



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JÚNIOR**

**RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO: MECANISMOS DE PROTEÇÃO NA  
ADAPTAÇÃO AOS FATORES DE RISCO NA VELHICE**

Campina Grande  
2018

EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JÚNIOR

**RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO: MECANISMOS DE PROTEÇÃO NA  
ADAPTAÇÃO AOS FATORES DE RISCO NA VELHICE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio

Campina Grande  
2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586r Silva Júnior, Edivan Gonçalves da.  
Resiliência e envelhecimento [manuscrito] : Mecanismos de proteção na adaptação aos fatores de risco na velhice / Edivan Gonçalves da Silva Júnior. - 2018.  
156 p.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.  
"Orientação : Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio, Departamento de Psicologia - CCBS."  
1. Envelhecimento. 2. Idosos. 3. Resiliência psicológica. I.  
Título  
21. ed. CDD 155.6

EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JÚNIOR

**RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO: MECANISMOS DE PROTEÇÃO NA  
ADAPTAÇÃO AOS FATORES DE RISCO NA VELHICE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovado em 20/09/2018

**BANCA EXAMINADORA**

*Maria do Carmo Eulálio*

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Eulálio**  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB  
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

*Josevânia da Silva*

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Josevânia da Silva**  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB  
Membro Interno

*Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli*

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli**  
Universidade Federal da Paraíba  
Membro Externo

Campina Grande  
2018

## ***DEDICATÓRIA***

À minha filha, Maria Vitória, que chegou de surpresa em minha vida e que tem me ensinado importantes lições. Ensinou-me que o amor é o meio mais potente para superar as adversidades da vida. Filha, que Deus seja infinitamente presente nas nossas vidas. Sejam *resilientes* nos caminhos que estão reservados para nós.  
Com amor, do seu papai!

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo amor incondicional, pelas alegrias permitidas, pelas conquistas alcançadas até aqui. Por se fazer luz nos momentos de tormenta e escuridão. Pela vida!

Aos meus pais (**Maria José e Edivan**), minhas primeiras referências de cuidado e de amor, por acreditarem em mim, por se fazerem presentes cada um ao seu modo. Amo vocês!

Aos meus avós (**Céu e Antônio Roque**), que com muita ternura me guiam por um caminho justo e solidário. Por partilharem sua humildade comigo, por serem apoio em todas as horas.

Aos meus **tios e tias, Neta, Nilda, Nira, Zeilma, Gislânia, Boneca, Valdo, Lia, Naná, Evandro (in memoriam)** que, em tantos momentos, me lembraram da importância de persistir, de acreditar nos meus sonhos e objetivos, por me apoiarem sempre e por me darem muito afeto!

Aos meus **primos e primas**, pelo carinho e pelas alegrias compartilhadas. Amo vocês!

À **profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio (Carmita)**, minha orientadora nos trabalhos acadêmicos, tutora de um percurso de formação profissional e também pessoal, amiga de todas as horas e mãe do coração, que tanto fez por mim nessa caminhada desde a graduação em que me encontrei (felizmente) motivado em pesquisar sobre o envelhecimento. Sempre pude contar com seu apoio e gentileza, de tantas maneiras! Suas apostas em mim tornam e ainda fazem meus dias serem mais esperançosos. Gratidão!

À **Almira**, grande amiga que se faz presente na minha vida, com seus importantes ensinamentos, que me ilumina e me dá forças com sua energia, paz e amor. Por sua ajuda na pesquisa.

À **Adrianna**, querida amiga, por quem tenho enorme carinho e respeito. Foram muitas as risadas compartilhadas. Obrigado pelo apoio e pela confiança que me deixaram mais feliz!

À **profa. Vitória Quirino**, por sua arte e sabedoria, por sua amizade e boa energia. Recebi importantes ensinamentos nesse meu percurso de pesquisa com os idosos.

Aos meus amigos de Mestrado, em especial, **Kalina, Verônica, Jacqueline e Jackson** pelo carinho e pela parceria, por terem tornado esse percurso mais leve, pelos encontros e conversas carregadas de muito afeto!

À **Izabel Fernandes**, grande incentivadora dos meus sonhos, agradeço pelo amor de mãe que sempre recebi da senhora! Seu amor me fez mais forte!

Às minhas amigas **Analiane (irmã do coração), Tatiana, Mariana e Netinha**, por sempre me acolherem tão bem, por me fazerem rir com tantas histórias felizes. Vocês são especiais, somos família!

Aos meus amigos **Francisco de Assis, Hugo, Terifran, Francisco, Moça, Luciana e Fernanda**, que fazem parte dessa minha caminhada de perseguir sonhos (pescador de ilusões)! Obrigado pelo incentivo, pelos excelentes momentos de conversa e de trocas afetivas.

Às minhas amigas **Janiere e Janciere**, por quem eu tenho enorme carinho! Aqui em Campina construímos uma família, temos laços fraternos, sou muito feliz por sua amizade!

A **Marcelo**, um irmão que ganhei aqui em Campina. Obrigado pela parceria!

A **Rawny**, querido amigo. Pelo apoio e pelo carinho, pelas acolhidas e atenção sem igual!

A **Renata**, por sua amizade e apoio. Por confiar em mim e por ter me ajudado tanto!

Às minhas amigas, eternas colegas, **Josiane e Patrícia**, pelo carinho e pela amizade, por se fazerem presentes nesse percurso depois da graduação. Levarei sempre a sua amizade comigo.

Às minhas amigas **Andrea Campos, Débora Campos, Rivânia, Marenize e Zuleide**, pelo carinho, pela amizade, por me possibilitarem tantos momentos agradáveis, por compreenderem minha correria constante e me impulsionarem a seguir em frente!

Aos meus **amigos do GEPES (professores e alunos)**, que me proporcionaram realizar esse projeto. Sem vocês, esse trabalho não teria sido possível! Ao longo dos anos, pudemos compartilhar muitas experiências: foram trabalhos, orientações, coletas, reuniões, idas e vindas constantes. Somos tantos os gepianos... Gratidão!

Aos **professores do Mestrado em Psicologia da Saúde**, por partilharem seus ensinamentos e contribuírem com minha formação acadêmica.

Às **Profas. Jailma e Lígia**, pelo carinho e apoio, pelas boas conversas, por confiarem em mim. Grato pela parceria que construímos ao longo desses anos.

À **Profa. Dra. Josevânia da Silva**, por aceitar fazer parte da minha banca de qualificação, e agora, da defesa de minha dissertação. Por todo o carinho, por sua atenção e apoio fornecido nessa trajetória.

À **Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli**, por estar presente em minhas bancas de qualificação e de defesa da dissertação. Agradeço pela atenção, pela disponibilidade e pelo cuidado da sua avaliação!

À **Universidade Estadual da Paraíba/UEPB**, por me permitir mais uma excelente formação! **Ao Programa de Incentivo à Pós-Graduação e à Pesquisa - PROPESQ/UEPB**, por ter financiado a pesquisa. **À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba/FAPESQ**, pela concessão da bolsa de Mestrado, fundamental nesse trajeto.

Aos **idosos e às idosas participantes desta pesquisa**, que me deram importantes ensinamentos! Recebi muito afeto, vivenciei importantes lições de vida. Meu percurso nunca mais foi o mesmo depois de ter me encontrado com vocês. **RESILIÊNCIA!**

## ***Tocando em frente***

*Ando devagar porque já tive pressa  
E levo este sorriso, porque já chorei demais  
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe  
Eu só levo a certeza de que muito pouco eu sei, ou*

*Nada sei*

*Conhecer as manhas e as manhãs*

*O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar*

*É preciso paz pra poder sorrir*

*É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida seja simplesmente  
Compreender a marcha, e ir tocando em frente*

*Como um velho boiadeiro levando a boiada*

*Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou*

*Estrada eu sou*

*Conhecer as manhas e as manhãs*

*O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar*

*É preciso paz pra poder sorrir*

*É preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia, todo mundo chora*

*Um dia a gente chega, no outro vai embora*

***Cada um de nós compõe a sua história***

***E cada ser em si carrega o dom de ser capaz***

***E ser feliz***

*Conhecer as manhas e as manhãs*

*O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar*

*É preciso paz pra poder sorrir*

*É preciso a chuva para florir*

*Ando devagar porque já tive pressa*

*E levo este sorriso porque já chorei demais*

*Cada um de nós compõe a sua história*

*E cada ser em si carrega o dom de ser capaz*

*E ser feliz*

***(Almir Sater e Renato Teixeira)***

## RESUMO

**Introdução:** O curso do envelhecimento representa um desafio para as pessoas que lidam com declínios de suas funções físicas e cognitivas, com a aquisição de doenças crônicas e com mudanças no convívio social. Esse contexto de modificações e de adversidades exige flexibilidade na adaptação e no ajustamento às situações, capazes de proporcionar um desenvolvimento equilibrado e saudável na velhice. Assim, devem atuar processos adaptativos e fatores protetivos que auxiliem a vivência de uma velhice bem-sucedida e/ou resiliente.

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre a resiliência e os fatores de proteção na ocorrência de fatores de risco no contexto do envelhecimento.

**Métodos:** Foram desenvolvidas duas estratégias de coleta e de produção dos dados: uma quantitativa-correlacional (estudo 1) e outra qualitativa (estudo 2), ambas com abordagem descritiva. O estudo 1 contou com a participação de 508 idosos, de ambos os sexos, com idades a partir de 60 anos, adscritos na rede de atenção básica de saúde do município de Campina Grande - Paraíba. Para a coleta dos dados, utilizaram-se um questionário sociodemográfico, o Inventário de Eventos Estressantes, a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Resiliência, a Escala de Esperança de Herth e o Inventário de Rede de Suporte Social. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS, em que foram desenvolvidas análises descritiva e multivariada ( $p < 0,05$ ). Depois do cumprimento da primeira estratégia de pesquisa, procedeu-se ao estudo 2, que contou com 15 participantes (63 a 81 anos) integrantes da amostra de 508, devido às suas pontuações (altas) na Escala de Resiliência. Foram realizados dois grupos focais, cujas falas foram gravadas, transcritas e avaliadas por meio da Análise Categórica Temática.

**Resultados:** No estudo 1, foi encontrada média de idade de 71,16 anos ( $DP=7,05$ ;  $Mín=60$ ;  $Máx=92$ ). Obteve-se predomínio de mulheres ( $n=80,3\%$ ), a maioria de setuagenários ( $41,9\%$ ), casados ( $42,5\%$ ) e com baixa escolaridade ( $36,4\%$ ). Foram encontrados índices satisfatórios de resiliência ( $M=138$ ,  $DP=5,10$ ), de esperança ( $M=38,6$ ;  $DP=4,5$ ) e de apoio social ( $M=3,80$ ;  $DP=1,12$ ). Maiores índices de estresse foram encontrados para eventos que afetam o bem-estar pessoal ( $M=11,28$ ;  $DP=9,9$ ) e relativos à finitude ( $M=6,3$ ;  $DP=5,27$ ). Observou-se um número significativo de participantes com sintomatologia indicativa de depressão ( $23,6\%$ ). A idade correlacionou-se negativamente com os índices de resiliência e de esperança, e positivamente, com os índices de depressão. A análise de regressão revelou que 22% da variação do índice de resiliência foram explicados por variações nos índices de esperança e de depressão. O estudo 2 resultou em três categorias: I) Mecanismos sociais de proteção; II) Recursos pessoais; e III) Processos adaptativos para uma velhice bem-sucedida. Ao todo, foram 15 subcategorias de análise. O apoio social foi enfatizado como um recurso de proteção no envelhecimento, assim como as interações positivas entre familiares. Os recursos pessoais (regulação emocional, religiosidade e espiritualidade, felicidade e bom humor, otimismo, autoeficácia, altruísmo e gratidão) reuniram estados e processos emocionais, cognitivos e comportamentais positivos, que se destacaram nos discursos sobre resiliência. A adaptação às mudanças ocorridas com o avançar do envelhecimento, o amadurecimento, a aceitação e a construção de uma identidade positiva sobre a velhice denotaram processos adaptativos, sinalizadores de resiliência.

**Conclusão:** O envelhecimento e a velhice mostraram-se desafiadores para os idosos. A resiliência foi expressa em função de uma variedade de fatores que, juntos, possibilitam a experimentação de bem-estar e satisfação na velhice. Processos adaptativos foram essenciais para manter um envelhecimento bem-sucedido, e estratégias precisam ser desenvolvidas com idosos mais longevos que sentem mais intensamente os impactos negativos do envelhecimento.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Idosos; Resiliência Psicológica; Fatores de proteção.

## ABSTRACT

**Introduction:** The course of aging represents a challenge for people who deal with declines in their physical and cognitive functions, the acquisition of chronic diseases and changes in social life. This context of changes and adversities requires flexibility in adapting and adjusting to situations, capable of allowing a balanced and healthy development in old age. Thus, adaptive processes and protective factors should be used to assist in the attainment of a successful and/or resilient old age. **Objective:** This study aimed to analyze the relationship between resilience and protection factors through the occurrence of risk factors in the context of aging. **Methods:** Two data collection and production strategies were developed, one quantitative-correlational (study 1) and another qualitative (study 2), both with a descriptive approach. Study 1 counted on the participation of 508 elderly, of both genders, aged 60 and over, enrolled in the basic health care network at Campina Grande, Paraíba. For the data collection, the following instruments were used: a Sociodemographic Questionnaire, the Inventory of Stressful Events, the Geriatric Depression Scale, the Resilience Scale, the Herth Hope Scale and the Social Support Network Inventory. Data were analyzed using the SPSS statistical program, where descriptive and multivariate analyzes were performed ( $p < 0.05$ ). After completing the first research strategy, we carried out the study 2 that included 15 participants (63 to 81 years old) in the 508 sample, according to their scores (high) in the Resilience Scale. Two focus groups were performed, the speeches were recorded, transcribed and evaluated through the Thematic Categorical Analysis. **Results:** In study 1, average age was 71.16 years ( $SD = 7.05$ ,  $Min = 60$ ,  $Max = 92$ ). It was obtained a predominance of women ( $n = 80.3\%$ ), a majority of setuagenarians ( $41.9\%$ ), married ( $42.5\%$ ) and low schooling ( $36.4\%$ ) predominated. Satisfactory indexes of resilience ( $M = 138$ ,  $SD = 5,10$ ), of hope ( $M = 38.6$ ,  $SD = 4.5$ ) and social support ( $M = 3.80$ ,  $SD = 1.12$ ). Higher stress indexes were found for events affecting personal well-being ( $M = 11.28$ ,  $SD = 9.9$ ) and relative to finitude ( $M = 6.3$ ,  $SD = 5.27$ ). A significant number of participants with symptomatology indicative of depression ( $23.6\%$ ) were observed. Age correlated negatively with the indices of resilience and hope and positively with the indices of depression. The regression analysis revealed that 22% of the variation in the resilience index was explained by variations in the indices of hope and depression. Study 2 resulted in three categories: I) Social protection mechanisms; II) Personal resources; III) Adaptive processes for a successful old age. In all, there were 15 subcategories of analysis. Social support was emphasized as a protective resource in aging, as well as positive interactions between family members. Personal resources (emotional regulation, religiosity and spirituality, happiness and good humor, optimism, self-efficacy, altruism, gratitude) brought together positive emotional, cognitive and behavioral states and processes that were highlighted in discourses on resilience. Adapting to the changes that occur with the advancement of aging, maturation, acceptance, and building a positive identity about old age have identified adaptive processes that signal resilience. **Conclusion:** Aging and old age have proved challenging for the elderly. Resilience has been expressed in terms of a variety of factors that together allow the experimentation of well-being and satisfaction in old age. Adaptive processes have proved essential in maintaining successful aging and strategies need to be developed with older people who are more acutely aware of the negative impacts of aging.

**Key words:** Aging; Elderly; Psychological Resilience; Protection factors.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes (N=508) segundo condições sociodemográficas.....	81
Tabela 2 – Correlações de spearman entre as medidas de resiliência, apoio social, esperança e estresse.....	82
Tabela 3 – Análise de regressão linear múltipla com o modelo explicativo para resiliência.....	83

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias.....	115
--	-----

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO I.....	19
DELIMITAÇÃO DO FENÔMENO DA PESQUISA .....	19
1.1 O Fenômeno do Envelhecimento Populacional e a Elaboração de Políticas Públicas.....	20
1.2 Fatores de Risco no Contexto do Envelhecimento.....	25
1.3 Envelhecimento Humano, Resiliência e o Paradigma do <i>Life-span</i> .....	28
CAPÍTULO II .....	32
APORTE TEÓRICO .....	32
2 RESILIÊNCIA .....	33
2.1 Evolução do Conceito de Resiliência na Psicologia .....	33
2.2 Fatores de Proteção .....	36
2.3 Promoção da Saúde, Resiliência e Envelhecimento: Interfaces com a Psicologia da Saúde .....	39
2.4 Avaliação da Resiliência: o Uso de Medidas e Estratégias de Pesquisa .....	47
2.5 Objetivos .....	51
CAPÍTULO III .....	53
RISCO E PROTEÇÃO NO ENVELHECIMENTO: CORRELATOS ENTRE ESTRESSE, DEPRESSÃO, RESILIÊNCIA, ESPERANÇA E APOIO SOCIAL .....	53
Introdução.....	57
Métodos .....	61
Resultados .....	65
Discussão.....	67
Referências .....	74
CAPÍTULO IV .....	84
PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA NA VELHICE: MECANISMOS SOCIAIS E RECURSOS PESSOAIS DE PROTEÇÃO .....	84
Introdução.....	88
Método .....	91
Resultados e Discussão .....	93
Mecanismos Sociais de Proteção na Velhice .....	93
Recursos Pessoais.....	97
Processos Adaptativos para uma Velhice Bem-Sucedida .....	102
Considerações Finais .....	109

Referências .....	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	116
REFERÊNCIAS .....	123
ANEXOS.....	135
ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	135
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética.....	136
ANEXO III – Escala de Eventos Estressantes .....	137
ANEXO IV – Escala de Depressão.....	139
ANEXO V – Escala de Resiliência .....	140
ANEXO VI – Escala de Esperança de Herth .....	142
ANEXO VII – Inventário da Rede de Suporte Social.....	143
APÊNDICES.....	153
APÊNDICE I – Questionário Sociodemográfico.....	153
APÊNDICE II – Roteiro do Grupo Focal .....	156

## INTRODUÇÃO

As últimas cinco décadas, destacadamente marcadas pelo aumento da longevidade da população, têm demonstrado a importância de desenvolver estratégias de cuidado para os idosos que trazem grandes desafios no tocante à manutenção de um desenvolvimento saudável na velhice. O crescente número de idosos que vivem no Brasil e o alargamento do topo da pirâmide etária, que evidencia o aumento de idosos mais longevos (octogenários, nonagenários e centenários), são acompanhados do despreparo dos gestores e da carência de políticas públicas e dos serviços prestados a esse público. Alerta-se para o fato de que muito ainda precisa ser feito para que os idosos possam desfrutar de uma boa qualidade de vida e de assistência especializada aos cuidados que são necessários para que alcancem maior longevidade.

Assim, o fenômeno do envelhecimento populacional carece de ser experimentando com dignidade, para que os declínios advindos com o processo progressivo do envelhecimento possam ser compensados com práticas efetivas de cuidado no campo da promoção da saúde e da prevenção de doenças e/ou agravos à saúde.

Inegavelmente, o processo de envelhecimento é atravessado por fatores de riscos psicossociais, que ameaçam o desenvolvimento normal dos sujeitos, que se deparam com adversidades na vivência de maior longevidade. Decorrem múltiplas necessidades médicas (aquisição de doenças crônicas, declínio das capacidades funcionais e cognitivas), psicossociais (retraimento social, interação familiar, adesão aos serviços de promoção de cuidado e assistenciais) e econômicas que surgem em decorrência do processo de envelhecimento (Rivero, Canali-Prado, Vieira, & Rivero, 2013; Tavares, Jesus, Machado, Braga, Tocantis, & Merighi, 2017). Assim, devem ser avaliados os fatores que implicam mais suscetibilidade para o desenvolvimento de vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e psicossociais nesse grupo

etário (Araújo, Ribeiro & Paúl, 2016). Ao mesmo tempo, é necessário identificar recursos internos e externos (do indivíduo e do meio em que ele está inserido) que contribuam positivamente para a experiência de um envelhecimento saudável ou adaptado, apesar das adversidades da vida (Rivero et al., 2013).

O fenômeno do envelhecimento populacional resultou em mudanças paradigmáticas nos espaços de estudo sobre idosos, que, antes, eram marcados, principalmente, por abordagens que supervalorizavam as perdas e os declínios progressivos adquiridos. Com o aumento da idade, aos poucos, o processo de envelhecimento passou a ser investigado nas esferas de vida, que apontam para processos adaptativos exitosos, caracterizados como processos de envelhecimento ativo, bem-sucedido e saudável. Além de tudo, o alcance de maior longevidade tem sido apontado como um demonstrativo do potencial de resiliência dos indivíduos.

Nesse contexto, alguns questionamentos são possíveis: Que recursos possibilitam a experiência de uma velhice bem-sucedida? Como se expressa a resiliência nas pessoas idosas? De que forma a resiliência é concebida pelos sujeitos que já acumularam várias experiências (traumáticas e/ou exitosas) ao longo do seu desenvolvimento?

Este estudo adotou a concepção de que a ocorrência de perdas e a presença de ameaças e de riscos à saúde não invalidam a ação de recursos de adaptação que podem atuar na proteção e na amenização dos efeitos de patologias ou de eventos de vida que afetam o bem-estar e a autonomia dos idosos, embora seu potencial de adaptabilidade às mudanças esteja reduzido (Neri, 2014). Nesse sentido, chama-se à atenção para a investigação dos recursos de que os idosos dispõem para enfrentar as vulnerabilidades da velhice, de modo a superar a estigmatização que reduz o envelhecimento ao imperativo de declínios e de perdas. Mais do que apreender os desafios que tomam os indivíduos em franco processo de envelhecimento, tem sido essencial

considerar as interações entre fatores que amenizam os efeitos nocivos à saúde e ao desenvolvimento saudável diante de contextos de risco psicossocial.

A investigação acerca dos processos adaptativos no idoso foi respaldada, nesta pesquisa, pelo estudo da resiliência, um recurso discutido no campo da promoção da saúde, geralmente tratado como uma possibilidade de o sujeito superar as adversidades de vida (Arciniega, 2014). Também se apresenta como uma medida potencial, que favorece o aumento nos índices de qualidade de vida, por meio da prevenção e da minimização de agravos à saúde e da promoção de bem-estar na população em geral (Larmar & Ronzani, 2009).

Os estudos sobre resiliência ganharam ênfase no campo da Psicologia depois dos anos de 1980 (Cyrulnik & Cabral, 2015). O construto, por sua vez, representa uma das grandes expressões da Psicologia Positiva que acende o debate sobre os estudos que põem em evidência as potencialidades e as qualidades humanas que, durante muito tempo, foram desconsideradas nos estudos tradicionais da Psicologia (Snyder & Lopez, 2009). As pesquisas sobre resiliência estão alinhadas às investigações sobre os aspectos salutareos de vida, que compreendem as possibilidades de adaptação psicossocial como recursos essenciais nos processos de saúde e de doença. Sobre essa compreensão, a utilização desse construto também tem sido alvo de pesquisas sobre a Psicologia da Saúde, no tocante à consideração dos processos biopsicossociais que interagem positivamente com o potencial de saúde dos indivíduos (Alves, Santos, Ferreira, Costa & Costa, 2017).

Este estudo adotou, principalmente, a definição de Boris Cyrulnik, neuro-psiquiatra e etologista francês, que compreende a resiliência como uma capacidade humana de retomar processos de desenvolvimento psíquico, mesmo depois da ocorrência de conflitos (traumas), com a ação de interações complexas que são favorecidas pelo vínculo e pelo sentido (Cyrulnik, 2005).

No contexto do envelhecimento, a resiliência tem sido discutida como a possibilidade de o indivíduo manter a plasticidade de suas funções e de enfrentar os imperativos do envelhecimento notadamente marcados pelos declínios e pelas perdas, sem, no entanto, sucumbir a tais situações, mas dando conta de seguir com um curso de desenvolvimento adaptável e equilibrado (Fontes & Neri, 2015). É o processo de retomada do desenvolvimento que se dá através de traumatismos insidiosos ou que advêm de uma “ferida traumática” que repercute de forma a exigir modos de enfrentamento, de produção de sentidos e de avaliação dos vínculos estabelecidos. Nesse sentido, a organização do sistema de cuidado pode ter um papel determinante na resiliência da pessoa idosa e de sua família (Cyrulnik & Cabral, 2015).

Para a realização desta pesquisa, o estudo da resiliência em idosos foi discutido de acordo com o paradigma do *life-span* (desenvolvimento ao longo de toda a vida), que contou, principalmente, com as contribuições do psicólogo alemão Paul Baltes, que concebia o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, em que a ideia de manter um envelhecimento saudável é consequência da capacidade de o indivíduo preservar seu potencial de desenvolvimento em todo o seu curso de vida (Baltes, 1997).

O paradigma do *life-span* é responsável por romper com a visão que antes tratava o envelhecimento como um processo restrito à ocorrência de declínios, de perdas e de incapacidades. Por meio dele, foi possível abordar o envelhecimento como um processo associado ao desenvolvimento humano, passível, portanto, de certa flexibilidade e de acúmulo de recursos e de capacidades – do indivíduo, do meio social e do ambiente – que contribuem para que se tenha um envelhecimento sadio e adaptado. Sua abordagem é, sobretudo, pluralista, dinâmica e contextualista e visa refletir sobre os processos que geram mudanças, adaptações, aprendizado, resiliência e plasticidade nos indivíduos por meio da interação e do equilíbrio entre limitações e potencialidades (Neri, 2013).

Diante do exposto, o capítulo I desta dissertação discorre sobre o fenômeno pesquisado - o do envelhecimento como um fenômeno populacional e um processo previsto no curso do desenvolvimento humano. São debatidos os aspectos que põem em risco psicossocial os indivíduos em franco processo de envelhecimento e, finalmente, é apresentada a perspectiva do envelhecimento bem-sucedido através do paradigma do *lifes-pan*, que prevê a ação de processos de resiliência que contribuem para que os idosos se adaptem aos imperativos da velhice.

No Capítulo II, apresenta-se o referencial teórico adotado no levantamento da pesquisa e que corroborou a apreciação do fenômeno abordado. O tema ‘resiliência’ é o foco do capítulo, em que são tecidas interlocuções com o paradigma do *life-span* e as contribuições da resiliência nos campos do envelhecimento, da promoção da saúde e da Psicologia da Saúde.

O Capítulo III – ‘Risco e proteção no envelhecimento: correlatos entre estresse, depressão, resiliência, esperança e apoio social’ - compõe o primeiro artigo proveniente da pesquisa de Mestrado. Nesse primeiro estudo, foi adotada a estratégia quantitativa, com recorte transversal e abordagem descritiva. Tratou-se de um primeiro método de pesquisa, do qual participaram 508 idosos residentes na comunidade de Campina Grande. Ao longo do artigo, discute-se sobre a interação entre os fatores de risco e os de proteção no contexto de vida dos idosos.

O segundo artigo proveniente deste trabalho de dissertação resultou no Capítulo IV, intitulado “Promoção da resiliência na velhice: mecanismos sociais e recursos pessoais de proteção”. Ele é produto da aplicação da estratégia qualitativa, realizada em um segundo estudo, depois de finalizar a coleta dos dados quantitativos. A produção dos dados qualitativos ocorreu com a realização de grupos focais, que contaram com a participação de 15 idosos do primeiro estudo. Nele, são expostas e debatidas as concepções dos idosos acerca dos fatores de proteção que proporcionam resiliência no envelhecimento.

