



ARLETE PORTELLA FONTES

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, REGULAÇÃO EMOCIONAL E BEM-ESTAR  
SUBJETIVO EM IDOSOS, NUMA PERSPECTIVA DE RESILIÊNCIA

*COPING, EMOTIONAL REGULATION, AND SUBJECTIVE WELL-BEING IN AGED  
FROM A RESILIENCE APPROACH*

CAMPINAS

2015





UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

ARLETE PORTELLA FONTES

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, REGULAÇÃO EMOCIONAL E BEM-ESTAR  
SUBJETIVO EM IDOSOS, NUMA PERSPECTIVA DE RESILIÊNCIA

*COPING, EMOTIONAL REGULATION, AND SUBJECTIVE WELL-BEING IN AGED  
FROM A RESILIENCE APPROACH*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Gerontologia.

*Thesis presented to Faculdade de Ciências Médicas of the State University of Campinas in partial fulfillment of the requirements for the Ph D degree in Gerontology.*

ORIENTADORA: ANITA LIBERALESSO NERI

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA  
ALUNA ARLETE PORTELLA FONTES, E ORIENTADA PELA  
PROFa. DRa. ANITA LIBERALESSO NERI.

CAMPINAS

2015

Agência de fomento: Não se aplica  
Nº processo: Não se aplica

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F737e Fontes, Arlete Portella, 1956-  
Estratégias de enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência / Arlete Portella Fontes. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Anita Liberalesso Neri.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Resiliência psicológica. 2. Depressão. 3. Bem-estar subjetivo. 4. Idosos. I. Neri, Anita Liberalesso, 1946-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Coping, emotional regulation, and subjective well-being in aged on resilience approach

**Palavras-chave em inglês:**

Resilience, Psychological

Depression

Subjective well-being

Aged

**Área de concentração:** Gerontologia

**Titulação:** Doutora em Gerontologia

**Banca examinadora:**

Anita Liberalesso Neri [Orientador]

Silvia Helena Koller

Elizabeth Joan Barham

Mônica Sanches Yassuda

Samila Sathler Tavares Batistoni

**Data de defesa:** 28-07-2015

**Programa de Pós-Graduação:** Gerontologia

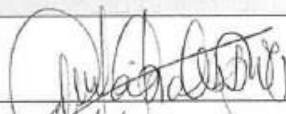


**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**  
**ARLETE PORTELLA FONTES**

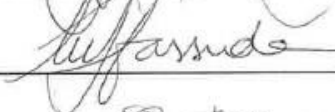
Orientador (a) PROF(A). DR(A). ANITA LIBERALESSO NERI

**MEMBROS:**

1. PROF(A). DR(A). ANITA LIBERALESSO NERI



2. PROF(A). DR(A). MONICA SANCHES YASSUDA



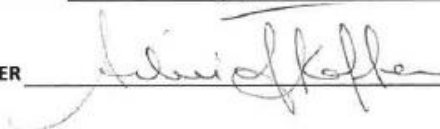
3. PROF(A). DR(A). SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI



4. PROF(A).DR(A). ELIZABETH JOAN BARHAM



5. PROF(A).DR(A). SILVIA HELENA KOLLER



Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

**Data: 28 de julho de 2015**

## RESUMO

Resiliência diz respeito a um padrão de adaptação positiva, ou de ausência de adaptação negativa, dependente da eficácia da atuação de recursos pessoais e sociais, na presença de riscos pontuais ou acumulativos ao funcionamento biológico, psicológico e social do indivíduo, e ao seu desenvolvimento. São exemplos desses riscos entre idosos: morte de entes queridos; acidentes, doenças e incapacidades; pobreza; abandono; conflitos familiares; violência doméstica e urbana; tensão crônica de papéis sociais, senso de incontrolabilidade associada a estressores que afetam os descendentes, e ansiedade e depressão em virtude da exposição a eventos críticos. Recursos psicológicos e sociais e processos de regulação emocional foram identificados como elementos chave da resiliência na velhice, na análise que realizamos de 53 estudos internacionais e 11 nacionais publicados entre 2007 e 2013 (estudo 1). Um terceiro tema recorrente nesses estudos foi o da relação entre resiliência e velhice bem-sucedida. Com base nesses fundamentos, realizamos dois estudos sobre enfrentamento de eventos estressantes, considerado como indicador de resiliência, em 415 idosos (62,5% mulheres) de 65 anos e mais ( $M = 72,5 + 5,5$ ), com renda familiar média de 3,5 SM + 4,14, sem déficit cognitivo sugestivo de demências. Os dados foram obtidos de um banco eletrônico com uma amostra probabilística de duas cidades brasileiras participantes de um estudo multicêntrico que investigou relações entre fragilidade e variáveis sociodemográficas, antropométricas, clínicas, de saúde, de cognição, de funcionalidade e psicossociais. Entre estas existiam medidas de experiências de eventos estressantes, enfrentamento, sintomas depressivos (considerados como indicadores de regulação emocional), satisfação com a vida e autoavaliação de saúde (indicadores de bem-estar subjetivo). O estudo 2 testou estatisticamente um modelo conceitual de enfrentamento adaptativo (ex: “Procuro relaxar ou tirar uma folga, quando a situação me parece pesada demais”); não-adaptativo (ex: “Bebo e como em excesso para compensar ou esquecer do que estava acontecendo”) e de desenvolvimento (ex: “Fortaleço laços afetivos com outras pessoas”), construído sobre os itens de um inventário clássico de enfrentamento com foco no problema e com foco na emoção. A solução fatorial replicou o modelo conceitual e explicou 30,8% da variância total dos itens, cuja consistência interna foi moderada ( $\alpha =$

