ser adotada para lidar com o desafio, independente do resultado obtido. A resiliência concentra a ação no resultado da(s) estratégia(s) adotada(s) diante das adversidades (Taboada, Legal, & Machado, 2006, p. 109).

A concepção e avaliação do estresse podem ser identificadas através de três abordagens. A primeira é a abordagem *ambiental* ou industrial, que considera o estresse como decorrente de um acontecimento (foca nas causas). Quanto maior o estímulo, a carga, maior o estresse. A segunda abordagem do estresse é a *biológica*, que considera que o organismo responde como uma síndrome, que provoca alterações fisiológicas, consequências de um estímulo ou carga excessiva ou nociva de estresse (foca nas consequências). A terceira abordagem é a *psicológica*, que foca no processo, ou seja, na interação dinâmica entre o ambiente e a avaliação que o indivíduo realiza sobre o estresse (Pais-Ribeiro, & Marques, 2009, p. 239).

Selye (1959) realizou um estudo sobre as atividades altamente estressantes de executivos, comparando os que não ficaram doentes com os que sucumbiram a diversas doenças. Os empresários saudáveis se diferenciaram dos doentes, porque (1) tendiam a sentir mais controle e compromisso com a vida, (2) acreditavam mais na significação da existência e (3) estavam ativamente envolvidos em seus ambientes. O excesso de adrenalina e noradrenalina danifica os órgãos, causa dor de cabeça, ataques de sinusite, alta pressão arterial, úlceras, reações alérgicas e outras doenças. O estresse e as tensões diárias podem ser tão prejudiciais à saúde, quanto o são as grandes mudanças de vida. No mundo inteiro, as pessoas mais pobres exibem mais problemas de saúde do que as pessoas mais afortunadas. A tensão associada à pobreza pode contribuir para a má saúde. A Tabela 5 apresenta as experiências que podem ser vivenciadas pelos indivíduos e o valor de cada uma delas como unidade de mudança de vida (Davidoff, 1983, p. 447-448).

Tabela 5. Evento da vida e seu valor.

Categoria	Evento da Vida	Valor Médio
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
5	Morte de um membro próximo da família	63
6	Ferimento pessoal ou doença	53
7	Casamento	50
8	Demissão do trabalho	47
10	Aposentadoria	45
12	Gravidez	40
13	Dificuldades com o sexo	39
16	Mudança no estado financeiro	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança para uma diferente linha de trabalho	36
19	Mudança no número de argumentos com o cônjuge	35
22	Mudança de responsabilidades no trabalho	29
25	Realização pessoal extraordinária	28
27	Início ou término de escola	26
29	Revisão de hábitos pessoais	24
31	Mudança em condições ou horário de trabalho	20
33	Mudança em escolas	20
34	Mudança em recreação	19
35	Mudança em atividades eclesiásticas	19
38	Mudança em hábitos de dormir	16
40	Mudança em hábitos de comer	15
41	Férias	13
43	Pequenas violações da lei	11

Fonte: Davidoff (1983, citado por Holmes, 1967).

Segundo Pais Ribeiro e Marques (2009), a escala PSS-14 utilizada no estudo de Cohen et al. (1983) avalia o estresse sob a perspectiva da segunda abordagem, a biológica. Isto porque verifica as alterações bioquímicas e fisiológicas, tendo o estresse associado aos sintomas de depressão e ansiedade.

3.1.2.2 Depressão e Ansiedade

A depressão é um tipo de distúrbio mental que perturba o humor da pessoa, sendo frequentemente usado para descrever sentimentos de tristeza profunda. Para diferenciá-la do sentimento de tristeza normal, que desaparece com o tempo, sem nenhum tratamento especial, a doença é denominada de depressão grave, distúrbio depressivo grave ou depressão clínica. Pessoas com a sintomatologia depressiva têm maior probabilidade de internação não planejada em hospitais, demandam mais tempo para a recuperação e têm um risco duas vezes maior de morte, quando comparadas às pessoas sem histórico de depressão (Guia Essencial de Depressão, 2002; Prina et al., 2014).

O termo depressão ou sintomatologia afetiva, na linguagem corrente, pode ser um estado afetivo normal (a tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. O sentimento de tristeza (afeto normal da vida psíquica) pode manifestar-se em momentos de perda, derrota, desapontamento e indica que a pessoa necessita de atenção e companhia (Del Porto, 1999, p. 6).

Enquanto sintoma, a depressão pode apresentar-se em decorrência de situações estressantes, em circunstâncias sociais e econômicas, revelando inúmeros quadros clínicos, como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas e outros mais. Enquanto síndrome, a depressão se manifesta não só com alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia), mas também com alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Enquanto doença, a depressão tem sido classificada de diversas formas: transtorno depressivo maior, melancolia, distimia (depressão crônica), depressão integrante do transtorno bipolar tipo I e II e outras (Del Porto, 1999, p. 6).

Outras características gerais do estado depressivo são: (a) nem sempre ele é marcado pelo afeto de tristeza; (b) algumas pessoas depressivas revelam a perda da capacidade de sentir prazer e interesse pelo ambiente; e (c) pode vir associado à sensação de fadiga ou perda de energia (cansaço exagerado). Os sintomas psíquicos da depressão incluem: humor depressivo; redução da capacidade de experimentar prazer nas atividades antes agradáveis; fadiga ou sensação de perda de energia; e diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões.

A depressão pode ser causada por três tipos de fatores: (1) *biológicos* (evidência bioquímica, distúrbios hormonais, curto tempo do sono com movimento rápido dos olhos¹⁵); (2) *genéticos* (vulnerabilidade genética à doença depressão, que pode ser afetada por perdas emocionais sofridas); (3) *emocionais e ambientais* (acontecimentos estressantes, estresse crônico, evento traumático ou infância infeliz). Às vezes, a sintomatologia da depressão pode ser consequência de uma doença física, efeito colateral de algum medicamento ou resultado do abuso de álcool ou drogas. Quando a depressão é proveniente dessas causas, normalmente desaparece quando a doença física é tratada (Guia Essencial de Depressão, 2002).

Cerca de 15% das pessoas com mais de 65 anos têm alguns sintomas de depressão, mas estima-se que apenas 10% recebem tratamento. Isto porque muitas pessoas, incluindo médicos, confundem os sintomas de depressão com o processo normal de envelhecimento, ou optam por tratar outros problemas físicos de saúde ou recebem o diagnóstico errôneo de demência na pessoa idosa. Quando detectada, frequentemente a

¹⁵ Também conhecido como Sono REM – Sigla de *Rapid Eye Movement* (Movimento Rápido dos Olhos) (Guia Essencial de Depressão, 2002, p. 99).

depressão não é tratada, pelo fato dos indivíduos considerarem este processo normal, decorrente das perdas enfrentadas (carreira, morte de amigos ou cônjuge, declínio da saúde, uso de medicamento). Afinal, muitas transformações que vêm com a idade são deprimentes. Os sintomas depressivos na pessoa idosa se manifestam de forma diferenciada, pois apresentam probabilidade menor de queixas de tristeza e maior de reclamações de dores, prisão de ventre ou fadiga (Guia Essencial de Depressão, 2002; Mathiasen, & LeVert, 1997; NIH, 1992). Um recente estudo, realizado no Nepal por Pradhan (2014), reafirma esta realidade, pois a depressão é pouco diagnosticada ou tratada entre as pessoas idosas, por falta de consciência do público em geral e pela atuação da medicina.

Sobre as reações do luto normal, que é um evento da vida de grande impacto, podem estender-se de um a dois anos, podendo ser diferenciadas dos quadros depressivos e consideradas como típicas vivências da pessoa idosa (Del Porto, 1999; Yeong, 2010). No luto normal, a pessoa, quando devidamente estimulada, preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente. Já no estado melancólico, o luto pode vir acompanhado de inibição psicomotora. “Os sentimentos de culpa, no luto, limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu; outras ideias de culpa estão geralmente ausentes” (Del Porto, 1999, p. 6). De acordo com Bruce et al (1994), alguns resultados indicam que idosos deprimidos têm maior risco de mortalidade, utilizam com mais frequência os serviços médicos gerais e têm aumentada a possibilidade de limitações nas atividades da vida diária.

O declínio da capacidade funcional e a perda da independência para atividades cotidianas contribuem para a depressão (Domingues, 2008). A pesquisa desenvolvida

por Burgos, Neri e Cupertino (2008) constatou que, ao viverem situações de perda de entes queridos, problemas de saúde e problemas ligados ao bem-estar pessoal, os idosos mais velhos (>80 anos) foram os mais afetados. As atividades físicas regulares promovem a melhora do bem-estar físico, porque aprimoram as habilidades e capacidades motoras, além de promoverem a regulação hormonal; a melhora do bem-estar psicológico, com a redução dos impactos do estresse, da ansiedade e da sintomatologia depressiva; e a melhora do bem-estar social, com a intensificação das interações sociais (Domingues, 2008).

O distúrbio da ansiedade está estreitamente relacionado à sintomatologia depressiva. Cerca de trinta por cento das pessoas que sofrem de depressão também apresentam sintomas de ansiedade. O distúrbio de ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de previsão de perigo, tensão e aflição, pavor, medo ou apreensão. A pessoa se sente apreensiva, incapaz de concentrar-se e de dormir bem. Alguns dos tipos de distúrbios de ansiedade são: a síndrome do pânico (o corpo e a mente sentem um medo intenso e repentino, que está relacionado à depressão); e a fobia (medo irracional de um objeto ou situação específica) (Davidoff, 1983; Guia Essencial de Depressão, 2002, p. 125-127).

Diante do exposto, fica claro que os fatores de proteção são preditores de emoções positivas e podem reduzir os efeitos das situações de vulnerabilidade que prejudicam o envelhecimento bem-sucedido.

IV. Adaptação e Estudo Psicométrico da Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido.

“Eu não estou querendo abusar de viver, para mim, quanto mais viver mais mió.”

“Têm coisas que a natureza lidera, para a pessoa fazer sem estudo. Ela é dona de tudo e é protetora. Escreve aí, já que ela não escreve né!? Ela faz é praticar (rsrsrs).”

(Luiz Moreira)

O envelhecimento bem-sucedido passa pelo querer, como afirma senhor Luiz? Este capítulo objetiva realizar a adaptação brasileira e a análise das propriedades psicométricas da Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (*Successful Aging Scale - SAS*, Reker, 2009).

4.1. Objetivos específicos

- Traduzir e adaptar ao português a escala SAS para o português (Brasileiro);
- Avaliar as propriedades psicométricas da SAS.

4.2. Caracterização da amostra

Para este estudo, contou-se com uma amostra de conveniência (não probabilística) de 288 idosos, com idade entre 60 a 97 anos ($M = 69,2$ anos; $DP = 7,44$). Em sua maioria, os participantes pertenciam ao sexo feminino (53,1% de mulheres e 46,9% de homens), eram casados (58%) e alfabetizados (82%).

4.3 Critérios de inclusão

Foi adotado o critério estabelecido pela OMS, que caracteriza como idosa a pessoa com 65 anos, para os países desenvolvidos, e com 60 anos, para as pessoas de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Desse modo, para integrarem neste estudo, os participantes tinham que ser idosos e, além disso, deviam ter a capacidade de responder o questionário, verbalmente ou por escrito.

4.4 Instrumentos

Os participantes foram requeridos a responder um livreto, composto por duas medidas explícitas (do tipo autorrelato):

- 1) Questionário Sociodemográfico;
- 2) Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (SAS).

4.4.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por 12 questões estruturadas, de múltipla escolha, que visam obter informações relativas ao perfil dos participantes: data de nascimento; sexo; raça; estado civil; quantidade de filhos; relação com a saúde; renda; escolaridade (anos de estudo formal); prática de atividade física; e se possui plano de saúde (Apêndice B).

4.4.2 Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (SAS)

Esta escala foi desenvolvida por Gary T. Reker, no Departamento de Psicologia da Trent University, Peterborough, Ontario, Canadá, em 2009. A escala tem como objetivo realizar pesquisa e triagem clínica, para avaliar o envelhecimento bem-sucedido (EBS).

O diferencial desta escala está no fato de conter o referencial teórico dos quatro principais modelos de EBS da atualidade: o de Ryff (1989a), o de Baltes e Baltes (1993), o de Schulz e Heckhausen (1996) e o de Rowe e Kahn (1997). Estes quatro modelos de EBS têm dado uma contribuição significativa para o debate sobre o tema, mas nenhum deles tem sido capaz de representar todos os componentes-chave do envelhecer bem e de sua medição (Reker, 2009).

Reker (2002) desenvolveu a SAS com questões que abrangem os componentes dos principais modelos em um único instrumento para medir o envelhecimento bem-sucedido. A Tabela 6 apresenta os quatro modelos e suas respectivas questões de SAS:

Tabela 6. Modelos teóricos e suas respectivas questões da SAS.

Autores e seus modelos	Questões da SAS
Ryff: Bem-estar psicológico.	04. Mantendo relações de confiança e afeto com pessoas significativas para mim (Relações positivas com os outros). 06. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível (Autonomia). 14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades (Autoaceitação).
Rowe e Kahn: Evitar a doença/deficiência; Alto funcionamento cognitivo e físico; e Envolvimento ativo com a Vida.	05. Estou envolvido ativamente com a vida através de atividades produtivas (Compromisso com a vida). 07. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências (Evitar doença/deficiência). 08. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço (Alto funcionamento cognitivo/físico). 09. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares (Compromisso com a vida). 13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis (Evitar a doença/deficiência).
Baltes e Baltes: Seleção, Otimização e Compensação.	10. <u>Faço</u> todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim (Otimização). 02. Quando as coisas <u>não saem</u> tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado (Compensação). 12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho (SOC adaptabilidade).
Schulz e Heckhausen:	01. Sou incapaz de fazer escolhas sobre coisas que

Controle Primário e Secundário.	afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e cigarro (Controle principal). 03. Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação (Controle secundário). 11. Sinto que não estou no controle do ambiente à minha volta (Controle principal). [Este item foi retirado do estudo por apresentar resultados inconsistentes nas respostas dos participantes].
---------------------------------	--

Fonte: Adaptado Reker (2009).

Reker (2009) desenvolveu três estudos para realizar a validação da SAS. O primeiro tinha uma amostra de 336 idosos, com idade média de 66,9 anos (faixa etária de 55 a 93 anos), sendo que 36% eram do sexo masculino e 64% do sexo feminino. Setenta e seis por cento deles eram casados. Os participantes tinham uma escolaridade acima do Ensino Médio, possuíam bom estado de saúde e renda familiar. O segundo estudo era formado por uma amostra do Estudo 1, contando com 228 participantes, com média de idade de 68,03 anos, no intervalo de 55-92 anos, sendo que 39% eram do sexo masculino e 61% do sexo feminino. Setenta e seis por cento eram casados. Os participantes tinham uma escolaridade acima do Ensino Médio, possuíam bom estado de saúde e renda familiar. O terceiro estudo foi formado por uma amostra do Estudo 1, contendo 108 participantes. A amostra teve, como média de idade, 64,44 anos, no intervalo de 55-93 anos. Trinta e um por cento eram do sexo masculino e 69% do sexo feminino. Setenta e cinco por cento eram casados. Os participantes tinham, no mínimo, o Ensino Médio completo, desfrutavam de saúde e boa renda familiar.

Cada um dos estudos desenvolvidos por Reker (2009) teve um objetivo específico na validação. O primeiro estudo verificou a correlação dos itens e a estrutura fatorial. O segundo estudo verificou a correlação da SAS com a resiliência, inteligência emocional e autoavaliação da saúde física. O terceiro estudo verificou a correlação significativa de

otimismo, sentido da vida, espiritualidade e repetiu as correlações com a resiliência e a autoavaliação de saúde física do Estudo 2.

Conforme pode ser observado na Tabela 7, a escala SAS original contém 14 itens, de 7 pontos, de uma escala Likert, que contribuem significativamente com o escore total. Na análise fatorial, ela é constituída de três dimensões: Hábitos de Vida Saudáveis, Enfrentamento Adaptativo e Compromisso com a Vida. Os escores de consistência interna de cada fator são os seguintes: Hábitos de Vida Saudáveis (4 itens), 0,72; Enfrentamento Adaptativo (4 itens), 0,73; e Engajamento com a Vida (5 itens), 0,75. A confiabilidade da SAS (13 itens) é de 0,84.

Tabela 7. Estrutura Fatorial da SAS Original.

ITEM	Componentes		
	I	II	III
01. Sou incapaz de fazer escolhas sobre coisas que afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e fumar.	0,68*	-0,02	0,04
07. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	0,68*	0,16	0,23
08. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	0,81*	0,17	0,24
13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	0,80*	0,16	0,11
02. Quando as coisas <u>não saem</u> tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	0,35	0,66*	0,00
03. Em momentos difíceis <u>desenvolvo</u> força mental para lidar com a situação.	0,06	0,72*	0,20
12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	0,09	0,78*	0,15
14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.	0,15	0,67*	0,19
10. <u>Faço</u> todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	0,42	0,42	0,47*
04. Mantenho relações de confiança e afeto com pessoas significativas para mim.	0,03	0,13	0,70*
05. Estou envolvidoativamente com a vida através de atividades produtivas.	0,22	0,10	0,74*
06. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	0,15	0,24	0,50*
09. Estou envolvidoativamente com a vida através de contatos sociais regulares.	0,39	0,20	0,66*
11. Sinto que <u>não</u> estou no controle do ambiente à minha volta.	0,36	0,25	0,26
Números de itens	04	04	05
Valor próprio	5,07	1,45	1,10
% Variância Explicada	36,2	10,3	7,9

Nota: Componentes: I – Hábitos de Vida Saudáveis; II – Enfrentamento Adaptativo; III – Compromisso com a Vida. *Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo $|0,40|$.

4.5 Procedimento ético

Solicitou-se a autorização do autor da escala, para realizar a sua adaptação e validação no Brasil (Anexo 1). Com base no procedimento ético recomendado pela

Resolução 196/96, o projeto e os protocolos a serem utilizados na pesquisa foram encaminhados, via Plataforma Brasil, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. O parecer favorável deste Comitê é mostrado no Anexo 2. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.6 Procedimento para a adaptação transcultural e a validação

Para a adaptação, foram seguidas as seguintes etapas metodológicas:

- a) Tradução e retradução para o idioma a ser adaptado (neste caso, do inglês para o português brasileiro [*forward translation*]); avaliação da pertinência dos itens; retrotradução da versão do português para o inglês (*backward translation*); revisão da versão retrotraduzida; e elaboração dos itens no idioma pretendido (português brasileiro);
- b) Validação semântica;
- c) Prova piloto.

4.6.1 Tradução e retradução

Tradução: No processo de tradução e retradução, foram utilizadas as Normas Internacionais Padronizadas (Viana, & Madruga, 2008). Primeiramente, duas pessoas com domínio dos dois idiomas traduziram o instrumento do inglês (Anexo 1) para o português. O pesquisador responsável analisou as traduções, para chegar à versão de consenso.

Retradução: Posteriormente, uma pessoa bilíngue retraduziu o instrumento do português para o inglês. A versão foi submetida à apreciação do pesquisador responsável, para então o instrumento ser considerado pronto. A retradução da escala final traduzida, realizada pelo parecerista especializado, manteve o mesmo modelo da escala original.

4.6.2 Revisão do Comitê de Especialistas

Foi realizada por um profissional da área de idiomas. O Comitê de Especialistas teve como missão alcançar a equivalência cultural do instrumento traduzido. A versão foi novamente submetida à apreciação e adequação do orientador, para então o instrumento ser considerado pronto. Os procedimentos de tradução, síntese e retrotradução foram realizados sem dificuldades e as modificações dos juízes foram para garantir a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento traduzido com o instrumento original.

4.6.3. Prova piloto

Também conhecida como pré-teste, a prova piloto foi aplicada em 30 idosos, que não foram incorporados à amostra do estudo final. A finalidade da aplicação foi realizar o primeiro teste das propriedades psicométricas e a simulação do campo de estudo, sendo a prova piloto considerada como válida.

4.7. Procedimento de coleta dos dados

Os dados foram coletados em associações de bairro, consultórios odontológicos, residência dos idosos, praia, estação de metrô, instituições educacionais, locais de terapia ocupacional, igreja e estabelecimentos comerciais em municípios da Paraíba (João Pessoa, Cabedelo e Itapororoca), Pernambuco (Ipojuca e Recife) e Rio Grande do Norte (Ceará-Mirim).

Quando a coleta dos dados era realizada em uma instituição, o procedimento consistia em uma apresentação inicial da pesquisadora aos dirigentes e/ou responsáveis pelo estabelecimento, ocasião em que era explicado o objetivo da pesquisa e se obtinham informações acerca das rotinas do local. Os entrevistados eram abordados de modo informal e participavam voluntariamente, após serem informados a respeito dos objetivos, procedimentos, confiabilidade dos dados e anonimato da sua participação.

Após essas etapas, a pesquisadora verificava a idade cronológica dos entrevistados¹⁶, apresentava-lhes os questionários a serem respondidos e agradecia a sua colaboração. A cada entrevistado era solicitado que assinasse 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). Nesta etapa, a versão final do instrumento foi aplicada a 288 idosos e o tempo de aplicação foi entre 5 a 7 minutos.