Considerando os avanços e as necessidades que derivam do estudo da temática aqui abordada, ainda há um longo caminho a ser percorrido, no que diz respeito à estruturação de um campo sólido para estudo da resiliência em idosos (Fontes & Neri, 2015). A prática de avaliação da resiliência através de medidas psicológicas é desafiadora, devido à complexidade que compreende tal construto, considerado como um domínio relacional, processual e contextual (Reppol, Mayer, Almeida & Hutz, 2012). Sendo assim, optou-se por aplicar multimétodos de pesquisa com a aplicação de escalas e a realização de grupos focais que abrangessem os campos discursivos sobre o tema ‘resiliência’.

Em um estudo de revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre a resiliência psicológica em idosos, entre os períodos de 2007 a 2013, Fontes e Neri (2015) discutem que, no Brasil, a produção científica acerca dessa temática é bastante recente e tem crescido nos últimos anos. Elas afirmam que há uma carência de pesquisas de base populacional que abordem contextos socioculturais e econômicos em interação com processos biológicos e individuais, face ao desenvolvimento humano e aos processos de resiliência. Destacam, ainda, que, apesar da constatação de avanços numéricos e teórico-metodológicos no âmbito dos estudos internacionais realizados, no Brasil, ainda são escassos os instrumentos e os embasamentos teóricos e metodológicos que possibilitem o estudo da vulnerabilidade ou da resiliência em idosos.

**CAPÍTULO I**

---

**DELIMITAÇÃO DO FENÔMENO DA PESQUISA**

## 1.1 O Fenômeno do Envelhecimento Populacional e a Elaboração de Políticas Públicas

O envelhecimento populacional é um importante fenômeno na dinâmica demográfica mundial atual, que vem ocorrendo de modo acelerado, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2017, os índices superaram o número de 30,2 milhões de idosos, conforme apresentado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2018).

Algumas estimativas podem ser apresentadas como forma de ratificar a necessidade de que sejam envidados mais esforços para o cuidado da população idosa por parte dos órgãos públicos. Pesquisas estipulam que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao número de idosos e alcançou cerca de 32 milhões de pessoas. Para o ano de 2050, espera-se uma concentração de 22% da população com 60 anos ou mais, enquanto o número de crianças de zero a 14 anos esperado para esse mesmo ano é de 13,5%. Para o ano de 2060, estima-se que a população idosa alcance a porcentagem de 26,7% do total de brasileiros (IBGE, 2018). No Brasil, os principais determinantes para o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil, e o aumento da expectativa de vida (Kanso, 2014).

Em se tratando da classificação etária da população de países em desenvolvimento como o Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, conforme prevê a Política Nacional do Idoso (Brasil, 2010). Essa definição corrobora as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera pessoas idosas as com 60 anos ou mais, no caso de residirem em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais, as que residem em países desenvolvidos (Camarano & Kanso, 2013).

Embora ocorra em escala mundial, o fenômeno do envelhecimento populacional não é homogêneo, pois o curso do envelhecimento da população obedece a critérios socioeconômicos, políticos, culturais e pessoais e varia conforme os esforços dispendidos para a realização de políticas públicas direcionadas aos cuidados e à proteção dos grupos etários mais longevos (Leandro-França & Murta, 2014). Ademais, existem diferentes determinantes que são responsáveis por conferir uma diversidade no perfil de idosos brasileiros, considerando as diferentes regiões brasileiras e suas particularidades sociais, econômicas e culturais, atravessadas por questões como: discriminação e exclusão associadas ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (Carvalho, Malta, Barros, Oliveira, Mendonça & Barros, 2015).

Em países desenvolvidos, esse processo se deu de forma gradual, sendo possível haver mais consciência por parte da população acerca das mudanças que se anunciavam com expressividade para os grupos mais longevos. Assim, esses países puderam formular políticas públicas e ações para os grupos etários mais longevos, de modo mais gradativo e consistente, possibilitando um relativo ajuste social. Diferentemente da realidade constatada para o grupo de países desenvolvidos, o notável crescimento de envelhecimento da população vem ocorrendo de forma brusca nos países em desenvolvimento – em que se destaca o Brasil – o que coincide com quadros de crise econômica, além de agravos dos problemas sociais. Esse fato acarretou prejuízos nos modos de planejar e de desenvolver políticas e ações direcionadas a esse seguimento etário (Camarano, 2014).

A partir da década de 1970, o Brasil passou por uma transformação demográfica. Essa transição teve dois pontos fundamentais: o aumento da expectativa de vida e o declínio das taxas de natalidade, que ocasionaram mudanças significativas na estrutura etária da população (Miranda 2016). O avanço do conhecimento científico produzido acerca do envelhecimento, até

as décadas de 80 e 90, ainda situava o envelhecimento como um processo estritamente relacionado a declínios e a perdas progressivas. Observou-se, durante muito tempo, a leitura do processo de envelhecimento humano envolto do discurso social, que privilegiava o corpo jovem, que remetia o corpo velho à visão de senilidade, às perdas e à proximidade da morte (Brito, Camargo & Castro, 2017).

Influenciadas por uma perspectiva limitada sobre o processo de envelhecimento, as iniciativas de tratamento aos idosos desenvolvidas no Brasil, nos anos 70 e 80, eram de cunho curativo e de proteção, a partir da criação de benefícios não contributivos como as aposentadorias (Servo, 2014). No entanto, essas mudanças possibilitaram avanços na atenção ao público idoso, embora ainda muito insipientes, porque, em períodos anteriores aos anos 70, no Brasil, eram elaboradas políticas públicas na saúde direcionadas predominantemente para a população jovem, em que a base demográfica apontava para a necessidade urgente de se trabalhar com a população materno-infantil (Fernandes & Soares, 2012).

Concomitante à apropriação do desenvolvimento científico acerca da velhice, foram de grande valia as intervenções do campo jurídico, que desenvolveu, paulatinamente, mudanças sociais e culturais e gerou novas formas de perceber e de conceber os idosos na sociedade. Novos espaços foram demarcados, e novas posições sociais passaram a ser destinadas aos mais velhos a partir das intervenções do Estado com o anteparo do arsenal jurídico à disposição (Rozendo & Justo, 2011). Num contexto social e histórico mais amplo, ressalta-se que é com a ampliação da discussão e o alcance das políticas sociais, perpassadas pelo princípio de cidadania, que a sociedade passou a ser atingida por processos de redefinição de espaços sociais significativos para a melhoria e a garantia da dignidade humana (Fleury & Ouverney, 2012).

Em 2006, por meio da Portaria nº 2528, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com o objetivo de manter, recuperar e promover a autonomia e a

independência do grupo de idosos. A partir dessa política, passou-se a garantir os princípios de integração das ações em saúde destinadas ao público idoso, através da perspectiva da promoção da saúde e da integração social em todos os níveis de atenção à saúde. Tal política prevê o alinhamento das práticas em saúde e visa facilitar o acesso do idoso a todos os níveis de atenção em saúde, considerando o aspecto multidimensional que permeia o processo de envelhecimento humano por meio do trabalho interdisciplinar.

A PNSPI também prevê ações baseadas na avaliação funcional individual e coletiva do idoso, como uma forma de instrumentalizar as práticas direcionadas aos cuidados em saúde dessa população. Assim, além das práticas direcionadas à promoção da autonomia, da independência da pessoa idosa e do estímulo ao autocuidado por idosos, essa política parte de um processo inicial de avaliação da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde, através de uma pirâmide de risco funcional, em que se identifica a proporção de idosos: independentes - os que já apresentam incapacidade funcional para fazer as atividades básicas de vida diária, os que apresentam alta dependência funcional, os acamados e os que vivem nas Instituições de Longa Permanência (ILP) para idosos (Brasil, 2006).

Levando-se em conta os processos de desenvolvimento das políticas públicas para os idosos brasileiros, é relevante considerar, também, dois importantes documentos internacionais que foram essenciais para fornecer instrumentos práticos que orientaram o estudo do envelhecimento e a formulação de políticas e ações na virada para o Século XXI: o “Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento” (Organização das Nações Unidas, ONU, 2003) e a política “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde” (2005).

No primeiro documento, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada no ano de 2002 em Madrid, percebeu-se que seria preciso garantir o envelhecimento dos indivíduos com segurança, dignidade e oportunidade de participação social, buscando

orientar e promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades. Trata-se de uma orientação que foi prevista para todos os países que passaram a lidar com o imperativo do envelhecimento populacional, e essa constante social passou a reivindicar uma atenção especial por parte do Estado, que já não poderia mais escamotear as necessidades vitais das pessoas mais longevas (Batista, Almeida & Lancman, 2011).

Entre as várias pautas que seguiram para estruturar o documento resultante dessa Assembleia, são destaques: a incorporação da perspectiva de gênero em todas as políticas e programas, reafirmando a igualdade dos sexos; a criação de medidas de erradicação da pobreza; a garantia de acesso universal à assistência e serviços de saúde; capacitação de idosos, a fim de viabilizar sua participação ativa nos âmbitos econômicos, políticos e sociais, incluindo oportunidades de trabalho remunerado e voluntário; aproveitamento do potencial e dos conhecimentos de idosos nos aspectos social, cultural e educativo; estabelecimento de condições que favorecem as famílias e a comunidade a proverem cuidados e proteção aos idosos, com a promoção de medidas de assistência comunitária e apoio à atenção familiar, organizando sistemas de apoio formais que incluam a assistência em longo prazo aos idosos frágeis em seu domicílio (ONU, 2003).

É de grande importância, também, considerar a Política de Envelhecimento Ativo, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, e a Política de Envelhecimento Ativo, cujo objetivo primordial foi de melhorar a qualidade da vida das pessoas em franco processo de envelhecimento, incluindo os idosos com algum nível de incapacidade e que requerem auxílio para realizar as atividades diárias. O eixo norteador dessa política é o da qualidade de vida. A partir desse domínio, considera-se uma amplitude de determinantes que possam otimizar as oportunidades de saúde, de segurança e de participação social dos grupos que envelhecem. Assim, a saúde é um dos pilares básicos para que seja possível efetivar essa política,

considerando a redução dos fatores de risco ambientais e comportamentais que contribuem para instalar mais declínios e incapacidades, que se relacionam com o desenvolvimento de doenças crônicas. Segundo essa política, a educação também é um pilar importante, uma vez que a aprendizagem é considerada como um processo presente em todo o curso da vida. Para isso, devem-se promover oportunidades ao idoso para que participe dos processos de educação dos quais a sociedade dispõe (OMS, 2005).

## **1.2 Fatores de Risco no Contexto do Envelhecimento**

Estudos sobre envelhecimento devem considerar o aumento do risco de se desenvolver vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e psicossociais (Rabelo & Neri, 2013). O surgimento de tais vulnerabilidades decorre de forma multideterminada por eventos normativos e acidentais que, de maneira cumulativa, resultam em adoecimento e dificultam o acesso dos idosos aos fatores de proteção de que a sociedade dispõe (Neri, 2013).

Considera-se que o avanço progressivo da idade é acompanhado de uma diminuição da capacidade de se adaptar aos fatores deletérios da saúde, que transformam a velhice um período em que os eventos de vida têm mais oportunidades de ser considerados como estressantes (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2009; Neri, 2013). Segundo Chaimowicz (2013), é mais frequente, no grupo de idosos, a ocorrência de doenças como neoplasias, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, doenças hipertensivas e cerebrovasculares, que põem em risco essas pessoas.

Entre os agravos à saúde mental dos idosos, destaca-se a depressão, um transtorno frequente no envelhecimento. O desenvolvimento desse transtorno na velhice pode ocasionar sérios prejuízos e dificultar o envelhecimento ativo, tão almejado nas últimas décadas (Leandro-

França & Murta, 2014). Pesquisas com idosos associaram as condições de saúde desfavoráveis à vivência de eventos de vida estressores, as distorções negativas do pensamento à depressão (Lampert & Scortegagna, 2017), o risco aumentado de depressão associado a emoções negativas, eventos incontroláveis, avaliação inadequada da autoeficácia (Fortes-Burgos, Neri, Cupertino, 2008), correlações negativas entre integração social e depressão, e positivas, a isolamento e depressão (Aragão, Campos, Portugal, Gonçalves, Mari & Fortes, 2018), associações entre depressão e baixa satisfação entre idosos cuidadores, e com menor suporte social em idosos não cuidadores (Tomomitsu, Perracini & Neri, 2014).

Em se tratando das condições sociodemográficas que põem em risco o desenvolvimento das pessoas idosas, é necessário considerar que a situação de pobreza, realidade da maioria dos idosos brasileiros, acentua as condições de risco dessa população e coloca em caráter de urgência a atenção à sua saúde e ao seu bem-estar. De acordo com Neri e Vieira (2013), a habitação em regiões consideradas de alto risco social pode configurar uma provável privação de equipamentos sociais e de oportunidades de interação para os idosos, visto que o acesso a esses aparatos se estabelece com a disponibilidade de recursos financeiros e educacionais pessoais e da própria comunidade. Essa situação se configura como um ponto de atenção para o desenvolvimento de políticas que possam, efetivamente, contribuir para incluir o idoso nos serviços de saúde e inseri-lo nas redes de cuidado ainda fragilizadas em relação ao suporte oferecido aos idosos.

Outro ponto que merece atenção quanto aos aspectos que configuram fatores de risco e de maior vulnerabilidade para o idoso diz respeito ao baixo índice de escolaridade da população idosa que vive no Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), grande parte dos idosos brasileiros concentra-se, predominantemente, nas séries iniciais do estudo e, significativamente, no número de analfabetos. Os dados revelam que, independentemente do processo de expansão educacional que ocorreu no Brasil a partir dos anos 80, o país ainda sofre

com os níveis elevados de desigualdades de oportunidades educacionais, especialmente no que diz respeito ao acesso às etapas mais avançadas do nosso sistema de ensino.

O quadro que se observa a respeito da instalação de vulnerabilidades para o público idoso ratifica os dados que indicam que os grupos socialmente menos privilegiados apresentam mais riscos de adoecer e de morrer quando comparados com grupos mais privilegiados. Enfatiza-se que o grupo de idosos naturalmente irá integrar grupos de vulnerabilidade social, no entanto, no Brasil, observa-se essa situação acentuada significativamente pelas péssimas condições sociais que atingem grande parte dos idosos brasileiros (Servo, 2014). Assim, conforme apontam Travassos e Castro (2012), as desigualdades sociais estão relacionadas às condições de saúde da população e, de maneira correlata, as desigualdades sociais em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde são uma expressão direta das características do sistema de saúde de que a sociedade dispõe.

Assim, é possível imaginar um ciclo de vulnerabilidades que se instalam no grupo de idosos para acentuar mais significativamente os prejuízos para o seu bem-estar e a qualidade de sua vida e, conseqüentemente, manter suas condições de saúde. Fatores essenciais como idade, moradia, escolaridade, condições de saúde e renda são discutidos e apresentados a partir de relatos de outras pesquisas de cunho demográfico e epidemiológico por Travassos e Castro (2012), com vistas a expor os determinantes e as desigualdades sociais presentes no acesso e na utilização dos serviços de saúde. As autoras enfatizam dados que demonstram as dificuldades que a população idosa tem de obter práticas de cuidado efetivas e de participar mais ativamente dos serviços de saúde essenciais à promoção e à manutenção da saúde.

### **1.3 Envelhecimento Humano, Resiliência e o Paradigma do *Life-span***

O processo de envelhecimento humano, em que ocorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural, que caracterizam diferentes formas de envelhecer, é universal, progressivo e gradual. Não há uma correspondência linear entre a idade cronológica e a idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a se acentuar conforme as oportunidades e os constrangimentos vigentes para determinadas condições sociais (Pereira, Nogueira & Silva, 2015).

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano, que se caracteriza como um processo sequencial, cumulativo, irreversível, não patológico e único para cada pessoa (Dias, Souza, Silva, Jesus & Alves, 2017). Um processo natural e de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema e, de outro lado, o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças (Neri, 2013).

Embora seja bastante discutido na atualidade, o processo de envelhecimento não tem sido devidamente atendido, considerando-se sua diversidade, uma vez que ainda predominam avaliações restritas às condições patológicas, do ponto de vista biológico, que reduzem a multidimensionalidade do envelhecer. O envelhecimento, por seu turno, é um processo dinâmico, multideterminado e heterogêneo, que requer a avaliação e o enfrentamento dos fatores que tornam os idosos mais vulneráveis e necessita de avaliações e intervenções integradas sobre aspectos psicossomáticos, sociais, médicos e culturais (Guedes, Lima, Caldas & Veras, 2017).

Apesar da ocorrência excessiva de perdas e de ameaças de riscos à saúde, é possível encontrar idosos que conseguem se desenvolver normalmente, sem a ocorrência de patologias diversas ou sequelas que comprometam mais gravemente sua autonomia. Depois de superar uma

situação de risco, essas pessoas podem participar ativamente de seu tratamento e do processo de prevenção de condições crônicas e seus sintomas. Por meio de recursos como atributo pessoal, apoio e assistência da família, de equipes de saúde e da comunidade, que contribuem para que haja mais êxito no decorrer do processo de envelhecimento, os idosos têm a possibilidade de enfrentar positivamente as adversidades que marcam essa fase do desenvolvimento (Neri, 2014).

O paradigma do *life-span* compreende o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, em que a ideia de se manter um envelhecimento saudável é devida à capacidade de o indivíduo preservar seu potencial de desenvolvimento em todo o curso de sua vida (Baltes, 1997). De acordo com Vieira (2010), a concepção de que o envelhecimento corresponde ao enfraquecimento de todos os aspectos da vida vem sendo questionada e descartada por causa do aumento de evidências contrárias, já que a resiliência é considerada um recurso próprio de todos os seres humanos, com sua inerente variabilidade.

O *life-span* ocupa um espaço de destaque no campo da Psicologia do Envelhecimento, corrente que trata de estudar as várias demandas que caracterizam o processo do envelhecimento humano como um fenômeno biopsicossocial (Neri, 2013). Uma das principais contribuições desse paradigma diz respeito à ação da plasticidade e da manutenção de reservas que auxiliam o indivíduo, em seu franco processo de envelhecimento, a lidar com os estressores, o que se caracteriza como um processo de desenvolvimento normal (Baltes, 1997).

Também é dada ênfase ao estudo de trajetórias do curso de vida do indivíduo que podem ser analisadas de acordo com os eventos normativos, por idade e por história do sujeito, assim como por eventos não normativos. No primeiro grupo de alterações, encontram-se os eventos normativos, de ordem biológica e social, que marcam o desenvolvimento do indivíduo em diferentes fases de vida, como, por exemplo, o aumento de vulnerabilidades biológicas e da aquisição de papéis sociais e competências sociais associadas à idade e a determinados contextos

socioculturais. No segundo grupo de alterações, incluem-se os eventos idiossincráticos, de ordem biológica ou social, que podem atingir o indivíduo em qualquer fase da vida, de forma não previsível, como, por exemplo, a ocorrência de acidentes ou a morte de um filho ou cônjuge. Esses últimos eventos podem causar grande impacto no curso de vida esperado (Neri, 2013).

Construído sob a concepção de um processo de contínuo desenvolvimento, com um modelo contextualista e dinâmico de compreensão dos fenômenos humanos, o paradigma do *life-span* agrega a teoria da seleção, da otimização e da compensação (teoria SOC). Esses recursos corroboram a definição de desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedido. A seleção é a diminuição da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual, dirigida à reorganização de aspirações e de metas que sejam compatíveis com os recursos disponíveis. A otimização envolve a aquisição, a gerência e a manutenção de recursos internos e externos ao indivíduo que alcançam níveis elevados de funcionamento, e a compensação compreende a adoção de alternativas para manter um bom funcionamento (Neri, 2013).

A organização desses três recursos é uma meta a ser alcançada pelo indivíduo, em seu processo individual de envelhecimento e de adaptação às mudanças, e um mecanismo que pode ser estimulado pela rede de apoio que acolhe o idoso. Isso inclui o funcionamento dos serviços e das instituições responsáveis pela prestação de cuidados a essa população, bem como a rede familiar, grupo de destaque que lhe dá suporte.

Segundo Arciniega (2014), os processos reguladores e de adaptação provenientes da capacidade de resiliência podem ser identificados ao longo de todo o curso da vida, e em se tratando da velhice, a resiliência resulta da interação de processos de autorregulação, como: “relaciones significativas y apoyos sociales, oportunidades para el éxito, actitudes positivas, conviviendo en entornos saludables” (p. 68). Caracterizado significativamente por mudanças físicas, sociais e psicológicas, o envelhecimento é uma etapa da vida com alterações

potencialmente geradoras de estresse. No entanto, não se pode considerá-lo como um processo de adoecimento, tampouco como uma fase de involução dentro do padrão normal do desenvolvimento humano. Apesar dos declínios e das limitações que afligem o indivíduo que envelhece, também estão presentes recursos que facilitam a resiliência, como o bem-estar emocional e a satisfação com a vida, a ponto de ser possível considerar, também, a resiliência como uma faceta própria do processo de envelhecimento (Arciniega, 2014).

**CAPÍTULO II**

---

**APORTE TEÓRICO**

## **2 RESILIÊNCIA**

### **2.1 Evolução do Conceito de Resiliência na Psicologia**

O conceito científico de resiliência originou-se do campo da Física, que a define como uma propriedade de elasticidade em que os corpos podem retornar a sua forma original depois de determinada deformação elástica. Na Psicologia, esse conceito é recente. Foi introduzido nessa área com mais ênfase com o advento da chamada Psicologia Positiva, quando passou a ter uma nova concepção, em se tratando dos processos de desenvolvimento humano (Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011; Snyder & Lopez, 2009).

No campo da Psicologia, a resiliência passou a ser entendida como uma característica da vida humana, em que o indivíduo pode responder, de forma positiva, às adversidades da vida e superá-las sem voltar ao estado inicial de igual homeostase. Portanto, como uma forma de conceber a vida positivamente, com recursos que contribuem para que, mesmo nas situações mais adversas, o indivíduo possa sentir felicidade, satisfação e bem-estar (Snyder & Lopez, 2009; Yunes, 2003).

Considerada como um processo que corresponde ao potencial humano de superar as adversidades da vida, a resiliência reflete a superação do modelo centrado nas doenças, o que resulta na investigação dos fatores implicados fundamentalmente nos processos positivos desencadeados em condições que oferecem risco para a saúde física e mental do ser humano (Araújo, Teva & Bermúdez, 2015; Snyder & Lopez, 2009). Os estudos sobre a resiliência vêm avançando nos campos da prevenção psicossocial e da promoção da saúde, em que é dada relevância às investigações acerca dos processos criativos, saudáveis e resilientes presentes nas pessoas, nas famílias, na escola e na comunidade (Cyrulnik & Cabral, 2015; Fiorentino, 2008; Silva, Lunardi, Lunardi Filho & Tavares, 2005).

De modo geral, a resiliência, atualmente, é concebida como a capacidade humana de enfrentar as adversidades da vida e de responder exitosamente com processos adaptativos que são exigidos em situações de fatores potencialmente estressores (Araújo & Silva, 2017; Arciniega, 2014; Juliano & Yunes, 2014). Assim, a passagem por eventos estressantes se configura para o sujeito como uma possibilidade de se adaptar a essas experiências e de superá-las. Trata-se de uma propriedade da plasticidade/flexibilidade do desenvolvimento humano (Araújo, Teva & Bermúdez, 2015; Fontes & Neri, 2015; Neri, 2013; Vieira, 2010; Wagnild & Young, 1993; Yunes, 2003). Existem, ainda, autores que concebem a resiliência como um traço de personalidade, com predisposições apriorísticas do sujeito (Fontes & Neri, 2015; Lamond et al., 2008).

A resiliência não é um processo linear, que pode ser determinado a partir de certas causalidades, nem uma resposta obrigatória aos diferentes desfechos da vida. Trata-se de uma capacidade ligada à plasticidade do desenvolvimento humano, da interação de fatores intrapsíquicos e sociais, logo, surge em meio a uma complexidade de fatores que atuam conjuntamente para continuar o processo de adaptação às mudanças e às situações críticas e traumáticas que marcam a vida dos indivíduos (Cyrulnik & Cabral, 2015).

De acordo com Yunes (2003), as pesquisas sobre a resiliência podem ser divididas em dois grupos: com foco no indivíduo e com foco na família. A respeito do primeiro grupo de pesquisas, é possível encontrar investigações com crianças e adolescentes, numa perspectiva individualista, que buscava identificar e analisar traços e disposições pessoais que ativassem a capacidade de ter resiliência em certos eventos da vida. As pesquisas com foco na família, segundo a autora, inicialmente, centravam sua atenção nos aspectos deficitários e negativos do convívio familiar. No entanto, a evolução dos estudos com esse foco redirecionaram as

investigações para os aspectos salutogênicos da relação familiar, que, em grande medida, poderiam resultar na superação de conflitos e de adversidades, o que caracteriza a resiliência.

Também são importantes os estudos que apontam para as interações recíprocas entre os indivíduos e o ambiente ao longo do tempo e que se configuram como processos de resiliência. Nesse contexto, destacam-se as contribuições de Urie Bronfenbrenner, autor da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Essa teoria mostra a importância de compreender o desenvolvimento humano de forma sistêmica, em que a resiliência passa a ser estudada como um resultado do processo advindo das relações familiares e das relações interpessoais com o meio ao longo do ciclo vital (Seibel & Koller, 2015; Yunes & Szymanski, 2005).

A resiliência é, ainda, uma capacidade de superar as adversidades da vida, que se dá mediante o estabelecimento de relações com o outro (vínculo), resultado também da interação de fatores pessoais, institucionais ou do contexto social (Cyrulnik, 2006). De acordo com Cyrulnik (2005), dois elementos são essenciais para a resiliência: vínculo e sentido. O indivíduo, em suas relações, é responsável pela própria resiliência, quando encontra vínculos significativos que lhe permitem atribuir sentido às experiências da vida. Nessa dimensão, o autor fala dos meios advindos das relações de vínculo que possibilitam a estruturação de representações e de símbolos que operam em permanente construção, desconstrução e reconstrução dos sentidos conferidos aos fenômenos vividos.

Cyrulnik (2005), além de definir a resiliência como a capacidade de o indivíduo superar as adversidades da vida, também a entende como uma oportunidade que ele tem de fortalecer alguns dos seus recursos e domínios, depois de enfrentar situações inesperadas, que são vivenciadas como eventos traumáticos. Nesse sentido, o autor põe em discussão o efeito paradoxal do impacto negativo causado por determinados eventos traumáticos, em contraste com a capacidade que o indivíduo tem de encontrar saídas possíveis para o mal-estar gerado, por meio

de recursos que geram desenvolvimento em potencial. Para que isso ocorra, o vínculo com o outro é imprescindível como ponto de ancoragem, em que o indivíduo consegue elaborar os sentimentos e encontrar alternativas necessárias para manter seu processo de desenvolvimento e crescimento pessoal.

É aceitável conceber que a evolução dos estudos sobre resiliência demonstra que esse recurso pode ser discutido não como um atributo inato ou que só é adquirido depois de se enfrentar determinado evento estressor e/ou traumático, mas também como um processo interativo e multifatorial, que envolve aspectos individuais, o contexto ambiental, a quantidade e a qualidade dos eventos vitais, além dos fatores de proteção (Fontes & Neri, 2015).

## **2.2 Fatores de Proteção**

Os fatores de proteção são elementos considerados indispensáveis quando se fala em resiliência, uma vez que contribuem para minimizar os efeitos negativos ou disfuncionais causados por eventos que expõem o sujeito a situações de risco e podem modificar sua resposta pessoal (Laranjeira, 2007). Em um trabalho de revisão e discussão crítica acerca do conceito de resiliência, Pinheiro (2004, p. 72) aponta alguns fatores de proteção que se diferenciam de acordo com as condições, quais sejam:

Individuais: envolvem expectativa de sucesso no futuro, senso de humor, otimismo, autonomia, tolerância ao sofrimento, assertividade, estabilidade emocional, engajamento nas atividades, comportamento direcionado para metas, habilidades para resolver problemas, avaliação das experiências como desafios, e não, como ameaças, e boa autoestima;

Familiares: qualidade das interações, estabilidade, pais amorosos e competentes, boa comunicação com os filhos, coesão, estabilidade e consistência;

Redes de apoio do ambiente: ambiente tolerante aos conflitos, demonstração de conhecimento e aceitação e limites definidos e realistas.