¹⁶ Muitos idosos, principalmente do sexo feminino, sentiam-se incomodados em revelar a sua idade cronológica. Por este motivo, a pesquisadora teve um cuidado especial na aproximação. Em algumas situações, dizia que a participante não apresentava tal idade, pois, na atualidade, as pessoas utilizam, com frequência, cosméticos e outros métodos de prevenção, a fim de resguardarem a idade real que possuem.

4.8. Análise de Dados

A tabulação e a análise dos dados foram efetuadas através do *software* IBM SPSS Statistics (versão 2.0). Foram realizadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão, distribuição de frequência), principalmente para caracterizar o perfil dos participantes do estudo. Também foi utilizada a estatística inferencial, por meio da Análise Fatorial Exploratória, a fim de compreender a estrutura fatorial da escala, por meio do método dos componentes principais (*PC*). Além disso, foi utilizado o Alfa de Cronbach, para verificar a coerência de cada item com os demais itens do instrumento (Pasquali, 1999).

4.9. Resultados

A amostra foi composta por 288 idosos, divididos em dois grupos (ou categorias), conforme a tendência atual dos gerontologistas em traçar uma demarcação entre *idosos jovens*, de 60 até 75 anos (n=186) e *idosos mais velhos*, acima de 75 anos (n=169). A idade mínima foi de 60 anos e a máxima foi de 97 anos, sendo que 84,4% dos participantes estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde. Ressalte-se que os dados foram obtidos por autorrelato, conforme pode ser visto na Tabela 8.

Tabela 8. Frequência das variáveis: sexo, idade, situação conjugal e escolaridade.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	135	46,9
Masculino	153	53,1
Idade		
60 até 75	231	80,4
Acima de 75	57	19,6
Estado Civil		
Solteiro	18	6,3
Casado	167	58,0
Viúvo	51	17,7
Separado/Divorciado	43	14,9
Outros	9	3,1
Escolaridade		
Analfabeto	13	4,5
Ensino Fundamental	78	27,1
Ensino Médio	75	26,0
Ensino Superior	122	42,4
Renda Individual		
Até 3 salários	100	34,7
4 a 7 salários	78	27
8 a mais 10 salários	89	30,9
Sem rendimento	21	7,3

Nota: n = número de indivíduos; % = percentagem.

Inicialmente, empregou-se uma análise fatorial, com o método dos *componentes principais* (CP), tendo em conta os 14 itens da escala. O conjunto de itens se mostrou adequado para realizar este tipo de análise, considerando os índices satisfatórios KMO = 0,67 e o Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2(91) = 428.99$; $p < 0.001$. Essa análise inicial apontou uma estrutura com cinco fatores, que apresentaram valores próprios maiores que 1, identificados a partir do *critério de Kaiser*. Contudo, com base no *critério de Cattel*, pôde-se verificar uma estrutura mais reduzida e parcimoniosa, com dois componentes (*scree plot*; Figura 2):

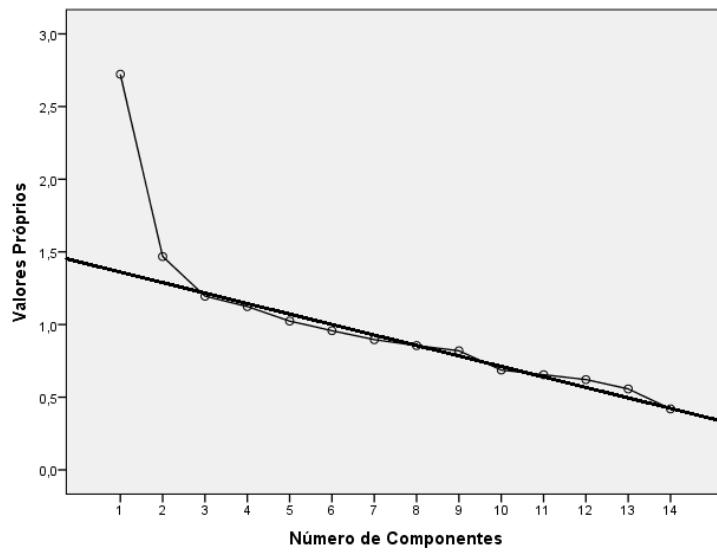


Figura 2. Gráfico dos valores próprios da SAS.

Para dirimir as dúvidas referentes às dimensões apresentadas, procedeu-se à *análise paralela* (AP), designada por critério de Horn, que compreende um procedimento mais confiável e robusto que os anteriormente citados (Hayton, Allen, & Scarpello, 2004), admitindo-se os parâmetros do banco de dados original (288 participantes e 14 itens) e efetuando 1.000 simulações. Os valores próprios gerados aleatoriamente foram comparados com os obtidos na análise fatorial, apresentando uma estrutura bifatorial. Isto confirma o que havia sido encontrado no critério anterior, haja vista que somente dois *eigenvalues* (valores próprios) da PC (2,77; 1,46) foram superiores aos da AP (1,38; 1,29). Assim, tendo em conta a confiabilidade deste critério em relação aos demais, realizou-se uma nova análise PC, desta vez fixando a extração em dois fatores, com rotação *varimax*. Os resultados desta análise são expostos na Tabela 9:

Tabela 9. Estrutura Fatorial da SAS Adaptada.

ITEM	Componentes	
	I	II
09. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.	0,62*	0,05
02. Quando as coisas <u>não saem</u> tão bem como de costume continuo tentando de outras maneiras, até atingir o mesmo resultado.	0,61*	-0,02
10. <u>Faço</u> todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	0,57*	0,13
12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	0,56*	0,07
03. Em momentos difíceis <u>desenvolvo</u> força mental para lidar com a situação.	0,51*	0,21
01. Sou incapaz de fazer escolhas sobre coisas que afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e cigarro.	-0,35	0,03
05. Estou envolvido ativamente com a vida através de atividades produtivas.	0,34	0,28
13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	0,02	0,73*
07. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	-0,00	0,71*
08. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	0,30	0,50*
06. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	0,25	0,46*
14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.	0,00	0,43*
11. Sinto que <u>não</u> estou no controle do ambiente à minha volta.	-0,20	0,27
04. Mantenho relações de confiança e afeto com pessoas significativas para mim.	0,19	0,23
Números de itens	05	05
Valor próprio	2,72	1,46
% Variância Explicada	15,53	14,39
Alfa de Cronbach	0,60	0,60
Nota: *Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo	0,40	.

De acordo com a Tabela 9, a estrutura apresentada reuniu os cinco itens da SAS, os quais apresentaram saturações variando de 0,43 (*Item 14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades*) a 0,73 (*Item 13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis*). Seu índice de consistência interna (Alfa de

Cronbach) total, com 10 itens, foi de 0,65. Desse modo, os valores de consistência interna das medidas empregadas neste estudo podem ser considerados como aceitáveis, visto que se aproximam do valor de referência encontrado na literatura especializada da área, que é de 0,60 (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2009). Deve-se ressaltar, ainda, que todos os itens da escala são invertidos, ou seja, devem ter seus índices de pontuação recodificados. Esta solução bifatorial encontrada é descrita, em detalhe, a seguir:

Fator I. Este fator apresentou cinco itens, com valor próprio igual a 2,72 e explicando 15,3% da variância total. Suas cargas fatoriais variaram de 0,51 (*Item 3. Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação*) a 0,62 (*Item 9. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares*). Sua consistência interna foi de 0,60. A leitura de seus itens sugere defini-lo como *Compromisso com a vida* (Tabelas 10 e 11):

Tabela 10. Fator I - Compromisso com a vida do SAS.

ITEM	Fator I
09. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.	0,62*
02. Quando as coisas <u>não saem</u> tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	0,61*
10. <u>Faço</u> todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	0,57*
12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	0,56*
03. Em momentos difíceis <u>desenvolvo</u> força mental para lidar com a situação.	0,51*
Números de itens	05
Valor próprio	2,72
% Variância Explicada	15,53
Alfa de Cronbach	0,60

Nota: Fator I – Compromisso com a vida; *Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo $|0,40|$.

Tabela 11. Fator I da SAS adaptada e as questões da escala original.

ITEM	Original	Componentes
		Adaptada
09. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.	0,66	0,62*
02. Quando as coisas <u>não saem</u> tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	0,66	0,61*
10. <u>Faço</u> todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	0,47	0,57*
12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	0,78	0,56*
03. Em momentos difíceis <u>desenvolvo</u> força mental para lidar com a situação.	0,72	0,51*
Números de itens		05
Valor próprio		2,72
% Variância Explicada		15,53
Alfa de Cronbach		0,60

Nota: *Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo
| 0,40 | .

Fator II. Este fator também foi composto por cinco itens, com valor próprio de 1,46, explicando 14,39% da variância total. O conjunto de itens deste fator apresentou cargas fatoriais de que variaram de 0,43 (*Item 14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades*) a 0,73 (*Item 13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis*), tendo apresentado um Alfa de Cronbach adequado ($\alpha = 0,78$). A leitura dos itens e a identificação do seu conteúdo semântico permitem denominar este fator como *Estilo de vida saudável* (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12. Fator II - Estilo de vida saudável da SAS.

ITEM	Componentes II
13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	0,73*
07. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	0,71*
08. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	0,50*
06. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	0,46*
14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.	0,43*
Números de itens	05
Valor próprio	1,46
% Variância Explicada	14,39
Alfa de Cronbach	0,60

Nota: Fator II - Estilo de vida saudável. *Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo $|0,40|$.

Tabela 13. Fator II da SAS Adaptada e as questões da escala original.

ITEM	Original	Componentes Adaptada
13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	0,80	0,73*
07. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	0,68	0,71*
08. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	0,81	0,50*
06. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	0,50	0,46*
14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.	0,67	0,43*
Números de itens	05	
Valor próprio	1,46	
% Variância Explicada	14,39	
Alfa de Cronbach	0,60	

Nota: *Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo $|0,40|$.

A Tabela 14 apresenta um comparativo entre as questões adaptadas da SAS e seus respectivos modelos de envelhecimento, fatores originais e adaptados. Merecem destaque as mudanças ocorridas entre a escala original e a adaptada, com relação aos itens excluídos e à reorganização dos novos fatores identificados. Realizou-se uma legenda de cores, na escala cinza, para melhor visualizar os distintos modelos de EBS e as dimensões da SAS original e adaptada.

Tabela 14. Questões da SAS adaptada *versus* modelos e suas respectivas dimensões.

Item Adaptado	Modelos EBS	Fatores	
		Original	Adaptada
01. Sou incapaz de fazer escolhas sobre coisas que afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e cigarro.	Controle principal.	Hábitos de vida saudáveis.	Item excluído.
07. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	Evitar a doença/deficiência.	Hábitos de vida saudáveis.	Estilo de Vida Saudável.
08. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	Alto funcionamento cognitivo/físico.	Hábitos de vida saudáveis.	Estilo de Vida Saudável.
13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	Evitar a doença/deficiência.	Hábitos de vida saudáveis.	Estilo de Vida Saudável.
02. Quando as coisas <u>não saem</u> tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	Compensação.	Enfrentamento adaptativo.	Compromisso com a vida.
03. Em momentos difíceis <u>desenvolvo</u> força mental para lidar com a situação.	Controle secundário.	Enfrentamento adaptativo.	Compromisso com a vida.
12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	SOC adaptabilidade.	Enfrentamento adaptativo.	Compromisso com a vida.
14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.	Autoaceitação.	Enfrentamento adaptativo.	Estilo de Vida Saudável.
10. <u>Faço</u> todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	Otimização.	Compromisso com a vida.	Compromisso com a vida.
04. Mantenho relações de confiança e afeto com pessoas significativas para mim.	Relações positivas com os outros.	Compromisso com a vida.	Item excluído.
05. Estou envolvido ativamente com a vida através de atividades produtivas .	Compromisso com a vida.	Compromisso com a vida.	Item excluído.
06. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	Autonomia.	Compromisso com a vida.	Estilo de Vida Saudável.
09. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.	Compromisso com a vida.	Compromisso com a vida.	Compromisso com a vida.
11. Sinto que <u>não estou</u> no controle do ambiente à minha volta.	Controle principal.	Item excluído.	Item excluído.

Nota: Os modelos de Rowe e Kahn (1997), Baltes e Baltes (1993), Schulz e Heckhausen (1996) e Ryff (1989a), e os fatores, todos diferenciados por tons.

4.10. Discussão

O estudo teve como objetivo apresentar as propriedades psicométricas da Escala de Envelhecimento Bem-sucedido-SAS (Reker, 2009), no Brasil, em uma amostra 288 de idosos e analisar as suas dimensões. Na escala original, a SAS possui três dimensões: (a) Hábitos de Vida Saudáveis (itens 1, 7, 8 e 13), com um α de 0,72; (b) Enfrentamento Adaptativo (itens 2, 3, 12, 14), com um α de 0,73; e (c) Compromisso com a Vida (itens 10, 4, 5, 6 e 9), com um α de 0,75. A confiabilidade da SAS é de 0,84.

Na versão brasileira, a referida escala não confirmou tais dimensões. Os fatores identificados no Brasil foram: (a) Estilo de Vida Saudável, com 5 itens (7, 8, 13, 14 e 6) e um α de 0,60; e (b) Compromisso com a Vida, com 5 itens (2, 3, 12, 10 e 9) e um α de 0,60. A SAS adaptada perdeu 4 itens da original, totalizando 10 itens e uma confiabilidade de 0,65. A confiabilidade da escala no Brasil está próximo do valor aceitável na literatura especializada da área, que é de 0,60 (Hair Anderson, Tatham, & Black, 2009; Palant, 2007). A pontuação do Alfa de Cronbach, da validação no Brasil, foi inferior à da SAS original, mas suas dimensões permitem medir o envelhecimento bem-sucedido dentro do modelo proposto por Reker (2009).

Para obter as duas dimensões identificadas, utilizou-se a análise fatorial, enquanto que, para eliminar qualquer dúvida referente às dimensões apresentadas, foram empregados os critérios de Kaiser e Cattel e a análise paralela. Um dos principais obstáculos ao desenvolvimento do conhecimento é o problema da mensuração. Acredita-se que a utilização rigorosa do método possilita distinguir o conhecimento sistemático de outras formas de conhecimento. Um dos grandes desafios das Ciências Sociais é mensurar fenômenos subjetivos. Para tanto, é recomendável identificar

variáveis que “caminham juntas”, que possuem estruturas subjacentes semelhantes para serem mensuradas (Figueiredo Filho, & Silva Junior, 2010; Tabachinick, & Fidell, 2007).

Uma particularidade pouco comum, nas pesquisas com pessoas idosas, refere-se ao fato do número de participantes do sexo masculino ser um pouco maior que o do sexo feminino. Geralmente, quando isto acontece, é porque grande parte da amostra foi coletada entre idosos frequentadores de praias. Várias pesquisas revelam que os homens aposentados aumentam o seu tempo livre para práticas de lazer e são menos sedentários do que as mulheres nesta faixa etária (Crombie et al., 2002; Humpel et al., 2004; Petroskik, & Gonçalves, 2008).

No estudo, esta particularidade não ocorreu, sendo o número de participantes do sexo masculino (53,1%) um pouco maior que o do sexo feminino (46,9%). Isto pode ser explicado pelo fato da escolha dos participantes ter se concentrado nas praias. Há pesquisa que afirma que população idosa do sexo masculino, aposentada ou pensionista, apresenta um aumento do tempo livre para participar das atividades de lazer (Benedetti, Borges, Petroski, & Gonçalves, 2008)

Na Tabela 14 podem-se identificar as dimensões da escala adaptada no Brasil, que manteve a estrutura dos principais modelos de envelhecimento bem-sucedido. Tal estrutura permite medir o envelhecimento bem-sucedido sob a ótica do otimismo, sentido da vida, plena consciência e autoavaliação de saúde física (Baltes, & Baltes, 1993; Ryff, 1989a; Reker; 2009; Rowe, & Kahn, 1997; Schulz, & Heckhausen, 1996).

Na escala original da SAS, o item 11 foi excluído por não apresentar valores significativos na análise fatorial (Reker, 2009). Na versão brasileira, foram excluídos os

itens 01 (*Sou incapaz de fazer escolhas sobre coisas que afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e cigarro*) e 11 (*Sinto que não estou no controle do ambiente à minha volta*), por não comporem nenhum dos dois fatores identificados. É provável que este resultado inconsistente tenha ocorrido pela formulação negativa da questão, o que dificulta a compreensão e que não foram identificados no estudo piloto. Reker (2009) já havia levantado esta hipótese, que foi confirmada nesta validação.

O item 04 (*Mantenho relações de confiança e afeto com pessoas significativas para mim*) também não apresentou carga fatorial nas duas dimensões identificadas na escala adaptada no Brasil. No momento da coleta de dados, muitos idosos afirmavam ter **afeto pelas pessoas significativas**. Todavia, tinham dificuldade de manter as **relações de confiança** por associarem esta afirmativa a questões de ordem financeira. Na hora da pesquisa de campo, muitos idosos diziam: “Eu tenho afeto pelas pessoas significativas, mas não confio minhas finanças a elas”. Provavelmente, este item não obteve valor significativo pelo fato de muitos idosos associarem a palavra confiança a questões financeiras e não ao sentido geral de segurança íntima, crédito e familiaridade, tal como é apresentado no dicionário (Amora, 1999).

Outro item excluído da SAS adaptada ao Brasil foi o de número 5, por não obter valor significativo nas dimensões encontradas. Provavelmente, isto ocorreu pelo fato de muitos entrevistados associarem o termo “atividades produtivas” a emprego. Durante a entrevista, muitos idosos diziam: “Sou aposentado, então não mais produtivo”. Associar a produtividade ao trabalho está relacionado às mudanças ocorridas a partir do século XX, com o crescimento da industrialização e a inatividade gerada pela

aposentadoria (Hareven, 1999; Romanini, Xavier, & Kovaleski, 2005). Romanini et al. (2005) discorrem sobre a importância de se estudar o processo de aposentadoria, não como um fim, mas como remanejamento e reorganização de outras atividades.

Estudos futuros podem ser realizados para verificar a relação entre a produtividade na aposentadoria e a sua ressignificação entre os idosos da zona rural e urbana. Sabe-se que, na área rural, apesar das atividades diminuírem com a aposentadoria, permanecem algumas outras, cotidianas, tais como: cuidar de animais domésticos, produzir a alimentação da família, fazer um queijo para o consumo da família, e cuidar da casa, entre outras. Resta saber se, tanto na zona rural quanto na urbana, há distinção de significado entre produtividade e equilíbrio biopsicossocial. Torna-se interessante também investigar até que ponto o afastamento da vida produtiva gera perdas de poder econômico, político e social e desprestígio no seio familiar, em ambos os contextos geográficos.

Como pode ser visto na Tabela 14, as dimensões “Enfrentamento adaptativo” e “Compromisso com a Vida”, da SAS original, se aglomeraram na escala adaptada no fator denominado “Compromisso com a Vida”. As únicas questões que se diferenciaram foram a sexta (*06. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível*) e a décima quarta (*14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades*). Talvez isto tenha ocorrido porque a escolha pela independência nas atividades diárias e a aceitação das limitações decorrentes da degeneração natural do indivíduo com o envelhecimento, estão diretamente relacionadas ao estilo de vida.

Finalmente, cabe ressaltar que não existe adaptação da SAS em outros países, a não ser no Canadá, onde ela se originou, e agora no Brasil, com este estudo. Portanto, os resultados deste estudo são importantes, já que disponibilizam uma ferramenta diferente do que tem sido utilizado até agora para estudar o EBS, no Brasil. Outros estudos podem ser realizados para verificar o desempenho da SAS entre a população idosa de outras culturas e inverter as questões 1 e 11 de negativa para afirmativa, a fim de possibilitar um melhor conhecimento sobre a estrutura do EBS.

V. Padrões Psicométricos de Validação da Escala Breve de Resiliência no Contexto Brasileiro.

“Saudade dói, mas nunca ouvi dizer que alguém morreu por saudade, portanto
aguente!”

“Mastigue e engole!”
“Casamento remendado acaba desfiando”.

(Luiz Moreira)

A pequena frase de Moreira retrata seu mecanismo de enfrentamento dos desafios vivenciados, em momentos de discussão. Ele sempre falava da importância de não discutir e sim dialogar em um momento mais apropriado. Com isto, seria possível avaliar, repensar e assimilar novas reflexões. Eis uma característica predominante de sua pessoa, que enfrenta os desafios e adquirir aprendizado diante de momentos desafiadores: resiliência. O objetivo deste segundo estudo é apresentar a adaptação a *Brief Resilience Scale* (Smith et al., 2008), no contexto brasileiro e avaliar as propriedades psicométricas desta escala.

5.1. Objetivos específicos

- Traduzir a escala *Brief Resilience* (BRS) (Anexo 2) para o português (brasileiro) e adaptá-la à cultura brasileira.
- Descrever a distribuição das respostas ao instrumento, verificando existência de efeito “*floor*” (mínimo) e “*ceiling*” (máxima);
- Avaliar a confiabilidade do instrumento através da avaliação da estabilidade e consistência interna.

5.2. Caracterização da amostra

Para este estudo, contou-se com uma amostra de conveniência (não-probabilística) de 270 idosos. Estas tinham idades entre 60 a 86 anos ($M = 67,4$ anos; $DP = 5,8$). Sendo uma amostra quase equitativa em relação ao sexo, 52,6% de mulheres e 47,4% de homens, casados (36%), e alfabetizados (95,5%).

5.3 Critérios de inclusão

Os participantes da pesquisa possuem idade mínima de 60 anos, pois se segue o critério estabelecido pela OMS, que definiu como idoso o participante com 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos, para as pessoas de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

5.4 Instrumento da pesquisa

Os participantes foram requeridos a responder a um livreto composto por duas medidas explícitas (do tipo autorrelato):

- 3) A Escala Breve de Resiliência;
- 4) Questionário Socio-demográfico.

5.4.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico anexado ao instrumento de pesquisa é composto por questões estruturadas, de múltipla escolha que visam obter as seguintes informações relativas ao perfil dos participantes: data de nascimento; sexo; estado civil ou situação conjugal; escolaridade (anos de estudo formal); renda familiar; percepção da saúde; habitação e atividades física e profissionais (Apêndice E).

5.4.2 Escala Breve de Resiliência – BRS (Smith et al, 2008)

Desenvolvida nos Estados Unidos da América (EUA), pelos autores Bruce W. Smith, Jeanne Dalen, Kathy Wiggins, Erin Tooley, Paulette Christopher e Jennifer Bernard, do departamento de Psicologia da Universidade do Novo México, Albuquerque, Novo México -EUA. A escala original foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a capacidade do indivíduo de recuperar-se de estresse. Ela é formada por seis questões, sendo igualmente distribuídas de forma positiva e negativa, a fim de evitar o viés da resposta positiva. Os itens 1, 3 e 5 são positivamente redigidos, e os itens 2, 4 e 6 são negativamente redigidos. A pontuação da escala é a seguinte: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = não concordo e nem discordo, 4 = Concordo, 5 = concordo totalmente.

As características psicométricas da BRS original foram examinadas em quatro amostras distintas, que incluem dois grupos de estudantes, uma de pacientes cardíacos e outra de pacientes com dores crônicas. A primeira amostra possuia 128 estudantes de graduação. A segunda amostra 64 estudantes de graduação. A terceira amostra 112 pacientes de reabilitação cardíaca. A quarta era formada por um grupo de 50 mulheres com fibromialgia ($n = 20$) ou eram de controle saudáveis ($n=30$). A BRS original apresenta uma estrutura unifatorial e uma consistência interna, que vai de 0,80 a 0,91, entre as quatro amostras investigadas (1 = 0,84; 2 = 0,87; 3 = 0,80; 4 = 0,91), o que a faz significativa.

A BRS relacionou-se positivamente com as medidas de resiliência, otimismo, propósito na vida, apoio social e negativamente com pessimismo, desajustivamento comportamental, negação e autoculpa.

5.5 Procedimento ético

Obteve-se a autorização do autor da escala BRS para realizar a adaptação e validação da mesma no Brasil (Anexo 3), com base no procedimento ético recomendado pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Encaminhou-se o projeto, juntamente com os protocolos a serem utilizados na pesquisa, para análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e a aprovação está disponível na Plataforma Brasil, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, no parecer de número 341.967. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5.6 Procedimento para adaptação transcultural e validação

Como no Brasil não existe uma breve escala para medir o construto resiliência, faz-se necessário traduzir, adaptar e validar esta escala confiável para obter importantes informações do nível de resiliência das pessoas. Para tanto, foi concedida a permissão do autor, para realizar a validação de seu instrumento no Brasil, juntamente com a publicação do mesmo.

As etapas metodológicas foram:

- 1) Tradução e retradução para o idioma a ser adaptado. Neste caso do inglês para o português brasileiro (“*forward translation*”), avaliação da pertinência dos itens, retrotradução da versão do português para o inglês (“*backward translation*”), revisão da versão retrotraduzida e elaboração dos itens no idioma pretendido (português brasileiro);
- 2) Validação semântica;

- 3) Prova piloto;

5.6.1 Tradução-retradução

Tradução: Utilizaram-se as Normas Internacionais Padronizadas no processo de tradução e retradução (Viana, & Madruga, 2008). Primeiro, duas pessoas com domínio dos dois idiomas, traduziram o instrumento do inglês para o português. O pesquisador responsável analisou as traduções e realizou as versões de consenso.

Retradução: posteriormente à versão de consenso, uma pessoa bilíngue retraduziu o instrumento do português para o inglês. A versão foi submetida à apreciação e adequação do orientador, para então o instrumento ser considerado pronto.

5.6.2 Revisão do comitê de especialistas

Foi realizada por um profissional da área de idiomas. O comitê especialista teve como missão alcançar a equivalência cultural do instrumento traduzido. A versão foi novamente submetida à apreciação e adequação do orientador, para então o instrumento ser considerado pronto (Apêndice D).

5.6.3 Prova piloto

Também conhecida como pré-teste, foi aplicada entre 30 idosos, com idade entre 60 anos ou mais. A finalidade foi realizar o primeiro teste das propriedades psicométricas e a simulação do campo de estudo. A prova piloto foi válida.

5.7 Procedimento de coleta dos dados

Com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, as entrevistas foram realizadas.

Os dados foram coletados em centro de convivência, academia de ginástica, igreja, instituição de ensino e residências, no município de Cuiabá, Mato Grosso. Quando o trabalho de campo era realizado em instituições, fazia-se a apresentação pessoal aos dirigentes e/ou responsáveis da localidade, explicando o objetivo da pesquisa, adquiria-se a aprovação e ouviam-se as explicações acerca das rotinas do local.

Os entrevistados com idade a partir de 60 anos foram abordados de modo informal e participavam voluntariamente, tendo sido informados a respeito dos objetivos, dos procedimentos, confiabilidade dos dados e do anonimato da sua participação. Transcorrendo essas etapas, a pesquisadora dirigia-se aos entrevistados, explicava os objetivos da pesquisa, verificava a idade e apresentava os questionários, que deviam ser respondidos.

A cada entrevistado era solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Finalmente houve agradecimento à colaboração. A aplicação do instrumento foi dividida em duas fases. A primeira foi denominada de teste piloto e contou com a participação de 30 idosos. A segunda já com o instrumento na versão final teve 270 idosos colaboradores.

5.8 Análise de Dados

Utilizou-se o software IBM SPSS Statistics (versão 20), para tabular e realizar as análises dos dados. Foram realizadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão, distribuição de frequência), principalmente para caracterizar os

participantes do estudo. A Análise Fatorial Exploratória foi empregada a fim de compreender a estrutura fatorial das escalas, por meio do método dos componentes principais (*PC*). Além disso, foi utilizado o Alfa de Cronbach, para verificar o índice de consistência interna de cada fator (Pasquali, 1999).

Resultados

- Parâmetros psicométricos da Escala Breve de Resiliência.

Esta subseção é destinada a apresentar as evidências psicométricas da Escala Breve de Resiliência (BRS), que tem como finalidade medir a capacidade de recuperar-se de stress. Os resultados são estruturados em subtópicos, e se referem às análises estatísticas empregadas. Assim, o primeiro subtópico a ser mencionado corresponde aos dados sociodemográficos (Tabela 15) e, na sequência, vem a análise fatorial.

Perfil Sociodemográfico.

Tabela 15. Frequência das variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, renda, atividade física semanal, percepção de saúde e satisfação com a vida.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	142	52,6
Masculino	128	47,42
Idade		
60 até 75	247	91,5
Acima de 75	23	8,6
Estado Civil		
Solteiro	53	19,6
Casado	97	35,9
Viúvo	63	23,3
Separado/Divorciado	57	21,1
Escolaridade		
Analfabeto	13	4,5
Ensino Fundamental	78	27,1
Ensino Médio	75	26,0
Ensino Superior	122	42,4
Renda Individual		
Até 2 salários	205	76
3 a 6 salários	41	15,2
7 a mais 10 salários	14	5,2
Sem rendimento	10	3,7
Atividade física semanal		
Não realiza ou raramente	143	52,9
De 1 a 2 vezes/semana	61	22,6
De 3 ou + vezes semanais	66	24,5
Percepção de saúde		
Insatisfeito	42	15,6
Nem satisfeito e insatisfeito	54	20,0
Satisfeito	173	64,5
Satisfação com a vida.		
Insatisfeito	11	4
Nem satisfeito e insatisfeito	45	16,7
Satisfeito	213	79,3

Nota: n = número de indivíduos; % = frequência percentilica.

Análise Fatorial

A fim de verificar-se a estrutura fatorial da BRS, empregou-se, inicialmente, o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett. Os resultados indicaram a adequação de se utilizar uma análise fatorial exploratória, tendo

em conta que as estatísticas iniciais $KMO = 0,80$ e Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2(15) = 396,98$; $p < 0,001$ mostraram-se satisfatórias (Tabachnick, & Fidell, 2007). Nesta direção, optou-se por realizar uma análise fatorial com o método PC (*Principal Component*), sem fixar o método de rotação e o número de fatores a se extrair. Assim, foi possível encontrar uma estrutura unifatorial, levando-se em conta o critério de Kaiser, isto é, valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1, explicando 48% da variância total.

A figura do *Scree Plot* (Figura 3) confirmou a estrutura anteriormente verificada, evidenciada pela forma de cotovelo que se configura após o primeiro fator. Deste modo, ao traçar uma linha, pode-se observar que os demais valores quase não se diferenciam uns dos outros, levando, assim, a considerar uma estrutura unifatorial.

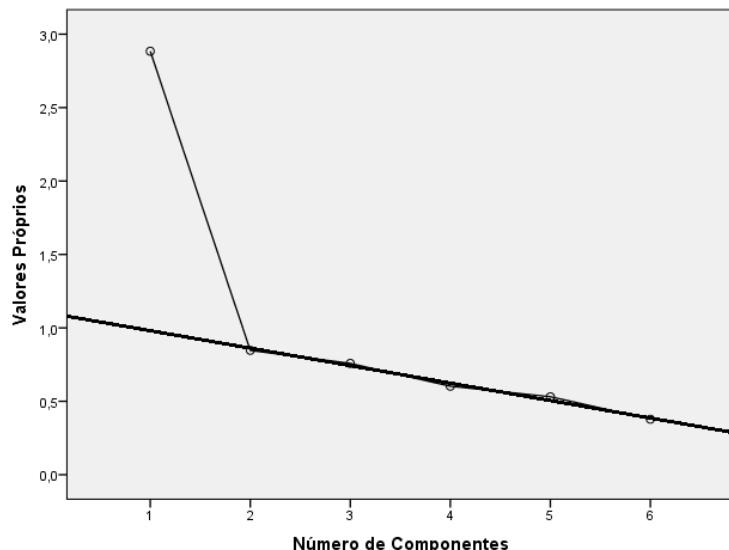


Figura 3. Representação gráfica dos Valores Próprios da Escala BRS.

Contudo, para fins de confirmação, procedeu-se à *análise paralela* (AP), designada por critério de Horn, que compreende um procedimento mais confiável e robusto

(Hayton, Allen, & Scarpello, 2004), admitindo-se os parâmetros do banco de dados original (270 participantes e 6 itens) e efetuando 1.000 simulações. Os valores próprios gerados aleatoriamente foram comparados com os obtidos na análise fatorial, confirmando a presença de um único fator, isso corrobora a estrutura unifatorial para esta medida, haja vista somente um *eigenvalues* (valores próprios) da PC (2,88) ter se apresentado superior aos da AP (1,20). Os resultados da PC são expostos na Tabela 16.

Tabela 16. Estrutura Fatorial da *Escala Breve de Resiliência* (BRS) Adaptada.

ITEM	Componente
	I
†06. Tenho tendência a levar um longo tempo para superar problemas (reveses) em minha vida.	0,77*
†04. <u>Tenho dificuldades</u> em recuperar-me (centrar-me) rapidamente quando algo ruim acontece.	0,75*
01. Tenho tendência a recuperar-me rapidamente após situações difíceis.	0,73*
†02. Tenho <u>dificuldade</u> para enfrentar situações estressantes.	0,71*
03. <u>Não</u> levo muito tempo para me recuperar de uma situação estressante.	0,61*
05. Geralmente, enfrento momentos difíceis <u>sem</u> grandes preocupações.	0,55*
Números de itens	06
Valor próprio	2,88
% Variância Explicada	48,06
Alfa de Cronbach	0,78

Nota: Componentes: I – Fator geral da Escala de Resiliência BRS. * Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo, | 0,40 | ; †Itens recodificados.

Como se pode verificiar na Tabela 16, o fator explica cerca de 48,06% da variância total, onde a carga fatorial varia de 0,55 (*Item 05. Geralmente, enfrento momentos difíceis sem grandes preocupações.*) a 0,77 (*Item 6. Tenho tendência a levar um longo tempo para superar problemas (reveses) em minha vida*). Foi considerado como carga fatorial mínima | 0,40 | para que o item fosse considerado como pertencente ao fator. A única dimensão encontrada compreende os seis itens da escala BRS. Destes, assim como na estrutura original, os itens 02, 04 e 06 são recodificados. Sua consistência interna (Alfa de Cronbach) foi de $\alpha = 0,78$. Desta forma, se comprehende o conteúdo dos itens que representam a Escala Breve de Resiliência no contexto brasileiro.

Tabela 17. Estrutura Fatorial dos 4 Estudos da escala BRS Original e a Adaptada.

	Original				Adaptado
	S1	S2	S3	S4	
01. Tenho tendência a recuperar-me rapidamente após situações difíceis.	0,77	0,79	0,70	0,89	0,73
02. Tenho <u>dificuldade</u> para enfrentar situações estressantes. R	0,73	0,78	0,68	0,91	0,71
03. <u>Não</u> levo muito tempo para me recuperar de uma situação estressante.	0,78	0,78	0,71	0,71	0,61
04. <u>Tenho dificuldades</u> em recuperar-me (centrar- me) rapidamente quando algo ruim acontece. R	0,85	0,90	0,70	0,85	0,75
05. Geralmente, enfrento momentos difíceis <u>sem</u> grandes preocupações.	0,69	0,69	0,71	0,68	0,55
06. Tenho tendência a levar um longo tempo para superar problemas (reveses) em minha vida. R	0,84	0,81	0,67	0,68	0,77

Fonte: Resultados das quatro amostras da escala original, S1 grupo de universitário 1; S2 grupo universitário 2; S3 grupo de pacientes cardíacos; S4 grupo de mulheres com fibromialgia. R = Item invertido.

5.9 Discussão

O estudo teve como objetivo apresentar as propriedades psicométricas da Escala Breve de Resiliência - BRS (Smith et al., 2008), no Brasil, em uma amostra de 270 idosos e analisar suas dimensões. O estudo brasileiro da escala Breve de Resiliência apresentou uma estrutura unidimensional semelhante à versão original. No que se relaciona à equivalência funcional da BRS, percebe-se uma satisfatória equivalência conceitual de itens, semântica, operacional e de mensuração entre a versão original e a brasileira.

Na versão brasileira da BRS destacam-se os bons resultados da validação de constructo, apontando capacidade de medir a resiliência, pois a confiabilidade total da escala adaptada é boa, apresentando um Alfa de Cronbach de 0,78 para medir a resiliência (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2009; Palant, 2007). Cabe ressaltar que não existe adaptação da BRS em outros países, o que impossibilita estudos comparativos. Windle, Bennett e Noyes (2011) desenvolveram um levantamento das escalas de resiliência e suas respectivas confiabilidades, sendo que a BRS de Smith et al. (2008) foi a que apresentou melhor resultado psicométrico.

A Tabela 12 apresenta a estrutura fatorial dos quatro estudos realizados na escala original (Smith et al., 2008) e a adaptada no Brasil. Os itens 5 e 6 permanecem com a menor e maior carga fatorial respectivamente, tanto no estudo original como no estudo brasileiro. Mesmo a escala BRS sendo de origem angloxônica e a adaptação ser em um país latino e apesar de Brandão e Mahfoud (2011) apontarem que ambos os grupos de investigadores pesquisam fenômenos e perfis de sujeitos distintos, os valores psicométricos foram semelhantes. Talvez porque os desafios socioculturais e

econômicos corriqueiramente vivenciados pelos idosos brasileiros, expostos a situações de risco, fazem com que aumente a probabilidade de qualquer amostra possuir indivíduos circunstanciais resilientes.

No Brasil, os idosos possuem uma condição socioeconômica, uma perspectiva e uma infraestrutura distinta dos países desenvolvidos. Contudo, a amostra deste estudo não é convencional para os padrões brasileiros, porque 68% dos idosos têm mais de 8 anos de escolaridade, acima da média brasileira, que é de 3,4 anos de estudo. Outro diferencial da amostra para a média brasileira é a renda, porque 76% recebem até 2 salários mínimos e a média nacional é de 657,00 reais. Mesmo com uma escolaridade e renda acima da média, os idosos deste estudo ganham, em sua maioria, apenas dois salários mínimos. A menor qualidade de vida impactua na longevidade menor, sendo necessários uma infraestrutura de suporte na sua aposentadoria e ganhos reais para uma boa sobrevivência (Costanzi, & Ansiliero, 2014; Santos, Trevisan, & Vilar, 2014; Secretaria de Direitos Humanos, 2014).

Muito embora os idosos brasileiros tenham uma qualidade de vida inferior, um estilo de vida menos saudável que o de países desenvolvidos, eles apresentam um alto índice de resiliência. Provavelmente, isto é decorrente de um grau de enfrentamento vivido no transcorrer da vida, perante as dificuldades socioeconômicas e culturais. Vale sugerir a realização de estudos mais específicos para verificar esta característica.

VI. Análise dos fatores de proteção e vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido

“É bom sonhar acordado, porque a gente grava o sonho bem direitinho. Quando sonha dormindo, a gente não grava não (rsrsrs)”.

“Velho tem cheiro forte, por natureza. Tem que estar sempre cheiroso para as pessoas quererem estar perto”.

“A gente quando fica nesta idade, fica assim para tratar e achar ovo de galinha. É o trabalho mais fácil que tem.”

“Rapadura dá força, coragem, ânimo, tira amarelão e dor de cabeça”.

“Sou grato às oportunidades que a vida me ofereceu e eu aproveitei”.

(Luiz Moreira de Freitas)

A atitude positiva frente às adversidades da velhice é mais um exemplo do Sr. Luiz sobre como enfrentar uma fase repleta de transformações, estereótipos, preconceitos e conclusões aparentes. O objetivo deste capítulo foi estimar os fatores psicossociais de proteção e vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido (EBS).

6.1. Objetivo Específico

Estimar o nível de envelhecimento bem-sucedido na amostra utilizada.

6.2 Hipóteses

6.2.1 Existe uma relação positiva entre as escalas de resiliência, satisfação com a vida, saúde, autoestima, religiosidade e suporte social e a escala de envelhecimento bem-sucedido;

6.2.2 Existe uma relação negativa entre a escala de envelhecimento bem-sucedido e as escalas de stress percebido, ansiedade e depressão.

6.3 Amostra

A amostra foi escolhida por conveniência, tendo como critério de inclusão o fato do participante ter idade a partir de 60 anos.

6.4 Participantes

A amostra contou com 355 idosos, com idades variando de 60 a 101 anos de idade ($M = 69,7$), ($DP = 7,87$), sendo que 57,5% deles eram mulheres e, em sua maioria, casadas (51,3%). A maioria da amostra tinha, em média, de dois a cinco filhos (86,2%). 80,9% da amostra possuíam casa própria. Mais da metade da amostra não tinham o Ensino Médio completo, distribuindo-se entre analfabetos, Ensino Fundamental e Ensino Médio incompleto (53,1%). 50,1% da amostra declararam não participar de atividades religiosas. Quanto à renda familiar, 40% dos idosos recebiam apenas um salário mínimo por mês, enquanto que 7% que não tinham renda ou não sabiam declarar. Em relação às características étnico-raciais, 45,6% se declararam como sendo da raça branca e 43,7% como pardos.

A coleta dos dados foi realizada nos municípios de: Cáceres, Cuiabá e Poconé, no Estado de Mato Grosso; Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul; e João Pessoa, Itapororoca, Rio Tinto e Campina Grande, no Estado da Paraíba. Os locais de coleta foram instituições de ensino, igrejas, conventos, hospitais, residências de pessoas idosas, centros de convivência, asilos, locais de votação eleitoral, consultórios médicos e odontológicos, restaurantes populares, aldeias indígenas e aulas de catequese (Catecumenato). Durante a coleta de dados, foi informado aos participantes que, a

qualquer momento, poderiam solicitar esclarecimentos sobre as questões a serem respondidas.

6.5 Delineamento do Estudo

Em termos de delineamento, o estudo teve, como característica principal, uma abordagem transversal e quantitativa.

6.6 Procedimentos

Metodologicamente, esta pesquisa foi constituída de diferentes etapas:

1- Primeira etapa: após definidos os instrumentos a ser utilizados, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba, via Plataforma Brasil, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com o parecer de número 341.967, a partir do que se iniciaram as entrevistas;

2- Segunda etapa: foi realizado um estudo piloto com 30 idosos, no município de Cuiabá, quando foi constatada a necessidade de fazer adaptações no layout dos protocolos, para uma melhor visualização. Após a avaliação do orientador, a versão final dos protocolos foi aprovada;

3- Terceira etapa: a pesquisadora foi ao campo, para a coleta dos dados. Quando necessário, solicitava a autorização dos dirigentes do local para a aplicação dos instrumentos. Os questionários poderiam ser autoaplicáveis e foram entregues aos participantes. Algumas dificuldades foram detectadas quanto ao entendimento de alguns itens do protocolo, sendo imediatamente solucionadas pela pesquisadora, que prestou

todos os esclarecimentos. Quando o entrevistado era analfabeto, a pesquisadora ou familiar lia as questões ao entrevistado.