Souza e Rodriguez-Miranda (2015) citam quatro processos distintos que exaltam o papel dos fatores de proteção às situações de riscos psicossociais: a) a alteração dos impactos; b) a redução da cadeia negativa iniciada pela experimentação do evento estressor; c) o aumento da autoestima e da autoeficácia, resultantes de interações exitosas no confronto com situações ameaçadoras; e d) o acesso a novos recursos e possibilidades que fomentem transições no ciclo de desenvolvimento.

Laranjeira (2007) destaca o apoio social e o apoio familiar como fatores de proteção importantes para os indivíduos. Porém, alerta para o fato de que o caráter protetor ou de risco de um fator depende, sobretudo, do contexto qualitativo relacional em que se desenvolve. Assim, apesar de os fatores de proteção serem identificáveis, em certa medida, pelos estudos, eles serão peculiares ao indivíduo e dependem do contexto e da significação de cada elemento na forma como cada fator é percebido pelo idoso.

Estudos realizados revelam que os apoios sociais e familiares atuam como fatores de proteção considerados indispensáveis, quando se fala na capacidade de o indivíduo superar as adversidades da vida, na medida em que se referem à possibilidade de minimizar os eventuais efeitos negativos ou disfuncionais na presença do risco, além da possibilidade de modificar, melhorar ou alterar a resposta pessoal diante de um perigo qualquer (Ferreira, Santos & Maia, 2012; Laranjeira, 2007; Leipold & Greve, 2009).

O apoio social faz referência ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos em forma de afeto, companhia, assistência e informação; tudo o que faz o indivíduo sentir-

se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (Guedes et al., 2017). O referido construto despertou interesse nos pesquisadores a partir da década de 70 e, desde então, sua relevância tem sido evidenciada na redução de impacto de eventos estressores (Aragão et al., 2009).

Resende e Neri (2009) versam sobre um modelo multidimensional de bem-estar psicológico, proposto por Ryff, que corresponde ao funcionamento psicológico positivo como sinônimo de ajustamento, uma condição do *self* relacionada a seis domínios do funcionamento psicológico: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Em relação a esse ponto, considera-se que indivíduos bem-ajustados têm mais aptidão para se ajustar às demandas sociais e emocionais do cotidiano, ainda que estejam expostos a situações adversas, como as perdas, que podem ser reduzidas ou ampliadas de acordo com as condições do indivíduo. Pessoas com maior nível de bem-estar são indivíduos mais resilientes, ou seja, apresentam mais capacidade de enfrentar as adversidades, de transformá-las e de superá-las (Fontes, 2010; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias & Gonçalves 2003). Em se tratando do idoso, pode-se afirmar que, quando se encontra bem ajustado, sua capacidade de resiliência é notada (Fontes & Neri, 2015).

Alguns recursos pessoais funcionam como proteção no desenvolvimento humano. Desse modo, a valorização de sentimentos positivos contribui para que a velhice seja percebida como uma etapa da vida em que existem ganhos para serem usufruídos (Fernandes & Andrade, 2016; Fontes, 2010, Souza & Rodríguez-Miranda, 2015; Valer et al., 2015). Sentimentos como felicidade, fé, satisfação, bem-estar, otimismo, perseverança, esperança e gratidão expressam a força e o potencial humano, que orientam mecanismos para o bem envelhecer (Snyder & Shane, 2009; Viana, Oliveira, Rodrigues, Bastos & Argimon, 2017).

Cyrułnik (2005), por sua vez, introduz o conceito de tutor de resiliência, que corresponde aos recursos protetores e/ou estimuladores da capacidade de adaptação e de superação presentes

na história do desenvolvimento do sujeito. O tutor, ou tutores de resiliência, é uma pessoa ou um grupo de pertencimento, uma atividade investida ou mesmo um serviço de referência ao sujeito que atua como suporte de escuta, acolhimento e espaço de elaboração dos sentimentos, da produção de novos sentidos acerca de determinados eventos de vida. De acordo com tais definições, “o sujeito está submetido à influência de uma constelação de determinantes entre os quais se debate e onde vai buscar intencionalmente os tutores ao lado dos quais poderá retomar o seu desenvolvimento” (Cyrulnick, 2006, p. 174). Ressalta-se, ainda, que a pessoa idosa pode receber o auxílio de cuidadores que proporcionam o estabelecimento de vínculos significativos e se revestem da função de tutores de resiliência.

Vale salientar que todas as pessoas, em algum momento da vida, enfrentam situações impactantes, que podem repercutir no domínio físico, afetivo e/ou psicológico. O que difere é o modo como elas ativam sua capacidade e desenvoltura para lidar com essas situações. Quando esses processos são identificados e compreendidos, podem-se formular estratégias, a fim de promover a resiliência e melhorar a qualidade da vida dos sujeitos (Resende et al., 2010).

### **2.3 Promoção da Saúde, Resiliência e Envelhecimento: Interfaces com a Psicologia da Saúde**

O campo da promoção da saúde tem como marco conceitual a aprovação, no ano de 1986, da Carta de Otawa. A elaboração desse documento foi pautada na ampliação do conceito de saúde e é responsável por promover uma ideologia em defesa do empoderamento da comunidade, com o fim de capacitá-la para que atue na melhoria da qualidade de sua vida e saúde. Segundo o documento, a promoção da saúde é um “processo de capacitação da comunidade para atuar na

melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (1986, p. 1). Para o Ministério da Saúde (2004, p. 32), a promoção da saúde é

uma estratégia por meio da qual os desafios colocados para a saúde e as ações sanitárias são pensados em articulação com as demais políticas e práticas sanitárias [...]. Significa comprometer-se com os sujeitos e as coletividades para que possuam, cada vez mais, autonomia e capacidade para manejar os limites e riscos impostos pela doença, pela constituição genética e por seu contexto social, político, econômico e cultural.

O paradigma da promoção da saúde contribui para que grupos da população pensem sobre seus problemas e tomem decisões para melhorar sua vida, sob a ótica do desenvolvimento e do empoderamento. Isso reflete nas condições de vida da população e identifica as necessidades locais de intervenção, para que sejam planejadas ações que possibilitem responder às necessidades sociais e ambientais e minimizar as doenças e os agravos evitáveis (Martins, Cotta, Siqueira-Batista, Mendes, Franceschini, Priore & Dias, 2009). Para além de uma aplicação de técnicas normativas ou dos processos adoecedores, trata-se de pensar no fortalecimento da saúde, por meio da construção da capacidade de escolher e de utilizar o conhecimento atentando para as diferenças e as singularidades dos acontecimentos (Czeresnia, 2003).

A promoção da saúde é um tema caro à Psicologia da Saúde, que pleiteia a definição de saúde em sua expressão positiva (análise e intervenção sobre o potencial de saúde e de bem-estar das pessoas), que não reduz o conceito de saúde à simples ausência de doenças, debatendo as dimensões que caracterizam a saúde e a doença em termos sociais e culturais (Teixeira, 2007). A Psicologia da Saúde é considerada como uma disciplina autônoma e essencialmente interdisciplinar, que construir conhecimentos para a prática de psicólogos inseridos nos diversos contextos de cuidados com a saúde (Alves et al., 2017). Representa um campo da Psicologia que tem como foco a integralidade do indivíduo tomado em seus aspectos biopsicossociais que

influenciam no processo saúde/doença. No cerne das discussões produzidas nessa área da Psicologia, na autonomia e no protagonismo dos indivíduos com relação aos cuidados em saúde (Ribeiro, 2011).

Alves et al. (2017) asseveram que a Psicologia, durante por muito tempo, não deu a importância adequada aos diferentes níveis de assistência em saúde que culminaram com uma visão ampliada dos processos de saúde e doença. A aproximação veiculada pela Psicologia da Saúde com o campo semântico que engloba os variados termos da saúde constituiu um movimento necessário aos psicólogos que recebem o desafio de desenvolver práticas psicológicas adequadas para que possam atuar nos diferentes níveis de aplicação e complexidade nos diferentes locais de intervenção.

Nesse sentido, Godoy (1999) debate enfaticamente sobre a diferença entre o conceito de promoção da saúde e o de prevenção de doenças na elaboração de práticas para o psicólogo da saúde. Para ele, o primeiro é um conjunto de ações que se dirigem a proteger, manter e elevar os níveis de saúde com a elaboração e a aplicação de práticas coerentes com a ampliação das concepções sobre os processos de saúde e os aspectos salutogênicos. Ainda segundo esse autor, na perspectiva do potencial em saúde, devem-se valorizar as discussões sobre as interações entre o sujeito e o meio, para manter o equilíbrio da saúde ou reestabelecer níveis de saúde satisfatórios. No campo da prevenção de doenças, as ações são focadas nas enfermidades, para diminuir a incidência e a prevalência de doenças, ou no cuidado e na atenuação dos fatores agravantes que podem trazer sequelas e complicações para os indivíduos (Alves & Eulálio, 2011).

Buss (2003) considera que o enfoque na promoção da saúde é mais amplo do que o da prevenção de doenças. No plano da prevenção de doenças, ainda há uma forte influência do paradigma biomédico, cujo foco é nos aspectos de adoecimento da população, visando à cura das

doenças, sem levar em conta os aspectos mais abrangentes da vida humana e sua interação com o ambiente e o meio social. Por outro lado, as práticas de promoção da saúde não só privilegiam a identificação e o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, como também visam transformar esse processo em favor da dimensão saúde.

Para Lasmar e Ronzani (2009), a perspectiva da promoção da saúde compreende o “Novo Paradigma em Saúde”, em que o sujeito é visto como um ser integral, o que requer práticas que respeitem suas diversas dimensões, considerando aspectos do ambiente em que ele vive. Cientes dos avanços produzidos pela perspectiva da promoção da saúde, os autores supracitados reconhecem que essa proposta é uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, em que se dá importância aos processos de escolha individual pautados na responsabilidade social e na saúde.

No processo de promoção da saúde, passou-se a considerar diversos fatores psicossociais que, antes, não eram considerados no plano da saúde, e a respeitar o saber construído na comunidade e suas particularidades, para que possa ser adicionado ao saber técnico do profissional da área de Saúde (Lasmar & Ronzani, 2009). É preciso incluir o ambiente em seu sentido amplo, incorporar elementos psicológicos e sociais voltados para melhorar a qualidade de vida, caso contrário, os discursos preventivos pautados na lógica saúde – doença, transmissão e risco podem predominar na prática (Czeresnia, 2003).

Estudo elaborado por Moysés e Sá (2014) mostrou a importância de se considerarem as especificidades dos territórios, individual e coletivamente, quando se pretendem elaborar ações de promoção da saúde. Isso se justifica porque reduz iniquidades (princípio fundamental da promoção da saúde), voltando-se para a capacidade de conhecer, ver e ouvir as diferenças, as semelhanças e as especificidades entre as pessoas, suas condições sociais e econômicas, seus ambientes e os espaços vividos e concebidos, buscando alternativas para resolver seus problemas,

com opções condizentes com o seu contexto, sua história e os pertencimentos, o que é essencial na elaboração de planos locais de promoção da saúde.

É imprescindível que todos os atores envolvidos nos aspectos relacionados à saúde sintam-se coautores no processo de proteção e de cuidado (Alves & Eulálio, 2011). E se a promoção da saúde acontecer a contento, viabilizará essa coautoria, ultrapassando as ações fragmentadas e que não priorizam os interesses e as necessidades da população, com discursos normativos impositivos. Além disso, as ações acertadas de promoção da saúde podem proporcionar mais qualidade de vida e autonomia aos indivíduos e evitar desperdícios financeiros no setor de saúde, com a sobreposição de ações vagas que geram baixa adesão e participação dos usuários e tornam as políticas públicas mais efetivas e eficientes (Barbosa, Souza, Gonçalves & Pereira, 2017).

O envelhecimento populacional, cada vez mais expressivo na atualidade, tem sido considerado como uma importante conquista social. Entretanto, não se podem perder de vista os inúmeros desafios que se colocam para o poder público e para a sociedade em geral, no que diz respeito ao atendimento das necessidades sociais e de saúde da população idosa. A respeito disso, Hébert (2015) comenta as mudanças significativas no perfil de morbidade da população, advindas de uma maior prevalência de doenças crônicas em comparação com o número de doenças agudas. O fato reforça a necessidade de reorganizar o sistema de saúde, que deve privilegiar as práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, tendo em vista que a maioria das doenças crônicas é evitável.

A instituição do Pacto pela Vida (Brasil, 2006) reconheceu, pela primeira vez, a população idosa como prioridade para o Sistema Único de Saúde (SUS), e a funcionalidade, como um paradigma de sua saúde (Giacomin, 2012). A saúde na velhice está associada à funcionalidade, fator reiterado na portaria, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa

Idosa (PNSPI) (2006), que refere que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica” (Brasil, 2006). A política adota o conceito de envelhecimento ativo, que versa sobre um envelhecimento participativo e faz referência às práticas de promoção de saúde como possibilidade de reduzir os fatores de risco das doenças e aumentar os fatores de proteção para que os idosos tenham uma vida de boa qualidade (Louvison & Rosa, 2012).

Com a PNSPI, evidencia-se a busca por garantir os princípios de integração das ações em saúde, destinados ao público idoso, na perspectiva da promoção da saúde e da integração social em todos os níveis de atenção à saúde. Tal política prevê o alinhamento das práticas em saúde e visa facilitar o acesso do idoso a todos os níveis de atenção em saúde, considerando a atenção ao aspecto multidimensional que permeia o processo de envelhecimento humano por meio do trabalho interdisciplinar.

Considerando o grande número de idosos que vivem atualmente no Brasil e que, proporcionalmente, crescem as demandas, é preciso criar estratégias que promovam uma boa qualidade de vida a essas pessoas, tanto qualitativa quanto quantitativamente, com mais recursos que contribuam para que tenham uma velhice saudável e com índices satisfatórios de bem-estar (Gutierrez, Auricchio & Medina, 2011). Nessa perspectiva, muito ainda precisa ser feito para que esse público possa desfrutar de uma vida digna, e os declínios advindos com o processo progressivo do envelhecimento possam ser compensados com práticas efetivas de cuidado no campo da saúde que não se reduzam a práticas impositivas, focadas apenas nos processos de adoecimento, mas que considerem os territórios onde os idosos estão inseridos (Araújo, Ribeiro & Paúl, 2016).

Neste estudo, entende-se que, em se tratando das variadas demandas da população idosa, a resiliência é um meio possível para os profissionais lidarem prioritariamente com a saúde. Para

isso, é preciso mudar a perspectiva estritamente direcionada ao tratamento das doenças, com a condução de práticas direcionadas às potencialidades das pessoas e das famílias, para que possam responder positivamente aos eventos da vida cotidiana. Isso não quer dizer que, para ser resiliente, o sujeito deva anular ou eliminar as situações de risco, mas enfrentar as adversidades de vida para obter algum sucesso (Arciniega, 2014; Silva et al., 2005).

A utilização plena e imperativa do conceito de resiliência nas ações educativas, sociais e de saúde tem sido recomendada para lidar com pessoas de todas as idades. Para isso, devem ser elaborados programas de promoção e reforço da resiliência (Fiorentino, 2008; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Quintero Velásquez (2005) debate sobre o caráter multidisciplinar da resiliência e explica que sua própria etiologia a conecta com diferentes áreas, como a Medicina, a Física, a Engenharia, a Psicologia e a Pedagogia.

Nesse contexto, é possível implicar a Psicologia da Saúde na construção de estratégias que proporcionem a resiliência. Embora seja um domínio apropriadamente da Psicologia Positiva, a resiliência vem sendo amplamente discutida nos processos de saúde-doença, em que a ênfase dada às potencialidades humanas representa uma importante contribuição para as perspectivas teóricas e as práticas em saúde que adotam o conceito positivo de saúde (Calvetti, Muller & Nunes, 2007).

A respeito da multidisciplinaridade e da expansão que a proposta de promoção da resiliência pressupõe, Quintero Velásquez (2005, p. 7) enuncia:

La Resiliencia ofrece alternativas a todos los profesionales y en correspondencia con su proceso de consolidación, no es todavía un concepto homogéneo [...] Pero sí hay coincidencia en esta segunda generación de investigadores y autores: es considerar la Resiliencia como *una estrategia de intervención social, de carácter preventivo-*

*promocional-educativo, sustentada en la interacción entre la persona y su entorno, útil a los diversos sistemas humanos e sus contextos.*

Corroborando essas alternativas, acrescenta-se que a promoção da saúde compreende um conjunto de ações interdisciplinares, caracterizada, essencialmente, por um amplo conjunto de estratégias e de ações intersetoriais e interdisciplinares (Alves & Eulálio, 2011). Segundo Silva et al. (2005), essas articulações possibilitam a elaboração de medidas protetoras e de ambientes favoráveis à saúde. Para isso, é necessário lançar mão de metodologias participativas para o enfrentamento dos problemas sociais.

Nesse contexto, a Psicologia da Saúde busca atender à integralidade dos sujeitos, através da ampliação dos seus campos de intervenção e da utilização de diferentes saberes da Psicologia que englobam os conhecimentos e as técnicas da Psicologia Clínica, da Psicologia Social Comunitária, da Antropologia, da Sociologia e das Ciências Biomédicas, entre outras disciplinas afins (Alves et al., 2017).

Adotando a perspectiva do desenvolvimento humano, Muñoz, Vélez e Vélez (2005) defendem que a promoção da resiliência se difere da promoção da saúde, no ponto em que a primeira estratégia deve estabelecer, inicialmente, uma diferenciação entre fatores resilientes e comportamentos resilientes. Com essa separação, entende-se que, para alcançar a resiliência, é preciso criar estratégias pautadas no ciclo de vida dos sujeitos, ponderando-se suas características e seu entorno (fatores resilientes), que contribuem para a adoção de comportamentos resilientes. Para as autoras, a promoção da resiliência é complementar à promoção da saúde, visto que a primeira enfatiza as possibilidades de cada pessoa superar as dificuldades ao longo de seu ciclo de vida.

A respeito do conceito de resiliência e de sua aplicabilidade no contexto da promoção da saúde, Lasmar e Ronzani (2009) asseveram que é preciso abordá-lo de modo processual e não só

priorizar a capacidade de se defender que o indivíduo apresenta nos episódios inesperados, mas também ampliar os fatores de proteção com a adoção de projetos sociais, educacionais e de saúde mental. Assim, no campo da promoção da saúde e da resiliência, é decisório o papel da família, da comunidade, da sociedade em geral e dos profissionais, que devem conciliar os aspectos de autogestão que culminam em um bom desenvolvimento pessoal e social (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

#### **2.4 Avaliação da Resiliência: o Uso de Medidas e Estratégias de Pesquisa**

Segundo Rooke (2015), a resiliência compreende um campo de estudo complexo, cujas definições ainda não são apresentadas de forma consensual na literatura, nem mesmo é dotado de uma tradição empírica consistente. A natureza dinâmica e multifatorial da resiliência representa um desafio para a sua mensuração. Reppold et al. (2012) realizaram um estudo sobre o histórico da resiliência psicológica e as várias formas de avaliá-la, com foco na avaliação de escalas, e mencionaram algumas estratégias de avaliação comumente utilizadas em se tratando desse construto:

- (a) Escores de testes e outras medidas de desempenho, como, por exemplo, notas escolares;
  - (b) perfis obtidos por questionários de personalidade ou temperamento;
  - (c) entrevistas e análise de histórias de vida; e
  - (d) entrevistas e análise do discurso de pessoas informantes que convivem com o sujeito.
- Contudo, visando obter uma forma mais universal e objetiva de avaliar esse construto, alguns pesquisadores desenvolveram instrumentos de avaliação psicológica voltados especificamente para a expressão de uma medida quantitativa do grau de resiliência.

Os estudos sobre resiliência têm empregado diferentes metodologias de pesquisa. Oliveira, Reis, Zanelato e Neme (2008) observaram que, nos estudos desenvolvidos entre os anos de 2000 a 2006, prevaleceu o uso de entrevistas (38,09%). Também se constatou um percentual de 18,75% de estudos pautados na utilização de escalas, enquanto 25% das pesquisas se utilizaram de multimétodos de coleta de dados com aplicação de escalas e emprego de entrevistas.

Rooke (2015) analisou a produção científica brasileira sobre resiliência psicológica entre os anos de 1970 e 2014 e encontrou prevalência de estudos qualitativos, principalmente estruturados com delineamentos transversais e descritivos. Sobressaíram-se os estudos sobre resiliência individual (84,3%). Outro dado significativo relatado foi que a maioria dos estudos abrange a complementariedade teórica da resiliência com outros construtos que favorecem o seu desenvolvimento, como o levantamento de fatores de proteção e estratégias de *coping*, em interface com a promoção da saúde.

Outro estudo de revisão sistemática da produção brasileira encontrou 61 diferentes instrumentos e técnicas diferentes para o estudo da resiliência. No conjunto de artigos analisados, também prevaleceu a avaliação qualitativa da resiliência (20%), composta de entrevistas com os sujeitos, familiares e pessoas próximas e análise de histórias de vida (Oliveira & Nakano, 2018).

Rooke (2015) discorre que o emprego de metodologias de pesquisa diferentes acerca da resiliência é definido de acordo com a conceitualização do construto. Assim, deve-se organizar uma definição sistemática da resiliência e, posteriormente, empregar métodos de apreensão do fenômeno e de análises que auxiliem nos esclarecimentos sobre a temática.

Segundo Reppold et al. (2012), a utilização de medidas psicológicas através de escalas é criticável, tendo em vista que a resiliência não é um traço psicológico, nem deve ser atribuída às características estáveis de um indivíduo, como ansiedade, serenidade, perseverança e

autoconfiança. Eles defendem que as pesquisas sobre resiliência devem adotar um sistema multidimensional de avaliação, que abranja uma diversidade de aspectos que atendam à dinamicidade desse construto. Além disso, ao analisar as escalas de autorrelato disponíveis para avaliar a resiliência, concluíram que os instrumentos avaliam, geralmente, características subjacentes à resiliência, e não, propriamente o construto em si (Reppold et al., 2012).

Corroborando essa discussão, Yunes (2001) já defendia que o uso de escalas ou de outro instrumento caracterizado como teste psicométrico contribui para compreender indivíduos ‘resilientes’ e ‘não resilientes’, o que não retrata, de modo apropriado, a complexidade do fenômeno da resiliência.

Diferentemente das concepções supracitadas, Wagnild e Young (1993) compreendem a resiliência como um processo passível de mensuração, caracterizado pela adaptação psicossocial em situações adversas. Para eles, a resiliência é uma característica de personalidade, que persiste na velhice quando os declínios de saúde aumentam. Sua avaliação deve considerar as alterações das características físicas e psicossociais, os papéis sociais e os relacionamentos, bem como aspectos situacionais, crenças e valores pessoais. Na concepção desses autores, a resiliência pode ser comparada a um amplo guarda-chuva, que abriga recursos psicológicos essenciais para a superação de adversidades, tais como competências pessoais, autoestima, autoeficácia e controle interpessoal.

Wagnild e Young (1993) elaboraram um instrumento utilizado para medir os níveis de resiliência individual, considerada como a adaptação psicossocial positiva em face de eventos da vida. Composta de 25 questões, seus itens são medidos por uma escala *Likert* de 7 pontos, que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Sua pontuação varia de 25 a 175 pontos, de modo que escores mais altos apontam para mais resiliência. A escala foi validada com um grupo de 810 idosos ( $\alpha = 0,91$ ). Dessa análise, resultaram dois fatores de solução. O primeiro,

denominado de “competência pessoal”, foi composto de 17 itens e sugere autoconfiança, independência, determinação, invencibilidade, controle, desenvoltura e perseverança. No segundo fator, denominado de “aceitação de si mesmo e da vida”, encontram-se oito itens que representam adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade e perspectiva de vida equilibrada.

Oliveira e Nakano (2018) realizaram uma pesquisa sistemática a fim de caracterizar a produção brasileira sobre a temática da resiliência e encontraram que a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) foi o instrumento mais utilizado pelos pesquisadores brasileiros na condução de seus estudos.

Avaliar a resiliência é um processo complexo, no tocante à utilização de medidas com precisão e validade que atendam satisfatoriamente a esse construto de natureza dinâmica, de caráter relacional, processual e contextual (Reppold et al., 2012). Por conseguinte, a resiliência foi abordada por meio de uma escala e avaliada quanto à interação de fatores de risco e de proteção no que tange a sua variabilidade. Este estudo não pretendeu classificar os idosos em ‘resilientes’ e ‘não resilientes’, porque isso traria mais limitações, ao abordar a diversidade de tal fenômeno. Os estudos sobre resiliência e envelhecimento ainda são mais desafiadores, pois carecem de medidas que contemplem as adversidades próprias dos indivíduos que adentram a velhice, mas que também acumularam repertórios de enfrentamento das adversidades que os desafiaram ao longo de outras etapas do ciclo de vida.

Partindo dos pressupostos que apontam a complexidade que envolve o estudo da resiliência, esta pesquisa adotou uma estratégia quantitativa e uma segunda estratégia qualitativa, a fim de apreender dados multifatoriais, com correlatos entre medidas e percepções que permeiam a produção de sentidos sobre o processo de resiliência no contexto do envelhecimento.

Cyrułnik (2007) assevera que, no estudo da resiliência, deve-se adotar um enfoque sistemático, em que são analisados os sistemas complexos presentes nas interações que o

indivíduo estabelece. No idoso, a resiliência é o processo de retomada do desenvolvimento que se dá através de traumatismos insidiosos ou que advêm de uma “ferida traumática” que repercute de forma a exigir modos de enfrentamento, de produção de sentido e de avaliação dos vínculos estabelecidos.

Considerando o exposto, este trabalho estabeleceu os seguintes objetivos:

## **2.5 Objetivos**

### **2.5.1 Objetivo geral**

- Analisar a relação entre a resiliência e fatores de proteção mediante a ocorrência de fatores de risco no contexto do envelhecimento.

### **2.5.2 Objetivos específicos**

- Estimar os níveis de resiliência nos participantes;
- Investigar os índices de potenciais fatores de proteção (esperança, suporte social) no envelhecimento;
- Analisar a relação entre esperança, suporte social e resiliência;
- Averiguar as adversidades advindas de eventos de vida e os níveis de estresse decorrentes destes;
- Avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva;
- Verificar a relação de dados sociodemográficos com a resiliência e com fatores de proteção e de risco;

- Explorar a interação entre fatores de proteção e de risco em função de variações em índices de resiliência;
- Analisar as concepções dos idosos acerca dos fatores de proteção que provêm de resiliência mediante contextos de risco psicossocial encontrados no processo de envelhecimento e na velhice.

### CAPÍTULO III \_\_\_\_\_

#### **RISCO E PROTENÇÃO NO ENVELHECIMENTO: CORRELATOS ENTRE ESTRESSE, DEPRESSÃO, RESILIÊNCIA, ESPERANÇA E APOIO SOCIAL**

**Risco e Proteção no Envelhecimento: Correlatos entre Estresse, Depressão, Resiliência,  
Esperança e Apoio Social**

**Risk and Protection in Aging: Correlates Between Stress, Depression, Resilience, hope and  
Social Support**

O Estudo 1 foi submetido na revista “Estudos de Psicologia” (versão impressa *ISSN 0103-166X*, versão On-line *ISSN 1982-0275*) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, avaliada com qualis A1 para psicologia no último quadriênio.