Os participantes da pesquisa foram voluntários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa (Anexo 1). A identidade dos participantes foi mantida em sigilo.

4- Quarta etapa: o processamento dos dados coletados foi feito através do programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 2.0.

6.7 Análise estatística

Os dados foram analisados através do *software* IBM Statistical Package for Social Sciences - SPSS (versão 2.0). Foram realizadas análises descritivas, como média, desvio padrão e número de participantes. Também foram efetuadas correlações de Pearson, para investigar possíveis correlações entre a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (SAS) e as demais escalas utilizadas (Resiliência- BRS, Suporte Social – SSQ, Estresse Percebido - PSS, Satisfação com a Vida - ESV, Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD e Perfil de Saúde de Nottingham – PSN). Realizou-se um teste *t* de *Student*, para verificar se existia diferença entre as altas pontuações dos participantes na SAS e os baixos escores obtidos, em função de sua mediana, quando as escalas foram relacionadas. Por fim, realizou-se uma regressão linear, pelo método *a step*, para verificar o poder preditivo (regressão) de algumas escalas (BRS, PSS, ESV, HAD e PSN) frente ao Envelhecimento Bem-sucedido (SAS).

6.8 Instrumentos

6.8.1 Escala de Envelhecimento Bem-sucedido - SAS (Reker, 2009)

A escala *Successful Aging Scale* – SAS, desenvolvida por Gary T. Reker (2009), teve como objetivo medir a percepção de envelhecimento bem-sucedido dos idosos. A SAS foi escolhida por possuir os quatro modelos de envelhecimento bem-sucedido, dos seguintes autores: Rowe e Kahn (1997), Ryff (1989a), Schulz e Heckhausen (1996) e Baltes e Baltes (1993). Tais modelos trazem consigo uma teoria multidimensional do envelhecimento bem-sucedido, que serviu de suporte teórico do estudo. A escala original possui 14 itens e três dimensões: Hábitos de vida saudáveis, Enfrentamento Adaptativo e Engajamento com a vida. A confiabilidade interna da escala original (13 itens) é de 0,84. A escala que foi validada no Brasil, constituindo o primeiro estudo deste trabalho, possui o nome de “Escala de Envelhecimento Bem-sucedido”. Ela possui 10 itens e duas dimensões: Compromisso com a vida e Estilo de vida saudável. O alfa de Cronbach da versão brasileira é de 0,65. Neste terceiro estudo, entretanto, a SAS adaptada apresentou valores mais significativos de consistência interna ($\alpha=0,78$).

6.8.2 Perfil de Saúde de Nottingham – PSN (Teixeira-Salmela et al., 2004)

De acordo com Teixeira-Salmela et al. (2004, p. 906), o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) é um “instrumento genérico de avaliação de qualidade”, de vida ou de sofrimento físico, emocional e social. Esta escala foi adaptada em distintos países, como, por exemplo, Espanha, Japão, Turquia, França, Suécia, Holanda, Dinamarca e Alemanha.

O PSN (Anexo 3) é formado por 38 itens, subdivididos em seis categorias, que compreendem as seguintes questões, de acordo com o que se propõem medir: (a) Nível de Energia (NE), composto pelas questões 1, 2, 26; (b) Dor (D), com as questões 2, 4, 8, 19, 24, 28, 36, 38; (c) Reações Emocionais (RE), compreendendo as questões 3, 6, 7, 16, 20, 23, 31, 32, 37; (d) Sono (S), com as questões 5, 13, 22, 29, 33; (e) Interação Social (IS), com as questões 9, 15, 21, 30, 34; e (f) Habilidades Físicas (HF), com as questões 10, 11, 14, 17, 18, 25, 27, 35. Cada item possui uma resposta positiva e uma resposta negativa, sendo que cada resposta positiva corresponde a um escore 1 (sim = 1), enquanto que a negativa equivale a um escore 0 (não = 0), tendo como pontuação máxima o escore 38. Com este tipo de configuração, o PSN possibilita medir, de forma simples, a saúde física, social e emocional do indivíduo.

A consistência interna da escala adaptada no Brasil está entre 0,90 e 0,94 e a sua confiabilidade teste-reteste é boa ($r=0,75$ a 0,88). Neste estudo, a escala de PSN apresentou um alfa de Cronbach de 0,93.

O PSN foi adaptado para avaliar a qualidade de vida de indivíduos idosos e é sensível para discriminar indivíduos saudáveis de pacientes com sintomas de fadiga. Contudo, Teixeira-Salmela et al. (2004, p. 912) advertem que, pelo fato de ser demasiado fácil, a escala não mede todo o contínuo de qualidade de vida. Por isso, recomendam a utilização de um questionário com uma avaliação funcional e/ou de uma entrevista semiestruturada, para tornar as informações coletadas mais úteis.

Outra limitação da PSN, apontada por Faria et al. (2011), deriva do fato de apresentar idosos independentes, fisicamente ativos e participantes de grupos sociais, que manifestam sentimentos de solidão e relatam que não têm em quem confiar. Os

autores levantam a hipótese de que estes resultados sejam decorrentes de perdas de entes queridos, separação ou afastamento dos filhos. Embora não tenha o objetivo de comprovar esta hipótese, o estudo possui uma escala de suporte social, que pode avaliar um pouco mais estas percepções relatadas pelos grupos de idosos com envelhecimento bem-sucedido.

6.8.3 Escala Breve de Resiliência – BRS (Smith et al., 2008)

A Escala Breve de Resiliência- BRS, de Smith et al. (2008), foi desenvolvida para medir a capacidade de recuperar-se do estresse. Ela possui um formato tipo *Likert*, de seis pontos, com as opções de respostas variando entre 1 e 5, da seguinte maneira: discordo totalmente= 1; discordo=2; não concordo e nem discordo=3; concordo=4; e concordo totalmente=5. A escala é formada por 6 itens, que incidem sobre a capacidade do indivíduo para se recuperar do estresse. Os itens 1, 3 e 5 são positivos e os itens 2, 4 e 6 são negativos. As questões positivas devem ser somadas diretamente, enquanto que as negativas têm pontuação invertida, da seguinte forma: 2=6, 4=4, 6=2. Uma vez realizada a média dos seis itens da escala, quanto maior for a média, maior será o indicativo de resiliência. A BRS original, que foi composta por quatro amostras para realizar este estudo, tem uma consistência interna boa, com alfa de Cronbach variando entre 0,80 a 0,91 (Amostra 1 = 0,84; 2 = 0,87; 3 = 0,80; 4 = 0,91). A versão brasileira também obteve um bom Alfa de Cronbach, $\alpha = 0,78$ e a consistência interna deste estudo 3 foi de 0,80.

6.8.4 Suporte Social - SSQ (Sarason et al., 1983)

O *Social Support Questionnaire* (SSQ) foi construído por Sarason et al. (1983) e traduzido e validado para o Brasil, por Matsukura, Marturano e Oishi (2002). O questionário pretende medir a quantidade e a satisfação com o suporte social recebido (Anexo 4), a partir da percepção dos participantes sobre a sua rede social. O instrumento é composto por 27 questões e está dividido em duas subescalas: suporte percebido (SSQ-N), e satisfação com o suporte (SSQ-S) (Matsukura et al., 2002; Dela Coleta, 2007).

As consistências internas das subescalas da SSQ original são: para a SSQ-N, 0,93 no teste e 0,96 no reteste; e para a SSQ-S, 0,94 no teste e 0,96 no reteste. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,97 para a SSQ-S e de 0,94 para a SSQ-N. Neste estudo, usou-se apenas a subescala SSQ-S, que apresentou um alfa de Cronbach (consistência interna) de 0,90.

6.8.5 Questionário de Saúde

O Questionário de Saúde foi desenvolvido para obter informações sobre o número de enfermidades e deficiências, tais como: diabetes, hipertensão, colesterol alto, histórico de ataque cardíaco e outros problemas do coração, surdez, deficiência visual, problemas de circulação, traumatismo craniano, artrite ou artrose, tumores, catarata ou glaucoma, enfermidades respiratórias e/ou de Parkinson, problemas gênito-urinários e digestivos, anemia, fratura de fêmur, osteoporose, sintomatologia depressiva. Além disso, mede também a autopercepção de saúde, vitalidade, energia, desânimo, tristeza, cansaço, esgotamento e estado de saúde da vida sexual. O Questionário de Saúde vem

complementar a avaliação funcional e a qualidade de vida dos participantes deste estudo (Apêndice 6).

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

Com a finalidade de mensurar o estresse percebido, Cohen, Kamarck e Memelstein (1983) desenvolveram a *Perceived Stress Scale* – PSS, que mensura o nível de percepção das situações estressantes do indivíduo. A escala desenvolvida possui 14 itens (PSS-14) de quatro pontos, que têm como objetivo sensibilizar o indivíduo sobre o nível de falta de controle, imprevisibilidade e sobrecarga na sua vida. No momento da sua criação, o instrumento foi aplicado em 2.387 pessoas, com idade variando entre 18 e mais de 60 anos. A PSS foi validada em 20 países, entre os quais se situam os Estados Unidos da América, o Japão e a Espanha. Na versão PSS-14, as questões 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 têm a sua pontuação somada invertida.

No Brasil, o instrumento foi adaptado e validado por Luft, Sanches, Mazo e Andrade (2007), para mensurar o estresse percebido em idosos ($\alpha=0,82$) e possui 10 itens (PSS-10). Há também a versão PSS-4, de quatro questões, que é utilizada em pesquisas por telefone. A versão brasileira PSS-10, utilizada neste estudo, possui o coeficiente alfa de Cronbach de 0,83 e apresenta uma boa capacidade de predição e validade interna (Anexo 8). Ela é constituída por uma escala do tipo Likert, de quatro pontos, representados por: 0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; e 4=sempre. As questões positivas (4, 5, 7 e 8) são invertidas (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0) e as negativas são somadas diretamente (Cohen et al., 1983). O alfa de Cronbach, apresentado neste estudo, é de 0,83.

6.8.7 Escala de Satisfação com a Vida - ESV (Diener et al., 1985)

A Escala de Satisfação com a Vida (ESV) foi criada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), com o objetivo de avaliar o julgamento das pessoas sobre a satisfação pessoal com a sua vida. A versão original é composta por 5 itens, do tipo Likert de 7 pontos. A presente investigação utiliza a ESV que foi validada e adaptada no Brasil por Albuquerque et al. (2007), sendo que esta escala foi readaptada também por Albuquerque, Sousa e Martins (2010). A versão brasileira possui 5 itens e uma estrutura confirmatória unifatorial, com um alfa de *Cronbach* de 0,76 e variância de 53%. Já a consistência interna apresentada neste estudo é de 0.81. A escala do tipo Likert varia de 0 (zero) a 7 (sete) pontos, da seguinte maneira: discordo totalmente; discordo; discordo ligeiramente; nem concordo, nem discordo; concordo ligeiramente; concordo; e concordo totalmente (Anexo 9). Quanto maior o número de respostas que se aproximam de 7, maior é o índice de satisfação com a vida.

6.8.8 Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD (Zigmond, & Snaith, 1983)

A escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi produzida por Zigmond e Naith (1983) e validada no Brasil por Botega et al. (1995). Ela é composta por 14 questões de múltipla escolha e dividida em duas subescalas: sete questões para avaliar os sintomas de ansiedade (HAD-A) e outras sete questões para medir os sintomas depressivos (HAD-D). Os itens são pontuados em uma sequência de quatro pontos. A subescala HAD-A é formada pelas questões 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13, com $\alpha = 0,84$, enquanto que a subescala HAD-D contém as questões 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14, com $\alpha =$

0,83 (Anexo 10). A pontuação total pode chegar a 42 pontos, sendo de 0 a 21 para a ansiedade e 0 a 21 para a depressão. Para a interpretação, segue-se a orientação de Zigmond e Naith (1983): se pontuar de 0 a 7, avalia-se como “não caso” de ansiedade e depressão, enquanto que uma pontuação entre 8 e 10 é interpretada como um possível caso.

A escala HAD foi escolhida para este estudo do envelhecimento bem-sucedido, porque já existem diversas pesquisas que a utilizam, dentro e fora do ambiente hospitalar, para medir a ansiedade e depressão em jovens e idosos. Alguns exemplos dessas pesquisas incluem: idosos com hipertensão e diabetes (Oliveira, & Sales, 2005); idosos ativos e sedentários (Minghelli et al., 2013); resiliência e mecanismos de proteção (Nadaf, 2013); resiliência e apoio social de idosos (Roque, 2013). A revisão sistemática realizada por Botega et al. (1995) constatou que mais de 700 estudos, em diferentes contextos culturais, utilizaram a HAD e a média do coeficiente alfa de Cronbach foi $>0,80$, ou seja, a escala apresentou boas propriedades psicométricas. A HAD foi adaptada por Nadaf (2013), para a amostra de idosos, no que se refere à apresentação das questões e aos intervalos de respostas.

6.8.9 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, anexado aos instrumentos de pesquisa, é composto por questões estruturadas, de múltipla escolha, que visam obter informações relativas ao perfil dos participantes. Essas informações se referem a: data de nascimento; sexo; raça; estado civil; quantidade de filhos; escolaridade (anos de estudo formal); renda familiar; habitação; atividades profissionais; participação em atividades

religiosas; renda; moradia; prática de atividade física; plano de saúde; relação com a saúde; relação com a vida; e ocupação no tempo livre (Apêndice 7).

6.9 Resultados

A amostra foi dividida em dois grupos (ou categorias), conforme a tendência atual da gerontologia em traçar demarcações como *idosos jovens* - 60 até 75 anos (n=186) e *idosos mais velhos* – acima de 75 anos (n=169). Tal demarcação se justifica porque 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). A descrição detalhada da amostra está exposta na Tabela 18:

Tabela 18. Frequência das variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, renda e tempo livre.

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	151	42,5
Feminino	204	57,5
Idade		
60 até 75	186	52,4
Acima de 75	169	47,6
Estado Civil		
Solteiro	28	7,9
Casado	182	51,3
Viúvo	82	23,1
Divorciado	54	15,2
Outros	9	2,5
Escolaridade		
Analfabeto	63	17,7
Analfabeto Funcional	56	15,8
Ensino Fundamental	52	14,6
Ensino Médio	148	41,4
Ensino Universitário	110	31
Renda Individual		
Até 3 salários	211	59,4
4 a 7 salários	68	19,1
8 a 10 salários	51	14,3
Sem rendimento	25	7
Tempo Livre		
0 atividade	2	0,6
1 a 4 atividades	218	60,2
5 a 10	110	30,4
11 a 12	31	8,7

Nota: *n* = número de indivíduos; % = percentagem.

A Tabela 18 apresenta as atividades realizadas pelos idosos no seu tempo livre. Entre essas atividades, encontram-se: assistir TV, caminhar, frequentar cursos ou grupos

de idosos, participar de associações, ir ao cinema, ir à igreja, ir a bares, ler, navegar na internet, receber visitas, jogar e ir ao teatro. Outras atividades exercidas pelos idosos são: fazer compras, praticar esportes, jardinagem, ouvir música, dançar, sair para visitar parentes, jogar xadrez, cozer, bordar e/ou tricotar, participar de excursões, sair para encontro social ou comunitário, entre outras.

Com relação a algumas doenças crônicas típicas de pessoas idosas: 76,5% não possuem diabetes; 56,6% sofrem de hipertensão arterial; 57,2% relataram não ter colesterol alterado; 81,8% não possuem problemas cardíacos; 71,5% possuem problemas de vista; 58% não possuem problemas de circulação. Quanto a outras doenças crônicas relatadas: 68,2% não possuem artrite ou artrose; 92% nunca tiveram tumores; 60,5% não possuem catarata ou glaucoma; 85,4% não possuem problemas respiratórios; 76,4% não possuem problemas gênito urinário; 71,5% não possuem doenças digestivas; 86% não possuem anemia; 21% possuem osteoporose. Quanto à percepção de saúde, 69,1% da amostra acreditam estar com uma saúde entre boa e excelente.

A Tabela 19 mostra as correlações entre a escala SAS e algumas variáveis e escalas, a saber: a variável *idade* não apresenta correlação com o envelhecimento bem-sucedido ($r = -0,06, p > ,05$); os resultados apontam uma correlação positiva e significativa entre a BRS e a SAS, indicando que quanto maior a resiliência mais o envelhecimento será bem-sucedido ($r = 0,36, p < ,01$); a PSS não apresenta correlação com a SAS, indicando que o envelhecimento bem-sucedido não tem relação com *estresse percebido* ($r = -0,06, p > ,05$); quanto à correlação entre a ESV e a SAS, observa-se que quanto maior a satisfação com a vida, mais se tem um envelhecimento bem-sucedido ($r = 0,40, p < ,01$). Outras correlações entre a SAS e as demais escalas são as seguintes: a SSQS apresenta uma correlação positiva e significativa ($r = 0,13, p < ,05$) com a SAS, indicando que quanto maior o suporte social, mais se tem um envelhecimento bem-sucedido; já a

HADS-D apresenta uma correlação baixa, negativa e significativa com a SAS, indicando que quanto maior o envelhecimento bem-sucedido, menor será a depressão, ou melhor,

	SAS	SAÚDE	BRS	PSS	ESV	SSQ	HAD-A	HAD-D	PSN
IDADE	-0,06	-0,11*	-0,10	0,07	0,04	-0,04	-0,05	0,04	-0,28**
SAS		0,22**	0,36**	-0,06	0,40**	0,19**	0,18**	-0,12*	0,35**
SAÚDE			0,25**	-0,32**	0,36**	0,13*	0,30**	0,02	0,52**
BRS				-0,24**	0,33**	0,24**	0,34**	-0,06	0,40**
PSS					-0,11*	-0,06	-0,37**	0,03	-0,43**
ESV						0,31**	0,38**	-0,01	0,34**
SSQS								-0,11*	0,15**
HAD-A								-0,01	0,43**
HAD-D									-0,03

a sintomatologia depressiva ($r = -0,12$, $p < ,05$); por fim, a correlação entre a SAS e a escala PSN demonstra que quanto maior o entendimento de saúde, maior é o envelhecimento bem-sucedido ($r = 0,35$, $p < ,01$).

Tabela 19. Correlações da SAS com Idade, Saúde e as escalas BRS, PSS, ESV, SSQS, HAD-A, HAD-D e PSN.

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$; 1 = Escala de Envelhecimento Bem-sucedido-SAS; 2 = Saúde; 3 = Escala Breve de Resiliência- BRS; 4 = Estresse Percebido - PSS; 5 = Escala de Satisfação com a Vida -ESV; 6 = Subescala Suporte Social - SSQS; 7 = Escala Hospitalar de Ansiedade - HAD-A; 8 = Escala Hospitalar de Depressão- HAD-D; 9 = Perfil de Saúde de Nottingham- PSN.

Com o objetivo de verificar se existe diferença entre as pessoas com baixo envelhecimento bem-sucedido e as pessoas com alto envelhecimento bem-sucedido, acerca de idade, saúde, BRS, PSS, ESV, SSQS, HAD-A, HAD-D e PSN, foi feita uma comparação entre estes grupos, através de um teste t . Os resultados deste teste são apontados na Tabela 20. Foram encontradas diferenças significativas entre a variável saúde e as escalas pesquisadas (BRS, PSS, ESV, SSQS e PSN). Entre as faixas etárias,

foi possível encontrar diferença significativa quanto ao índice de envelhecimento bem-sucedido, com exceção da idade e da escala HADS-A.

Tabela 20. Teste t para grupos superior e inferior.

	Baixo SAS		Alto SAS		Teste <i>t</i>
	M(n)	DP	M(n)	DP	<i>t(gl)</i>
IDADE	69,59 (186)	7,83	69,94 (169)	7,94	-0,42(352)
SAÚDE	2,87 (186)	0,96	3,25 (169)	0,87	-3,87(352)**
BRS	18,48 (186)	3,35	17,73 (169)	2,87	-2,26(352)*
PSS	20,54 (186)	4,16	20,82 (169)	4,28	0,75(350)
ESV	27,12 (186)	5,16	24,70 (169)	6,09	-5,69(352)**
SSQS	30,92 (186)	5,43	29,30 (169)	4,33	3,09(352)*
HADS-D	16,06 (186)	1,73	16,50 (169)	2,25	-2,01(349)*
HAD-A	15,12 (186)	3,01	15,98 (169)	3,35	-2,01(349)*
PSN	70,32 (186)	6,96	65,67 (169)	8,18	-5,75(352)**

Nota: **<0,01; *<0,05. M = Média; n = número de indivíduos; DP = Desvio Padrão; *t* = *t* de Student; gl = Grau de liberdade; Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido – SAS; Saúde; Breve Escala de Resiliência-BRS; Escala de Estresse Percebido- PSS; Escala de Satisfação com a Vida -ESV; Escala de Suporte Social - SSQS; Escala Hospitalar de Depressão-HADS-D; Escala Hospitalar de Depressão-HADS-A; Perfil de Saúde de Nottingham- PSN.