**Autores:**

Edivan Gonçalves da Silva Júnior

Maria do Carmo Eulálio

Kalina de Lima Santos

Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo

## Resumo

Este estudo avaliou fatores de risco e de proteção, dados sociodemográficos e sua relação com a resiliência em idosos. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Eventos Estressantes, Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Resiliência, Escala de Esperança de Herth e Inventário de Rede de Suporte Social. Participaram 508 idosos com média de 71,16 anos, com maioria de mulheres, setuagenários, casados e com baixa escolaridade. Os índices de resiliência, de esperança e de apoio social foram satisfatórios. Destacaram-se os eventos que afetam o bem-estar pessoal e 23,6% dos idosos apresentaram sintomatologia depressiva. A idade se correlacionou negativamente com a resiliência e a esperança. O teste de regressão linear múltipla resultou num modelo em que 22% do índice de resiliência foram explicados pelas variáveis esperança e depressão. Idosos mais longevos indicaram aumento de agravos à saúde mental, assim, práticas de promoção da resiliência devem ser privilegiadas com esse grupo.

**Palavras-chave:** Resiliência Psicológica; Psicologia positiva; Fatores de risco; Depressão; Idosos.

### **Abstract**

This study evaluated risk and protective factors, sociodemographic data and their relationship with resilience in the elderly. The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire, Inventory of Stressful Events, Geriatric Depression Scale, Resilience Scale, Herth Hope Scale, and Social Support Network Inventory. Participants were 508 elderly people with a mean of 71.16 years, with the majority of women, setuagenarians, married and with low schooling. The indices of resilience, hope and social support were satisfactory. The events that affected personal well-being were highlighted, and 23.6% of the elderly presented depressive symptoms. Age correlated negatively with resilience and hope. The multiple linear regression test resulted in a model in which 22% of the resilience index was explained by the variables hope and depression. Longer-lived seniors indicated increased mental health impairments, so resilience-promoting practices should be favored with this group.

**Keywords:** Psychological Resilience; Positive psychology; Risk factors; Depression; Elderly.

## Introdução

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma tendência mundial. No Brasil, estimativas levantadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) assinalam um crescimento de 4,8 milhões de idosos desde 2012. Em 2017, os índices superaram o número de 30,2 milhões de idosos, conforme apresentado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. As estimativas apontam uma proporção de 76,39% desse grupo etário para o ano de 2030. Embora ocorra em escala mundial, esse fenômeno não é homogêneo, pois o curso do envelhecimento da população obedece a critérios socioeconômicos, políticos, culturais e pessoais e varia conforme os esforços envidados para a realização de políticas públicas direcionadas aos cuidados e à proteção dos grupos etários mais longevos (Leandro-França & Murta, 2014).

Embora seja bastante discutido na atualidade e seja das agendas de vários fóruns ao redor do mundo, o processo de envelhecimento não tem sido devidamente atendido considerando-se sua diversidade, uma vez que ainda predominam avaliações restritas às condições patológicas, do ponto de vista biológico, que reduzem a multidimensionalidade do envelhecer. O envelhecimento, por seu turno, é um processo dinâmico, multideterminado e heterogêneo, que requer a avaliação e o enfrentamento dos fatores que tornam os idosos mais vulneráveis e necessita de avaliações e intervenções integradas sobre aspectos psicossomáticos, sociais, médicos e culturais (Guedes, Lima, Caldas & Veras, 2017).

Considerando o exposto, este estudo adotou a concepção de envelhecimento derivada do paradigma do life-span, que concebe essa etapa da vida como um processo multideterminado e heterogêneo, em que a ideia de ter um envelhecimento saudável é consequência da capacidade que o indivíduo tem de preservar seu potencial de desenvolvimento em todo o seu curso de vida (Baltes, 1997). Segundo esse paradigma, o curso do envelhecimento tem certa flexibilidade e é

acompanhado do acúmulo de recursos e de capacidades (do indivíduo, do meio social e do ambiente) que contribuem para proporcionar um envelhecimento bem-sucedido e adaptado (Neri, 2013). Para tanto, deve-se levar em consideração a interação entre fatores de risco e de proteção, cujo produto poderá ser a expressão de modos de funcionar adaptativos em contextos de vulnerabilidade indicativos de resiliência (Fontes & Neri, 2015).

Os fatores de risco representam uma ameaça ao desenvolvimento normal e favorecem condições de maior vulnerabilidade a eventos ou condições do meio em que os indivíduos interagem (Laranjeira, 2007; Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias & Carvalhaes, 2005). É sabido que o avanço do envelhecimento envolve alguns riscos à saúde e ao bem-estar, causados, principalmente, por declínios ligados a alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, que deixam os idosos mais suscetíveis à aquisição de doenças crônicas, de incapacidades funcionais e de agravos à saúde mental (Fontes & Neri, 2015; Fontes, Fattori, D'Elboux & Guariento, 2015; Laranjeira, 2007). No contexto desta pesquisa, foram avaliados os eventos de vida e o estresse que eles causam e a sintomatologia depressiva.

Os eventos de vida são as trajetórias do curso de vida do indivíduo que podem ser analisadas conforme os eventos normativos e não normativos. Os normativos são de ordem biológica e social, previstos no desenvolvimento do indivíduo de acordo com a passagem pelas diferentes fases da vida. Os não normativos são de natureza idiossincrática, de ordem biológica ou social, e podem atingir o indivíduo em qualquer fase da vida, de forma não previsível (Neri, 2013). A passagem pelos eventos de vida gera tensões e estresse e podem causar conflitos interpessoais, portanto, desafiam o ajustamento biológico, o psicológico e o social dos indivíduos (Fontes-Burgos, Neri & Cupertino, 2009).

A depressão é um transtorno muito frequente no envelhecimento e representa um dos principais riscos à saúde mental da população idosa em proporção mundial. O desenvolvimento

desse transtorno na velhice pode ocasionar sérios prejuízos e dificultar o envelhecimento ativo, tão almejado nas últimas décadas (Leandro-França & Murta, 2014). Pesquisas com idosos encontraram associação de condições de saúde desfavoráveis, vivência de ventos de vida estressores e distorções negativas do pensamento com depressão (Lampert & Scortegagna, 2017), risco aumentado de depressão associado a emoções negativas, eventos incontrolláveis, avaliação inadequada da autoeficácia (Fortes-Burgos, Neri, Cupertino, 2008), correlações negativas entre integração e depressão, e positivas, entre isolamento e depressão (Aragão, Campos, Portugal, Gonçalves, Mari & Fortes, 2018), associações entre depressão e baixa satisfação entre idosos cuidadores, e com menor suporte social em idosos não cuidadores (Tomomitsu, Perracini & Neri, 2014).

Em contraponto aos fatores que põem em risco o equilíbrio dos indivíduos, operam os fatores de proteção, que se configuram como elementos essenciais aos processos de resiliência, pois contribuem para minimizar efeitos negativos ou disfuncionais em eventos que expõem o sujeito a situações de risco (Fontes & Neri, 2015; Laranjeira, 2007). Destacam-se, para este estudo, o apoio social e a esperança como potenciais fatores de proteção ao envelhecimento e que contribuem para incrementar a resiliência.

Os estudos sobre resiliência têm ganhado espaço no campo do envelhecimento, principalmente entre os que adotam a perspectiva do life-span (Fontes & Neri, 2015). A resiliência pode ser compreendida como a capacidade humana de enfrentar as adversidades da vida, em que interagem processos adaptativos (internos e externos) com respostas exitosas aos fatores potencialmente estressores (Pesce et al., 2005). Ela representa um construto complexo, de difícil mensurar (Reppold, Mayer, Almeida & Hutz, 2012), que compreende um conjunto de recursos psicológicos que atuam na adaptação e na superação de adversidades e que resulta do

intercâmbio com fatores externos aos indivíduos, provenientes do meio em que vivem e das relações/interações que são estabelecidas (Fontes & Neri, 2015).

A resiliência em idosos tem sido associada a melhores condições de saúde, assinalada por menos incidência de afecções e de efeitos deletérios à saúde. Também é considerada como um fator de proteção na velhice (Fontes et al., 2015). Na literatura, são encontradas pesquisas que demonstram correlações positivas entre resiliência e autoestima (Ferreira, Santos & Maia, 2012), correlação negativa entre resiliência e sintomatologia depressiva (Fontes et al., 2015) e associação com religiosidade e correlação positiva com suporte social (Silva Júnior, Eulálio, Melo, Queiroga, Santos & Lacerda, 2017), além de menos intensidade de eventos estressantes em idosos com elevado nível de resiliência (Mazo, Balbé, Medeiros, Naman, Ferreira & Benedetti, 2016).

O apoio social diz respeito ao conjunto de recursos oferecidos por outras pessoas, com o intuito de prover cuidados, afeto, auxílio e comunicação (Guedes et al., 2017). Essa medida parte de uma avaliação quantitativa e estrutural das relações sociais, que também podem ser apreendidas como redes sociais e representa uma avaliação da qualidade das interações estabelecidas entre os sujeitos, no tocante à percepção do apoio recebido e da reciprocidade presente ou não nas trocas instituídas (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira & Piccinini 2011). Trata-se de um recurso essencial, no contexto de vida dos idosos, que passam a demandar mais atenção nos cuidados com a saúde e no ajustamento às mudanças ocorridas ao longo do envelhecimento, principalmente com a aquisição de doenças crônicas (Aragão et al., 2018; Maia, Castro, Fonseca & Fernández, 2016; Serbim, Gonçalves & Paskulin, 2013; Satuf & Bernardo, 2015).

A esperança corresponde ao pensamento dirigido a objetivos que incluem a capacidade de perceber e de elaborar rotas de alcance para determinados fins e envolve as motivações necessárias para dispor dessas rotas (Snyder & Lopez, 2009). Na literatura se discutem as

contribuições do sentimento de esperança em processos que requerem modos de enfrentar as dificuldades, como, por exemplo, os processos de saúde e doença, que geram inseguranças e angústias, mas também são permeados de esforços para ultrapassar as adversidades estabelecidas (Oliveira, Silva, Lima, Gomes & Olympio, 2018). A literatura traz poucos estudos que avaliam a esperança em idosos (Fonseca, Dantas, Coelho, Carvalho & Pontes, 2015; Oliveira et al., 2018; Orlandi, Pepino, Pavarini, Santos & Mendiando, 2012; Souza, Oliveira, Luchesi, Gratão, Orlandi & Pavarini, 2017), fato que requer o aprofundamento da temática para compreender bem mais suas contribuições em contextos de proteção e de vulnerabilidade na velhice.

O estudo partiu da observação de que são muitos os desafios que se colocam para os indivíduos em franco processo de envelhecimento, e o envelhecer também requer recursos que auxiliam o equilíbrio e o ajustamento, que podem favorecer a experimentação de modos exitosos de desenvolvimento na velhice. Assim, objetivou-se avaliar os fatores de risco (eventos de vida e depressão) e de proteção (suporte social e esperança), os dados sociodemográficos e sua relação com a resiliência em idosos.

### **Métodos**

O estudo adotou um recorte transversal, do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados com 508 idosos adscritos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), residentes em Campina Grande, município de médio porte localizado no interior do estado da Paraíba - Brasil. Foram incluídos idosos de ambos os sexos, com idades a partir de 60 anos e que se encontravam nos espaços das UBS pesquisadas. Os critérios de exclusão adotados foram: recusa em participar do estudo e idosos acamados, com comprometimento cognitivo grave, déficit auditivo e visual graves.

O tamanho mínimo da amostra estimada para a pesquisa foi de 381 participantes, para um erro amostral de 5% e um  $\sigma = 1,96$  (representa o intervalo de confiança de 95%). Considerando

uma população de 42.817 pessoas idosas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), foi utilizada a fórmula para populações finitas:  $n = \sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N / e^2 \cdot (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q$ . e adotado o critério de acessibilidade. A coleta foi feita com idosos que se encontravam nas unidades no período de realização da coleta dos dados. No final do período de coleta, foi alcançado o número de 508 idosos, distribuídos entre os seis distritos sanitários urbanos do município.

A coleta foi realizada entre os meses de novembro de 2016 e setembro de 2017. Foi feita uma busca ativa nas comunidades, com a entrega de convites pelos agentes comunitários de saúde, trabalhadores das unidades pesquisadas, com horários e datas previamente agendados. Os idosos que se encontravam nas unidades para receber atendimento, fazer exames e/ou receber medicamentos também foram convidados a participar do estudo. A coleta ocorreu no espaço físico das unidades de saúde, em salas disponibilizadas pelas equipes que trabalhavam no local. Contou-se com a colaboração de 15 estudantes, devidamente treinados para aplicar os instrumentos de pesquisas com idosos. A aplicação seguiu o formato de entrevista, tendo em vista a baixa escolaridade da maioria dos idosos pesquisados. A pesquisa contou também com, pelo menos, um supervisor para apoiar e organizar as atividades de coleta, e um auxiliar, para conduzir os idosos dentro das unidades.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: o questionário sociodemográfico, o Inventário de Eventos Estressantes, a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Resiliência, a Escala de Esperança de Herth (EEH) e o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS). O questionário sociodemográfico foi composto de itens estruturados sobre condições demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião) e econômicas (renda mensal, aposentadoria,) dos idosos.

Os eventos estressantes foram avaliados por meio do Inventário de Eventos Estressantes, composto de 40 itens dicotômicos, correspondentes a eventos ocorridos nos últimos cinco anos. Trinta e dois são derivados do The Elders Life Stress Inventory (ELSI), acrescido de oito itens, com base nos estudos PENSA (Processos de Envelhecimento Saudável) (Fortes-Burgos & Neri, 2011) e FIBRA (Fragilidade de Idosos Brasileiros) (Neri, Fortes-Burgos, Fontes, Santos & Araújo, 2013). Os eventos são avaliados de acordo com as seguintes categorias: a) Finitude – corresponde a morte e a doenças em ascendentes e contemporâneos; b) Eventos que afetam os descendentes – incontroláveis, que afetam descendentes e outros entes queridos; c) Cuidado – prestar cuidados a cônjuges, pais, sogros, entre outros parentes, em função de doenças e incapacidades adquiridas; d) Bem-estar pessoal – diz respeito a perdas em saúde, cognição, atividade, contatos sociais e poder aquisitivo, conflitos com o cônjuge e com os filhos, ameaças ao patrimônio e à integridade física e autoconceito; e) transição – corresponde a eventos marcadores do desenvolvimento, como, por exemplo, aposentadoria do idoso ou do seu cônjuge, casamento de filhos e divórcio. Na segunda parte do instrumento, é avaliada a intensidade causada pelos eventos estressantes, segundo a avaliação dos participantes, quando em caso positivo da ocorrência de determinado evento. A intensidade do estresse é avaliada com uma escala tipo Likert de cinco pontos: (1) “nada estressante”; (2) “um pouco estressante”; (3) “medianamente estressante”; (4) “muito estressante” e (5) “extremamente estressante”.

A Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento bastante difundido e recomendado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar o transtorno depressivo. A versão aplicada foi a reduzida, com 15 itens (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang & Adey, 1983). Escores acima de cinco pontos sugere provável depressão (Almeida & Almeida, 1999). Para este estudo, também se observou a variável contínua, que representa a depressão como uma síndrome (Eulálio, Andrade, Melo & Neri, 2015).

Para medir os níveis de resiliência psicológica, utilizou-se a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e validada para a população brasileira (Pesce et al., 2005), considerada como a adaptação psicossocial positiva em face de eventos da vida. O instrumento é composto de 25 itens, medidos com uma escala tipo *likert* de 7 pontos, que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) pontos. A pontuação mínima para essa escala é de 25 pontos e pode alcançar um total de 175 pontos. Elevadas pontuações são indicativos de mais resiliência.

A Escala de Esperança de Herth (EEH) avalia questões relacionadas ao estado e/ou sentimento de esperança. Composto de 12 itens, esse instrumento é respondido por meio de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (de “concordo completamente” a “discordo completamente”). A pontuação total varia de 12 a 48 pontos, de modo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança (Sartore & Grossi, 2008).

Para avaliar o apoio social, foi utilizado o Inventário da Rede de Suporte Social (Lima, Norman & Lima, 2005), uma versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira do instrumento The Social Support Network Inventory (Flaherty, Gaviria, & Pathak, 1983). O IRSS possibilitou avaliar a extensão da rede social global de apoio, em um intervalo de uma a dez pessoas, e gerou um escore total para avaliação do nível de apoio social percebido pelos participantes.

Foram realizadas medidas de frequência para as variáveis categóricas e estatísticas descritivas para as variáveis numéricas. As variáveis numéricas foram comparadas por meio do teste de Mann-Whitney (para duas variáveis categóricas) e Krusshal-Wallis (para três ou mais variáveis categóricas). Testes de correlação de Spearman foram realizados para estimar as relações entre variáveis numéricas. A investigação da relação entre as variáveis independentes com a variável ‘desfecho’ (resiliência) foi feita através da análise de regressão linear múltipla,

com critério stepwise para selecionar variáveis. Para realizar os testes, adotou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com parecer nº 1.675.115 (aprovado em 11 de agosto de 2016), sendo respeitadas as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo orientados quantos aos princípios éticos da pesquisa, e informados sobre o sigilo dos dados fornecidos.

### **Resultados**

Do total (508) de idosos pesquisados, predominou o sexo feminino (80,3%). A média de idade encontrada foi de 71,16 anos ( $DP = 7,05$ ), com idade mínima de 60, e máxima, de 92. Registrou-se uma proporção maior de idosos setuagenários ( $n=213$ ; 41,9%), casados ( $n=216$ ; 42,5%) e viúvos ( $n=159$ ; 31,3%) e com baixa escolaridade (cursaram as séries iniciais do ensino fundamental) ( $n=185$ ; 36,4%). A maioria divide a residência com os filhos (46,1%), tem renda mensal superior a um salário mínimo ( $n=348$ ; 68,5%) e recebe aposentadoria ( $n=359$ ; 70,7%) (Tabela 1).

Observou-se que 494 (97,2%) idosos têm religião, 377 (74,2%) se declararam católicos, e 102 (21,1%), evangélicos; 266 (52,4%) participantes se denominaram “religiosos”, e 126 (24,8%), “muito religiosos”.

Os participantes apresentaram índice elevado de resiliência ( $M=138,63$ ;  $DP = 16,6$ ), com pontuação mínima de 81, e máxima, de 174 pontos na escala. O fator 1 (Resolução de ações e valores) apresentou a maior média ( $M = 74,67$ ;  $DP = 8,16$ ), seguido do fator 2 (Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações) ( $M = 30,63$ ;  $DP = 5,10$ ) e do fator 3 (Independência e determinação) ( $M = 27,53$ ;  $DP = 4,34$ ).

A avaliação da Escala de Esperança de Herth revelou uma média de 38,6 pontos (DP=4,5; Mdn=38), com uma variação de 30 a 47 pontos na escala. A rede social global dos participantes foi composta, em média, de cinco pessoas (M=5,64; DP=2,32), em um intervalo possível de um a dez, segundo a avaliação do IRSS. Quanto ao apoio social, a média total obtida foi de 3,80 (DP=1,12), em uma escala de 1 a 5.

No tocante ao nível de estresse, o estudo mostrou uma média de 25,08 pontos (DP=4,35). Os maiores índices de estresse encontrados foram relativos aos eventos que afetam o bem-estar pessoal (M=11,28; DP=9,9), seguidos dos relacionados à finitude (M=6,3; DP=5,27). Os eventos que se sobressaíram foram ‘morte de parentes’ (n=292; 57,5%), ‘morte de amigos’ (n=267; 52,6%), adoecimento do próprio idoso (n=261; DP=49,6%) e problema com a memória (esquecimento) (n=252; 49,6%).

A avaliação da escala de depressão geriátrica resultou em uma média de 3,72 pontos (DP=2,93), com escore mínimo de 0, e máximo, de 14 pontos. Prosseguindo-se com a categorização dos valores da escala, constatou-se que 23,6% (n=120) dos idosos apresentaram sintomatologia depressiva.

Analisaram-se as possíveis relações das medidas estudadas com as variáveis sociodemográficas. Inicialmente, observou-se a relação com o sexo, o estado civil e a religiosidade (variáveis categóricas). Não houve diferenças estatisticamente significativas para a medida de resiliência em relação ao sexo e ao estado civil, entretanto, os idosos que se consideraram muito religiosos apresentaram significativamente maiores médias de resiliência ( $p < 0,001$ ). O apoio social foi bem maior para os idosos casados ( $p = 0,003$ ) e para os que se consideraram religiosos ( $p = 0,02$ ). Encontraram-se variações significativas no índice de estresse em relação ao estado civil ( $p = 0,004$ ), e os idosos viúvos obtiveram as maiores médias de estresse ( $p < 0,001$ ) e maior sintomatologia sugestiva de depressão ( $p = 0,01$ ).

A idade apresentou correlações fracas e negativas com o índice de resiliência ( $r = -0,15$ ;  $p < 0,001$ ) e com a esperança ( $r = -0,14$ ;  $p < 0,001$ ) e correlação fraca e positiva com a depressão ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,001$ ). No tocante à relação entre as medidas estudadas, observaram-se correlações entre o índice de resiliência e os três fatores que compõem a escala, correlação entre a resiliência e esperança ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ), apoio social ( $r = 0,18$ ;  $p < 0,001$ ) e correlação negativa com depressão ( $r = -0,31$ ;  $p < 0,001$ ). A esperança apresentou correlação negativa com depressão ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,001$ ). Houve correlação positiva entre a depressão e o índice de estresse total ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,001$ ) e os eventos que afetam o bem-estar psicológico dos idosos ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,001$ ). As correlações entre as medidas são apresentadas na Tabela 2.

Por fim, buscou-se avaliar a contribuição das medidas e das variáveis sociodemográficas no índice total de resiliência (variável dependente). Para isso, procedeu-se à análise de regressão linear múltipla, com critério stepwise para selecionar as variáveis. Dentre as variáveis listadas, apenas os índices de esperança e de depressão entraram no modelo explicativo. Juntas, as variáveis explicaram 22% (R quadrado) da variação do índice total de resiliência. A esperança foi a que mais contribuiu na variação dos índices de resiliência. Observou-se que a diminuição da pontuação sugestiva de depressão é acompanhada de elevação dos índices de resiliência (Tabela 3).

### **Discussão**

O perfil sociodemográfico desta pesquisa seguiu a tendência da participação majoritária de mulheres, fato observado em estudos realizados com idosos brasileiros (Aragão et al., 2018; Batistoni, Prestes, Cachioni, Falcão, Lopes, Yassuda & Neri, 2015; Fontes et al., 2015; Fortes-Burgos et al., 2008; Mantovani, Lucca & Neri, 2015; Melo, Eulálio, Gouveia & Silva, 2013). Há algumas décadas, o fenômeno da feminização da velhice vem sendo discutido em função das diferenças na pirâmide etária que evidenciam maior longevidade das mulheres em comparação

com os homens. Elas cuidam mais da saúde e procuram mais os serviços de saúde, por isso desfrutam de mais chances de alcançar idades mais longevas (Almeida, Mafra, Silva & Kanso, 2015). Além disso, a sobremortalidade do sexo masculino sofre influência de causas externas, principalmente por homicídio (Kanso, 2014).

Os idosos pesquisados neste estudo foram acessados nas UBS. Assim, a procura por serviços de saúde pelas mulheres idosas foi expressiva, considerando o número amostral aqui disposto. Elas constituíram o grande público que se encontrava nas unidades para receber atendimento, marcar exames e receber medicamentos, acompanhavam seus esposos nas consultas e foram as que mais atenderam aos convites feitos pelos agentes comunitários de saúde para visitarem as unidades de saúde nos dias e nos horários propostos para a coleta de dados. O conjunto desses dados pode explicar também as maiores médias de apoio social encontradas entre as mulheres desta pesquisa.

A maior participação das mulheres em atividades da comunidade, a adesão aos grupos e, conseqüentemente, a construção de redes sociais mais abrangentes, quando comparadas com o sexo masculino, favorecem a experimentação de um envelhecimento saudável (Mazo et al., 2016; Valer, Bierhals, Aires & Paskulin, 2015) e auxiliam no enfrentamento dos efeitos danosos à saúde que se intensificam com o avançar da idade, principalmente no grupo feminino, que experimenta mais acentuadamente os desafios de uma maior longevidade (Kanso, 2014).

O apoio social mostrou-se mais elevado nos idosos casados, e menor, entre os idosos solteiros e os viúvos. Os viúvos também apresentaram uma média mais alta de sintomas depressivos e de estresse. A conjugalidade tem sido associada à maior percepção do suporte social (Silva, Braido, Ottaviani, Gesualdo, Zazzetta & Orlandi, 2016; Maia et al., 2016), melhor funcionalidade e melhor saúde psicológica (Rabelo & Neri, 2015). Nesse sentido, Maia et al.

(2016) verificaram que os idosos casados têm uma rede familiar maior e apresentam menos isolamento social, enquanto os viúvos tendem a viver sozinhos.

Observou-se elevada resiliência nos idosos pesquisados, conforme encontrado em outros estudos com essa população (Ferreira et al., 2012; Fontes et al., 2015; Silva Júnior et al., 2017; Mazo et al., 2016). A respeito disso, Arciniega (2014) debate que a resiliência no envelhecimento expressa a continuidade do desenvolvimento normal, cujas dificuldades e limitações vividas na velhice não impedem os indivíduos de desfrutarem de bem-estar e de satisfação com a vida nessa etapa do ciclo de vida.

Vale salientar que este estudo obteve correlação negativa entre os índices de resiliência e a idade, e os idosos mais velhos apresentaram índices menores de resiliência. Devido a esses achados, discute-se, conforme explicam Fontes e Neri (2015), que, embora o idoso apresente regulação socioemocional igual ou superior aos indivíduos de faixas etárias menores, o acúmulo de disfunções, como declínios cognitivos e doenças crônicas, pode comprometer o repertório de enfrentamento e de ajuste aos eventos estressores e, conseqüentemente, dificultar o incremento da resiliência psicológica. Idosos mais velhos tendem a sofrer com mais frequência as conseqüências das limitações físicas e sociais que se acumulam no decorrer do envelhecimento, o que pode comprometer o ajustamento aos desafios adquiridos na idade mais avançada (Batistoni et al., 2015).

O nível de esperança dos idosos encontrado nesta pesquisa foi satisfatório, comparado com outros estudos realizados com idosos (Fonseca et al., 2015; Oliveira et al., 2018; Orlandi et al., 2012). Entretanto, a esperança apresentou correlação negativa com a idade. O fato chama a atenção, mais uma vez, para o aumento da vulnerabilidade dos idosos mais longevos, considerando o decréscimo de recursos psicológicos potenciais para o conforto e o equilíbrio dos declínios atuantes na velhice. Estudo realizado com idosos portugueses institucionalizados e não

institucionalizados constatou menores níveis de esperança em idosos com 80 anos ou mais e entre os institucionalizados, e os idosos com 80 anos ou mais apresentaram os maiores índices de depressão, solidão e ansiedade (Brito, 2015). A esperança também é discutida como um fator protetor contra o estresse. De acordo com Snyder e Lopez (2009), indivíduos com elevado nível de esperança tendem a encarar eventos estressantes como desafios e aplicam motivações em rotas de solução para os problemas enfrentados, muitas vezes obtendo êxito.

Os idosos pesquisados relataram uma rede social global mais extensa e menor índice na percepção do apoio social quando comparados com estudo desenvolvido com indivíduos avaliados em contexto ambulatorial pelo IRSS (Figueira, Boas, Freitas, Foss & Pace, 2012). Pesquisas que medem o apoio social em idosos têm encontrado valores satisfatórios desse recurso, e as principais fontes de apoio são provenientes do meio familiar (Maia et al., 2016; Serbim et al., 2013). O fato de os idosos restringirem sua rede de contatos e se fixarem mais propriamente em seu meio familiar pode ser uma explicação para uma menor percepção do suporte social e a diminuição do número de pessoas que fazem parte de sua rede de suporte. Porém não se pode deixar de considerar a ampliação da rede de suporte social na promoção de um envelhecimento saudável, tendo em vista que a adesão a grupos de convivência e a participação em atividades na comunidade têm demonstrado seus benefícios para a saúde e o bem-estar dos idosos, que podem desfrutar também dos ganhos advindos de relações extrafamiliares (Satuf & Bernardo, 2015; Tavares, Jesus, Machado, Braga, Tocantins & Merighi, 2017; Valer et al., 2015).

Os idosos que se consideraram religiosos e muito religiosos obtiveram significativamente as maiores médias de resiliência e de apoio social. Esses dados reforçam que a religiosidade e a espiritualidade dão um sentido à vida na velhice, com grandes contributos na elaboração de estratégias de enfrentamento diante de eventos estressantes que causam vulnerabilidade (Nery,

Cruz, Faustino & Santos, 2018). Altos índices de resiliência têm sido associados a idosos que valorizam a dimensão religiosa e espiritual em sua vida (Silva-Júnior et al., 2017), e o exercício da religiosidade e da espiritualidade contribui também para intensificar emoções positivas e expandir as redes de contato e de apoio dos idosos (Chaves & Gil, 2015).

No tocante à avaliação dos eventos estressantes, destacaram-se os eventos que afetam o bem-estar pessoal e os relativos à finitude. Os eventos do primeiro grupo dizem respeito a perdas em saúde, na cognição, dos contatos sociais e do poder aquisitivo, conflitos com cônjuge e filhos e ameaças ao seu patrimônio, à integridade física e ao autoconceito (Neri et al., 2013). Diferentemente do que foi observado em outras pesquisas com idosos (Fortes-Burgos et al., 2009; Melo et al., 2013), esse conjunto de eventos se sobressaiu e obteve os maiores índices de estresse nos idosos pesquisados, indicando riscos ao seu bem-estar. Os eventos relativos à finitude são os mais citados nas pesquisas sobre eventos de vida com idosos (Fortes-Burgos et al., 2009; Melo et al., 2013) e dizem respeito a mortes e a doenças em ascendentes e contemporâneos que remetem à concepção da própria finitude para o idoso (Neri et al., 2013), portanto, agravam o processo de adaptação dos idosos às adversidades da velhice e podem reforçar a representação socialmente compartilhada de velhice relacionada à ideia de declínios e de perdas (Batistoni et al., 2015).

Outro agravante ao desenvolvimento normal dos idosos pesquisados diz respeito à frequência de sintomas depressivos e à sua elevação com o aumento da idade (Leandro-França & Murta, 2014). A prevalência de sintomatologia depressiva superou os índices desse transtorno em pesquisas de base populacional com idosos em outras cidades brasileiras (Gulich, Duro & Cesar, 2016; Mantovani et al., 2015). Além disso, as correlações estabelecidas chamam à atenção para o fato de a sintomatologia depressiva aumentar de acordo com a elevação do nível de estresse, principalmente nos eventos que afetam o bem-estar pessoal. A maior exposição a fatores

estressores sinalizam a ocorrência de interações negativas, cuja resposta dos indivíduos pode ser o desenvolvimento de sintomas depressivos (Fortes-Burgos et al., 2008), conforme observado nesta pesquisa. Ao analisar a contribuição das medidas e das variáveis sociodemográficas no nível de resiliência, observou-se a explicação de 22% da variação da resiliência pelas medidas de esperança e sintomas depressivos, com destaque para a contribuição da esperança. Portanto entende-se que a esperança é uma saída possível para o sofrimento e traz conforto para os idosos (Oliveira et al., 2018). Em estudo realizado com idosos cuidadores sobre a relação entre esperança e espiritualidade, os autores advertiram que a esperança, em conjunto com a espiritualidade, é um fator de proteção na velhice e um recurso importante para idosos cuidadores que convivem com o sofrimento causado pela aquisição de dependências e incapacidades no curso do envelhecimento, pois facilitam processos de aceitação e elaboração de estratégias de enfrentamento diante das adversidades do cuidar (Sousa et al., 2017).

Avaliar a resiliência é um processo complexo, no tocante à utilização de medidas com precisão e validade que atendam satisfatoriamente a esse construto de natureza dinâmica, de caráter relacional, processual e contextual (Reppold et al., 2012). Por conseguinte, a resiliência foi abordada por meio de uma escala e avaliada quanto à interação de fatores de risco e de proteção no que tange a sua variabilidade. Este estudo não pretendeu classificar os idosos em ‘resilientes’ e ‘não resilientes’, porque isso traria mais limitações, ao se abordar a diversidade de tal fenômeno. Os estudos sobre resiliência e envelhecimento ainda são mais desafiadores, pois carecem de medidas que contemplem as adversidades próprias dos indivíduos que adentram a velhice, mas que também acumularam repertórios de enfrentamento das adversidades que os desafiaram ao longo de outras etapas do ciclo de vida.

Os dados encontrados neste estudo reforçam a necessidade de que sejam investigadas as interações entre fatores de risco e de proteção no envelhecimento e o modo como esses fatores

interatuam com a resiliência psicológica. Percebeu-se que a idade mais avançada foi acompanhada de decréscimos de recursos psicológicos avaliados e, conseqüentemente, do aumento de agravos à saúde mental. Por causa disso, devem-se promover ações para que esse grupo seja devidamente atendido dentro das limitações e das dificuldades que se acumulam e se agravam nos grupos etários mais longevos, a fim de que sejam amenizados os efeitos danosos ao seu bem-estar e que ameçam o desenvolvimento de processos resilientes.

No tocante aos fatores de risco, sobressaíram-se os índices de sintomas depressivos, cuja correlação negativa com a resiliência leva a supor que o incremento da resiliência psicológica nos idosos pode proporcionar desfechos favoráveis no enfrentamento e na prevenção desse transtorno, que ameaça o desenvolvimento normal dos indivíduos ao atingirem idades mais elevadas. Assim, sugere-se a realização de práticas voltadas para a promoção da resiliência no envelhecimento, em consonância com o contexto relacional dos idosos, em que o foco deve ser mantido em aspectos positivos da vida, na estimulação e na criação de novas estratégias de enfrentamento das dificuldades. Deve-se levar em consideração que os idosos pesquisados eram ativos. O estudo com idosos que apresentam limitações da capacidade funcional também se faz necessário em contextos de envelhecimento e no que tange os processos de resiliência.

Entre os fatores de proteção estudados, a esperança foi uma variável preditora da resiliência, que contribuiu como indicador de adaptação psicossocial a partir da disposição afetivo-emocional direcionada para a realização de objetivos e de metas. Devido a esse achado e considerando a carência de estudos que abordem a relação entre essas variáveis, sugere-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas com idosos, a fim aprofundar a compreensão das particularidades que aparecem para os indivíduos no curso do envelhecimento, no que tange, principalmente, à identificação de estados e de processos emocionais, cognitivos e comportamentais positivos, conforme estudados prioritariamente na Psicologia Positiva, entre

outras áreas da Psicologia. Nesse sentido, os fatores de proteção devem receber atenção especial, pois expressam habilidades e recursos intra e interpessoais desencadeados no enfrentamento dos desafios diários e dos eventos que ameaçam a saúde mental.

### Referências

- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 14, 858-65.
- Almeida, A. V., Mafra, S. C. T., Silva, E. P., & Kanso, S. (2015). A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115-131.
- Aragão, E. I. S., Campos, M. R., Portugal, F. B., Gonçalves, D. A., Mari, J. J. & Fortes, S. L. C. L. (2018). Padrões de apoio social na atenção primária à saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2339-2350.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Batistoni, S. S. T., Prestes, S. M., Cachioni, M., Falcão, D. V. S., Lopes, A., Yassuda, M. S. et al. (2015). Categorização e identificação etária em uma amostrade idosos brasileiros residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3): 511-21.
- Brito, S. S. G. M. (2015). *Solidão, esperança e estados emocionais negativos em idosos institucionalizados e não institucionalizados no concelho de Seia*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

- Chaves, L. J., & Gil, C. A. (2015). Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12): 3641-52.
- Eulálio, M. C., Andrade, T. F., Melo, R. L. P., Neri, A. L. (2015). A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3), 555-564.
- 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. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 328-334.
- Figueira, A. L. G., Villas Boas, L. C. G., Freitas, M. C. F., Foss, M. C. & Pace, A. E. (2012). Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes mellitus e úlcera nos pés. *Acta Paulistana de Enfermagem*, 25(1), 20-6.
- Flaherty, J. A., Gaviria, F. M., & Pathak, D. S. (1983). The measurement of social support: the social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 12-519.
- Fonseca, P. N., Dantas, G. E., Coelho, G. L. H., Carvalho, T. A., & Pontes, A. M. (2015). Esperança em idosos: uma explicação baseada nos valores humanos. *Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento*, 20(1), 9-25.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Fontes, M. A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J., & Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 7-17.
- Fortes-Burgos, A. C. G., & Neri, A. L. (2011). Experiência de Eventos Estressantes. In A. L. Neri (Ed.). *Fragilidade, Saúde e Bem-estar em Idosos. Dados do Estudo FIBRA Campinas* (pp. 225-238). Campinas - SP: Alínea Editora.

- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82.
- Fortes-burgos, A. C. G., Neri, A.L., & Cupertino, A. P. F. B. (2009). Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 69-75.
- Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, & Piccinini CA. (2011). Avaliação do suporte social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, P. C., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1185-1204.
- Gullich, I., Duro, S. M. S., & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 691-701.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*, 2010.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE. (2018). *Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kanso, S. (2014). Compressão da mortalidade no Brasil. In: A. A. Camarano (Org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* (pp. 155-176). Rio de Janeiro: IPEA.
- Lampert, C. D. T., & Scortegagna, S. A. (2017). Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 48-58.
- Laranjeira, C. A. S. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 327-332.

- Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 318-329.
- Lima, E. D. R. P., Norman, E. M., & Lima, A. P. (2005). Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *Journal of Nursing Scholarsh*, 37(3), 258-260.
- Maia, C. M. L., Castro, F. V., Fonseca, A. M. G., & Fernández, M. I. R. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Education Psychology, INFAD, Revista de Psicologia*, 1(1), 293-304.
- Mantovani, E. P., Lucca, S. R., Neri, A. L. (2015). Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3653-3668.
- Mazo, G. Z., Balbé, G. P., Medeiros, P. A., Namam, M., Ferreira, E. G., & Benedetti, T. R. B. (2016). Nível de resiliência em idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. *Motricidade*, 12(4), 4-14.
- Melo, R. L. P., Eulálio, M. C., Gouveia, V. V., & Silva, H. D. M. (2013). O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 222-230.
- Neri, A. L. (2013). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, & L. Py (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 102-118). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, A., Fortes-Burgos, A. C. G., Fontes, A. P., Santos, G. A. d., & Araújo, L. F. (2013). Eventos de vida, estratégias de enfrentamento e fragilidade: dados de Parnaíba e Ivoti. In A. L. Neri (Ed.), *Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice* (pp. 299-320). Campinas: Editora Alínea.

- Nery, B. L. S., Cruz, K. C. T., Faustino, A. M., & Santos, C. T. B. (2018). Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-10.
- Oliveira, L. M., Silva, S. M., Lima, E. F. A., Gomes, M. G. C., & Olympio, P. C. A. P. (2018). A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a escala de Herth. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, 10(1), 167-172.
- Orlandi, F. S., Pepino, B. G., Pavarini, S. C. I., Santos, D. A., & Mendiondo, M. S. Z. (2012). Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(4), 900-5.
- 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.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015). Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, (31)4, 874-884.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255.
- Sartore, A.C., & Grossi, S.A.A. (2008). Escala de Esperança de Herth- Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42(2), 227-32.
- Satuf, C. V. V., & Bernardo, N. S. C. O. (2015). Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Mudanças, Psicologia da Saúde*, 23(1), 11-19.
- Serbim, A. K., Gonçalves, A. V. F., & Paskulin, L. M. G. (2013). Sociodemográfico, salud y apoyo social de los usuarios ancianos de un servicio de emergencia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 55-63.

- Silva Júnior, E. G., Eulálio, M.C., Melo, R. L. P. Souto, R. Q., Santos, K. L., Lacerda, A. R. (2017). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. *Ciência e Saúde Coletiva*, [prelo] (2017/Jan).
- Silva, S. M., Braidó, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. S. (2016) Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24:e2752.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, E. N., Oliveira, N. A., Luchesi, B. M., Gratão, A. C. M., Orlandi, F. S., & Pavarini, S. C. I. (2017). Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. *Texto e Contexto da Enfermagem*, 26(3), 1-8.
- Tavares, R. E., Jesus, M. C. P., Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., & Merighi, M. A. B. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 889-900.
- Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3429-3440.
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 809-19.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatry Research*, 17:37-49.

**Tabela 1:** Distribuição dos participantes (N=508) segundo condições sociodemográficas.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	100	19,7
Feminino	408	80,3
Total	508	100
<b>Distribuição etária</b>		
60-69	225	44,3
70-79	213	41,9
≥80	70	13,8
<b>Estado Civil</b>		
Casado ou vive com companheiro	216	42,5
Solteiro	66	13
Divorciado ou separado	67	13,2
Viúvo	159	31,3
<b>Escolaridade</b>		
Nunca foi à escola	103	20,3
Curso de Alfabetização	6	1,2
Ensino fundamental do 2º ao 5º ano	185	36,4
Ensino fundamental do 6º ao 9º ano	74	14,6
Ensino médio	80	15,7
Ensino Superior	60	11,8
<b>Arranjo de moradia</b>		
Mora sozinho(a)	111	21,9
Mora com companheiro(a)	215	42,3
Mora com filho(s)	234	46,1
<b>Moradia</b>		
Residência própria	409	80,5
Residência alugada	99	19,5
<b>Renda familiar mensal</b>		
≤ 1 salário mínimo	157	31,5
<b>Possui religião</b>		
Sim	494	97,2
Não	14	2,8

Tabela 2: Correlações de Spearman entre as medidas de resiliência, apoio social, esperança e estresse.

	<b>Rtotal</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>ESP</b>	<b>AS</b>	<b>Etotal</b>	<b>EE1</b>	<b>EE2</b>	<b>EE3</b>	<b>EE4</b>	<b>EE5</b>	<b>DEP</b>
<b>Rtotal</b>	-	0,87**	0,70**	0,70**	0,42**	0,18**	-0,04	0,01	-0,04	0,01	-0,08	0,01	-0,31**
<b>F1</b>	0,87**	-	0,43**	0,48**	0,45**	0,23**	-0,07	0,00	-0,05	-0,02	-0,10*	0,04	-0,36**
<b>F2</b>	0,70**	0,43**	-	0,30**	0,18**	0,03	-0,09	-0,05	-0,09*	-0,04	-0,09*	-0,05	-0,17**
<b>F3</b>	0,70**	0,48**	0,30**	-	0,30**	0,14**	0,10*	0,08	0,07	0,09*	0,06	0,00	-0,10*
<b>ESP</b>	0,42**	0,45**	0,18**	0,30**	-	0,21**	-0,07	-0,01	-0,00	-0,06	-0,08	-0,00	-0,37**
<b>AS</b>	0,18**	0,23**	0,03	0,14**	0,21**	-	0,04	0,14**	0,12**	0,01	-0,07	-0,01	-0,16**
<b>Etotal</b>	-0,04	-0,07	-0,09	0,10*	-0,07	0,04	-	0,66**	0,65**	0,56**	0,83**	0,34**	0,40**
<b>EE1</b>	0,01	0,00	-0,05	0,08	-0,01	0,14**	0,66**	-	0,31**	0,44**	0,30**	0,13**	0,15**
<b>EE2</b>	-0,04	-0,05	-0,09*	0,07	-0,00	0,12**	0,65**	0,31**	-	0,26**	0,43**	0,15**	0,21**
<b>EE3</b>	0,01	-0,02	-0,04	0,09*	-0,06	0,01	0,56**	0,44**	0,26**	-	0,32**	0,20**	0,16**
<b>EE4</b>	-0,08	-0,10*	-0,09*	0,06	-0,08	-0,07	0,83**	0,30**	0,43**	0,32**	-	0,19**	0,44**
<b>EE5</b>	0,01	0,04	-0,05	0,00	-0,00	-0,01	0,34**	0,13**	0,15**	0,20**	0,19**	-	0,09*
<b>DEP</b>	-0,31**	-0,36**	-0,17**	-0,10*	-0,37**	-0,16**	0,40**	0,15**	0,21**	0,16**	0,44**	0,09*	-

Notas: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ ; R total= Resiliência total; F1=Resolução de ação e valores; F2=Independência e determinação; F3=Autoconfiança e capacidade de adaptação; Esp=Esperança; AS=Apoio Social; E total=Estresse total; EE1=finitude; EE2=eventos que afetam os descendentes; EE3=cuidado; EE4=bem-estar pessoal; EE5=transição.

Tabela 3: Análise de regressão linear múltipla com o modelo explicativo para resiliência.

<b>Variáveis</b>	<b>B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>F</b>	<b><math>R^2</math></b>	<b>t</b>	<b>p valor</b>
Esperança	1,20	0,36	122,83	0,20	8,47	<0,001
Depressão	-0,94	-0,19	65,26	0,11	-4,35	<0,001

#### CAPÍTULO IV

---

### **PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA NA VELHICE: MECANISMOS SOCIAIS E RECURSOS PESSOAIS DE PROTEÇÃO**

**Promoção de Resiliência na Velhice: Mecanismos Sociais e Recursos Pessoais de Proteção**

**Promoción de Resiliencia en la Vejez: Mecanismos Sociales y Recursos Personales de  
Protección**

**Promotion of Resilience in Elderhood: Social Mechanisms and Personal Protection  
Resources**

O Estudo 2 foi submetido na revista “Avances en Psicología Latinoamericana”  
(*versão impressa* ISSN 1794-4724, *versão On-line* ISSN 2145-4515) da Universidad del Rosario,  
com qualis A2 segundo avaliação do último quadriênio.

Autores:

Edivan Gonçalves da Silva Júnior

Maria do Carmo Eulálio

### **Resumo**

Objetivou-se analisar a compreensão de idosos acerca dos fatores de proteção que promovem resiliência, em resposta aos desafios advindos do processo de envelhecimento e da velhice. Participaram de grupos focais 15 idosos (com idades de 63 a 81 anos), que resultaram em três categorias de análise qualitativa. O apoio social, dado, principalmente, por grupos de convivência, e a percepção de interações positivas entre familiares, permeadas de afeto e de reciprocidade, foram essenciais para manter o bem-estar dos idosos. Os recursos pessoais que exprimem estados e processos emocionais, cognitivos e comportamentais positivos permearam os relatos sobre o bem-envelhecer. Ademais, a adaptação às mudanças ocorridas com o avançar do envelhecimento, o amadurecimento, a aceitação e a construção de uma identidade positiva sobre a velhice denotaram processos de resiliência, pautados no equilíbrio entre as perdas e os ganhos ao longo do desenvolvimento. Conclui-se que o enfrentamento das adversidades do envelhecimento atrelado à valorização e à intensificação de qualidades humanas propicia modos de envelhecer com resiliência.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; idosos; resiliência psicológica; fatores de proteção.

### **Resumen**

Se objetivó analizar la comprensión de los ancianos a cerca de los factores de protección que fomentan la resiliencia, como respuesta a los retos resultantes del proceso de envejecimiento y de la vejez. Participaron de grupos focales 15 ancianos (con edad de 63 hasta 81 años), que resultaron en tres categorías de análisis cualitativo. El apoyo social, concedido, en gran parte, por grupos de convivencia, y la percepción de interacciones positivas entre familiares, llenas de afecto y de reciprocidad, fueron esenciales para mantener el bienestar de los ancianos. Los recursos personales que expresen estados y procesos emocionales, cognitivos y comportamientos

positivos permearon los discursos a cerca del bien envejecer. Además, la adaptación a los cambios sucedidos con el avance del envejecimiento, la madurez, la aceptación y la construcción de una identidad positiva hacia la vejez, implicaron procesos de resiliencia, basados en el equilibrio entre las pérdidas y ganancias a lo largo del desarrollo. Se concluye que la lucha contra las adversidades del envejecimiento junto a la valoración y a la intensificación de cualidades humanas propician maneras de envejecer con resiliencia.

**Palabras Clave:** Viejez, ancianos, resiliencia psicológica, factores de protección.

### **Abstract**

The aim of this study was to analyze the elderly's understanding of the protective factors which promote resilience in response to the challenges of aging and elderhood. Fifteen elderlies (with ages of 63-81 years) participated in the focus groups, resulting in three categories of qualitative analysis. Social support, provided mainly by cohabitation groups, and the perception of positive family interactions, permeated by affection and reciprocity, were essential in maintaining the well-being of the elderly. The action of personal resources that express positive emotional, cognitive and behavioral states permeated the discourses on the well-aging. In addition, adapting to the changes that occur with the advancement of aging, maturation, acceptance and the construction of a positive identity about old age denoted processes of resilience, based on the balance between losses and gains throughout development. It is concluded that coping with the adversities of aging linked to the enhancement and intensification of human qualities leads to resilient aging.

**Keywords:** Aging; elderlies; psychological resilience; protection factors.

## Introdução

O fenômeno mundial do envelhecimento populacional expressa uma importante conquista social que continua crescendo nas últimas décadas (Marques, Sánchez & Vicario, 2014). A grande proporção de idosos nas pirâmides etárias tem sido motivo de alerta para os países estruturarem políticas públicas e aplicarem ações que contribuam, de maneira significativa, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão nessa faixa etária (Fernandes & Andrade, 2016; Valer, Bierhals, Aires & Pskulin, 2015).

O processo de envelhecimento natural do organismo não corresponde obrigatoriamente à aquisição de doenças, as quais podem ser um agravante significativo conforme o avançar da idade (Araújo, Ribeiro & Paúl, 2016). Observa-se que, embora a velhice seja um evento em que há perdas e ameaças de riscos à saúde, é possível encontrar idosos que conseguem ter um padrão de desenvolvimento adaptativo positivo, manter um nível elevado de autonomia e preservar um bem-estar subjetivo e demonstrar expressiva resiliência (Araújo & Silva, 2017; Fontes, 2010; Fontes & Neri, 2015).

As investigações de processos adaptativos na velhice receberam importantes contributos do paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span), que compreende o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo e defende a concepção de um envelhecimento bem-sucedido (Baltes, 1997), o qual concebe a noção positiva de saúde e acentua o processo de envelhecimento fundamentalmente nas possibilidades de cada indivíduo se adaptar às mudanças advindas do envelhecimento, conforme o reconhecimento e a potencialização de suas competências pessoais e da organização de fatores sociais, ambientais, entre outros determinantes modificadores da saúde e do bem-estar na velhice (Araújo, Ribeiro & Paúl, 2016; Teixeira & Neri, 2008).

O envelhecimento bem-sucedido ou adaptativo é consequência de uma ação mútua e sistêmica de mecanismos de seleção, otimização e compensação (teoria SOC) (Araújo et al., 2016; Fontes, 2010; Neri, 2013). Nesse sentido, os processos psicológicos adaptativos auxiliam o idoso a refletir sobre as escolhas necessárias (seleção), a encontrar maneiras de alcançar uma meta (otimização) e a buscar alternativas viáveis dentro de sua realidade (compensação) (Neri, 2013; Sousa & Rodriguez-Miranda, 2015). O paradigma do life-span discute também sobre a plasticidade e a capacidade que o organismo tem de fazer reservas como fatores cruciais para a ocorrência de processos de resiliência. Esses processos podem assegurar o desenvolvimento normal na velhice, embora haja declínios e perdas progressivos no organismo em franco envelhecimento (Fontes, 2010; Fontes & Neri, 2015; Neri, 2013).

Compreende-se a resiliência como a capacidade humana de enfrentar as adversidades da vida para superá-las, conforme a ação de processos adaptativos pessoais e externos aos indivíduos (Araújo, Teva & Bermúdez, 2015; Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias & Carvalhaes, 2005). Nesse contexto, a superação não significa que o sujeito seja invulnerável diante das dificuldades com que se depara na velhice (Cyrułnik, 2003), mas diz respeito a ultrapassar as adversidades, sem sucumbir a elas, e resistir aos riscos psicossociais (Araújo & Silva, 2017; Fontes & Neri, 2015).

A resiliência também não é um traço psicológico exclusivamente atribuído às características individuais dos sujeitos, porquanto se expressa, principalmente, nas mudanças que ocorrem no meio relacional, incluindo as condições familiares, socioeconômicas e culturais em que o indivíduo está inserido e estabelece trocas socioafetivas (Araújo & Silva, 2017; Juliano & Yunes, 2014). Cyrułnik e Cabral (2015) assinalam que a resiliência age em meio a uma complexidade de fatores que atuam conjuntamente para a continuidade do processo de adaptação às mudanças e às situações críticas e traumáticas que marcam o contexto de vida dos indivíduos.

A literatura concebe os fatores ou mecanismos de proteção como elementos que favorecem os processos de resiliência. Os fatores de proteção agem minimizando os efeitos traumáticos e disfuncionais causados por fatores de risco ao desenvolvimento dos indivíduos (Pesce et al., 2005; Souza & Rodríguez-Miranda, 2015). Eles podem ser recursos individuais ou sociais que os auxiliam a enfrentar adversidades. Souza e Rodriguez-Miranda (2015) citam quatro processos distintos que exaltam o papel dos fatores de proteção às situações de riscos psicossociais: a) a alteração dos impactos; b) a redução da cadeia negativa iniciada pela experimentação do evento estressor; c) o aumento da autoestima e da autoeficácia, resultantes de interações exitosas no confronto com situações ameaçadoras; e d) o acesso a novos recursos e possibilidades que fomentem transições no ciclo de desenvolvimento.

Os recursos pessoais reúnem virtudes humanas como autoeficácia, autoestima, regulação emocional, coping, felicidade, bem-estar, otimismo, perseverança, esperança, gratidão e espiritualidade (Araújo et al., 2015; Fernandes & Andrade, 2016; Fontes, 2010; Fontes & Neri, 2015; Pesca et al., 2005; Reis & Menezes, 2017). Os mecanismos sociais de proteção abarcam aspectos da relação familiar, da rede de apoio social e de elementos do meio ambiente que contribuem para a vida afetiva dos sujeitos, com a convivência construída ao longo da vida (Juliano & Yunes, 2014).

Apesar dos avanços no campo do envelhecimento, com o advento do paradigma do life-span, os estudos sobre os recursos que favorecem o enfrentamento das situações adversas e que expressam processos de resiliência na velhice ainda carecem de mais atenção (Fontes & Neri, 2015). Em vista disso, objetivou-se analisar como os idosos compreendem os fatores de proteção que promovem resiliência em resposta aos desafios advindos do processo de envelhecimento e da velhice.

## Método

Este estudo tem caráter qualitativo e descritivo e foi desenvolvido com 15 idosos participantes de um primeiro estudo quantitativo de grande porte, cujo delineamento previa a utilização de multimétodos de produção de dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 58159316.4.0000.5187 e parecer nº 1.675.115.

A amostra selecionada para este estudo derivou de um banco de 508 idosos, que eram usuários adscritos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de grande porte do interior da Paraíba - Brasil. Foram incluídos idosos participantes do primeiro estudo (quantitativo), de ambos os sexos, com idades a partir de 60 anos. A seleção dos participantes para o estudo qualitativo seguiu a pontuação da Escala de Resiliência (ER). Os idosos com as maiores pontuações foram selecionados para participar dos grupos focais.

Assim, participaram do estudo dez mulheres e cinco homens, com idade mínima de 63 anos, e máxima, de 81 ( $M=71,47$ ;  $DP=5,98$ ). No tocante ao estado civil, dez são casados (as) ou vivem com companheiro (a), uma é solteira, dois são divorciados, e duas, viúvas. Grande parte dos participantes cursaram apenas as séries iniciais ( $n=7$ ); uma não era alfabetizada; quatro concluíram o ensino básico, e três tinham curso superior. Quanto à renda familiar, concentrou-se em até dois salários mínimos ( $n=7$ ), seguidos de três salários mínimos ou mais ( $n=6$ ) e até um salário mínimo ( $n=2$ ). Todos afirmaram que têm uma religião; 13 se declararam católicos; e dois evangélicos. Dez dos participantes frequentam grupos de convivência para idosos. A pontuação mínima na ER foi de 125 pontos, e a máxima, de 164, portanto, resiliência elevada (Pesce et al., 2005).