Finalmente, foi realizada uma análise de regressão múltipla, com o método *stepwise*, para testar quais variáveis predizem o *envelhecimento bem-sucedido*. Foram incluídas no modelo as escalas Saúde, BRS, ESV, SSQS, HADS-D e PSN, por terem apresentado correlações significativas com a SAS. O modelo final reteve os seguintes coeficientes: para a BRS, $\beta = 0,44$, $p < ,01$; para a ESV, $\beta = 0,38$, $p < .01$); para a HADS-D, $\beta = -0,38$, $p < ,05$; e para a PSN, $\beta = 0,20$, $p < ,01$. Este modelo pode ser melhor visualizado na Tabela 21:

Tabela 21. Correlações significativas com a SAS.

Variável	Ajuste R ²	DF	F	Significância
ESV	0,16	349	67,77	.001
PSN	0,21	348	48,92	.001
HADS-D	0,23	347	35,07	.001

Nota: R² = ajuste de regressão ao quadrado; DF = Grau de Liberdade; F = Teste F; ESV = Escala de Satisfação com a Vida; PSN = Perfil de Saúde de Nottingham; HADS-D = Escala Hospitalar de Depressão.

O modelo exposto na Tabela 21 se apresentou estatisticamente significativo [F (7,350) = 17,59, $p < ,01$], respondendo por 26% da variância no envelhecimento bem-sucedido. Estes resultados sugerem que a resiliência, a satisfação com a vida e a percepção de saúde predizem o envelhecimento bem-sucedido de forma positiva, assim como a depressão prediz de forma negativa. Ou seja, os idosos com maior nível de resiliência, satisfação com a vida, melhor percepção de saúde e menor índice de depressão mostraram um envelhecimento bem-sucedido mais alto.

6.10 Discussão

Investigar os fatores de proteção e vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido pode parecer, inicialmente, uma tarefa comumente empreendida pelas pessoas, em virtude de sua experiência, vivência e observação do mundo. Grande parte das investigações sobre este tema segue o modelo biomédico, em que se desconsideram os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham o processo, tais como os fatores sociais, culturais e transcendentais. Muitos profissionais não se sentem à vontade para lidar com componentes de ordem subjetiva ou afetiva, por não se sentirem preparados (Barros, 2002). O óbvio nem sempre é evidente, apesar das respostas já

estarem na natureza, só à espera das perguntas certas. Por isso, esta investigação procurou estudar quais são os fatores de proteção e de vulnerabilidade para o envelhecimento bem-sucedido, dentro de uma abordagem biopsicossocial.

Para tanto, foram realizados dois estudos de validação, referentes, respectivamente, à Escala de Envelhecimento Bem-sucedido-SAS (Reker, 2009) e à Escala Breve de Resiliência-BRS (Smith et al., 2008). Cada investigação contou com uma amostra específica, de acordo com a sua finalidade. A confiabilidade interna da SAS, na versão brasileira, foi de 0,65, enquanto que, no terceiro estudo a SAS, o Alfa de Cronbach foi de 0,78, pois a amostra apresentou um EBS mais significativo.

A investigação como um todo, levada a efeito na presente tese, dirigiu a atenção para vários aspectos percebidos a respeito do envelhecimento bem-sucedido, relativos aos elementos físico-clínicos, socioeconômicos, emocionais e espirituais (transcendentais). Por se tratar de um tema pluridimensional, que leva em conta múltiplos elementos, que vão desde os aspectos físicos até os aspectos espirituais, as observações se concentram num esforço de não se deter nos elementos conceituais em detrimento dos fenômenos particulares levantados no momento da tabulação dos resultados. O desenvolvimento e a apresentação dos resultados demonstram que as demandas dos trabalhos com os idosos realmente existem dentro deste modelo apresentado por Reker (2009).

Isto acontece em relação à própria definição de envelhecimento bem-sucedido, uma vez que há estudos que demonstram que os modelos gerais se modificam por adaptação de ideias a respeito das observações sobre os idosos. Entretanto, a pesquisa atual sobre o tema sugere não uma adaptação das novas ideias diante das anteriores, mas uma

modificação de nível epistemológico e estrutural. Como exemplo, a pesquisa de Mafra et al. (2013) mostrou que há uma diferença estrutural entre os idosos brasileiros e os pertencentes aos países desenvolvidos, que possuem maior nível de escolaridade, melhores condições socioeconômicas e maior longevidade.

Contudo, a diferença não é devida somente a estes fatores, pois também poderia ter sido acrescentado um fator transcendental, porque o estudo apresenta nova ou complementar forma estrutura do conhecimento sobre o envelhecimento bem-sucedido. Por esse estrutura, uma transformação dos elementos presentes pode se dar por acréscimo ou por quebra de paradigma, porque, no que diz respeito ao envelhecimento bem-sucedido, não existem determinações pautadas em um único elemento. O envelhecimento bem-sucedido não pode ser creditado aos fatores de saúde física, aos elementos sociais e econômicos ou aos aspectos emocionais e espirituais, tomados isoladamente, porque, no terreno de constituição das pesquisas não existe uma proposta de definição ampla e definitiva sobre o tema, mas sim um espaço para uma inquietação¹⁷.

Mesmo diante das desigualdades regionais (Mafra et al., 2013; WHO, 2013), os resultados mostraram que as pessoas que possuem melhor envelhecimento bem-sucedido têm, como fatores de proteção: melhor percepção de saúde; capacidade de ser resiliente diante das situações estressantes; vínculo social; e a vida está diretamente relacionada a um sentido de existência. Estes dados corroboram o que foi encontrado nas pesquisas empreendidas por diversos autores, como Guedea et al. (2006), Teixeira e Neri (2008) e Wilson-Genderson e Cartwright (2010).

¹⁷ O que é mais importante, ajudar o outro a melhorar ou mostrar-lhe o que está acontecendo? Eu estou vendo isto, quer tentar ver? Ou seja, não há a pretensão de questões conclusivas.

Quanto à baixa renda, os resultados se contrapõem aos encontrados por Sousa e Silver (2008), que mostraram que, quanto maior a renda, melhor a percepção das idosas quanto ao seu estado atual de saúde ($p=0,038$). Na tese, entretanto, a amostra do Estudo 3 é composta por 40% de idosos com renda mensal de apenas um salário mínimo e apresenta uma percepção de saúde que vai de bom a excelente. A justificativa para este resultado pode estar no somatório e compensação de fatores protetores e de vulnerabilidade, que contribuem para o envelhecimento bem-sucedido, mesmo entre os idosos que se encontram potencialmente em situação de risco e de desvantagem social. Como afirmam Ferreira, Rocha e Maia (2010), o aumento da longevidade não implica uma melhor qualidade de vida e a questão do envelhecimento bem-sucedido perpassa pelo desenvolvimento de mecanismos de proteção e enfrentamento dos fatores de risco, de vulnerabilidade e, até, de emoções transcendentais no indivíduo.

No que tange à escolaridade, a média encontrada em estudos realizados em países desenvolvidos é de aproximadamente 15 anos e os indivíduos com escolaridade muito reduzida são extremamente difíceis de encontrar. No estudo, o nível de escolaridade médio encontrado foi muito inferior ao apresentado por estudos epidemiológicos e clínicos-patológicos realizados em países desenvolvidos, sendo que o efeito protetor da educação, em relação à demência, ocorreu em indivíduos com oito ou mais anos de escolaridade (Cobb et al., 1995). Não obstante, um estudo de Ardila (1998) revelou que a curva de interação entre o nível educacional e o desempenho cognitivo não é linear. A associação entre os casos pré-clínicos e o maior nível de escolaridade, demonstrada nesta investigação, significa que apenas poucos anos de escolaridade já podem interferir na constituição da reserva cognitiva de um indivíduo.

A Figura 4 aponta uma significativa contribuição, para o envelhecimento bem-sucedido, dos fatores protetores, como: satisfação com a vida, resiliência, percepção de saúde, saúde e suporte social; e apresenta a sintomatologia de depressão como o fator de vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido. Como desdobramentos, são apresentados os fatores determinantes (positivos) e coadjuvantes (negativos). Para cada construto positivo do envelhecimento bem-sucedido, são mostrados os seus fatores determinantes e coadjuvantes, tal como identificados na amostra deste estudo.

		Fatores Determinantes (Positivos)	Fatores Coadjuvantes (Negativos)
Fatores Protetores do Envelhecimento Bem-sucedido	1. Satisfação com a Vida	3.1 Percepção de Saúde 5.1 Suporte Social	
	2. Resiliência	3.2 Percepção de Saúde 1.1 Satisfação com a Vida 5.2 Suporte Social	Estresse
	3. Percepção de Saúde	4.1 Saúde 2.1 Resiliência 1.2 Satisfação com a Vida 5.3 Suporte Social	
	4. Saúde	3.3 Percepção de Saúde 1.3 Satisfação com a Vida 5.4 Suporte Social	Estresse
	5. Suporte Social	3.4 Percepção de Saúde	Depressão
Fatores de Vulnerabilidade do Envelhecimento Bem-sucedido		Depressão	

Figura 4. Consolidação dos fatores de vulnerabilidade e de proteção do estudo.

Fonte: Elaboração própria.

Como pode ser visto na Figura 4, o suporte social é um construto protetor do envelhecimento bem-sucedido e se relaciona com a percepção de saúde e com a depressão. Quanto à percepção de saúde, teve grande participação nos fatores positivos do bom envelhecimento. A amostra deste trabalho apresentou os preditores de saúde apontados por Depp e Jeste (2009), são eles: não ter diabetes e artrite; praticar atividades físicas; melhor autopercepção de saúde; menor ocorrência de enfermidades; e ausência de depressão. A atividade física semanal faz parte do cotidiano deste grupo de entrevistados desta tese, o que contribui para a sua melhor capacidade funcional, saúde e qualidade de vida (Faria et al., 2011; Jette, 1993; Neri, 1993, 2000, 2001; Rosa et al., 2003; Sajid et al., 2008; Domingues, 2008; Ciosak et al., 2011).

Uma das consequências do envelhecimento populacional é o aumento das doenças crônicas. No presente estudo, um número significativo da amostra apresentou uma alta prevalência de uma destas doenças, a hipertensão arterial, a qual, entretanto, não foi determinante para a definição da sua conduta. Isto porque, como afirma Lira (1978), uma pessoa idosa pode ser acometida por doenças crônicas e, por meio de adaptação adequada ao ambiente (o que pode ser facilitado por um tratamento medicamentoso), ter um ajustamento pessoal à velhice. A doença afeta as pessoas de forma diferente, dependendo das qualidades pessoais e particularidades circundantes (por exemplo, das relações sociais e da satisfação interior). A sabedoria ou competência adquirida conduz a sentimentos de felicidade e otimismo. A ciência da velhice é nova, sobretudo no que diz respeito aos aspectos psicológicos (Lira, 1978, p 175).

A resiliência foi o segundo constructo preditivo em ordem de significância para o envelhecimento bem-sucedido, corroborando os resultados apresentados em outros

estudos (Jeste et al., 2013). A resiliência move o indivíduo para um envelhecimento bem-sucedido (Harris, 2006), refletindo-se na sua tenacidade pessoal e no seu otimismo, tornando-o capaz de lidar com o humor negativo, com as questões de relacionamento e com o autocontrole (Davidson, 2008). Neste trabalho, os fatores de proteção positivos para a resiliência, como a percepção de saúde, a satisfação com a vida e o suporte social, vão ao encontro dos três tipos de fatores de proteção apresentados por Brooks (1994) e Emery e Forehand (1996).

O estudo abre diversas opções de análise deste complexo processo do envelhecimento bem-sucedido. Para pesquisas futuras, torna-se interessante verificar a contribuição do constructo de resiliência para a longevidade, em idades acima de 95 anos, pois há poucas investigações neste sentido, principalmente em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (Ferreira, Rocha, & Maia, 2010).

O estresse apareceu como um fator negativo da saúde e da resiliência, tal como já fora identificado em outros estudos. Contudo, o idoso em situação de resiliência pode propor-se a se recuperar, mudar e/ou responder de forma positiva às adversidades da vida, o que pode ser vital para promover a saúde, após o episódio de estresse (Lauxen, 2014; Noronha et al., 2009; Dell'Agio et al., 2006). Pesquisas futuras devem ser feitas, com base na Psicologia Positiva, para investigar o papel que o estresse desempenha no ajustamento psicológico dos elementos dinâmicos da personalidade, de maneira similar ao que ocorreu com as investigações de Selye (1959), sobre o sucesso dos executivos altamente estressados e saudáveis. Conforme demonstrou estes estudos, tais executivos saudáveis tinham em comum, uma espécie de compromisso, comprometimento ou

envolvimento com o seu ambiente, com o seu propósito de vida e com o significado de sua existência (Davidoff, 1983; Reker, 2002, 2009; Ruff, 1989a, 1989b, 1989c).

A depressão merece uma atenção especial no presente estudo, uma vez que se apresentou como um fator significativo de vulnerabilidade do envelhecimento bem-sucedido. Um alerta importante é que apenas 10% da população de idosos tratam deste distúrbio, apesar de se saber que pessoas com sintomatologia depressiva têm maior risco de mortalidade e grande probabilidade de apresentar distúrbios de ansiedade (Bruce et al., 1994; Davidoff, 1983; Guia Essencial de Depressão, 2002; NIH, 1992).

Mas o fator protetor de maior significância nesta investigação foi a satisfação com a vida, que apresentou, como fatores determinantes, a percepção de saúde e o suporte social. Este resultado confirma o que foi encontrado em outras pesquisas, mostrando que a rede de apoio social, o estado afetivo e a percepção de saúde são fatores de proteção. A satisfação com a vida pode ser vista como uma motivação, porque funciona como uma “reserva de emoções positivas” ou de recursos pessoais, dos quais o indivíduo pode lançar mão para enfrentar os desafios encontrados no transcorrer da sua existência (Diogo, 2003; Fredrickson, 2003; Masten, & Garmezy, 1985; Paludo, 2008).

Os resultados do presente estudo sugerem que não existe uma relação tão direta entre a longevidade e a cronologicidade, uma vez que a longevidade passa a ser compreendida não somente dentro de um contexto métrico-temporal, mas também como valor constituído a partir de vários elementos verificados nos questionários e instrumentos utilizados. A adaptação positiva às transformações provenientes da velhice incluem os estados mentais internos e as circunstâncias externas, a continua adaptação entre os padrões do presente e do passado, a aceitação da velhice e da morte, certa

alegria sobre o sentimento de segurança, liberdade, confiança e boa situação econômica (Lira, 1978). Este estudo coloca em xeque a boa situação econômica, haja vista que a grande maioria dos participantes ganha um salário mínimo. Resta saber se uma pessoa de 87 anos pode ter ou não um envelhecimento bem-sucedido. Resta determinar se o sucesso do envelhecimento, que é um processo natural da condição humana, está relacionado à longevidade e à cronologicidade.

Um fator intrigante, que chamou a atenção no momento das entrevistas, foi o sentimento de gratidão, expressado verbalmente pelos entrevistados. Gratidão pelo pouco que se tem ou pelo muito que se conquistou ou recebeu ao longo da vida. Este construto não foi investigado e, por isso, não se pode analisar seu impacto no envelhecimento bem-sucedido, apesar de se saber que, mesmo quando em desvantagem social, os idosos podem revelar satisfação com a vida.

Para estudos futuros, vale a pena acrescentar este fator transcidente, derivado da Psicologia Positiva, que compreende a força da gratidão (Martí, 2006; Peterson, & Seligman, 2004). Será uma forma de se compreender as motivações, necessidades e desejos humanos, frente à sua própria história, já que o estudo bidimensional do homem não contempla, de maneira satisfatória, a vivência humana total. Por uma questão metodológica, não contemplou as questões transcendentais, como exemplo, a gratidão, porque o mesmo possuía 193 questões a serem respondidas pelos idosos, o tempo médio de resposta foi de aproximadamente 54 minutos. Ao chamar a atenção sobre esta questão, a presente tese aponta para elementos que geralmente não são devidamente levados em conta nos estudos a respeito do envelhecimento bem-sucedido, tais como: a

gratidão, o perdão, a realização apesar do sofrimento, a alegria apesar do adoecer e a vida apesar da morte iminente (Sadler, & Biggs, 2006).

Além disso, como acompanhar o processo do envelhecimento sem criar uma dependência social exacerbada do idoso, em seu *lócus* vivencial e, ao mesmo tempo, não desmerecer-lo em função das limitações que lhe são próprias? A tese atual aponta para uma discussão bioética a respeito do envelhecimento bem-sucedido, uma vez que o olhar lançado sobre este processo escapa radicalmente de uma perspectiva reducionista (mecânica-funcional).

VII. Considerações Finais

“Calma!! Quem corre cansa, quem anda alcança...
Cuidado para não derramar todo o leite”.
(Luiz Moreira)

O Sr. Luiz Moreira de Freitas e esta tese de doutorado têm em comum a seguinte assertiva: nem todo o tempo de convivência com aquele, nem muito menos as horas de estudos dedicadas a este, poderão desvelar os mistérios das sábias lições próprias da vida ou fazer tornar espontaneamente visíveis as definições conclusivas sobre o Envelhecimento Bem-Sucedido. Neste sentido, somente os estudos futuros poderão desvelar com maior clareza a complexa definição sobre o envelhecimento bem-sucedido. Esta pesquisa, que parte da lógica e do aporte teórico-científico da Psicologia Positiva, sugere repensar esta temática a partir de articulações tais que passam a considerar algumas modificações de nível epistemológico e estrutural, inclusive.

Mesmo diante destas inquietações promovidas pelo tema central da presente tese, o estudo apresenta como fatores protetores do envelhecimento bem-sucedido: a satisfação com a vida, a resiliência, a percepção de saúde e o suporte social. Revela, ainda, como fator de vulnerabilidade, a sintomatologia depressiva. Como fator coadjuvante negativo em quase todos os fatores determinantes positivos de proteção do envelhecimento bem-sucedido aparece o estresse e, novamente, a sintomatologia depressiva.

Esta tese vem preencher uma lacuna na literatura brasileira quanto à existência de instrumentos de aferição do Envelhecimento Bem-Sucedido e da Resiliência. Isto porque os resultados obtidos permitem considerar a adaptação brasileira da SAS e da BRS como sendo fidedignos, uma vez que são detentoras de características

psicométricas satisfatórias na mensuração do Envelhecimento Bem-sucedido e Resiliência, respectivamente.

Uma limitação deste estudo está relacionada à não investigação mais atenta dos aspectos transcendentais do envelhecimento. Aqui, cito como exemplo: a gratidão, a realização, a esperança e o desprendimento sobre as expectativas da vida ou interpessoal.

Como forma de contribuição social, esta tese apresenta as seguintes proposições para estudos futuro ou reflexão pessoal:

- Existe uma relação direta entre a longevidade, a cronologicidade e o envelhecimento bem-sucedido?
- Como acompanhar o processo do envelhecimento sem criar uma dependência social exacerbada do idoso em seu *locus* vivencial e, ao mesmo tempo, não desmerecerê-lo em função das limitações que lhe são próprias? A tese atual aponta para uma discussão bioética a respeito do envelhecimento bem-sucedido, uma vez que o olhar lançado sobre este processo escapa radicalmente de um olhar reducionista (mecânico-funcional).
- Que cada pessoa que se dedicou a olhar esta tese reflita e mude ao menos três ou sete hábitos pessoais em prol do sucesso do seu envelhecimento pessoal¹⁸, uma vez que esta decisão pode ser um fator subjetivo para um futuro bem-sucedido.

¹⁸ Havia entre os entrevistados alguns aposentados que tomaram a decisão de mudança de vida depois dos 60 anos e revelavam aparente vitalidade, disposição para suas práticas diárias de atividades na praia e satisfação com a vida.

VIII. Referências

- Abellán, A., Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, & Rojo, F. (1992). La valoración del estado del salud: morbilidad y autopercepción. *Revista de Gerontología*, 2(4), 231-236.
- Albuquerque, F. J. B., Rodrigues, C. F. F., Gouveia, C. N. N. A., Martins, C. R., & Neves, M. T. S. (2007). Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida para Idosos de Baixa Renda na Paraíba. *III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, João Pessoa PB. Disponível em: <<http://www.ibapnet.org.br/congresso2007/index.html>>.
- Albuquerque, F. J. B., de Sousa, F. M., & Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico*, 41(1). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/511>
- Aldwin, C. M. (1990). The Elders Life Inventory (ELSI): egocentric and nonegocentric stress. In M. A. P. Stephens, S. E. Hobfoll, J. H. Crowther, & D. L. Tennenbaum (Eds), *Stress and coping in late life families*. New York: Hemisphere.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- Alexandre, M. (2004). Representação social: uma genealogia do conceito. *Revista Comum*, 10(23), 122–38.
- Almeida, T. de, & Lourenço, M. L. (2009). Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(2), 233–244. doi:10.5335/rbceh.2009.022
- Almeida, T. de, & Lourenço, M. L. (2008). Amor e sexualidade na velhice, direito nem sempre respeitado. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 5(1). Disponível em: <http://www.perguntasrespostas.com.br/seer/index.php/rbceh/article/viewArticle/104>
- Alves, J. E. D. (2014). Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*, (40). Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/download/440/440>
- Alves, P. B. (1997). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados (Resenha). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10:369-373. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721997000200013&script=sci_arttext
- Amora, A. S. (1999). *Minidicionário Soares Amora da Língua Portuguesa*. Ed. São Paulo: Saraiva. ISBN: 85-02-02990-8.