Para caracterizar os idosos, foram utilizados um questionário sociodemográfico e a escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), validada para a população brasileira

para medir os níveis de resiliência individual e considerada como a adaptação psicossocial positiva em face de eventos da vida. O escore na escala varia de 25 a 175 pontos. Maiores pontuações sugerem elevado índice de resiliência (Pesce et al., 2003). Os dados qualitativos foram produzidos por meio da técnica de grupo focal, uma estratégia pautada na interação entre os participantes e o pesquisador. Segundo essa técnica, os dados são produzidos a partir da discussão proveniente de temas geradores problematizados com os participantes (Sehnm, Alves, Wilhem & Ressel, 2015).

O recrutamento dos idosos foi baseado em sua seleção no banco de dados. Foram feitos contatos pelos telefones que os participantes indicaram no período da pesquisa quantitativa. Realizaram-se dois grupos focais, com uma sessão para cada grupo. Do primeiro grupo participaram nove idosos, e do segundo, seis. Os encontros aconteceram em uma sala de dinâmica de grupo localizada no Departamento de Psicologia. Os idosos foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e esclarecidos sobre os procedimentos éticos que a nortearam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foram informados sobre a dinâmica que seria seguida para a realização dos encontros.

Para operacionalizar a sessão de grupo focal, foi utilizado um roteiro previamente elaborado pelos pesquisadores, cujo tema foi 'Resiliência e fatores de proteção na velhice'. Cada sessão do grupo focal durou 2h e 30min. No final de cada encontro, foi estabelecido um momento de socialização, com um lanche coletivo, em que todos se confraternizaram. Os grupos foram conduzidos por um moderador e um observador, com o apoio de três estudantes do Curso de Psicologia, que recebiam os idosos no espaço externo do departamento, conduziam-nos para a sala cedida para o grupo, auxiliavam a preparar o lanche e levavam os participantes ao banheiro, quando necessário. As sessões foram gravadas com o consentimento dos idosos e,

posteriormente, transcritas. Para preservar o anonimato dos participantes, eles foram identificados na pesquisa por um pseudônimo, conforme acordado na assinatura do TCLE.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise Categórica Temática proposta por Bardin (2011), a fim de obter os procedimentos sistemáticos da organização e da descrição do conteúdo. Segundo a autora, esse tipo de análise consiste em desmembrar o texto em unidades e categorias segundo reagrupamentos analógicos. Utilizou-se o critério de aproximação semântica, que resultou em categorias e subcategorias.

### **Resultados e Discussão**

Depois de feita a análise do corpus produzido nos dois grupos focais, obtiveram-se três categorias, com 15 subcategorias, exibidas no Quadro 1 e discutidas no texto a seguir.

#### **Mecanismos Sociais de Proteção na Velhice**

Essa categoria reúne os recursos do meio de que os idosos dispõem e a que recorrem em eventos e em situações estressantes que foram citadas durante a entrevista do grupo focal. Nos estudos sobre resiliência, é essencial que os elementos do meio facilitem o ajuste e o bom desenvolvimento das situações adversas. Nessa perspectiva, destacam-se a família e a rede de apoio – os amigos, as instituições pró-sociais (escolas, grupos, clubes), as políticas públicas e os serviços de assistência à saúde (Snyder & Lopez, 2009).

O apoio social (subcategoria A.1) envolve aspectos da rede de relações sociais extrafamiliares de que os participantes dispõem, que se caracterizam, frequentemente, como suporte, apoio e assistência para enfrentar situações adversas. Marques et al. (2014) chamam a atenção para a importância do apoio, seja ele formal ou informal, na ultrapassagem dos conflitos e das dificuldades que acometem os idosos. Esse recurso foi citado com frequência pelos participantes dos dois grupos focais, que enfatizaram os efeitos positivos de manter aberta uma rede de relações sociais. Os idosos discutiram sobre a necessidade de assegurar o vínculo e a

comunicação com o outro, para manter o equilíbrio na velhice: “Eu acredito mesmo que nenhum da gente pode envelhecer com paciência, com alegria, sem comunicação. A comunicação é um objeto concreto na vida de cada um. Para estar alegre é preciso ter família, ter comunidade” (Sérgio, 67 anos). Percebe-se que o vínculo advindo das relações estabelecidas e o sentido elaborado a partir de modos de comunicação entre os sujeitos propiciam um contexto relacional para a construção da resiliência (Cyrulnik, 2005).

Cyrulnik e Cabral (2015) asseveram que, em períodos sensíveis da vida, como a adolescência e a terceira idade, os elementos do meio, o ambiente afetivo e o contexto cultural estruturam o mundo interno dos sujeitos, por isso é necessário identificar os fatores de vulnerabilidade ou de resiliência atrelados ao desenvolvimento de cada sujeito ou que compõem a realidade de certa comunidade e agir em relação a eles.

As amizades foram citadas como importantes fontes de apoio - principalmente a dimensão afetiva, proveniente de apoio emocional e afetivo, que foi valorizada como motivação para o estabelecimento desse tipo de vínculo – e como suporte para o enfrentamento de perdas de entes queridos.

A participação em grupos de convivência (clube de mães, clube de bairros, academia, universidade para a terceira idade) foi destaque no tocante à percepção do suporte social. Grande parte dos participantes dos dois grupos focais frequentam grupos para idosos e debateram sobre os diferentes tipos de apoio social que recebem por meio das interações propostas nesses espaços. Os grupos de convivência exercem um papel fundamental no que diz respeito à amenização do estresse, ao apoio que proporcionam aos seus participantes, ao fortalecimento de vínculos sociais e à conquista de novas amizades. Também auxiliam o processo de autoconceito e de autoestima, porque valorizam as pessoas idosas, proporcionam-lhes um aprendizado de comportamentos saudáveis e os estimulam a ser mais autônomos. Portanto, esses grupos são responsáveis por

melhorar a qualidade de sua vida (Marques et al., 2014; Rabelo & Neri, 2014; Valer et al., 2015).

O depoimento abaixo confirma essa assertiva:

A UAMA [Universidade Aberta a Maturidade] não cuida do idoso, a UAMA ensina o idoso a superar os problemas de vida, né? Acho que com essa amizade que eu fiz com essa turma toda, essa turma que tinha é o que faz você ficar mais feliz pra viver, né? E ajudar a você a recuperar todos os problemas que tem. Eu chegava aqui com a cabeça cheia de problema pra resolver, mas quando chega aqui [na universidade] isso ia embora [...] eles tratam tão bem as pessoas que eu acho que foi outra vida, que a UAMA deu pra nós (Paulo, 65 anos).

O estudo mostrou, ainda, que a participação dos idosos em grupos de convivência facilitou sua adesão aos grupos focais propostos para esta pesquisa. Eles demonstraram facilidade na interação interpessoal, ressaltaram os grupos como ferramentas de empoderamento sobre os assuntos que permeiam os campos da saúde e os direitos sociais do idoso e atribuírem ao grupo potencial para melhorar a vida dessas pessoas no processo de envelhecimento. Esse fato, segundo Sousa e Rodríguez-Miranda (2015), reforça o papel da integração social e do bem-estar promovidos pelos grupos de convivência, em cujas ações despertam e maximizam a autoconfiança, a maturidade, as habilidades, as competências e a resiliência e proporcionam uma vida participativa na velhice. Assim, é possível afirmar que esses grupos são importantes fontes de apoio social no envelhecimento, cujo trabalho com foco em demandas psicossociais e de saúde pode resultar em espaços de expressão de sentimentos e de criação de estratégias para enfrentar as dificuldades próprias dessa fase da vida e estimular hábitos de vida saudáveis (Andrade, Eulálio & Melo, 2013).

Conviver em meio a relações familiares positivas (subcategoria A.2) foi um fator protetor da vulnerabilidade no envelhecimento. Alguns participantes mencionaram a dimensão afetiva e

de apoio mútuo que ocorre em seu meio familiar e o suporte advindo do cônjuge e dos filhos como a principal fonte de suporte familiar recebida, que são essenciais nesse processo (Silva & Rabelo, 2017). Rabelo e Neri (2014) enfatizam que, nas famílias em que ocorrem interações positivas, a cooperação entre familiares é uma prioridade entre outras fontes de apoio existentes para o enfrentamento de problemas. Segundo as autoras, na velhice, as relações familiares tendem a passar por um processo de reorganização orientado por mecanismos psicológicos, entre os quais se destaca a proximidade emocional, que confere continuidade, confiabilidade e estabilidade aos relacionamentos, com o estreitamento das relações entre os parentes, visando ao conforto e ao companheirismo.

Poder contar com a ajuda e a atenção dos filhos e desfrutar de uma relação harmoniosa com eles foi fundamental para encarar positivamente as dificuldades vivenciadas na velhice. Alguns idosos relataram que se sentem mais fortes por poderem contar com o auxílio dos filhos: “O amor deles [filhos] comigo e de mim pra eles. Essa coisa boa, gostosa, isso me ajuda a superar minha velhice e me faz mais forte, né?” (Amara, 66 anos). O suporte financeiro e o instrumental são meios de suporte com os quais alguns participantes dos grupos podem contar diante de alguma necessidade. Eles demonstraram sua satisfação e orgulho por poderem contar prontamente com os filhos no dia a dia nessas situações.

O apoio de familiares varia de acordo com o arranjo entre os diferentes membros e o nível e a qualidade das interações que ocorrem na organização da família (Rabelo & Neri, 2014; Silva & Rabelo, 2017). Quando a pessoa idosa recebe da família suporte emocional e afetivo, sua saúde mental é beneficiada, e ela pode crescer como pessoa, sentir-se segura e ter autonomia (Silva & Rabelo, 2017). Nesse sentido, o apoio instrumental é indispensável, em se tratando das demandas de cuidado que muitos idosos apresentam ao ter que conviver com determinadas limitações (Marques et al., 2014). Também é necessário que haja reciprocidade nas trocas de apoio, senso de

autonomia e equilíbrio de poder nas relações, para que a convivência seja solidária (Juliano & Yunes, 2014).

A construção de vínculos afetivos significativos, em que é possível criar um espaço relacional respeitoso e solidário, é, sobretudo, o efeito mais desejado nas relações entre os sujeitos, para que advenham os processos de resiliência (Cyrułnik, 2003; 2005; Juliano & Yunes, 2014). No segundo grupo focal, havia um casal que estava junto recentemente e que se conheceu em um grupo de atividade física da Universidade que é oferecido à comunidade. Os dois moravam sozinhos e queixavam-se, principalmente, da solidão e da falta de suporte afetivo por parte de seus filhos. A companhia e o apoio que um dá ao outro atualmente foram um motivo de animação no grupo, que partilhou da felicidade dos dois, por terem se permitido viver um relacionamento na velhice, cuja parceria resultou em bem-estar para ambos: “Estou satisfeito com ela, minha companheira, estou bem legal. [...] Eu era muito nervoso, a gente está se combinando assim, os dois está dando certo até agora, vai fazer um ano que estamos juntos” (Eduardo, 74 anos).

### **Recursos Pessoais**

Essa categoria reúne os fatores protetores pessoais de que os idosos dispõem para lidar com os eventos estressores e as demais situações que colocam em risco sua saúde e seu equilíbrio. Tais recursos podem ser caracterizados como indicadores de resiliência, a qual é produto da interação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos fatores de risco e de proteção (Fontes, 2010; Fontes & Neri, 2015). A regulação emocional (subcategoria B.1) destacou-se entre os recursos psicológicos que auxiliam os participantes a enfrentarem os eventos estressantes de vida e foi um assunto muito debatido nos dois grupos focais: “A gente ver a natureza tão equilibrada, e muitas vezes, a gente é tão desequilibrado, pessoal. Se a gente fosse mais equilibrado, a vida era tão melhor pra gente” (Paulo, 65 anos). Esse recurso tem sido

associado à resiliência. Em idosos, o aprimoramento da capacidade de regular as emoções é considerado uma conquista do envelhecimento, que favorece processos de adaptação e de administração dos conflitos na velhice (Fontes & Neri, 2015).

O impacto de emoções negativas foi amenizado com o processo de seletividade socioemocional, em que o sujeito passa a se concentrar menos em emoções negativas enquanto busca desfrutar mais intensamente de emoções positivas e prazerosas (Rabelo & Neri, 2014; Snyder & Lopez, 2009). Trata-se de um mecanismo psicológico que se sobressai em faixas etárias mais avançadas e é um reflexo do amadurecimento pessoal, e quando os idosos passam a compreender que lhes resta menos tempo de vida (Snyder & Lopez, 2009). Sobre isso, os participantes afirmaram que não dão importância a certos preconceitos e restrições que são impostos aos idosos pela sociedade:

Não escutar muito os preconceitos das pessoas, né? E procurar não se estressar. Porque o que tem de desvalorização de muita gente com o idoso, o idoso não pode ser isso, o idoso não pode ser aquilo. E ele não dando atenção nisso, pra não se estressar, ele supera (Mirtes, 68 anos).

O suporte religioso e a espiritualidade (subcategoria B.2) foram dois pilares citados frequentemente pelos idosos que os ajudam a resistir e a enfrentar os eventos estressores, conforme observado em outros estudos com idosos (Chaves & Gil, 2015; Reis & Menezes, 2017). Os participantes da pesquisa acreditam que o exercício da religiosidade os fortalece nos momentos difíceis (Reis & Menezes, 2017): “A igreja me sustenta, me dá força, que eu sou católica apostólica romana praticante, trabalho também na igreja muito. Então eu não tenho de que reclamar” (Ema, 80 anos).

A espiritualidade foi um aspecto enfatizado pelos idosos como um exercício diário, que os auxilia em seu cotidiano. Chaves e Gil (2015) observaram que a espiritualidade é uma dimensão

amadurecida e aprofundada na velhice que possibilita a expressão de sentimentos positivos e funciona como um suporte constante a que os idosos recorrem na tentativa de ter paciência e sabedoria para lidar com as perdas, os declínios e o sofrimento. As orações amenizam as dores e as angústias e dão alento e mais tranquilidade, porquanto auxiliam os idosos a enfrentarem os problemas e lhe dão forças para acreditar que eles podem ser superados (Reis & Menezes, 2017): “É por isso que eu enfrento tudo, eu enfrento tudo, eu não tenho medo de nada, entendeu? Eu não tenho medo de nada na vida, de nada, de nada, porque eu creio em Deus” (Mirtes, 68 anos).

A valorização de sentimentos positivos, por seu turno, contribui para que a velhice seja percebida como uma etapa da vida em que existem ganhos para serem usufruídos (Fernandes & Andrade, 2016; Fontes, 2010, Souza & Rodríguez-Miranda, 2015; Valer et al., 2015). Sentimentos como felicidade, fé, satisfação, bem-estar, otimismo, perseverança, esperança e gratidão expressam a força e o potencial humano que orientam mecanismos para o bem envelhecer (Snyder & Shane, 2009; Viana, Oliveira, Rodrigues, Bastos & Argimon, 2017). O reconhecimento dessas virtudes representa uma valorização necessária, tendo em vista os esforços de muitos idosos que têm evitado pensamentos disruptivos e canalizado emoções negativas para fins construtivos (Araújo, Ribeiro & Paúl, 2016).

A felicidade (subcategoria 3) expressa a valorização de estados emocionais positivos (Snyder & Shane, 2009) na vivência dos idosos. Nesta pesquisa, a felicidade foi expressa em reconhecimento e agradecimento por todos os anos já vividos: “Eu que sou velho acho que quando a pessoa chega nessa idade tem que rir de felicidade, porque já passou do meio da viagem, já viveu bem, já contou muita história e tem que tá feliz disso” (Paulo, 65 anos). Para outra participante, a felicidade pode ser encontrada nas coisas simples da vida: “Valorizando as pequenas coisas que a gente tem, que conquistou” (Amara, 66 anos).

Laura caracterizou a felicidade como um ciclo em sua vida que ela não permite que seja interrompido e foi fruto também da superação de traumas vivenciados ao longo da vida: “Tentar ser feliz, não deixar que nada interrompa aquele ciclo que você está preparando pra ser, superar. Não deixar que nada interrompa esse ciclo dessa nossa felicidade, né? [...] Eu superei várias coisas e hoje eu sou outra pessoa” (Laura, 74 anos).

O bom humor foi citado pelos sujeitos da pesquisa como uma estratégia para encontrar a felicidade, encarar os problemas sem sucumbir a eles e responder positivamente ao estresse diário. Nesse sentido, é possível evitar o levante de afetos negativos: “O que ajuda a superar é o humor, que eu sou uma verdadeira palhaça. Isso me ajuda muito. Eu levo tudo na brincadeira. Na hora séria, é séria” (Marta, 69 anos).

Diante de situações desafiadoras, alguns idosos ressaltaram o papel do otimismo (subcategoria B.4) em suas vidas e a importância de focar as coisas boas: “Eu entendo assim, sabe? Que nos lugares mais críticos, mais desesperados, pode existir alguma coisa boa que muda! [...] Naquele momento mais triste pode existir alguma coisa boa, que a gente se apegue aquela coisa boa, que muda completamente” (Amara, 66 anos).

Observou-se que o otimismo, que envolveu o sentimento de perseverança, sustenta-se na concepção de transitoriedade dos eventos negativos, em que vale a pena acreditar que é possível avançar em direção a objetivos desejáveis e se afastar dos objetivos não desejáveis e que coisas boas acontecerão (Synder & Lopez, 2009): “Sou otimista e perseverante. Quando eu começo uma coisa, tenho que chegar no final [...] Não importa o que vai acontecer lá. Importa que eu chegue. [...] Eu procuro sempre ver o lado bom” (Fátima, 63 anos).

O sentimento de controle pessoal, característico da autoeficácia (subcategoria B.5), esteve presente no modo como os idosos se posicionam em relação às adversidades da vida. Carmem defendeu a importância da autoconfiança e explicou que é preciso acreditar no próprio potencial

para resolver as dificuldades como forma de alcançar os objetivos e superar as dificuldades que nela surgirem: “Acreditar nos seus objetivos, ter fé que vai conseguir vencer cada dificuldade, porque a gente não encontra nada fácil. Tem que acreditar em você mesmo. Você mesmo tem que ter fé e vou lutar pelo meu objetivo” (Carmem, 78 anos).

Alguns relatos dos idosos denotam a flexibilidade no uso de estratégias e a crença de que é possível ultrapassar determinadas dificuldades depois de tentativas sucessivas. Isso caracteriza padrões de comportamento proativo, peculiares da autoeficácia (Cruz, Navarro-Pardo, Pocinho, Anjos & Jacob, 2017; Fontes, 2010; Pesce et al., 2005): “O que posso melhorar aqui? O que posso resolver aqui? E isso é difícil, mas não é impossível. Então a gente não está aqui falando de coisas fáceis, é difícil, mas não é impossível. Tentando a gente chega lá” (Sérgio, 67 anos). Cruz et al. (2017) tecem considerações sobre as contribuições da autoeficácia para manter a funcionalidade e a capacidade cognitiva em idosos. Esse construto pode ser considerado um indicador de envelhecimento ativo, com acréscimos em seu bem-estar.

O altruísmo (subcategoria B.6) é um comportamento por meio do qual se podem beneficiar outras pessoas com um auxílio material, prestar-lhes cuidados ou manter alguma atividade beneficente voluntária (Synder & Lopez, 2009). Nesta pesquisa, os idosos expressaram reflexões sobre a espiritualidade, sobre a transitoriedade da vida e sobre os modos de externar o amor ao próximo: “Sempre ajudar o próximo [...] Não olhar só pra gente, não olhar para nós mesmos, olhar pra cima, pro alto, porque a nossa vida aqui é tão passageira” (Ema, 80 anos).

Observou-se que o altruísmo tem sido motivado pelos ganhos pessoais que os participantes conseguem ao se sentirem felizes e satisfeitos: “Eu me sinto feliz quando ajudo sempre uma pessoa. Uma pessoa está em dificuldade, eu estou ali, pronta pra ajudar [...] é aquela maneira da gente se sentir feliz é quando a gente tem paz no coração da gente” (Fátima, 63 anos).

Isso os auxilia a manter um sentido na vida: “Eu acredito pra maioria daqui que a gente veio pra isso, pra ajudar. Resolve, é feliz” (Fátima, 63 anos).

O fato de ter superado muitas dificuldades na vida e de poder estar vivo para testemunhar suas conquistas e desafios foi expresso pelo sentimento de gratidão (subcategoria B.7). E alcançar a velhice foi motivo para muitos dos idosos serem gratos: “Estou completando mais uma data, então quer dizer que vou ficar triste porque tá aumentando? Não, eu estou contente, estou agradecida. [...] Estou feliz da vida porque vivi muito e meu pai viveu 100 anos, minha mãe 100 anos” (Carmem, 78 anos). Essa compreensão representa o movimento de reflexão dos idosos acerca de sua existência, em que são feitas estimativas sobre a própria vida. A gratidão pode auxiliar os idosos a ressignificarem lembranças difíceis e a fortalecerem memórias e eventos positivos, além de reduzir a ansiedade e a depressão, com consequente melhora na qualidade de vida (Viana et al., 2017).

O sentimento de gratidão, conforme aludido na literatura, resultou também em resposta ao enfrentamento de adversidades que trouxeram aprendizagem e proporcionaram mais força e autoconfiança (Snyder & Lopez, 2009) para lidar com o envelhecimento: “Aprendi muita coisa assim devido ao que tive que passar, né? Então eu aprendi muitas coisas e fiquei mais forte, agradeço por isso. Hoje eu sou mais forte, acho que era necessário eu passar por tudo o que passei” (Amara, 66 anos).

### **Processos Adaptativos para uma Velhice Bem-Sucedida**

Essa categoria abrange aspectos da experiência de vida dos idosos que os ajudam a se adaptar às mudanças que ocorrem com o avanço da idade. Nessa categoria, os participantes assimilaram propriamente a sua trajetória de vida (agora marcada pela velhice) sobre como a experiência adquirida ao longo dos anos possibilitou mudanças na forma de enfrentar as adversidades.

Na subcategoria ‘Manter-se ativo’ (subcategoria C.1), valoriza-se a manutenção de uma vida ativa, em que os participantes procuram estar ocupados, em grande parte do tempo, com atividades diversas: “Não ficar parado, ter sempre uma atividade, sempre lutando, olha, eu trabalho com música, eu fiz música semana passada, eu vou tocar o show pra vocês daqui a pouco, é isso que eu preciso fazer” (Júlio, 81 anos).

O anseio por manter uma vida ativa na velhice é uma constante, em se tratando das atitudes, das representações e das concepções sobre alcançar a idade avançada (Araújo et al., 2016; Araújo & Silva, 2017; Fernandes & Andrade, 2016; Valer et al., 2015). Ser “ativo” excede a noção de capacidade física para o trabalho e remete à participação nas esferas social, econômica, cultural, educacional e espiritual (Araújo et al., 2016).

Os discursos revelaram que é preciso manter projetos e metas na vida e expandir os repertórios de atividades para se alcançar uma vida autônoma e independente, com satisfação e bem-estar, como previsto na perspectiva de um envelhecimento bem-sucedido (Araújo et al., 2016; Teixeira & Neri, 2008). A independência para realizar as atividades do dia-a-dia foi arrazoada com orgulho e satisfação pelos idosos que não enxergam a idade avançada como um impeditivo da sua autonomia: “Eu tenho 79 anos, eu lavo casa, varro casa. Ando sozinha, minha menina [...] quando ela vem se levantar eu já tenho lavado roupa, tá estendida, já tem comida no fogo, café na mesa” (Goreti, 67 anos).

Além das atividades rotineiras com os afazeres de casa e os cuidados com a família, o dia a dia de muitos dos participantes também é preenchido com atividades em grupos de convivência, entre outros espaços que possibilitam a integração social: “Sou feliz, eu lido com as minhas obrigações, levo marido pra médico, vou pra hidroginástica, a gente faz coral lá na UFCG, a gente faz coral, a gente vai pra UAMA, eu procuro ocupar meu tempo” (Laura, 74 anos).

A busca por dispositivos psicossociais públicos, por meio dos quais se desenvolvem atividades de lazer, contribui para que os idosos se sintam incluídos e felizes em sua comunidade, e isso se configura como um sentido positivo à velhice (Araújo & Silva, 2017; Valer et al., 2015). Além disso, o fato de os idosos manterem uma vida ativa os incitou a cuidarem mais da saúde: “Todos os dias eu caminho, 5h da manhã eu estou caminhando, 6h eu chego em casa, tomo um banho, tomo minha vitamina e continuo o meu dia” (Fátima, 63 anos).

Os idosos têm se adaptado às mudanças decorrentes do envelhecimento, ao se depararem com algumas limitações e doenças (subcategoria C.2). A respeito disso, Marta contou que assume as restrições e os cuidados que precisa ter com sua mobilidade: “Então eu sou muito cautelosa em algumas coisas [...] Eu já sei que a minha idade não é a de um jovem, não é como vocês, eu sei que a minha mobilidade não é a mobilidade de vocês” (Marta, 69 anos).

Aprender a conviver com os problemas de saúde, com as limitações e com as dores decorrentes deles contribuiu para que os idosos mantivessem uma autoavaliação de saúde positiva, em que são ponderadas as dificuldades inerentes ao convívio com determinadas doenças: “Então eu vivo bem na maneira que posso, tenho uma artrite, problemas no joelho, vou fazer o quê? Pergunto ao médico – ‘tem jeito?’, ele ‘tem não’, então eu aprendo a conviver com isso” (Sérgio, 67 anos).

A aceitação da velhice (subcategoria C.3) contribui para que os idosos valorizassem sua experiência pessoal de envelhecimento e reconheçam suas potencialidades, apesar dos desafios quanto às concepções na sociedade que oscilam entre a valorização e a desvalorização da pessoa idosa (Brito, Camargo & Castro, 2017). Ema relatou como lida com a categoria social da velhice e reflete sobre os ganhos adquiridos na idade avançada: “Não se incomode com nome de velha, de idoso, porque hoje já colocaram maturidade no meio, uns apelidos. [...] Pra mim a melhor coisa que me aconteceu foi a minha velhice, porque eu tenho qualidade de vida” (Ema, 80 anos).

Receber o reconhecimento da sociedade, ser respeitado e visualizar o cumprimento dos direitos que competem aos idosos contribuíram para elevar a autoestima e fortalecer o sentimento de segurança: “O meu é o apoio da sociedade, que ela está se conscientizando de que o idoso é importante e que a gente tem segurança, você chega se conscientiza dos seus direitos, dos seus deveres também” (Laura, 74 anos).

Percebe-se que a conquista inegável de mais longevidade da população assinala a urgência de positivar a identidade do idoso. Esse processo é pautado, segundo Minayo (2011), no reconhecimento de que é possível aproveitar a vida na idade avançada ao mesmo tempo em que se devem prover as necessidades de cuidado e de atenção com os idosos. Trata-se de um movimento que visa substituir a ideia que ainda vigora de velhice associada a doença por uma nova visão, a de um tempo em que se pode optar sobre os rumos que se quer tomar na vida, a partir de uma síntese criadora (Minayo, 2011).

O sentimento de liberdade (subcategoria C.4) foi exaltado pelos participantes, que afirmaram que essa é uma importante conquista adquirida na velhice. Laura enfatizou que se sente dona de sua vida, em que a liberdade de ir e vir e de expressar suas vontades reduz as tensões advindas com a velhice:

Envelhecer pra mim está sendo uma fase da vida, eu não vou dizer que é espetacular, mas eu estou me sentindo mais dona de mim. Eu quero dar banana pra um, dou, tô nem aí. Quero andar sozinha, saio. Quero conversar com um, converso, eu não vou ofender, dizer malcriação, mas vivo livre, pense numa liberdade (Laura, 74 anos).

As perdas que acompanham o envelhecimento também dizem respeito ao rompimento com algumas obrigações sociais. Essas perdas podem resultar em ganhos quando se muda de postura para uma nova realidade. Attias-Donfut (2004) fala sobre a “liberdade geracional” expressa com mais frequência pelas mulheres idosas, que se beneficiam da liberação de normas

comportamentais sexuadas. Assim, as obrigações de dona de casa cedem espaço para que elas tenham mais tempo livre e mais autonomia para investir em seu crescimento pessoal ou em atividades que lhes proporcionem mais satisfação.

Não ter mais a responsabilidade de criar os filhos e poder ocupar o tempo livre com passeios, viagens e outras atividades prazerosas acentua a valorização da liberdade adquirida na velhice: “[...] minha vida hoje é bem melhor do que quando eu era solteira, de tudo, quando eu era solteira eu não tinha a chance que eu tenho hoje de sair, de passear, de viajar” (Valéria, 65 anos).

Na subcategoria C.5 ‘amadurecimento’, os idosos apresentaram reflexões sobre a vivência da velhice, as necessidades de se adaptar a novas situações, de ter equilíbrio, de ajustamento pessoal e de meditar sobre a finitude: “O importante pra você envelhecer bem, é se cuidar. É conhecer a necessidade da vida, a gente se equilibrar, tanto em alimentação, em vida, em partilhar [...] Nasceu, se quiser viver se cuide e seja feliz velho, pra morrer” (Paulo, 65 anos).

A reflexão sobre as experiências de vida acumuladas e a rememoração de fatos e de procedimentos em que ocorrem simultaneamente novas associações e atualizações de padrões de comportamento correspondem ao saber prático/sabedoria que muitos idosos referem ao meditar sobre o tempo vivido (Mendes, 2017). Nesse ponto, é fundamental que o sujeito idoso reconheça a experiência que adquiriu com os anos vividos (Minayo, 2011) e amadureça por meio do autoconhecimento e da aceitação, que são geradores de formas positivas de apreciar a vida no encontro com a velhice (Fontes & Neri, 2015).

A velhice foi propícia para os sujeitos da pesquisa trabalharem os traumas vivenciados em períodos anteriores da vida. Há trinta e nove anos, Laura perdeu uma filha que cometeu suicídio. A dor e o inconformismo por causa dessa perda a perseguiram durante muitos anos. Depois de ter encontrado espaço de acolhida em grupos de convivência e de ter podido refletir melhor sobre tal

evento, ela expressou um alívio por ter conseguido a oportunidade de ressignificar essa perda: “Olha, esse negócio da minha menina aconteceu em setenta e nove e eu vim me conscientizar da situação agora mais ou menos uns cinco anos atrás, mais ou menos” (Laura, 74 anos).

Esse processo pode ser explicado, conforme Cyrulnik (2003), pelo fato de os idosos, comumente, fazerem movimentos de reflexão sobre a própria história. Em suas narrativas, os idosos podem repensar, contar novamente, tentar compreender e elaborar novos sentidos para suas experiências. Esse movimento é estimulado a partir do vínculo e do sentido. Não se trata de uma narrativa solitária, ela carece de um ou mais interlocutores para auxiliarem os sujeitos a encontrar as vias de elaboração dos traumas e dos conflitos que vivenciam (Cyrulnik & Cabral, 2015).

Além disso, as formas de enfrentar as adversidades na velhice também são amadurecidas em vista dos anos vividos (Fontes, 2010; Fontes & Neri, 2015). Sérgio relatou que a velhice o alertou para a necessidade de rever alguns dos seus comportamentos anteriores e expandir seu repertório de habilidades interpessoais. Segundo ele, a velhice é o tempo da resiliência, pois considera que o amadurecimento pessoal é um contributo importante nessa fase do desenvolvimento: “Eu acho que a velhice aproxima você, é o tempo da resiliência, sabe? De você aprender a conviver com aquilo, de você aprender a viver com as suas limitações [...] qualquer um tem o seu problema, você vive bem” (Sérgio, 67 anos).

Por fim, a Geratividade (subcategoria C.6) expõe as motivações dos idosos em atividades que visam sua continuidade e existência (Neri, 2005). Assim, uma participante expressou a relação entre as diferentes gerações com que ela conviveu e demonstrou que percebe sua vida articulada às de outras pessoas do seu convívio: “A experiência que eu tenho com 82 anos é essa. Papai passou pra mim, meu avô passou pra mim [...] Eu acho que o viver da gente, tá no de outras pessoas, filho, neto, comunidade” (Carmem, 78 anos).

Os idosos se mostraram motivados a repassar para as gerações mais novas seus conhecimentos e valores adquiridos ao longo dos anos. Assim, conforme discutido por Erikson (1998), os idosos se preocupam em orientar as novas gerações, e os sentimentos de pertença e de utilidade são fortalecidos, pois se reconhece toda uma bagagem cultural acumulada durante os anos. Ao se lembrar da perda dos pais, Goreti refletiu sobre o sentido da vida através do apoio aos filhos e aos netos transmitindo seus conhecimentos: “[...] a gente não é sozinho no mundo, tem os filhos, tem os netos, e eles precisam dos conselhos da gente né, sempre confiam” (Goreti, 67 anos).

Ao cogitar sobre a precariedade de valores que os jovens enfrentam na atualidade, os idosos sinalizaram sua preocupação e empenho em ser suporte para as novas gerações: “Esses novos de hoje não pensam e o jeito que tem é vir saber dos velhos, e os velhos têm que ajudar os jovens” (Goreti, 67 anos).

A transmissão, comum nos processos de geratividade (Neri, 2005), também foi relativa ao ato de repassar para as novas gerações uma nova imagem acerca da velhice, em que o idoso não deve reduzir seus campos de ação e de interação social. Sobre isso, Valéria assevera que os idosos contemporâneos promoveram uma mudança nas representações das novas formas de envelhecer:

Um dia minha filha estava conversando com as amigas e eu ouvi. [...] Ela disse que queria envelhecer como nós dois estamos envelhecendo. Então isso é bom. [...] Então, ela dizia: “mãe dizia que a minha bisa, quando tinha 50 anos, ela colocava logo um xalezinho e ia fazer crochê na cadeira de balanço”. Hoje você não vê mais isso. Muito interessante isso aí, né? Eu sou feliz. Estou envelhecendo bem. [...] Estamos preparando o terreno pra vocês (Valéria, 65 anos).

Embora o envelhecimento e a velhice ainda sejam vistos na sociedade com conotações de inatividade e de desvalorização (Brito et al., 2017) e com crenças e valores negativos (Fernandes & Andrade, 2016), os modos de enfrentar os desafios vivenciados com a longevidade avançada poderão reverter essas representações para os sujeitos que passam a experimentar propriamente os desafios de envelhecer e de viver a velhice com possíveis testemunhos de resiliência. Minayo (2011) assevera que, socialmente, estão lançados os desafios para reverter o quadro em que a pessoa idosa é inferiorizada no ciclo de vida brasileira e estereotipada e mitificada. Não se pode negar o papel real dos idosos na conjuntura atual do país, em termos de contribuição econômica, social e cultural. Além disso, a autora discute que esses avanços são frutos de uma construção ao longo da vida: “Ninguém se torna um idoso respeitável, saudável e sábio se não construiu esses valores palmo a palmo” (p. 11).

### **Considerações Finais**

A pesquisa pautou-se na ideia de que o envelhecimento representa um processo heterogêneo e singular e de que o crescimento pessoal não declina com o avançar da idade. A experiência da velhice, por seu turno, foi apresentada com foco nas conquistas que, ao serem devidamente reconhecidas pelos sujeitos velhos/idosos, favoreceram construções positivas acerca do envelhecer e representaram a aquisição de processos de resiliência.

Os fatores de proteção contribuíram para promover resiliência, bem-estar e satisfação pessoal na velhice, cujas funções foram na superação dos processos de risco. Os discursos revelaram que a rede de suporte social, composta de amigos, de familiares e de grupos, é fundamental para que as dificuldades resultantes de problemas de saúde e advindas do envelhecimento progressivo sejam atenuadas, ajustadas e passíveis de ressignificação. O companheirismo e a reciprocidade que ocorreram na relação com os familiares resultaram em

interações positivas que reforçam a importância da convivência familiar pautada na afetividade e no equilíbrio das trocas estabelecidas.

A participação em grupos de convivência sobrepuja-se entre os espaços de integração social, age como facilitadora da expressão de sentimentos, participa da mediação e da elaboração de conflitos e fomenta o sentimento de valorização da pessoa idosa com conseqüente elevação da autoestima e da autoeficácia fundamentais para a elaboração de respostas resilientes.

As emoções positivas e as tentativas de intensificar essas experiências emocionais para enfrentar as vicissitudes que circundam o processo de envelhecimento e da velhice proporcionaram um desenvolvimento saudável e resiliente aos participantes, que debateram nos grupos focais que a ênfase na felicidade, na espiritualidade, no otimismo e na gratidão reflete a experiência dos muitos anos vividos e que antes não se faziam tão presentes quanto as oportunidades de amadurecer e de refletir sobre si mesmos na maturidade. A velhice, então, abarcou um período de maturação de suas virtudes e valores, com a intenção de transmitir os ganhos adquiridos para a posteridade.

Este estudo apresentou limitações devido ao pequeno número de participantes. Por essa razão, seus resultados não podem ser generalizados para outros contextos socioculturais e populacionais. Apesar disso, espera-se que os achados possam auxiliar outros pesquisadores a criarem medidas para avaliar a resiliência em idosos e elaborar políticas públicas e ações para prestar os cuidados com a população idosa que carece de práticas resolutivas. O estudo mostrou que a resiliência é um importante construto pautado em uma concepção dialética de manejo das adversidades ao longo do ciclo de desenvolvimento, cujo foco deve estar na elaboração de estratégias concretas para que os idosos possam enfrentar as dificuldades próprias dessa fase da vida, que sejam condizentes com o contexto sociocultural e ambiental em que estão inseridos.

### Referências

- Andrade, D. A., Eulálio, M. C. & Melo, R. L. P. Fontes de apoio social a idosos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Psicologia em Estudo*, 18(1): 115-123. DOI: 10.1590/S1413-73722013000100012
- Araújo, L. F. & Sila, R. J. S. (2017). Resilience and aging: a comparative study among elderly people of different social classes. *Psicologia em Estudo*, 22(2): 141-152. DOI: 10.4025/psicolestud.v22i2.32437
- Araújo, L. F., Teva, I., & Bermúdez, M. D. L. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3): 257-276. DOI: 10.4067/S0718-48082015000300009
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2(1): 1-11.
- Attias-Donfut, C. (2004). Sexo e envelhecimento. In: C. E. Peixoto (Org.). *Família e envelhecimento*. (pp. 89-105). Rio de Janeiro: FGV.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. DOI: 10.1037/0003-066X.52.4.366
- Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brito, A. M. M., Camargo, B. V., & Castro, A. (2017). Representações sociais de velhice e boa velhice entre idosos e sua rede social. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1): 5-21.
- Chaves, L. J., & Gil, C. A. (2015). Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12): 3641-52. DOI: 10.1590/1413-812320152012.19062014
- Cruz, C., Navarro-Pardo, E., Pocinho, R., Anjos, V. N., & Jacob, L. (2017). A auto-eficácia na adaptação aos desafios do envelhecimento. *Revista Lusófona de Educação*, 38: 181-194.

- Cyrulnik, B. (2003). *Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana*. Portugal: Instituto Piaget.
- Cyrulnik, B. (2005). *O murmúrio dos fantasmas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cyrulnik, B., & Cabral, S. (2015). Resiliência: ações pela reinstauração de um futuro. In R. M. Coimbra, & R. M., N. A. Morais. *A resiliência em questão: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção*. (pp. 19-35). Porto Alegre: Artmed.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artimed.
- Fernandes, J. S. G., & Andrade, M. S. (2016). Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2): 48-59. DOI: 10.1590/S1414-98932005000100010
- Fontes, A. P. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). *Revista Kairós*, 7:8-20.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495. DOI: 10.1590/1413-81232015205.00502014
- Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflections on the social support network as a mechanism for the protection and promotion of resilience. *Ambiente & Sociedade*, 17(3): 135-54. DOI: 10.1590/S1414-753X2014000300009
- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., & Vicario, B. P. (2014). O apoio como fator promotor da qualidade de vida do idoso. *Revista Interuniversitaria*, 23:253-271. DOI: 10.7179/PSRI\_2014.23.11
- Mendes, F. (2017). Sabedoria e envelhecimento: a arte de sobreviver em diferentes mundos. In: A. O. Silva, & B. V. Camargo. (Orgs.). *Representações sociais do envelhecimento e da saúde*. (pp. 84-99). Natal: EDUFRN.

- Minayo, M. C. S. (2011). Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: B. Trench, & T. E. C. Rosa (Orgs.). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. (pp. 7-15). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-Chave em gerontologia*. São Paulo: Alínea.
- Neri, A. L. (2013). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, & L. Py (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp. 102-118). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 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. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000200010
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2014). A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracional e a saúde mental dos idosos. *Pensando Famílias*, 18(1): 138-53.
- Reis, L. A., & Menezes, T. M. O. (2017). Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4): 794-9. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0630
- Sehnm, G. D., Alves, C. N., Wilhelm, L. A., & Ressel, L. B. (2015). Focal group utilization as data gathering technic to researches: experience report. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 14(2): 1194-1200. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.21960
- Silva, L. L. N. B., & Rabelo, D. F. (2017). Afetividade e conflito nas díades familiares, capacidade funcional e expectativa de cuidado de idosos. *Pensando Famílias*, 21(1): 80-91.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.

- Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação & Realidade*, 40(1): 33-51. DOI: 10.1590/2175-623645562
- Teixeira, I. N. D'A. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta para o curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1): 81-94. DOI: 10.1590/S0103-65642008000100010
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4): 809-19. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14042
- Viana, S. A. R., Oliveira, C. R., Rodrigues, G. V. A., Bastos, A. S., & Argimon, I. I. L. (2017). Gratidão como fator protetivo no envelhecimento. *Aletheia*, 50(1-2): 132-42.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Quadro 1: Categorias e subcategorias

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
A: Mecanismos sociais de proteção	A.1 Apoio Social A.2 Interações familiares positivas
B: Recursos pessoais	B.1 Regulação emocional B.2 Religiosidade e espiritualidade B.3 Felicidade e bom humor B.4 Otimismo B.5 Autoeficácia B.6 Altruísmo B.7 Gratidão
C: Processos adaptativos para uma velhice bem-sucedida	C.1 Manter-se ativo C.2 Ajustamento às mudanças C.3 Aceitação da velhice e autoestima C.4 Liberdade C.5 Amadurecimento C.6 Geratividade

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou avaliar fatores de proteção que contribuem potencialmente para que as pessoas vivenciem um envelhecimento bem-sucedido, em que ocorre a expressão de modos resilientes de enfrentar as adversidades experimentadas na evolução gradativa do processo de envelhecimento. Inicialmente, procedeu-se ao levantamento de dados quantitativos, designados conforme pressupostos na literatura, que apontam a ação de alguns recursos pessoais e externos como essenciais para se manter o bem-estar psicológico e o equilíbrio, considerados, neste estudo, como fatores de proteção, que promovem resiliência.

No início deste estudo, considerou-se a complexidade que envolve a avaliação da resiliência. Assim, buscou-se estudar o construto por meio de uma escala que tem sido aplicada com idosos em pesquisas anteriores, além de serem avaliados recursos de proteção que auxiliassem na apreensão de processos adaptativos que expressam o fenômeno da resiliência. Além disso, não se pretendeu classificar os idosos em ‘resilientes’ e ‘não resilientes’, uma vez que isso traria mais limitações, ao se abordar a diversidade de tal fenômeno. O reconhecimento da diversidade que envolve os estudos sobre resiliência levou, posteriormente, à aplicação de uma metodologia qualitativa, com o intuito de expandir os campos de análise sobre a resiliência que foi necessária devido às limitações dos instrumentos acerca das especificidades que envolvem o contexto do envelhecimento.

Em se tratando da avaliação dos dados sociodemográficos, observou-se a presença majoritária de mulheres na amostra estudada. Elas foram as que mais procuraram as unidades de saúde nos períodos de coleta dos dados e as que atenderam mais prontamente aos convites feitos pelos agentes comunitários de saúde que auxiliaram no recrutamento dos participantes. O destaque de mulheres na população idosa é discutido frequentemente na literatura e reconhecido

como um fenômeno da “feminização da velhice”. As mulheres participantes desta pesquisa demonstraram mais preocupação com sua saúde, fato que merece ser pontuado, em se tratando deste estudo, que buscou avaliar as condições sociodemográficas que favorecem a resiliência no envelhecimento. Apesar de não ter sido encontrada diferença significativa entre os índices de resiliência e a variável sexo, o grupo feminino revelou comportamento favorável à promoção da resiliência, uma vez que estabelecem, com frequência, o contato com sua comunidade, avaliado por mais adesão em atividades das UBS pesquisadas.

A religiosidade foi uma variável significativa na obtenção de níveis mais elevados de resiliência proeminente nos discursos dos idosos que citaram a religiosidade e a espiritualidade como recursos que favorecem o enfrentamento das adversidades advindas do envelhecimento e/ou que são experimentadas no curso da velhice. O fato corrobora os achados da literatura que discutem sobre a relevância da religiosidade como estratégia de enfrentamento (*coping* religioso) na velhice. Para os idosos pesquisados, esse recurso foi citado como modo de alcançar uma vida resiliente com mais serenidade.

Os idosos viúvos assinalaram o risco psicossocial no tocante ao maior nível de estresse e mais sintomatologia sugestiva de depressão. O fato chama à atenção para a necessidade de que sejam investigadas, de forma mais profunda, as condições que ocasionam mais vulnerabilidade para a ocorrência de agravos à sua saúde mental. Depois de realizar os grupos focais, constatou-se que a presença de um/a parceiro/a correspondeu a uma importante fonte de apoio social na velhice, fato que corrobora os dados quantitativos que apontaram mais apoio social nos idosos casados ou que vivem com companheiro/a. Ademais, para os idosos separados, viúvos e/ou solteiros que participaram dos grupos focais, foi exposta a importância dos grupos de convivência na promoção da qualidade de vida na velhice, pois nesses espaços é fornecido apoio social,

principalmente no tocante à dimensão afetiva, que sugerem a proteção contra sentimentos como solidão, tristeza e desesperança.

Os idosos apresentaram índices satisfatórios de resiliência, de esperança e de suporte social. Entretanto, o aumento da idade foi acompanhado significativamente do decréscimo dos índices de resiliência, de esperança e de elevação dos níveis de depressão e de estresse. Esses dados chamam à atenção para a acentuação de prejuízos à saúde mental dos idosos mais longevos que, embora não expressem a falta de recursos protetores, podem assinalar dificuldades de adaptação e de ajustamento às mudanças que decorrem da experimentação de uma vida mais longa. É sabido que o alcance de uma maior longevidade resulta na experimentação de agravos à saúde, devido à acentuação de declínios funcionais e à aquisição de doenças. Como as limitações são mais pujantes em idosos mais velhos, é preciso, com urgência, estimular recursos protetores que possam amenizar os efeitos negativos adquiridos. A resiliência, que se mostrou em baixa, precisa ser promovida nessa população com estratégias que ampliem o repertório de enfrentamento desses indivíduos. Políticas públicas voltadas para as especificidades dos idosos mais longevos precisam ser estruturadas e efetivadas para essa população. Os familiares também precisam ser devidamente preparados para lidar adequadamente com seus parentes mais longevos.

Entre os eventos de vida avaliados como fatores de risco no envelhecimento, destacaram-se os eventos que afetam o bem-estar pessoal. Isso significa dizer que as dificuldades advindas de declínios na saúde e o estresse advindo de conflitos familiares e de ameaças à integridade física e ao autoconceito foram experimentados com mais frequência no cotidiano dos idosos. Nos grupos focais, essas dificuldades foram acentuadamente destacadas pelos idosos, que percebem as mudanças ocorridas no corpo, anunciadas como limitações, dores e declínios como fatores estressantes que exigem adaptação. Sentir-se seguro, ser reconhecido e aceito no grupo familiar e

na sociedade foram necessidades apontadas pelos idosos no tocante a viver uma velhice satisfatória, em que é possível reverter as representações que delegam um lugar de exclusão e de menos valia aos idosos. Essas questões chamam à atenção para a promoção de um envelhecimento digno, cujo trato social à pessoa idosa importa na percepção sobre a resiliência, vista também como resultado das interações interpessoais estabelecidas.

Entre os fatores de proteção estimados na estratégia quantitativa, a esperança foi uma variável preditora da resiliência, que corresponde à disposição afetivo-emocional direcionada à realização de objetivos e de metas. Conceitualmente, esse construto mantém aproximações com as definições de resiliência. Não foram encontradas na literatura corrente pesquisas cujos arranjos aproximassem as medidas de resiliência e esperança. Assim, este estudo aventura a correspondência entre essas medidas. As pesquisas sobre esperança são escassas com a população idosa, portanto, é necessário aprofundar o construto no tocante ao processo de envelhecimento, com foco nas variações ocorridas na velhice.

O desenvolvimento da estratégia qualitativa ampliou os processos investigados na estratégia quantitativa. Assim, foi possível apreender, conforme os discursos produzidos nos grupos focais, um maior conjunto de variáveis que potencialmente se apresentam como fatores de proteção à velhice e que são indicadores de processos de resiliência. Então, assevera-se que a aplicação das estratégias quantitativa e qualitativa foi uma oportunidade de avançar em compreensões acerca do estudo da resiliência, devido à complexidade que esse construto representa em termos teóricos e metodológicos. Ademais, consideradas as fragilidades dos instrumentos na avaliação das características próprias aos idosos, foi fundamental ampliar recursos que oportunizassem uma aproximação com suas percepções acerca do objeto de estudo desta dissertação.

Embora não se tenha apresentado como uma variável preditora da resiliência na estratégia quantitativa, o apoio social foi relatado frequentemente pelos idosos nos grupos focais como um recurso relevante na promoção da resiliência. A rede social, composta de amigos, de familiares e de grupos, foi assinalada como suporte para enfrentar as dificuldades resultantes de problemas de saúde, entre outras dificuldades que decorrem do envelhecimento progressivo. As relações familiares, cujos relacionamentos resultam em interações positivas, em que há companheirismo e reciprocidade, reforçam a importância da convivência familiar pautada na afetividade e no equilíbrio das trocas estabelecidas.

A participação em grupos de convivência também constituiu um espaço importante de apoio social para os idosos. Os grupos atuam como espaços de integração social, e sua participação nesses espaços facilita a expressão de sentimentos e contribui com a mediação e com a resolução de conflitos, além de fomentar o sentimento de valorização da pessoa idosa com consequente elevação da autoestima e da autoeficácia, fundamentais para a elaboração de respostas resilientes. Portanto, o conjunto dos dados qualitativos revelou a importância do apoio social na realização de processos de resiliência, devido à natureza relacional que permeia as definições sobre esse construto.

Os idosos identificaram diferentes fatores de proteção na velhice que foram além das variáveis traçadas na estratégia quantitativa. Foram enfatizadas as emoções positivas e as tentativas de intensificar essas experiências emocionais para enfrentar as vicissitudes que permeiam o processo de envelhecimento. A regulação emocional, a felicidade, o bom humor, a espiritualidade, a autoeficácia, o altruísmo, o otimismo e a gratidão foram expressos pelos participantes como recursos pessoais que promovem resiliência, porque atuam na proteção das dificuldades enfrentadas. Em seus discursos, a esperança não surgiu como categoria independente. Devido a esses resultados, discute-se sobre a importância de incluir nos estudos

sobre resiliência construtos que abordem as emoções positivas, pois elas foram valorizadas nos grupos focais e expressaram a ênfase dada às potencialidades humanas no contexto de enfrentamento das adversidades.

A velhice foi discutida como uma fase em que alguns recursos pessoais passam a ser intensificados e amadurecidos com o avançar da idade, através das experiências acumuladas ao longo do desenvolvimento. Assim, foi possível visualizar recursos que dizem respeito ao ajustamento a uma nova realidade experimentada no encontro com a velhice. A expressão de processos resilientes envolveu a aceitação, a construção de uma imagem positiva acerca da velhice, um novo posicionamento diante de alguns preceitos da sociedade, a manutenção de uma vida ativa e participativa, além da transmissão de valores para a posteridade. Assim, é possível afirmar que ter resiliência na velhice também significa ocupar um lugar de pertença, de utilidade e de empoderamento no espaço em que convivem.

Os repertórios de enfrentamento compartilhados nos encontros indicaram a resiliência como resistência, como construção interpessoal e intersubjetiva, permeada de vínculos estabelecidos, como adaptação às mudanças geradas em uma nova etapa do ciclo da vida e como saídas subjetivas traçadas conforme a valorização e a intensificação de qualidades humanas.

Este estudo apresentou algumas limitações no que diz respeito à aplicação da estratégia quantitativa, entre elas, o recorte transversal, que impossibilita a determinação de causa e de efeito nas medidas analisadas. Além disso, os dados não podem ser generalizados para outros contextos, visto que muitos idosos foram acessados com critérios de acessibilidade por morarem mais perto das unidades de saúde pesquisadas ou terem mais facilidade de se locomover até elas. Isso ocorreu porque as equipes das unidades de saúde pesquisadas não tinham registros suficientes dos idosos adscritos que possibilitassem sua randomização e aleatorização, conforme planejado na elaboração da pesquisa inicial. O grande número de mulheres na pesquisa também

foi uma limitação do estudo e ocorreu tendo em vista a menor frequência dos homens idosos nas unidades de saúde pesquisadas.

No tocante à aplicação da estratégia qualitativa, debate-se como limitação o pequeno número de participantes. Por essa razão, seus resultados não podem ser generalizados para outros contextos socioculturais e populacionais. Apesar disso, espera-se que os achados possam auxiliar outros pesquisadores a criarem medidas para avaliar a resiliência em idosos e elaborar políticas públicas e ações para prestar os cuidados à população idosa que carece de práticas resolutivas.

Finalmente, sugere-se que sejam feitas outras pesquisas que visem avaliar a interação de fatores de risco e de proteção, especialmente de medidas positivas, no contexto do envelhecimento. A respeito do caráter dinâmico da resiliência, recomenda-se que sejam feitos estudos longitudinais e com metodologias de intervenção que possam analisar o desenvolvimento de repertórios resilientes em idosos situados em diferentes realidades.

## REFERÊNCIAS

- Alves, R., Santos, G., Ferreira, P., Costa, A., & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(2), 545- 555.
- Alves, R.F., & Eulálio, M.C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da psicologia da saúde. In R.F Alves (Org.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. (pp. 65-88). Campina Grande: EDUEPB.
- Aragão, E. I. S., Campos, M. R., Portugal, F. B., Gonçalves, D. A., Mari, J. J., & Fortes, S. L. C. L. (2018). Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2339-2350.
- Araújo, L. F. & Sila, R. J. S. (2017). Resilience and aging: a comparative study among elderly people of different social classes. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 141-152.
- Araújo, L. F., Teva, I., & Bermúdez, M. D. L. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2(1), 1-11.
- Arciniega, J. D. U. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.

- Barbosa, A. G. M., Souza, N. P., Gonçalves B.A, S., & Pereira S. C. M, S. (2017). Participação de usuários da atenção primária em práticas de promoção da saúde. *Revista Brasileira De Promoção Da Saúde*, 30(4), 1-11.
- Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., & Lancman, S. (2011). Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(3), 200-207.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21(49), 263-271.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. *O SUS no seu município garantindo saúde para todos*. Brasília.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília.
- Brasil. (2010). Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.842/94. *Ministério da Previdência e Assistência Social*. Brasília.
- Brito, A. M. M., Camargo, B. V., & Castro, A. (2017). Representações sociais de velhice e boa velhice entre idosos e sua rede social. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 5-21.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 669-678). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Camarano, A. A. (2014). Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. In A. A. Camarano (Org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* (pp. 177-212). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2013). Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição demográfica. In E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 133-152). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carta de Ottawa. (1986). In 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.
- Carvalho, A. T., Malta, D. C., Barros, M. B. A., Oliveira, P. N. F. P., Mendonça, D. M. M. V., & Barros, H. (2015). Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(11), 2449-2461.
- Chaimowicz, F. (2013). Saúde do idoso. Belo Horizonte: NESCON UFMG.
- Cyrulnik, B. (2005). *O murmúrio dos fantasmas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cyrulnik, B. (2006). *Falar de amor à beira do abismo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cyrulnik, B. (2007). *Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana*. Portugal: Instituto Piaget.