- Amparo, D. do, Galvão, A. C. T., Alves, P. B., Brasil, K. T., & Koller, S. H. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia, 13*(2), 165–174.
- Annandale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press. ISBN: 9780745613581
- Ardila, A. (1998) A note of caution: normative neuropsychological test performance: effects of age, education, gender and ethnicity: a comment on Saykin et al (1995). *Appl Neuropsychol, 5*: 51-53.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12*(2), 314–319.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1 - 27). Canadá: European Science Foundation.
- Baltes , P. B. (1994). Aging well and institutional living: A paradox? In R. P. Abeles , H. C. Gift , & M. G. Ory (Eds.), *Aging and quality of life* (pp. 185 – 201). New York: Springer.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development, 1*(3), 123-144.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev, 84*:191-215.
- Barreto, M. L. (1992). *Admirável mundo velho – velhice, fantasia e realidade social*. São Paulo: Ática.
- Bassit, A. Z. (2004). Na condição de mulher: a maturidade feminina. In P. Y. L. et al. (Orgs.), *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Nau.
- Bastos, J., Mohallem, A., & Farah, O. (2008). Ansiedade e depressão em alunos de enfermagem durante o estágio de oncologia. *Einstein, 6*(1), 7–12.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde E Sociedade, 11*(1), 67–84.
- Barefoot, J. C., Mortensen, E. L., Helms, M. J., Avlund, K., & Shroll, M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and Aging, 16*, 342-345.
- Bearon, L. B. (1996). *Successful aging: what does the 'good life' look like? The Forum for Family & Consumer Issues, 1*:1–6

- Beauvoir, S. (1990). *A velhice* (5^a Ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L.J., Petroski, E. L. & Gonçalves, L. H. T (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*, 42 (2), 302-307.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y, Pereira, P. P. P, Lucia, M. C. S., & Zugaib, M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: Ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*, 55(3), 322-7.
- Bianchi, E. (2005). Living with elder wisdom. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(3), 319-329.
- Bloom, J. R. (1990). The relationship of social support and health. *Soc Sci Med*, 30(5):635-7.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, Jr. C., & Pereira, W. A. (1995). Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saude Publica*, 29:355-63.
- Bowling, A. (1993). The concepts of successful and positive ageing. *Family Practice*, 10:449-453.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ: British Medical Journal*, 331(7531), 1548.
- Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35(6), 607-614. doi:10.1093/ageing/afl100
- Branden, N. (1998). *Autoestima: como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo: Saraiva.
- Brasil - Departamento de Atenção Básica (2000). *Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Brasil (1996). *Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996*. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. Brasília: Poder Executivo, Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brito, R., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. Carvalho (Eds.), *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação* (pp. 115-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brito, F. C., & Litvoc, C. J. (2004). Conceitos básicos. In F. C. Brito & C. Litvoc (Eds.), *Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde* (pp.1-16). São Paulo: Atheneu.
- Brooks, R. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 545-553.

- Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S., & Blazer, D. G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *American Journal of Public Health, 84*(11), 1796-1799.
- Buckner, R. L. (2004). Memory and executive function in aging and AD: multiple fatores that cause decline and reserve factors that compensate. *Neuron, 44*(1), 195-208.
- Burgos, A. C. G. F., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista Psicologia Reflexão e Crítica, 21*(1), 74-82. ISSN: 0102-7972.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., & Wood-Dauphinee, S. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA approach. *J Clin Epidemiol, 51*, 913-23.
- Butler, R. N., Oberlink, M. R., & Schechter, M. (1990). *The promise of productive aging: From biology to social policy*. New York: Springer.
- Camarano, A. A., & Abramovay, R. (1999). *Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: Panorama dos últimos 50 anos*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2091>
- Camarano, A. A., Kanso, S., & Mello, J. L. E. (2004). Como vive o idoso brasileiro? In A. M. Camarano (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60* (pp. 25-73). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A. (2004). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A., & Pasinato, M. T. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*(1), 253-292.
- Canguilhem, G. (1904). *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Fereira Barreto leite. Rio de Janeiro: Forense Univertária.
- Chaimowicz, F., (1987). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública, 31*(2):184-200.
- Cheraghi, M. A., Payne, S., & Salsali, M. (2005). Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. *International Journal of Palliative Nursing, 11*, 468-474.
- Ciosak, S. I., Braz, E., Costa, M. F. B. N. A., Nakano, N. G. R., Rodrigues, J., Alencar, R. A., & da Rocha, A. C. A. L. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na

- atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(spe2), 1763–1768.
- Cohen S, Karmack T, & Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.*, 24(4): 385-96.
- Dela Coleta, J., & Dela Coleta, M. (2006). Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 533–539.
- Dela Coleta, A. S. M. D. (2007). *Estresse e suporte social em profissionais do setor de segurança*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Cobb, J. L., Wolf, P. A, Au R, White R, D'agostino RB. (1995). The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. *Neurology*, 45, 1707-1712.
- Couto, M. C. P. P. et al. (2006). Resiliência no envelhecimento: risco e proteção. In D. V. S. Falcão et al. (Orgs.), *Maturidade e velhice: pesquisa e intervenções psicológicas* (pp. 315-338). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Corte, B, Mercadante, E. F., & Arcuri, I. G. (Orgs.)(2005). *Velhice/Envelhecimento Complex(idade)*. São Paulo: Votor Psico- Pedagógica Ltda.
- Cosentino, A.C. (2009). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodelate*, 10, 53-71.
- Costanzi, R. N., & Ansiliero, G. (2014). Evolução recente e alguns determinantes da proteção social dos idosos na América Latina e no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 60(3), p–219.
- Cupertino, A., Rosa, F. H. M., & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicol. Reflex. Crit*, 20(1), 81–6.
- Da Cruz, R. C., & de Assunção Ferreira, M. (2011). Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, (1), 144–151.
- Daffner, K. R. (2010). Promoting successful cognitive aging: a comprehensive review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 19(4), 1101–1122.
- Davidoff, L. (1983). *Introdução à psicologia*. Tradução: Auriphebo Berrance Simões, Maria da Graça Lustosa; revisão técnica Antonio Gomes Penna. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

- De Almeida Barros, R. M., Martín, J. I. G., Fernando, J., & Pinto, V. C. (2010). Investigação e prática em Psicologia Positiva. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(2), 318–327.
- De Araújo, L. F., & de Lucena, V. Â. M. (2010). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Mneme-Revista de Humanidades*, 6(13). Disponível em: <http://periodicos.ufrn.br/index.php/mneme/article/viewArticle/278>
- De Araújo, M. M. T., & da Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP*, 41(4), 668–74.
- De Azevedo, M. O. B., & Mosquera, J. J. M. (2011). De tempos em tempos os tempos revelam-se: o idoso nos projetos pedagógicos. *Poiésis-Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, 3(6), p–106.
- De Oliveira, A. R., & Sales, C. A. C. C. (2005). Ansiedade e Depressão em Clientes com Hipertensão e Diabetes Atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. *Saúde Coletiva*, 2(6), 53–56.
- De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med [serial Na Internet]*, 60–72.
- Debert, G. G. (2004). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: USP/Fapesp.
- Delgado, G. C., & Cardoso Jr, J. C. (1999). *O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0688.pdf
- Dell'Aglio, D., Koller, S., & Yunes, M. A. (Orgs.)(2006). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 06–11.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Suh, E. M. (2003). Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. In E. Diener & E.M. Suh (Org), *Culture and subjective well-being* (pp. 3-12). Cambridge: MIT Press.

- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 7(1), 137–150.
- De Saranson, A. S., De Saranson, O. S., Por, A., & Portugués, C. E. (2002). *O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a8.pdf>
- Deslandes, S. F., Junqueira, M. F. P. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cad Saúde Pública*, 19(1), 227-35.
- Diogo, M. J. D. E. (2003). Satisfação com a vida e a capacidade funcional em idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Panam Salud Publica*, 13(6): 395-99.
- Doyle, Y. G., McKee, M., & Sherriff, M. (2010). A model of successful ageing in British populations. *The European Journal of Public Health*, 22(1), 71–76. doi: 10.1093/eurpub/ckq132
- Domingues, P. C.. (2008). *Formação Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças autorrelatadas em idosos da comunidade*. Campinas 2008. Dissertação de Mestrado – Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Emery, R. E. & Forehand, R. (1996). Parental divorce and children's well-being: A focus on resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Orgs.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms and interventions* (pp. 64-100). Cambridge: Cambridge University Press
- Emmons, R. A., Cheryl A. Crumpler. (2000). Gratitude as a Human Strength: Appraising the Evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 56-69.
- Farfel, J. M. (2008). *Fatores relacionados à senescência e à senilidade cerebral em indivíduos muito idosos: um estudo de correlação clinicopatológica*. São Paulo. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Faria, C. D., Teixeira-Salmela, L. F., Nascimento, V. B., Costa, A. P., Brito, N. D., & Rodrigues-De-Paula, F. (2011). Comparação dos instrumentos de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e Short Form-36 em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5), 399–405.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide Spain. Disponível em: http://www.aidep.org/03_ridep/r30/RIDEP%2030%20-com2.pdf
- Fernandes, I. A. M. (2013). Da crença ao ato: percepção de autoeficácia e coping orientado para o futuro e sua relação com o bem-estar no envelhecimento. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/9517>
- Ferreira, J. V. C. (2006). *Os muito idosos no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Ferreira, A. J. (2012). *Educação & envelhecimento*. EDIPUCRS. Dados eletrônicos. Porto Alegre: EdiPUCRS. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs>>
- Ferreira, A. J., Goulart, D., Stobaus, C. D., & Mosquera, J. J. M. (2012). Investindo na Educação para um envelhecimento com qualidade de vida. In A. J. Ferreira, C. D. Stobaus, D. Goulart, & J. J. M. Mosquera (Eds.), *Educação e Envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ferreira, C. L., Rocha, E. A., & Maia, E. M. C. (2010). Resiliência em Idosos: Considerações sobre a produção científica na área do envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15(1). Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/> RevEnvelhecer/article/view/9625/0
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*, 46(2), 328–34.
- Figueiredo Filho, D. B., & Silva Júnior, J. A. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160–185.
- Fisher, B. J. (1992). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *Journal of Aging Studies*, 6(2), 191-202.
- Flórez-Lozano, J. A. (2006). Optimismo y salud. *Jano*, 1616, 59–61.
- Flood, M. T., Nies, M. A., & Seo, D. C. (2010). Successful Aging: Selected Indicators in a Southern Sample. *Home Health Care Management & Practice*, 22(2), 111–115. doi: 10.1177/1084822309343945
- Forgas, J. P. (1981). What is social about social cognition? In J. P. Forgas (Org.), *Social cognition: Perspectives in everyday understanding* (pp. 148-152). London: European Association of Experimental Social Psychology and Academic Press.
- Fortunato, J. E. (1987). *AIDS: O Dilema Espiritual*. New York: Harper and Row Publisher.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *Am. Psychol.*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Freitas, E.V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Correlations With Subjective Indicators of Successful Aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531 – 543.

- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1999). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correction to Freund and Baltes (1998). *Psychology and Aging*, 14, 700–702.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (pp. 35–58). London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642–662.
- Freud, S. (1976[1925]). *A Negativa*. In Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Garcia, S. C., Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2009). Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. *Psicologia da Educação*, (28), 23–50.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127–136.
- Gatchel, R. J., Baum, A., & Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Gil, A. C. (2007). *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Giacomoni, C. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Gibson, R. C. (1995). Promoting successful and productive aging in minority populations. In L. A. Bond, S. J. Cutler, & A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging* (279–288). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & 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.
- Guia essencial de depressão (2002). *American Medical Association*. Tradução: Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquarian.
- Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2009). *Análise multivariada*. Porto Alegre, RS: Bookman.
- Hareven, T. K. (1999). Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. *Cadernos pagu*, 13, 11–35.

- Hareven, T. K. (1999). *Novas Imagens do Envelhecimento e a Construção Social do Curso da Vida*. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/pagu/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/files/n13a02.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- Harris, P. B. (2006). *Resilience: An undervalued concept in the debate about successful aging*. Paper presented at the 59th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Dallas, TX.
- Harris, P. B., & Keady, J. (2008). Wisdom, resilience and successful aging: Changing public discourses on living with dementia. *Dementia*, 7(1), 5–8. doi: 10.1177/1471301207085364
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (pp. 299–320). New York: Atherton Press.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*, 7(2), 1991-205.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1993). Optimisation by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International Journal of Behavioural Development*, 16, 287–303.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284–304.
- Höijer, Birgitta. (2011). Social Representations Theory: A New Theory for Media Research. *Nordicom Review*, 32(2), 3-16.
- Humpel N, Owen, N., Leslie E, Marshall AL, Bauman AE, Sallis JF (2004). Associations of location and perceived environmental attributes with walking in neighborhoods. *Am J Health Promot.*, 18(3), 239-43.
- IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9.
- _____. (1965). Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto.
- _____. (1982). Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto.
- _____. (1992). Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto.
- _____. (1994). Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto.
- _____. (1996). Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto.

- Cendra, D. C. d'A. I., Esteban, J. M. C., & Payá, M. P. (1999). *Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación*. Departamento de Antropología Social e Filosofia da Faculdade de Letras. Tese de doutorado, Universitat Rovira i Virgili. Disponível em: <http://www2.facso.uchile.cl/observa/los%20cambios%20en%20la%20red%20social%20y%20en%20la%20percepcion%20de%20la%20salud%20durante%20la%20jubilacion.pdf>
- Infante, F. (2005). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. In A. Melillo, & E. Ojeda (Eds.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires (31-53). Argentina: Paidós..
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Palmer, B. W., & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188–196.
- Jette, A. M. (1993). Using health-related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Phys Ther.*, 73(8), 528-37.
- Job, F. P. P. (2003). *Os sentidos do trabalho e a importância da resiliência nas organizações*. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2535>
- Kachar, Vitória (2001). *A terceira idade e o computador: Interação e produção num ambiente educacional interdisciplinar*. Pós-Graduação em Educação: Currículo. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging. Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–40). New York: Springer.
- Kahn , R. L. (2003). Successful aging: Intended and unintended consequences of a concept . In L. W. Poon , S. H. Gueldner, & B. M. Sprouse (Eds.), *Successful aging and adaptation with chronic diseases* (pp. 55 – 69). New York : Springer.
- Kaup, A. R., Mirzakhanian, H., Jeste, D. V., & Eyler, L. T. (2011). A review of the brain structure correlates of successful cognitive aging. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(1), 6–15.
- Koenig, H.G., Meador, K., & Parkerson, G. (1997) - Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. *Am J Psychiatry*, 154: 885-886.
- Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.

- Koenig, H. G., George, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 52(4), 54-562.
- Koller, S. H., & Lisboa, C. S. de M. (2007). Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 341-356.
- Labaki, P. M. E. (2001). *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- LaCroix , A. Z. , Newton , K. M. , Leveille , S. G. , & Wallace , J. (1997). Healthy aging: A women's issue . *Western Journal of Medicine*, 67, 220 – 232.
- Lauxen, I. A. G. (2014). Resiliência no processo de recuperação de presos. *Protestantismo em Revista*, 32, 48–56.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lewis, C. S. (2006). O problema do sofrimento.; Tradução: Alípio de Franca Neto. São Paulo: edito Vida.
- Lima, J. R. E., (2011). *Yama No Oto & Nemureru Bijo: A figura do velho em Kawabata*. Curso de licenciatura em Língua Japonesa. Monografia, Universidade de Brasília.
- Lira, M. C. A. (2014). Efeitos biológicos e sociais no envelhecimento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 30(1-2), 174–183.
- Lourenço, O. (2000). Orientação para o positivo e para o negativo: um caso especial de assimetria no comportamento humano. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, 227- 241.
- Lowen, Alexander. (1983). O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade. Tradução: Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Summus.
- Lucchetti, G., Granero Lucchetti, A. L., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2012). Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *Journal of Religion and Health*, 51(2), 579–586. doi: 10.1007/s10943-010-9429-5
- Lupien, S. J., & Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1413–1426. doi:10.1098/rstb.2004.1516
- Luft, C. D. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*, 41(4), 606–15.
- McCullough, M. E. & Worthington, E. L. (1999). Religion and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 67(6), 1141-1164.

- Mafra, S. C. T., Silva, E. P., Silva Fonseca, E., Almeida, A. V., & Freitas, N. C. (n.d.). *O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010*. Disponível em: http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2013/_Simone%20Caldas%20Tavares%20Mafra%20-%20%20%20%20%20%20Tem%C3%A1tica%20Envelhecimento.pdf
- Mathiasen, P. & LeVert, S. (1997). *Late life depression*. New York: Dell Publishing.
- Martinez, M., & Garcia, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 55-74
- Martínez Martí, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y salud*, 17(3), 245–258.
- Martín, M. A. G. & Mendieta, M. I. H. (2002). Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica. *Ver. Mult Gerontol*, 12(2): 90-100.
- Marková, I. (2003). *Dialogicality and Social Representations. The Dynamics of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 9780521022767
- Marx, M. H., & Hillix, W. A. (1995). *Sistemas e Teorias em Psicologia*. 10ª Edição. São Paulo: Cultrix.
- Mascaro, S. A. (1997). *O que é velhice*. São Paulo: Brasiliense.
- Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: The Viking Press.
- Master, A., & Garmezy, N. (1985). *Risk, vulnerability and protective in developmental psychology*. New York: Plenum Press.
- Matsukura, T.S., Marturano, E.M., & Oishi, J. (2002). O questionário de Suporte Social (SSQ): Estudos da Adaptação para o Português. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(5):675-81
- Maués, C. R., Paschoal, S. M. P., Jaluul, O., França, C. C., & Jacob Filho, W. (2010). Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Soc Bras Clín Méd*, 8, 405–10.
- Mendonça, A. M. L., & Ingold, M. (2006). A sexualidade da mulher na terceira idade. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 10(3), 201–213.
- Minayo, M. C.. (2004). *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Minghelli, B., Tom, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 71–76.

- Minkler, M., & Fadem, P. (2002). Successful Aging: A Disability Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12(4), 229 – 235.
- Montorio I, I. M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Rev Gerontol*, 3, 141-54.
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke-DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 31–32.
- Morrow-Howell , N. M. , Hinterlong , J. , & Sherraden , M. (Eds.) (2001). *Productive aging: Concepts and challenges*. Baltimore: Johns Hopkins .
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J.P. Forgas (Org.), *Social cognition. Perspectives on everyday understanding* (pp.181-209). New York: Academic Press.
- Moscovici, S. (2000). *Social Representations. Explorations in Social Psychology*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais - Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Mosquera, J. J. M. (1987). *Vida Adulta: personalidade e desenvolvimento*. Porto Alegre: Sulina.
- Mosquera, J. J. M. (2011). *Vida Adulta: Psicologia e Educação*. Porto Alegre: PUCRS. Registro de anotações de aula.
- Mosquera, J. J. M., & Azevedo, M. O. B. (2010). De tempos em tempos os tempos revelam-se: o idoso nos projetos pedagógicos. *Poiesis*, 3(6), 106-120.
- Motta, M., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M., Motta, L., & Italian Multicenter Study on Centenarians (ImuSCE) (2005). Successful aging in centenarians: myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40(3), 241-251.
- Murray, B., & Fortinberry, A. (2004). *Creating Optimism: a proven, seven-step program for overcoming depression*. New York: McGraw-Hill. doi: 10.1036/0071460101.
- Nadaf, V. C. (2013). *A resiliência: um mecanismo potencial de proteção e adaptação do bem-estar psicológico na velhice*. João Pessoa. Tese de doutorado – Universidade Federal da Paraíba.
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39, 1435-45.
- Neri, A. L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Editora da Unicamp.

- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida na velhice*. Campinas: Papirus (Coleção Vivaidade).
- Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Y. A. O. Duarte, & M. J. D. E. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico* (pp. 33–47). São Paulo: Atheneu.
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. *Gerontologia*, 9(1), 6–13.
- Neri, A. L. (2004). O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In A. N. Neri, & M. Y. Sanchez (Orgs.), *Velhice bem-sucedida* (pp.13-27). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14, 17-34. ISSN: 1413-389X.
- Noronha, M. G. R. C., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centa, M. L. (2009). Resilience: a new perspective in health promotion? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497–506. Disponível em www.who.org.br
- Oliveira, S. C. F., & Santos, G. L. G. dos. (2009). Construção sócio-histórica e midiática da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(3), 422–428. doi: 10.5335/rbceh.2009.041
- Oliveira, S. C. F., Pedrosa, M. I. P. de C., & Santos, M. de F. de S. (2009). Quem está mais próximo da morte? Percepção dos idosos sobre que faixa etária se associa mais à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(1). Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewArticle/167>
- Organização das Nações Unidas – ONU (1982). *Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125*. Viena: ONU.
- Ouwehand, C., Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2007). Situational aspects are more important in shaping proactive coping behaviour than individual characteristics: A vignette study among adults preparing for ageing. *Psychology and Health*, 21(6), 809 – 825.
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2006). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873–884. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.003
- Paine, L. (2002). *Value shift: Why companies must merge social and financial imperatives to achieve superior performance*. New York: McGraw Hill.
- Pais Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo e adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 237–248.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. London: Open University Press.

- Palma, L.T.S. (2000). *Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida*. Passo Fundo: UPF, 143pp.
- Palmore, E. B. (1995). Successful aging. In G. L. Maddox (Ed.), *Encyclopedia of aging: a comprehensive resource in gerontology and geriatrics* (pp. 914-915). New York: Springer.
- Panzini, R. G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 238pp.
- Parker, M. W., Bellis, J. M., Bishop, P., Harper, M., Allman, R. M., Moore, C., & Thompson, P. (2002). A multidisciplinary model of health promotion incorporating spirituality into a successful aging intervention with African American and white elderly groups. *The Gerontologist*, 42(3), 406-415.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicométricos: Manual prático de elaboração*. Brasília, DF: LabPAM/IBAPP.
- Peixoto, C. A. (1998). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In M. M. L. Barros (Org.), *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política* (pp. 69-84). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Pereira, F., & Sanchez, M. (2007). Como reconhecer a resiliência em sujeitos idosos frente ao trauma da hospitalização. *Ciência e Conhecimento*, 2(1). Disponível em: http://www.cienciaeconhecimento.com.br/pdf/vol001_PsA2.pdf.
- Peres, M. A. C. (2007). *Velhice, Trabalho e Cidadania: as políticas da terceira idade e a resistência dos trabalhadores idosos à exclusão social*. Dissertação (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo (USP) – Departamento de Filosofia da Educação e Ciência da Educação. São Paulo.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psic. Teor. e Pesq.*, 20(2), 135-143.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
- Peterson, S. A. (1991). No te preocupes, sé feliz: satisfacción con la vida y política. *Psicología Política*, 3, 65-75.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andre, W., & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Jurnal of Traumatic Stress*, 21, 214-217.

- Petroski, E. L., & Gonçalves II, L. H. T. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 302–7.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging": How do they compare with researchers' definitions? *Journal of American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., & Cabral Cardoso, C. (2004). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora Ra.
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2013). Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: estudo Fibra. *Ciênc Saúde Coletiva*, 18(12), 3449-3460. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n12/a02v18n12.pdf>
- Poletto, M. (2013). Resiliência: novas possibilidades. In M. Poletto, A. P. L. Souza & S. H. Koller (Orgs.), *Direitos Humanos, Prevenção à Violência Contra Crianças e Adolescentes e Mediação de Conflitos: manual de capacitação para educadores* (pp. 37-53). Porto Alegre: Ed. Ideograf.
- Política Nacional do Idoso (1998). *Lei 8842, de janeiro de 1994*. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos Humanos.
- Poseck, B. V. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3–8.
- Pradhan, S. N. (2014). Depression in Elderly. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*, 1(1), 13–14.
- Presser, S. & Stinson, L. (1998). Data Collection Mode and Social Desirability Bias in Self-Reported Religious Attendance. *American Sociological Review*, 63(1), 137-145.
- Prina, A. M., Huisman, M., Yap, B. B., Hankey, G. J., Flicker, L., Brayne, C., Almeida, O. P. (2014). Hospital costs associated with depression in a cohort of older men living in Western Australia. *Gen Hosp. Psychiatry*, 36(1): 33-37.
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A Two-Factor Model of Successful Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(6), 671–679. doi: 10.1093/geronb/gbq051
- Queroz, N. C., Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(2), 292-299.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 793–798.
- Reker, G. T. (2002). Prospective predictors of successful aging in community-residing and institutionalized Canadian elderly. *Ageing International*, 27(1), 42–64.

- Reker, G. T. (2009). *A brief manual of the successful aging (SAS)*. Peterborough, ON: Student Psychologists Press.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia Para América Latina*, 5.
- Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5–13.
- Rodrigues, C. F., & Ramirez, R. E. (2012). Envelhecimento: A saúde da mulher trabalhadora em educação em discussão. In A. J. Ferreira, C. D. Stobäus, D. Goulart, & J. J. M. Mourão (Orgs.), *Educação e Envelhecimento* (pp. 58-66). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Rodríguez, M., Fernández, M. L., Pérez, M. L., & Noriega, R. (n.d.). *Espiritualidad variable asociada a la resiliencia*. Disponível em: http://elbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_2.pdf
- Romanini, D., Xavier, A. A. P., & Kovaleski, J. L. (2005). Aposentadoria: Período de Transformações e Preparação. *Revista Gestão Industrial*, 1(3). doi: 10.3895/S1808-04482005000300009
- Romero, E. (1996). *Essas inquietantes ervas do jardim: o normal e o sintomático*. São paulo: Lemos Editorial.
- Roque, S. N. (2013). *Resiliência e apoio social de idoso: uma interface com a qualidade de vida*. João Pessoa. Tese de doutorado – Universidade Federal da Paraíba.
- Rosa, T. E. C, Benício, M. H. A., Lattorre, M. R. D., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Rothermund, K., & Brandtstädt, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18, 80–90.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*(8), 626-633.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse & neglect, 31*, 205-209.
- Ryff, C. D. (1989a). Successful aging: A developmental approach. *The Gerontologist, 22*(2), 209-214.
- Ryff, C. D. (1989b). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioural Development, 12*, 35-55.
- Ryff, C. D. (1989c). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069.
- Sadler, E. & Biggs, S. (2006). Exploring the links between spirituality and successful ageing. *Journal of Social Work Practice, 20*(3), 267-280.
- Sajid, M. S., Tonsi, A, Baig, M. K. (2008). Health-related quality of life measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 21*(4), 365-73.
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 4*: 7-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716>
- Santana, H. B., & Sena, K. L. (2002). *Repensando a 3ª idade: um novo olhar sobre o envelhecer*. Recife: UFPE.
- Santos, A. A., & Pavarini, S. C. I. (2011). Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability. *Acta Paulista de Enfermagem, 24*(4), 520-526.
- Santos, L. M. O., de Araújo, P. C. B., Gomes, T. G., de Medeiros Góis, L. C., Ferreira, C. L., & Maia, E. M. C. (2009). Resiliência e autoestima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/RN. *Semana de Humanidades, 7*. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT12/12.6.pdf>
- Santos, M. F. (1990). *Identidade e aposentadoria*. São Paulo: EPU.
- Santos, M. A., Trevisam, E., & Vilar, J. P. U. (2014). *Educação em Direitos Humanos: base do respeito aos direitos do idoso para uma vivência democrática*. XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Rio Grande do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Saranson, B, R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Personal Social Psychol, 44*(1):127-39.

- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702–714.
- Secretaria de Direitos Humanos (2014). *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadossobreoenvelhecimentoBrasil.pdf>
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26, 489-514.
- Segrin, C., Hanzal, A., Donnerstein, C., Taylor, M., & Domschke, T. J. (2007). Social skills, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 321-329.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2001). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade Autêntica: Usando a Nova Psicologia Positiva Para a Realização Permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychological Association*, 60(5), 410–421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410. 2005
- Seligman, M. E. P. (2005). *Aprenda a Ser Otimista*. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Selye, H. (1959). *Stress: A tensão da vida*. São Paulo: IBRASA – Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A.
- Simmons, L. W. (1945). *The role of the aged in primitive society*. New Heaven: Yale University Press. ISBN-13: 9780208008244, 317p.
- Sheldon, K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Sink, J. (2000). Why can't we measure happiness? *American Psychologist*, 55(10), 1162-1163.
- Simões, R. (1998). *Corporeidade e terceira idade: marginalização do corpo idoso*. São Paulo: Unimep.
- Silva, C., Firmino, R., & de Almeida, S. M. P. (2013). Aspectos positivos e negativos da velhice. *Revista Portal de Divulgação*, (37). Disponível em: http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article_viewFile/416/416
- Silva, Marina da Cruz (2005). O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento*, 8(1), 43-60. Disponível em: <http:// revista.

unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004 &lng = pt &nrm=iso>. ISSN 1517-5928.

- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. doi: 10.1080/10705500802222972
- Smith, B. W., Dalen, J., Tooley, E., Montague, E.Q., Robison, A. E., Cosper, C. J., Mullins, P.G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The journal of pain*, 10(5), 493-500. doi: 10.1016/j.jpain.2008.11.007
- Sousa, A. I., & Silver, L. D. (2008). Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/> pdf/ ean/v12n4/v12n4a15
- Souza, S. R. P. (2013). Representações sociais da velhice: desafios no envelhecer contemporâneo. *Revista Portal de Divulgação*, (37). Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/411/411>
- Staudinger, U. M., Marsisker, M., & Baltes, P. B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: Perspectivas da teoria de curso da vida. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 195-228). Campinas, SP: Papirus.
- Steger, M. (2012). *Experiencing Meaning in life. Optimal functioning at the nexus of wellbeing, psychopathology, and spirituality*. New York: Routledge. Disponível em: <http://www.langleygroup.com.au/images/Steger- Unknown-Experiencing-meaning-in-life-Optimal- functioning-at -the-nexus-of-well-being,- psychopathology,-and-spirituality.pdf>
- Stern, Y. (2006). *Cognitive Reserve Theory and Application*. New York: Psychology Press.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz: Revista de Educação Física*, 8(3), 91–98.
- Stucchi, D. (1994). *Os programas de preparação à aposentadoria e o remapeamento do curso da vida do trabalhador*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1996). Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*, 144(2), 135–141.
- Strawbridge , W. J. , Wallhagen , M. I. , & Cohen , R. D. (2002) . Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn . *The Gerontologist*, 42, 727 – 733 .

- Streiner, D. L. & Norman, G. R. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. 2^a Ed. New York: Oxford University Press, 1995.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (2006). *Using multivariate statistics* (5^a ed.). New York: Harper Collins.
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resilience: looking for a concept. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 104–113
- Tallmann, A. E. C. T. (2012). *O cuidado gerontológico de enfermagem eo bem-estar psicológico do idoso longevo*. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/handle/1884/27366>
- Tavares, C. A. B., Tzortzis, D. S., Leite, N. R. P., & Freitas, A. D. G. (2014). *O Processo de Resiliência: um estudo observacional do filme Forrest Gump*. Disponível em: <https://repositorio.uninove.br/xmlui/handle/123456789/527>
- Teixeira, I. N. D., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81–94.
- Teixeira-Salmela, L. F., de Castro Magalhães, L., Souza, A. C., de Castro Lima, M., Lima, R. C. M., & Goulart, F. (2004). Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 905–914.
- Terra, N., Oppermann, R., & Terra, P. (2010). Doenças geriátricas & exercícios físicos. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Tiedemann, A., Sherrington, C., & Lord, S. R. (2013). The role of exercise for fall prevention in older age. *Motriz: Revista de Educação Física*, 19(3), 541–547.
- Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful aging. *Ageing and Society*, 19, 33-51.
- Travis, J., & Wail, M., (2002). *Reflections on the crime decline: lesson for the future? Proceedings from the Urban Institute Crime Decline Forum*. Washington DC: Urban Institute Justice Policy Center.
- Turmer, B., & Troll, L. (1994). *Women Growing Older*. Thousand Oaks, Cal: Sage.
- Veras, R. P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil* (2^a Ed.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ.
- Veras, R. P. (2001). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ.
- Viana, H. B., & Madruga, V. A. (2008). Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. *CONEXÕES: Revista Da Faculdade de Educação Física Da UNICAMP*, 6. Disponível em: <http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/240>

- Vries, M. (2003). Síndrome da aposentaria. *Revista HSM Management*, 8(41), 182-190.
- Ulbricht, V. R., Cassol, M. P., Educacionais, S., & Geral, E. C. (2005). *Adaptando a tecnologia da informação e comunicação ao estilo do idoso para proporcionar um maior conhecimento através de sua representação cognitiva*. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/203tcc5.pdf>
- Weir, P. L., Meisner, B. A., & Baker, J. (2010). Successful Aging across the Years: Does One Model Fit Everyone? *Journal of Health Psychology*, 15(5), 680–687. doi: 10.1177/1359105309353648
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. (2005). ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8, 94-104.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(8), 1–18.
- Winter, D. A. (1995). *A. B. C. Anatomy, biomechanics and control of balance during standing and walking*. Ontario: Waterloo Biomechanics.
- Withall, J., Stathi, A., Davis, M., Coulson, J., Thompson, J., & Fox, K. (2014). Objective Indicators of Physical Activity and Sedentary Time and Associations with Subjective Well-Being in Adults Aged 70 and Over. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 643–656. doi: 10.3390/ijerph110100643
- World Health Organization - WHO (1982). *A review of current recommendations for the organization for the organization and administration of community oral health services in Northern and Western Europe: Report of a WHO Workshop*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization - WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Worthington, E. L., Jr., Kurusu, T. A., McCullough, M. E., & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion in counseling: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.
- Yeong, N. B. (2010). *Understanding Depression and its Treatment: A Life of its own*. Singapore: PaperPlay Publication.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(especial). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>
- Zancha, D., Magalhães, G. B. S., Martins, J., da Silva, T. A., & Abrahão, T. B. (2013). Conhecimento dos Professores de Educação Física Escolar Sobre a Abordagem

- Saúde Renovada e a Temática Saúde. *Conexões: Revista Da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 11(1), 204–217.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat Scand*, 67(6):361-70.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, 67, 889–920.

IX. Apêndices

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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: saúde e longevidade humana**. 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 Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

O objetivo principal desta investigação é adaptar transculturalmente para o português e validar a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido, para ser um meio de avaliação bem-sucedido, no Brasil.

Este estudo conta com objetivos específicos direcionados a: levantar o perfil grupos de idosos para a compreensão do seu envelhecimento bem-sucedido.

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: Mônica Cristiane Moreira Crispim. *Doutoranda do Programa Dinter da Universidade Federal da Paraíba e Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Mato Grosso*. Telefone: 65 3314 3535 e 65 99981477.

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 ----- / / -----

Apêndice B. Questionário Sociodemográfico do Primeiro Estudo (SAS).

Identificação.

1. Data de nascimento: _____ / _____ / _____ **2. Idade:** anos

3. Sexo: 1.[] Masculino 2.[] feminino

4. Cor

1.[] amarela 2.[] branca 3.[] indígena 4.[] preta 5.[] parda
Etnia _____

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. Geralmente, sua saúde é: (Uma só resposta)

1. Excelente [] 2. Muito boa [] 3. Boa [] 4. Regular [] 5. Ruim []

9. A sua renda é aproximadamente de:

1.[] Até 622,00 (um salário mínimo)
2.[] De R\$ 1.244,00 a R\$ 1.866,00 (dois a três salários mínimos)
3.[] De R\$ 2.488,00 a R\$ 3.110 (quatro a cinco salários mínimos)
4.[] De R\$ 3.732,00 a R\$ 4.354,00 (seis a sete salários mínimos)
5.[] De R\$ 4.976,00 a R\$ 5.598,00 (oito a nove salários mínimos)
6.[] De R\$ 6.220,00 a mais (dez salários mínimos a mais)
7.[] Não sei informar
8.[] Sem rendimentos

10. Escolaridade

1.[] Não sou alfabetizado
2.[] Alfabetização de jovens e adultos
3.[] Ensino Fundamental incompleto
4.[] Ensino Fundamental completo
5.[] Educação de Jovens e Adultos EJA
6.[] Supletivo
7.[] Ensino médio incompleto
8.[] Ensino médio completo
9.[] Ensino Técnico:

10.[] Superior incompleto:

11.[] Superior completo:

12. [] Especialização [] Mestrado [] Doutorado [] Pós-Doutorado

11. Faz atividade física regularmente?

<input type="checkbox"/>					
nenhum	menos de 1 vez/semana	1 vez/semana	2 vezes /semana	3 vezes /semana	4 ou mais vezes/semana

12. No momento você se sente em geral em relação a sua SAÚDE?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito e nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

Apêndice C. Escala de Envelhecimento Bem-sucedido.

INSTRUÇÃO: Abaixo estão afirmações que avaliam como as pessoas se sentem acerca de seu próprio envelhecimento. Leia cuidadosamente cada afirmação e indique como cada uma delas se aplica a você, usando uma escala de pontos de 1 a 7. Por exemplo, se você concorda fortemente, circule CF após a afirmação. Se você discorda moderadamente, circule DM. Se você está indeciso, circule I. Tente usar moderadamente a categoria Indeciso.

1. **(CF)** Concordo Fortemente 2. **(C)** Concordo 3. **(CM)** Concordo Moderadamente
 4. **(I)** Indeciso 5. **(DM)** Discordo Moderadamente 6. **(D)** Discordo
 7. **(DF)** Discordo Fortemente

1. <u>Sou incapaz</u> de fazer escolhas sobre coisas que afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e cigarro.						
CF Concordo Fortemente	C Concordo	CM Concordo Moderadamente	I Indeciso	DM Discordo Moderadamente	D Discordo	DF Discordo Fortemente
2. Quando as coisas <u>não saem</u> tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.						
CF Concordo Fortemente	C Concordo	CM Concordo Moderadamente	I Indeciso	DM Discordo Moderadamente	D Discordo	DF Discordo Fortemente
3. Em momentos difíceis <u>desenvolvo</u> força mental para lidar com a situação.						
CF Concordo Fortemente	C Concordo	CM Concordo Moderadamente	I Indeciso	DM Discordo Moderadamente	D Discordo	DF Discordo Fortemente
4. Mantenho relações de confiança e afeto com pessoas significativas para mim.						
CF Concordo Fortemente	C Concordo	CM Concordo Moderadamente	I Indeciso	DM Discordo Moderadamente	D Discordo	DF Discordo Fortemente
5. Estou envolvido ativamente com a vida através de atividades produtivas.						
CF Concordo Fortemente	C Concordo	CM Concordo Moderadamente	I Indeciso	DM Discordo Moderadamente	D Discordo	DF Discordo Fortemente
6. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF

Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
7. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
8. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
9. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
10. Faço todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
11. Sinto que <u>não</u> estou no controle do ambiente à minha volta.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente

Apêndice D. Escala Breve de Resiliência.

INSTRUÇÃO: Na escala abaixo, faça um “X” ou um círculo que melhor corresponde à sua escolha para cada uma das afirmações.

1. Tenho tendência a recuperar-me rapidamente após situações difíceis.				
1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
2. Tenho dificuldade para enfrentar situações estressantes.				
1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
3. Não levo muito tempo para me recuperar de uma situação estressante.				
1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
4. Tenho dificuldades em recuperar-me (centrar-me) rapidamente quando algo ruim acontece.				
1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
5. Geralmente, enfrento momentos difíceis sem grandes preocupações.				
1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
6. Tenho tendência a levar um longo tempo para superar problemas (reveses) em minha vida.				
1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente

Apêndice E. Questionário Sociodemografico do Segundo Estudo (BRS).

Identificação.

1. Data de nascimento: _____ / _____ / ____ **2. Idade:** anos

3. Sexo: Masculino feminino

4. Cor

branca preta parda amarela indígena

5. Naturalidade :

6. Estado civil

solteiro(a) casado(a) viúvo (a) divorciado (a) outros
/ separado (a)

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

- Não sou alfabetizado
- Alfabetização de jovens e adultos
- Alfabetização de jovens e adultos
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Educação de Jovens e Adultos EJA
- Supletivo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Superior

pós-graduação - Especialização Mestrado Doutorado

9. Exerce alguma atividade profissional atualmente? sim não

9.b. Se a resposta for não, responda abaixo:

Sou aposentado(a). Estou desempregado(a).

Há quanto 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?

Sim. Qual(ais)?..... não

12. A renda do(as) senhor (a) é aproximadamente de:

- Até dois salários mínimos
- De três a quatro salários mínimos
- De cinco a seis salários mínimos
- 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	[] satisfeito	[] muito satisfeito
nem insatisfeito				

18. No momento o(a) Sr. (a) se sente em geral em relação a sua VIDA?

[] muito insatisfeito	[] insatisfeito	[] nem satisfeito e	[] satisfeito	[] muito satisfeito
nem insatisfeito				

19. Qual das atividades abaixo ocupa a maior parte do seu tempo livre?

[] Assistindo Tv	[] Religião	[] Teatro	[] Indo ao 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)	[] Dançar		
[] sair para encontro social ou comunitário			
[] Outros			

20. Você fez algum exame preventivo nos últimos doze meses? 1. [] sim 2.[] não

21. Caso afirmativo: qual (is)?.....

Apêndice F. Questionário de Saúde.

INSTRUÇÕES: Responda as 8 (oito) perguntas com base em alterações permanentes ou temporais e em diagnósticos feitos pelos seus médicos.