- Cyrulnik, B., & Cabral, S. (2015). Resiliência: ações pela reinstauração de um futuro. In R. M. Coimbra, & R. M., N. A. Morais. *A resiliência em questão: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção*. (pp. 19-35). Porto Alegre: Artmed.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.39-53.). Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- Dias, e. G., Souza, B. R., Silva, F. E., Jesus, M. d., & Alves, J. C. (2017). Estilo de Vida de usuários de uma Unidade Básica de Saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 21(2), 105-111.
- Fernandes, J. S. G., & Andrade, M. S. (2016). Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 48-59.
- Fernandes, M. T. O., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(6), 1494-1502.
- 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. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 328-334.
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.

- Fleury, S., & Ouverney, A. M. O. (2012). Política de saúde: uma política social. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. (pp. 59-84). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fontes, A. P. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). *Revista Kairós*, 7, 8-20.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). *Resilience in aging: literature review*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1): 74-82.
- Fortes-burgos, A. C. G., Neri, A.L., & Cupertino, A. P. F. B. (2009). Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 69-75.
- García-Vesga, M. C., & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Giacomin, K. C. (2012) Envelhecimento Populacional e os Desafios para as políticas Públicas. In: M. V. Berzins & M.C. Borges (Org). *Políticas Públicas para um País que Envelhece*. (pp.17-44). São Paulo: Martinari.

- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In M. A. Simon, (Org.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. (pp. 39-69). Madrid: Editorial biblioteca Nueva.
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, P. C., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1185-1204.
- Gutierrez, B. A. O., Auricchio, A. M., & Medina, N. V. J. (2011). Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *Journal Health of Science Institutional*, 29(3), 186-90.
- Hébert, R. (2015). A revolução do envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3618.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2013). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2017). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2017*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE. (2018). *Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflections on the social support network as a mechanism for the protection and promotion of resilience. *Ambiente & Sociedade*, 17(3), 135-54.

- Kanso, S. (2014). Compressão da mortalidade no Brasil. In: A. A. Camarano (Org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* (pp. 155-176). Rio de Janeiro: IPEA.
- Lamond ,A. J., Deep, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., Golshan, S., Ganiats, T. G., & Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148-154.
- Lampert, C. D. T., & Scortegagna, S. A. (2017). Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 48-58.
- Laranjeira, C. A. S. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 327-332.
- Lasmar, M. M. O., & Ronzani, T. M. (2009). Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção de saúde. *Revista de APS*, 12(3), 339-350.
- Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 318-329.
- Leipold, B., & Greve, B. (2009). Resilience. A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50.
- Louvison, M. C. P., & Rosa, T. E. C. (2012). Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde da Pessoa Idosa. In M.V. Berzins & M. C. Borges (Org). *Políticas Públicas para um País que Envelhece*. (pp. 155-180). São Paulo: Martinari.

- Martins, P., Cotta, R., Siqueira-Batista, R., Mendes, F., Franceschini, S., Priore, S., & Dias, G. (2009). Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *M. Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 679-694.
- Moysés, S., & Sá, F. R. (2014). Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4323-4330.
- Muñoz, D. E. O., Vélez, D. E. J., & Vélez, T. M. U. (2005). La resiliencia em la promoción de la salud de las mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería, Medellín*, 23(1), 78-89.
- Neri, A. L. (2013). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, & L. Py (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 102-118). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 419-432.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Editora Alínea.
- Oliveira, K. S., & Nakano, T. C. (2018). Avaliação da resiliência em psicologia: revisão do cenário brasileiro. *Psicologia e Pesquisa*, 12(1), 1-11.
- Oliveira, M. A., Reis, V. L., Zanelato, L. S., & Neme, C. M. B. (2008). Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 754-767.
- Organização das Nações Unidas (2003). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília.

- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Pereira, D. S., Nogueira, J. A. D. & Silva, C. A. B. (2015). Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 893-908.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75.
- Quintero Velásquez, A. M. (2005). Resiliencia: contexto no clínico para trabalho social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 73-94.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2014). A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracional e a saúde mental dos idosos. *Pensando Famílias*, 18(1), 138-53.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255.
- Resende, M. C., & Neri, A. L. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 767-776.
- Resende, M. C., Ferreira, A. A., Naves, G. G., Arantes, F. M. S., Roldão, D. F. M., Sousa K. G., & Abreu, S. A. M. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608.

- Ribeiro, J. L. P. (2011). A psicologia da saúde. In R. F. Alves. (Org.). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. (pp. 25-64). Campina Grande: EDUEPB.
- Rivero, T. S., Canali-Prado, F., Vieira, V. L. D., & Rivero, A. (2013). Aspectos psicossociais do envelhecimento. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Consenza. (Orgs.) *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 64-77), Porto Alegre: Artmed.
- Rooke, M. I. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 671-687.
- Rozendo, A. S., & Justo, J. S. (2011). Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira. In B. Trench, & T. E. C. Rosa (Org.). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. (pp. 35-58). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Seibel, B. L., & Koller, H. S. (2015). O conceito de resiliência aplicado ao microsistema familiar: articulações com a teoria bioecológica do desenvolvimento humano. In R. M. Coimbra, & R. M., N. A. Moraes. *A resiliência em questão: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção*. (pp. 83-98). Porto Alegre: Artmed.
- Servo, L. M. S. (2014). Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. In A. A. Camarano (Org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* (pp. 491-510). Rio de Janeiro: IPEA.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S. F., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento

de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 21-32.

Silva, M. R. S., Lunardi, V. L., Lunardi Filho, W. D., & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(Esp.), 95-102.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.

Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação & Realidade*, 40(1), 33-51.

Tavares, R. E., Jesus, M. C. P., Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., & Merighi, M. A. B. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 889-900.

Teixeira, J. A. C. (2007). Psicologia da saúde. In I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Orgs.). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 17-40). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3429-3440.

Travassos, C., & Castro, M. S. M. (2012). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. (pp. 183-206). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *18*(4), 809-19.
- Viana, S. A. R., Oliveira, C. R., Rodrigues, G. V. A., Bastos, A. S., & Argimon, I. I. L. (2017). Gratidão como fator protetivo no envelhecimento. *Aletheia*, *50*(1-2), 132-42.
- Vieira, S. P. (2010). Resiliência como força interna. *Revista Kairós*, *7*, 21-30.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, *1*(2), 165-178.
- Yunes, M. A. M. (2001). A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda (Tese de Doutorado). Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, *8*, 75-84.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2005). Entrevista reflexiva e grounded-theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. *Revista Interamericana de Psicologia*, *39*(3), 431-438.

## ANEXOS

## ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,

....., concordo em participar da pesquisa intitulada "Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na rede de atenção básica de saúde – Campina Grande-PB", sob a responsabilidade da profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio. A referida pesquisa tem como objetivo principal analisar a resiliência, a qualidade de vida e a síndrome da fragilidade em idosos, visando à obtenção de dados acerca de fatores que oferecem risco ao estado de saúde dos idosos, assim como a investigação dos fatores psicossociais que atuam na proteção dos efeitos deletérios à saúde dos mesmos. Estima-se que o presente estudo forneça dados fundamentais para a efetivação de ações com o público idoso, de modo a nortear as práticas dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, considerando os perfis psicossociais e de saúde das diferenciadas demandas (declínios e mecanismos de proteção e adaptação frente às adversidades de vida) que surgem no processo de envelhecimento.

Declaro minha autorização para responder aos seguintes instrumentos: Questionário demográfico, de variáveis de saúde e acesso aos serviços médicos; Mini-Exame do Estado Mental; Escala de Eventos Estressantes, Escala de Resiliência, Questionário de Saúde Geral (QSG-12), Inventário da Rede de Suporte Social, Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF; Escala de Esperança; Escala de Gratidão; Escala de Depressão; Medidas de fragilidade, capacidade funcional (Índice de Katz, Escala de Lawton, Timed Up and Go Test (TUG) e risco de quedas (Falls Efficacy Scale-International-FES-I). Fui esclarecido e estou de acordo que num segundo momento da pesquisa poderei ser convidado para participar de uma entrevista semiestruturada ou de um grupo focal, em locais e datas informados previamente pelo pesquisador.

Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde. Estará garantido o sigilo e anonimato das informações cedidas por mim e poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou qualquer constrangimento. O presente estudo não acarretará em gastos adicionais e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros para a minha pessoa.

No caso de haver alguma dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (083) 3315-3479.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



Impressão digital

## ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
PLATAFORMA BRASIL**



**Título da Pesquisa: RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E FRAGILIDADE EM IDOSOS ADSCRITOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – CAMPINA GRANDE-PB.**

**Pesquisador Responsável: Maria do Carmo Eulálio**

**CAAE PLATAFORMA BRASIL: 58159316.4.0000.5187-Nº DO PARECER: 1.675.115**

**Orientandos:**

**Alunos da Pós-Graduação (Mestrado)**

Edivan Gonçalves da Silva Júnior  
Kalina de Lima Santos

**Alunos da Graduação**

Andressa Ribeiro Ferreira dos Santos  
Aline Alves Diniz  
Ayane Ribeiro de Oliveira Duarte  
Vitória de Farias Maracajá  
Brenda Natally Soares Furtado  
Luana da Silva Leal  
Márcio Kleyson de Souza Silva e Silva  
Wendell Aguiar Silva

**SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO.**

**Data da relatoria: 11/08/2016**

**Apresentação do Projeto:** Projeto intitulado "RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E FRAGILIDADE EM IDOSOS ADSCRITOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – CAMPINA GRANDE-PB.", encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para Análise e parecer, tendo em vista sua aprovação do edital 2015, do Programa de Incentivo à Pós-Graduação e Pesquisa (PROPESQ) da Universidade Estadual da Paraíba.

**Objetivo Geral da Pesquisa:** Analisar a resiliência, a qualidade de vida e a síndrome da fragilidade em idosos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, do CNS/MS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Segundo o

## ANEXO III – Escala de Eventos Estressantes

**Instruções:** Eu vou lhe apresentar uma lista de situações que podem acontecer na vida das pessoas idosas. Para cada uma, eu vou perguntar se o/a senhor/a viveu essa situação **de cinco anos para cá**.

Eventos	Não	Nada estressante	Um pouco estressante	Medianamente estressante	Muito estressante	Extremamente estressante
1. Morte do/a esposo/a.	0	1	2	3	4	5
2. Morte do pai ou da mãe.	0	1	2	3	4	5
3. Morte de um/a amigo/a muito chegado	0	1	2	3	4	5
4. Morte de um parente próximo.	0	1	2	3	4	5
5. Morte de um/a filho/a.	0	1	2	3	4	5
6. Morte de um/a neto/a.	0	1	2	3	4	5
7. Doença do/a esposo/a.	0	1	2	3	4	5
8. Doença do seu pai ou da sua mãe.	0	1	2	3	4	5
9. Doença de um/a filho/a.	0	1	2	3	4	5
10. Doença de um/a neto/a.	0	1	2	3	4	5
11. O/a senhor/a ficou doente ou teve uma piora em seu estado de saúde.	0	1	2	3	4	5
12. O/a senhor/a sentiu que sua memória estava piorando.	0	1	2	3	4	5
13. O/a senhor/a teve que colocar o/a esposo/a numa instituição.	0	1	2	3	4	5
14. O/a senhor/a teve que colocar o pai ou a mãe numa instituição.	0	1	2	3	4	5
15. O/a senhor/a teve que tomar conta ou cuidar do pai ou da mãe doente.	0	1	2	3	4	5
16. O/a senhor/a teve que tomar conta ou cuidar do/a esposo/a doente.	0	1	2	3	4	5
17. O/a senhor/a perdeu contato com amigo/a por causa de mudança de casa ou de cidade.	0	1	2	3	4	5
18. O/a senhor/a perdeu contato com um/a filho/a por causa de mudança de casa ou de cidade.	0	1	2	3	4	5
19. O/a senhor/a perdeu algum objeto de que gostava.	0	1	2	3	4	5
20. O/a senhor/a sentiu que estava perdendo poder aquisitivo.	0	1	2	3	4	5
21. Sua aposentadoria.	0	1	2	3	4	5
22. Aposentadoria de seu/sua esposo/a.	0	1	2	3	4	5
23. Divórcio ou separação.	0	1	2	3	4	5
24. Divórcio ou separação de um/a filho/a.	0	1	2	3	4	5

<b>25.</b> Casamento – o/a senhor/a se casou.	0	1	2	3	4	5
<b>26.</b> Casamento de um/a filho/a.	0	1	2	3	4	5
<b>27.</b> Diminuição na participação em atividades de que gostava muito.	0	1	2	3	4	5
<b>28.</b> O/a senhor/a teve que assumir responsabilidades financeiras por um/a filho/a adulto/a ou por seus pais ou sogros.	0	1	2	3	4	5
<b>29.</b> Conflitos com os/as filhos/as.	0	1	2	3	4	5
<b>30.</b> Conflitos com o/a esposo/a.	0	1	2	3	4	5
<b>31.</b> Sua casa sofreu danos por causa de chuvas, de enchente ou de seca.	0	1	2	3	4	5
<b>32.</b> Foi maltratado/a ou ameaçado/a de maus-tratos.	0	1	2	3	4	5
<b>33.</b> Foi enganado/a ou ridicularizado/a.	0	1	2	3	4	5
<b>34.</b> Sofreu roubo ou assalto à sua residência.	0	1	2	3	4	5
<b>35.</b> Foi roubado/a ou assaltado/a na rua ou em transporte público.	0	1	2	3	4	5
<b>36.</b> Precisou de remédio e não teve dinheiro para comprar.	0	1	2	3	4	5
<b>37.</b> Precisou de socorro médico de urgência e não conseguiu.	0	1	2	3	4	5
<b>38.</b> Um ente querido sofreu algum tipo de violência.	0	1	2	3	4	5
<b>39.</b> Um ente querido precisou de remédio e não teve dinheiro para comprar.	0	1	2	3	4	5
<b>40.</b> Um ente querido precisou de socorro médico de urgência e não foi possível obter.	0	1	2	3	4	5

## ANEXO IV – Escala de Depressão

<b>Instruções:</b> Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a vem se sentindo <b><u>na última semana.</u></b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NR</b>
<b>1.</b> O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?	1	2	99
<b>2.</b> O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	2	99
<b>3.</b> O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?	1	2	99
<b>4.</b> O/a senhor/a se aborrece com frequência?	1	2	99
<b>5.</b> O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	99
<b>6.</b> O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	2	99
<b>7.</b> O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?	1	2	99
<b>8.</b> O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?	1	2	99
<b>9.</b> O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	2	99
<b>10.</b> O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	2	99
<b>11.</b> O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?	1	2	99
<b>12.</b> O/a senhor/a se sente um/a inútil nas atuais circunstâncias?	1	2	99
<b>13.</b> O/a senhor/a se sente cheio/a de energia?	1	2	99
<b>14.</b> O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança?	1	2	99
<b>15.</b> O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?	1	2	99

## ANEXO V – Escala de Resiliência

**Instruções:** Vou lhe apresentar várias afirmações. Para cada uma delas o(a) senhor(a) vai me dizer o que pensa sobre si mesmo.

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando o(a) senhor(a) faz planos, o senhor os leva até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. O(a) senhor(a) costuma lidar com os seus problemas de forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. O(a) senhor(a) é capaz de depender de si mesmo mais do que de qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para o(a) senhor(a).	1	2	3	4	5	6	7
5. O(a) senhor(a) pode estar por sua conta se o(a) senhor(a) precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. O(a) senhor(a) sente orgulho de ter realizado coisas em sua vida	1	2	3	4	5	6	7
7. O(a) senhor(a) costuma aceitar as coisas sem muitas preocupações	1	2	3	4	5	6	7
8. O(a) senhor(a) é amigo de si mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. O(a) senhor(a) sente que pode lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. O(a) senhor(a) é determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. O(a) senhor(a) raramente pensa sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. O(a) senhor(a) faz as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. O(a) senhor(a) pode enfrentar tempos difíceis porque já experimentou dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. O(a) senhor(a) é disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
15. O(a) senhor(a) mantém interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. O(a) senhor(a)	1	2	3	4	5	6	7

normalmente pode achar motivos para rir.							
17. Sua crença em si mesmo o leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, o(a) senhor(a) é uma pessoa com quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. O(a) senhor(a) pode geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes o(a) senhor(a) se obriga a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Sua vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. O(a) senhor(a) não insiste em coisas sobre as quais o(a) senhor(a) não possa fazer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando o(a) senhor(a) está numa situação difícil, o(a) senhor(a) normalmente acha uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. O(a) senhor(a) tem energia suficiente para fazer o que tem que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de ti.	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO VI – Escala de Esperança de Herth

	<b>Discorda completamente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda completamente</b>
1. O(a) senhor(a) está otimista quanto à vida.	1	2	3	4
2. O(a) senhor(a) tem planos a curto e longo prazos.	1	2	3	4
3. O(a) senhor(a) se sente muito sozinho(a).	1	2	3	4
4. O(a) senhor(a) consegue ver possibilidades em meio às dificuldades.	1	2	3	4
5. O(a) senhor(a) tem uma fé que lhe conforta.	1	2	3	4
6. O(a) senhor(a) tem medo do seu futuro.	1	2	3	4
7. O(a) senhor(a) pode se lembrar de tempos felizes e prazerosos.	1	2	3	4
8. O(a) senhor(a) se sente muito forte.	1	2	3	4
9. O(a) senhor(a) se sente capaz de dar e receber afeto/amor.	1	2	3	4
10. O(a) senhor(a) sabe onde quer ir.	1	2	3	4
11. O(a) senhor(a) acredita no valor de cada dia.	1	2	3	4
12. O(a) senhor(a) sente que sua vida tem valor e utilidade.	1	2	3	4



Responda agora uma série de 10 questões sobre o suporte que você recebe destas 5 pessoas (ou 4 pessoas e 1 grupo)

**PESSOA#1** \_\_\_\_\_ **RELACIONAMENTO** \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que ela corresponde**

C6. Eu levo em conta o lado positivo das coisas?

1. Uma vez por ano ou menos
2. Poucas vezes por ano
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todo dia

C7. Quanto esta pessoa é disponível para você?

1. Quase nunca
2. Muito pouco
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes
5. Sempre

C8. Quando você é chegada a esta pessoa?

1. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
2. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.
3. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.
4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.
5. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

C9. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência
5. Sempre

C10. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência
5. Sempre

C11. Com qual frequência você recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência
5. Sempre

<p>C12. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Quase nunca</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Com frequência</li> <li>5. Sempre</li> </ol>
<p>C13. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Quase nunca</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Com frequência</li> <li>5. Sempre</li> </ol>
<p>C14. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Quase nunca</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Com frequência</li> <li>5. Sempre</li> </ol>
<p>C15. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não entrei em contato com esta pessoa</li> <li>2. O apoio não ajudou</li> <li>3. Não senti apoio</li> <li>4. Senti um pouco de apoio</li> <li>5. Senti um bom apoio</li> <li>6. Senti muito apoio</li> </ol>

**PESSOA #2 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_**

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

<p>C16. Eu levo em conta o lado positivo das coisas?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uma vez por ano ou menos</li> <li>2. Poucas vezes por ano</li> <li>3. Uma vez por mês</li> <li>4. Uma vez por semana</li> <li>5. Quase todo dia</li> </ol>
<p>C17. Quanto esta pessoa é disponível para você?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quase nunca</li> <li>2. Muito pouco</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Muitas vezes</li> <li>5. Sempre</li> </ol>

<p>C18. Quando você é chegada a esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.</li><li>2.Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.</li><li>3.Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.</li><li>4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.</li><li>5.Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.</li></ol>
<p>C19. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C20. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C21.Com qual frequência você recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C22. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C23.Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>

C24. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência
5. Sempre

C25. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

1. Não entrei em contato com esta pessoa
2. O apoio não ajudou
3. Não senti apoio
4. Senti um pouco de apoio
5. Senti um bom apoio
6. Senti muito apoio

### PESSOA #3 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:

C26. Eu levo em conta o lado positivo das coisas?

1. Uma vez por ano ou menos
2. Poucas vezes por ano
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todo dia

C27. Quanto esta pessoa é disponível para você?

1. Quase nunca
2. Muito pouco
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes
5. Sempre

C28. Quando você é chegada a esta pessoa?

1. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
2. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.
3. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.
4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.
5. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

C29. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência

5. Sempre
C30. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?  1. Nunca 2. Quase nunca 3. Algumas vezes 4. Com frequência 5. Sempre
C31. Com qual frequência você recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.  1. Nunca 2. Quase nunca 3. Algumas vezes 4. Com frequência 5. Sempre
C32. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?  1. Nunca 2. Quase nunca 3. Algumas vezes 4. Com frequência 5. Sempre
C33. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?  1. Nunca 2. Quase nunca 3. Algumas vezes 4. Com frequência 5. Sempre
C34. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?  1. Nunca 2. Quase nunca 3. Algumas vezes 4. Com frequência 5. Sempre
C35. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?  1. Não entrei em contato com esta pessoa 2. O apoio não ajudou 3. Não senti apoio 4. Senti um pouco de apoio 5. Senti um bom apoio

6.Senti muito apoio

PESSOA #4 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

C36. Eu levo em conta o lado positivo das coisas?

- 1.Uma vez por ano ou menos
2. Poucas vezes por ano
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todo dia

C37. Quanto esta pessoa é disponível para você?

- 1.Quase nunca
- 2.Muito pouco
- 3.Algumas vezes
- 4.Muitas vezes
5. Sempre

C38. Quando você é chegada a esta pessoa?

- 1.Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
- 2.Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.
- 3.Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.
4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.
- 5.Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

C39. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

- 1.Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
- 4.Com frequência
5. Sempre

C40. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

- 1.Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
- 4.Com frequência
5. Sempre

<p>C41. Com qual frequência você recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Quase nunca</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Com frequência</li> <li>5. Sempre</li> </ol>
<p>C42. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Quase nunca</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Com frequência</li> <li>5. Sempre</li> </ol>
<p>C43. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Quase nunca</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Com frequência</li> <li>5. Sempre</li> </ol>
<p>C44. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Quase nunca</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Com frequência</li> <li>5. Sempre</li> </ol>
<p>C45. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não entrei em contato com esta pessoa</li> <li>2. O apoio não ajudou</li> <li>3. Não senti apoio</li> <li>4. Senti um pouco de apoio</li> <li>5. Senti um bom apoio</li> <li>6. Senti muito apoio</li> </ol>

PESSOA/GRUPO/SERVIÇO#5 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

<p>C46. Eu levo em conta o lado positivo das coisas?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uma vez por ano ou menos</li> <li>2. Poucas vezes por ano</li> <li>3. Uma vez por mês</li> <li>4. Uma vez por semana</li> <li>5. Quase todo dia</li> </ol>
---

<p>C47. Quanto esta pessoa é disponível para você?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Quase nunca</li><li>2.Muito pouco</li><li>3.Algumas vezes</li><li>4.Muitas vezes</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C48. Quando você é chegada a esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.</li><li>2.Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.</li><li>3.Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.</li><li>4. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.</li><li>5.Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.</li></ol>
<p>C49. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, carona, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C50. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C51.Com qual frequência você recebe apoio emocional dessa pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>
<p>C52. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nunca</li><li>2. Quase nunca</li><li>3. Algumas vezes</li><li>4.Com frequência</li><li>5. Sempre</li></ol>

C53. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência
5. Sempre

C54. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Algumas vezes
4. Com frequência
5. Sempre

C55. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

1. Não entrei em contato com esta pessoa
2. O apoio não ajudou
3. Não senti apoio
4. Senti um pouco de apoio
5. Senti um bom apoio
6. Senti muito apoio

## APÊNDICES

### APÊNDICE I – Questionário Sociodemográfico

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE</b>	
1. Nome do idoso: _____	
2. Rua/Av.: _____	3. Nº: _____
5. Bairro: _____	
6. Telefone: ( ) próprio nº _____ <b>FIXO:</b> _____	
( ) Vizinho ou parente nº _____ Nome _____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</b>	
1. Nome da unidade: _____	
2. Rua/Av.: _____	3. Nº: _____
4. Bairro: _____	

#### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Qual é sua idade?

\_\_\_\_\_ anos

2. Qual é sua data de nascimento?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

3. Gênero

1. Masculino
2. Feminino

4. Qual é o seu estado civil?

1. Casado/a ou vive com companheiro/a
  2. Solteiro/a
  3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a
  4. Viúvo/a
99. NR

5. Qual sua cor ou raça?

1. Branca
  2. Preta
  3. Mulata/cabocla/parda
  4. Indígena
  5. Amarela/oriental
99. NR

6. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida?

\_\_\_\_\_

99. NR

7. Trabalha atualmente?

1. Sim
  2. Não (**ir para a questão B 9**)
99. NR

8. O que o/a senhor/a faz?

\_\_\_\_\_

9. O/a senhor/a é aposentado/a?

1. Sim
  2. Não
99. NR

**B 10.** O/a senhor/a é pensionista?

1. Sim
  2. Não
99. NR

11. O/a senhor/a é capaz de ler e escrever um bilhete simples?

1. Sim
  2. Não
99. NR

12. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?

1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos
2. Curso de alfabetização de adultos
3. Até o \_\_\_\_ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)

4. Até o \_\_\_\_ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)
5. Até o \_\_\_\_ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)
6. Até o \_\_\_\_ ano do Curso Superior
7. Pós-graduação incompleta
8. Pós-graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
99. NR

**13. Número de anos de escolaridade (calcular sem perguntar)**

\_\_\_\_\_ anos

**14. Quantos filhos/as o/a senhor/a tem?**

\_\_\_\_\_ filhos/as

99. NR

#### ARRANJO DE MORADIA

Com quem o/a senhor/a mora?

	Sim	Não
<b>B 15.</b> Sozinho	1	2
<b>B 16.</b> Marido/mulher / companheiro/a	1	2
<b>B 17.</b> Filho/s ou enteado/s	1	2
<b>B 18.</b> Neto/s	1	2
<b>B 19.</b> Bisneto/s	1	2
<b>B 20.</b> Outro/s parente/s	1	2
<b>B 21.</b> Pessoa/s fora da família	1	2

**22. O/a senhor/a é proprietário de sua residência?**

1. Sim

2. Não

99. NR

**23. O/a senhor/a é o principal responsável pelo sustento da família?**

1. Sim

2. Não

99. NR

**24. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?**

R\$ \_\_\_\_\_ (em valor bruto)

99. NR

**25. Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?**

R\$ \_\_\_\_\_ (em valor bruto)

99. NR

**26. Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?**

1. Sim

2. Não

99. NR

**27. O senhor possui religião?**

1. Sim

2. Não

99. NR

**28. Qual:**

1. Católico

2. Evangélico/protestante

3. Espírita

4. Umbandista

99. NR

**29. Outra:** \_\_\_\_\_

**30. Está freqüentando alguma instituição religiosa?**

1. Sim

2. Não

99. NR

**31. Se considera:**

1. Pouco religioso

2. Religioso

3. Muito religioso

99. NR

## APÊNDICE II – Roteiro do Grupo Focal



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
Departamento de Psicologia

**RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO: MECANISMOS DE PROTEÇÃO NA  
ADAPTAÇÃO AOS FATORES DE RISCO NA VELHICE**

**ROTEIRO DO GRUPO FOCAL**

➤ **Questões norteadoras**

- Como está sendo envelhecer, ficar velho/se tornar idoso?
- O que é ter capacidade de superar as dificuldades na vida (resiliência)?
- O que indica que o idoso pode superar as dificuldades que surgem ao longo da vida? Que características possuem o idoso que supera as dificuldades da vida?
- Quais características pessoais suas (temperamento, personalidade, natureza) ajudam você a enfrentar os problemas e a superar as dificuldades que surgem?
- Que fatores (externos) te ajudam a enfrentar os problemas que surgem diante do processo de envelhecimento?
- O que falta para você ser mais forte, para você poder enfrentar melhor suas dificuldades?