1. Geralmente, sua saúde é: (Uma só resposta)				
1.Excelente []	2.Muito boa []	3.Boa []	4.Regular []	5.Ruim []
2. Como você diria que está a sua saúde atual, comparando com a do ano passado: (Uma só resposta)				
1. Muito melhor []	2. Um pouco melhor []	3.Mais ou menos igual []		
3. Um pouco pior []	4. Muito pior []			
3. Por favor, responda as seguintes perguntas:				
1. Atualmente, seu estado de saúde, interfere e dificulta suas atividades diárias?			[] Sim	[] Não
2. Atualmente, seu estado de saúde lhe impede de realizar esforços moderados, como passar pano no chão por mais de uma hora?			[] Sim	[] Não
3. Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas em sua vida familiar, em relação aos que residem na casa?			[] Sim	[] Não
4. Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com a sua vida sexual?			[] Sim	[] Não

5. Por favor, responda as seguintes frases, com uma só resposta: **Exemplo:**

Creio que <u>fico enfermo</u> mais facilmente que as outras pessoas.				
0 Totalmente Certa	1 X Bastante Certa	2 Bastante Falsa	3 Totalmente Falsa	
1. Creio que <u>fico enfermo</u> mais facilmente que as outras pessoas.				
0 Totalmente Certa	1 Bastante Certa	2 Bastante Falsa	3 Totalmente Falsa	
2. Estou tão bem como qualquer um.				
0 Totalmente Certa	1 Bastante Certa	2 Bastante Falsa	3 Totalmente Falsa	
3. Creio que minha saúde irá piorar				
0 Totalmente Certa	1 Bastante Certa	2 Bastante Falsa	3 Totalmente Falsa	
4. Minha saúde é excelente				
0 Totalmente Certa	1 Bastante Certa	2 Bastante Falsa	3 Totalmente Falsa	
5. Foi diagnosticado por algum médico DIABETES (açúcar no sangue)?				
[] sim	[] não	[] Não me recordo		
6. Foi dito alguma vez por um médico que tivera HIPERTENSÃO (pressão arterial alta)?				
[] sim	[] não	[] Não me recordo		
7. Foi dito alguma vez por um médico que tivera o COLESTEROL alto?				

[] sim	[] não	[] Não me recordo	
8. Em algum momento você sofreu um ATAQUE do CORAÇÃO?			
[] sim	[] não	[] Não me recordo	
9. Tem algum outro problema de coração (sopro no coração, arritmia)			
[] sim	[] não	[] Não me recordo	
10. Surdez			
[] sim	[] não	[] Não me recordo	
11. Problemas de vista			
[] sim	[] não	[] Não me recordo	
12. Foi dito por um médico que você tivera ou tem ?			
Problemas de circulação/varizes	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Traumatismo craniano com perda da consciência	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Artrite ou artrose	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Tumores	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Cataratas ou glaucoma	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Enfermidades respiratórias crônicas (problemas de bronquites ou asma)	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Enfermidade de Parkinson	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Problemas gênito-urinários (próstata, bexiga / útero caído)	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Problemas digestivos (ulcera gastrite)	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Anemia	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Fratura de bacia (fêmur)	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Osteoporose	[] sim	[] não	[] Não me recordo
Problemas depressivos	[] sim	[] não	[] Não me recordo

13. Durante o ultimo mês quanto tempo...? (Uma só resposta)

1. Sinto plena vitalidade?		
1. [] Sempre]	2. [] Quase sempre]	3. [] Muitas vezes
4. [] Algumas vezes	5. [] Só algumas vezes	6. [] Nunca
2. Tive muita energia?		
7. [] Sempre]	8. [] Quase sempre]	9. [] Muitas vezes
10. [] Algumas vezes	11. [] Só algumas vezes	12. [] Nunca
3. Sinto me desanimo e tristeza?		
13. [] Sempre]	14. [] Quase sempre]	15. [] Muitas vezes
16. [] Algumas vezes	17. [] Só algumas vezes	18. [] Nunca
4. Sinto me cansado/ esgotado?		
19. [] Sempre]	20. [] Quase sempre]	21. [] Muitas vezes
22. [] Algumas vezes	23. [] Só algumas vezes	24. [] Nunca

Apêndice G. Questionário Sociodemográfico do Terceiro Estudo.

Identificação.

1. Data de nascimento: _____ / _____ / _____		2. Idade: anos				
3. Sexo: 1. [] Masculino 2. [] feminino						
4. Cor						
1. [] amarela	2. [] branca	3. [] indígena Etnia _____				
4. [] preta						
5. [] parda						
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. [] Ensino Fundamental incompleto						
4. [] Ensino Fundamental completo						
5. [] Educação de Jovens e Adultos EJA						
6. [] Supletivo						
7. [] Ensino médio incompleto						
8. [] Ensino médio completo						
9. [] Ensino Técnico:.....						
10. [] Superior incompleto:						
11. [] Superior completo:.....						
12. [] Especialização [] Mestrado [] Doutorado [] Pós-Doutorado						
9. Exerce alguma atividade profissional atualmente? 1. [] sim 2. [] não						
9.a. Se a resposta for <u>não</u>, responda abaixo:						
1. [] Sou aposentado(a).	2. [] Estou desempregado(a).					
Há quando tempo?						
9.b. Se a resposta anterior for <u>sim</u>, responda abaixo:						
Trabalho..... horas por dia		Há quanto tempo você trabalha?.....				
10. Há quanto tempo você não trabalha?.....						
11. Participa de alguma atividade voluntária?						
1. [] Sim . Qual (ais)?.....						2. [] não
12. Participa de alguma atividade religiosa?						
1. [] Sim . Qual (ais)?.....						2. [] não
13. A sua renda é aproximadamente de:						
1. [] Até 622,00 (um salário mínimo)						
2. [] De R\$ 1.244,00 a R\$ 1.866,00 (dois a três salários mínimos)						
3. [] De R\$ 2.488,00 a R\$ 3.110 (quatro a cinco salários mínimos)						
4. [] De R\$ 3.732,00 a R\$ 4.354,00 (seis a sete salários mínimos)						
5. [] De R\$ 4.976,00 a R\$ 5.598,00 (oito a nove salários mínimos)						
6. [] De R\$ 6.220,00 a mais (dez salários mínimos a mais)						
7. [] Não sei informar						
8. [] Sem rendimentos						
14. Mora em: [] Casa [] apartamento						
14.a Sua casa/apartamento é situada na zona: [] rural [] urbana						
14.b. Sua casa/apartamento é						
1. [] Própria						

2. <input type="checkbox"/> Alugada	3. <input type="checkbox"/> Emprestada de parente/amigo	4. <input type="checkbox"/> Pensão/hotel	5. <input type="checkbox"/> Instituição, como exemplo, abrigo	6. <input type="checkbox"/> Casa de parentes	
14.c Reside: <input type="checkbox"/> sozinho <input type="checkbox"/> com uma pessoa <input type="checkbox"/> com duas pessoas <input type="checkbox"/> com três pessoas <input type="checkbox"/> com quatro ou mais pessoas					
15. Faz atividade física regularmente?					
<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> menos de 1 vez/semana	<input type="checkbox"/> 1 vez/semana	<input type="checkbox"/> 2 vezes /semana	<input type="checkbox"/> 3 vezes /semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes/semana
16. Possui plano de saúde? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não					
17. No momento você se sente em geral em relação a sua SAÚDE?					
<input type="checkbox"/> muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> insatisfeito	<input type="checkbox"/> nem satisfeito e nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> satisfeito	<input type="checkbox"/> muito satisfeito	
18. No momento você se sente em geral em relação a sua VIDA?					
<input type="checkbox"/> muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> insatisfeito	<input type="checkbox"/> nem satisfeito e nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> satisfeito	<input type="checkbox"/> muito satisfeito	
19. Qual das atividades abaixo ocupa a maior parte do seu tempo livre?					
<input type="checkbox"/> Assistindo TV <input type="checkbox"/> jandar pelo seu bairro <input type="checkbox"/> frequentar cursos ou grupos de idosos <input type="checkbox"/> participar de associações/ políticas <input type="checkbox"/> Indo ao cinema <input type="checkbox"/> Religião <input type="checkbox"/> Bares e/ou boates <input type="checkbox"/> Leitura <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> receber visitas <input type="checkbox"/> ir à igreja <input type="checkbox"/> participar de jogos <input type="checkbox"/> Teatro <input type="checkbox"/> fazer compras <input type="checkbox"/> esportes <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Dançar <input type="checkbox"/> sair para visitar parentes <input type="checkbox"/> alguma atividade para distrair (jogos, xadrez, jardinagem, etc.) <input type="checkbox"/> cozer, bordar, tricotar <input type="checkbox"/> sair para passeios longos (excursão) <input type="checkbox"/> sair para encontro social ou comunitário <input type="checkbox"/> Outros					
20. Você fez algum exame preventivo nos últimos doze meses?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					

X. Anexos

Anexo 1. Autorização de Gary T. Reker da autor da Successful Aging Sacala (SAS).

Dear Monica,

Yes, you have my permission to use the Successful Aging Scale and to adapt and validate it in Brazil. I would be very interested in receiving a translated copy once you have done that. I have attached a copy of the scale as well as a brief Manual. Also you might be interested in a paper I authored on successful aging in Canada. A copy is attached.

For more information on my work within positive psychology, see my website at: www.garyreker.ca.

All the best, Gary T. Reker

Anexo 2. Escala original da SAS.

Below are statements that assess how people feel about their individual aging. Read each statement carefully and indicate how each applies to you in general, using the 7-point scale. For example, if you **STRONGLY AGREE**, circle **SA** following the statement. If you **Moderately Disagree**, circle **MD**. If you are **UNDECIDED**, circle **U**. Try to use the undecided category sparingly.

SA STRONGLY AGREE	A AGREE	MA MODERATELY AGREE	U UNDECIDED
MD MODERATELY DISAGREE	D DISAGREE	SD STRONGLY DISAGREE	

-
1. I am unable to make choices about things that affect how I age, like my diet, exercise and smoking.

SA A MA U MD D SD

2. When things don't go as well as they used to, I keep trying other ways until I achieve the same result.

SA A MA U MD D SD

3. In difficult times, I develop mental toughness in dealing with the situation.

SA A MA U MD D SD

4. I maintain warm and trusting relations with significant others.

SA A MA U MD D SD

5. I am actively engaged with life through productive activities.

SA A MA U MD D SD

6. I strive to remain independent for as long as possible.

SA A MA U MD D SD

7. I make attempts to remain relatively free of disease and disability.

SA A MA U MD D SD

8. I try to maintain good physical and mental functioning as I age.

SA A MA U MD D SD

9. I am actively engaged with life through regular social contacts.

SA A MA U MD D SD

10. I make every effort to achieve goals that are important to me.

SA A MA U MD D SD

11. I feel that I am not in control of my immediate environment.

SA A MA U MD D SD

12. I can deal with whatever comes my way.

SA A MA U MD D SD

13. I make attempts to engage in healthy lifestyle habits.

SA A MA U MD D SD

14. I am comfortable in accepting both my good and bad qualities.

SA A MA U MD D SD

Anexo 3. Autorização de Bruce da Brief Resilience Sacale (BRS).

Hi Monica,

I would be happy for you to use the scale. All I ask is that you try to send me some kind of report on what you find regarding the scale. I have attached the scale as it usually appears in questionnaires, the original validation article, and a copy additional articles that I have published using the scale. I wish you the best in your research.

Bruce

Anexo 4. Brief resilience Scale

Instructions: Use the following scale and **circle** one number for each statement to indicate

how much you disagree or agree with each of the statements.

1 = Strongly Disagree 2 = Disagree 3 = Neutral 4 = Agree 5 = Strongly Agree

1. I tend to bounce back quickly after hard times..... 1

2 3 4 5

2. I have a hard time making it through stressful events.....

1 2 3 4 5

3. It does not take me long to recover from a stressful event.....

1 2 3 4 5

4. It is hard for me to snap back when something bad happens.....

1 2 3 4 5

5. I usually come through difficult times with little trouble.....

1 2 3 4 5

6. I tend to take a long time to get over set-backs in my life.....

1 2 3 4 5

Anexo 5. Perfil de Saúde de Nottingham – PSN

1. Eu fico cansado o tempo todo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2. Eu sinto dor à noite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3. As coisas estão me deixando desanimado/deprimido(a)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4. A dor que eu sinto é insuportável	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5. Eu tomo remédios para dormir	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6. Eu esqueci como fazer coisas que me divertem	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7. Eu me sinto extremamente irritado (“com os nervos à flor da pele”)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8. Eu sinto dor para mudar de posição	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9. Eu me sinto sozinho	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10. Eu consigo andar apenas dentro de casa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11. Eu tenho dificuldade para abaixar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12. Tudo para mim requer muito esforço	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13. Eu acordo de madrugada e não pego mais no sono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14. Eu não consigo andar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15. Eu acho difícil fazer contato com as pessoas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16. Os dias parecem muito longos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17. Eu tenho dificuldade para subir e descer escadas ou degraus	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18. Eu tenho dificuldade para pegar coisas no alto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19. Eu sinto dor quando ando	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20. Ultimamente eu perco a paciência facilmente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
21. Eu sinto que não há ninguém próximo em quem eu possa confiar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
22. Eu fico acordado (a) a maior parte da noite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23. Eu sinto como se estivesse perdendo o controle	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
24. Eu sinto dor quando fico de pé	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
25. Eu acho difícil me vestir	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
26. Eu perco minha energia rapidamente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
27. Eu tenho dificuldade para permanecer de pé por muito tempo (na pia da cozinha ou esperando o ônibus)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
28. Eu sinto dor constantemente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
29. Eu levo muito tempo para pegar no sono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
30. Eu me sinto como um peso para as pessoas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
31. As preocupações estão me mantendo acordado(a) à noite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
32. Eu sinto que a vida não vale a pena ser vivida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
33. Eu durmo mal à noite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34. Eu estou tendo dificuldade em me relacionar com as pessoas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
35. Eu preciso de ajuda para andar fora de casa (uma muleta, bengala ou alguém para me apoiar)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
36. Eu sinto dor para subir e descer escadas ou degraus	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
37. Eu acordo me sentindo deprimido	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
38. Eu sinto dor quando estou sentado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Anexo 6. Suporte Social - SSQ (Matsukura, 1983)

1. Com quem você realmente pode contar quando precisa de ajuda?					
[] Ninguém		[] Mãe	[] namorado (a)	[] colega	
[] Outros (especifique)		[] Pai	[] cônjuge	[] avô (ó)	
.....		[] Irmão (â)	[] Amigo (a)	[] médico/psicólogo (a)	
Em que grau você fica satisfeito (a)?					
1 Muito insatisfeito (a)	2 Insatisfeito (a)	3 Razoavelmente insatisfeito (a)	4 Um pouco satisfeito (a)	5 Satisfeito (a)	6 Muito satisfeito (a)
2. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo (a) a ficar mais relaxado (a) quando você está sob pressão ou tenso (a)?					
[] Ninguém		[] Mãe	[] namorado (a)	[] colega	
[] Outros (especifique)		[] Pai	[] cônjuge	[] avô (ó)	
.....		[] Irmão (â)	[] Amigo (a)	[] médico/psicólogo (a)	
Em que grau você fica satisfeito (a)?					
1 Muito insatisfeito (a)	2 Insatisfeito (a)	3 Razoavelmente insatisfeito (a)	4 Um pouco satisfeito (a)	5 Satisfeito (a)	6 Muito satisfeito (a)
3. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor ou pior?					
[] Ninguém		[] Mãe	[] namorado (a)	[] colega	
[] Outros (especifique)		[] Pai	[] cônjuge	[] avô (ó)	
.....		[] Irmão (â)	[] Amigo (a)	[] médico/psicólogo (a)	
Em que grau você fica satisfeito (a)?					
1 Muito insatisfeito (a)	2 Insatisfeito (a)	3 Razoavelmente insatisfeito (a)	4 Um pouco satisfeito (a)	5 Satisfeito (a)	6 Muito satisfeito (a)
4. Com quem você pode contar para preocupar se com você, independentemente do que esteja acontecendo com você?					
[] Ninguém		[] Mãe	[] namorado (a)	[] colega	
[] Outros (específico)		[] Pai	[] cônjuge	[] avô (ó)	
.....		[] Irmão (â)	[] Amigo (a)	[] médico/psicólogo (a)	
Em que grau você fica satisfeito (a)?					
1 Muito insatisfeito (a)	2 Insatisfeito (a)	3 Razoavelmente insatisfeito (a)	4 Um pouco satisfeito (a)	5 Satisfeito (a)	6 Muito satisfeito (a)
5. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo (a) a sentir se melhor quando você está deprimido (a)?					
[] Ninguém		[] Mãe	[] namorado (a)	[] colega	
[] Outros (específico)		[] Pai	[] cônjuge	[] avô (ó)	
.....		[] Irmão (â)	[] Amigo (a)	[] médico/psicólogo (a)	
Em que grau você fica satisfeito (a)?					
1 Muito insatisfeito (a)	2 Insatisfeito (a)	3 Razoavelmente insatisfeito (a)	4 Um pouco satisfeito (a)	5 Satisfeito (a)	6 Muito satisfeito (a)
6. Com quem você pode contar para distraí-lo de suas preocupações quando você se sente estressado (a)?					
[] Ninguém		[] Mãe	[] namorado (a)	[] colegas	
[] Outros (específico)		[] Pai	[] cônjuge	[] avô (ó)	
.....		[] Irmão (â)	[] Amigo (a)	[] médico/psicólogo (a)	
Em que grau você fica satisfeito (a)?					
1 Muito insatisfeito (a)	2 Insatisfeito (a)	3 Razoavelmente insatisfeito (a)	4 Um pouco satisfeito (a)	5 Satisfeito (a)	6 Muito satisfeito (a)

Anexo 7. Escala de Estresse Percebido - PSS (Cohen *et al.*, 1983).

1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
2. Você tem se sentido <u>incapaz</u> de controlar as coisas importantes em sua vida?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
3. Você tem se sentido nervoso (a) e “estressado (a)”?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
4. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
5. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
6. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
7. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
8. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
9. Você tem ficado irritado (a) porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre
10. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?				
0 Nunca	1 Quase nunca	2 Às vezes	3 Quase sempre	4 Sempre

Anexo 8. Escala de Satisfação com a Vida (Dienner et al, 1985)

1. Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.						
<u>1</u> Discordo Totalmente	<u>2</u> Discordo	<u>3</u> Discordo Ligeiramente	<u>4</u> Nem Concordo nem Discordo	<u>5</u> Concordo Ligeiramente	<u>6</u> Concordo	<u>7</u> Concordo Totalmente
2. As condições da minha vida são excelentes.						
<u>1</u> Discordo Totalmente	<u>2</u> Discordo	<u>3</u> Discordo Ligeiramente	<u>4</u> Nem Concordo nem Discordo	<u>5</u> Concordo Ligeiramente	<u>6</u> Concordo	<u>7</u> Concordo Totalmente
3. Estou satisfeito (a) com minha vida.						
<u>1</u> Discordo Totalmente	<u>2</u> Discordo	<u>3</u> Discordo Ligeiramente	<u>4</u> Nem Concordo nem Discordo	<u>5</u> Concordo Ligeiramente	<u>6</u> Concordo	<u>7</u> Concordo Totalmente
4. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida.						
<u>1</u> Discordo Totalmente	<u>2</u> Discordo	<u>3</u> Discordo Ligeiramente	<u>4</u> Nem Concordo nem Discordo	<u>5</u> Concordo Ligeiramente	<u>6</u> Concordo	<u>7</u> Concordo Totalmente
5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.						
<u>1</u> Discordo Totalmente	<u>2</u> Discordo	<u>3</u> Discordo Ligeiramente	<u>4</u> Nem Concordo nem Discordo	<u>5</u> Concordo Ligeiramente	<u>6</u> Concordo	<u>7</u> Concordo Totalmente

Anexo 9. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD (Zigmond & Snaith, 1983).

1. Eu me sinto tenso (a) ou contraído (a):			
1 A maior parte do tempo	2 Boa parte do tempo	3 De vez em quando	4 Nunca
2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:			
1 Sim, do mesmo jeito que antes	2 Não tanto quanto antes	3 Só um pouco	4 Já não sinto mais prazer em nada
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
1 Sim, e de um jeito muito forte.	2 Sim, mas não tão forte	3 Um pouco, mas isso não me preocupa.	4 Não sinto nada disso.
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
1 Do mesmo jeito que antes	2 Atualmente um pouco menos	3 Atualmente bem menos	4 Não consigo mais
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:			
1 A maior parte do tempo	2 Boa parte do tempo	3 De vez em quando	4 Raramente
6. Eu me sinto alegre:			
1 Nunca	2 Poucas vezes	3 Muitas vezes	4 A maior parte do tempo
7. Consigo ficar sentado (a) à vontade e me sentir relaxado (a):			
1 Sim, quase sempre	2 Muitas vezes	3 Poucas vezes	4 Nunca
8. Eu estou lento (a) para pensar e fazer as coisas:			
1 Quase sempre	2 Muitas vezes	3 De vez em quando	4 Nunca
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
1 Quase sempre	2 Muitas vezes	3 De vez em quando	4 Nunca
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
1 Completamente	2 Não estou mais me cuidando como deveria	3 Talvez não tanto quanto antes	4 Me cuido do mesmo jeito que antes
11. Eu me sinto inquieto (a), como se eu não pudesse ficar parado(a) o em lugar nenhum:			
1 Sim, demais	2 Bastante	3 Um pouco	4 Não me sinto assim
12. Fico esperando animado (a) as coisas boas que estão por vir:			
1 Do mesmo jeito que antes	2 Um pouco menos do que antes	3 Bem menos do que antes	4 Quase nunca
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
1 A quase todo momento	2 Várias vezes	3 De vez em quando	4 Não sinto isso
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
1 Quase sempre	2 Várias vezes	3 Poucas vezes	4 Quase nunca