0,541). Foram observadas correlações estatisticamente modestas e positivas entre estratégias não-adaptativas e depressão, correlações negativas entre estratégias não-adaptativas e autoavaliação de saúde e satisfação com a vida; correlações positivas entre estratégias de desenvolvimento e autoavaliação de saúde e satisfação com a vida e correlações negativas com depressão. No estudo 3, a análise de regressão logística multivariada mostrou relações entre o uso de estratégias de enfrentamento de desenvolvimento e poucos sintomas depressivos (OR=4,49); atribuição de intensidade moderada e baixa a estressores relativos a eventos de transição (OR=2,20 e OR=2,37, respectivamente), faixas etárias 75 a 79 e 65 a 69 (OR=3,27 e OR=2,88, respectivamente) e autoavaliação positiva de saúde (OR=2,09). Pontuações baixas em depressão e altas em satisfação com a vida e em autoavaliação de saúde, associadas ao uso de estratégias de enfrentamento adaptativas e de desenvolvimento, e à evitação de estratégias não-adaptativas, podem ser interpretadas como indicadores de controle de perdas e maximização de ganhos, que se constituem em mecanismos centrais à velhice bem-sucedida.

Palavras-chave: resiliência psicológica, depressão, bem-estar subjetivo, idosos



## ABSTRACT

Resilience refers to a standard of positive adaptation, or the absence of negative adaptation that depends on the efficacy of personal and social resources, in the presence of specific or cumulative risks for the biological, psychological and social functioning of individuals and for their development. Some examples of risks among the elderly are: death of loved ones; accidents, diseases and impairments; poverty; abandonment; family conflicts; domestic and urban violence; chronic stress of social roles, sense of uncontrollability of stressors that affect the descendants, and anxiety and depression due to exposure to critical events. Based on an analysis of 53 international and 11 national studies, published between 2007 and 2013 psychological and social resources together with emotional regulation processes were identified as key-elements of resilience in aging (study 1). A third recurrent theme in this study was the relationship between resilience and successful aging. Based on these findings, we planned two studies about coping with stressful events, an indicator of resilience, conducted with 415 elders (62.5% female), aged 65 or over ( $M=72.5\pm 5.5$ ) with an average family income of 3.5 minimum wages  $\pm 4.14$ , without cognitive deficits suggestive of dementias. The data are from an electronic database created using probabilistic sampling in two Brazilian cities participants that participated in a multicenter study to research relationships among frailty and measures to assess sociodemographic, anthropometric, clinical, health, cognitive, functionality, and psychosocial variables. Among these, there were measures of stressful events, coping, depressive symptoms (considered as indicator of emotional regulation), life satisfaction and self-rated health (indicators of subjective well-being). The study 2 statistically tested a conceptual model of adaptive coping (e.g. "I try to relax and take a break when the situation seems too heavy"); non-adaptive (e.g. "I drink and eat in excess to compensate or to forget what was going on"); and developmental (e.g. "I strengthen my affective ties with other people"), using items from a classical coping inventory, with a focus on problem and one emotion based coping. The factorial solution replicated the conceptual model and explained 30.8% of the total variance. Internal consistency was moderate ( $\alpha = 0.541$ ). There were statistically modest, and positive correlations among non-adaptive strategies and depression, negative correlations among non-adaptive strategies and self-rated

health as well as satisfaction with life; positive correlations among development strategies and self-rated health as well as satisfaction with life, and negative correlation with depression. In the study 3, the multivariate logistic regression analysis was observed that development coping related to few depressive symptoms (OR=4.49), attribution of moderate and low intensity to stressors, related to transition (OR=2,20 e OR= 2,37, respectively), aged 75-79 and 65-69 years (OR=3,27 and OR= 2,88, respectively) and positive self-rated health (OR=2,09). Low depression scores and high scores for satisfaction and self-assessment of health were associated with the use of adaptive and developmental coping strategies, and with the avoidance of non-adaptive strategies; these strategies appear to be indicators of loss control and maximization of gains, which seen to be central mechanisms for successful aging.

**Keywords:** psychological, resilience; depression; subjective well-being; aged

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
1. A resiliência na velhice, à luz de conceitos psicológicos .....	3
2. Elementos do construto de resiliência .....	6
3. Fatores que constroem resiliência ao longo da história individual e da história da coorte..	9
4. Estratégias de enfrentamento como variáveis de proteção e promoção de adaptação bem-sucedida na velhice.....	10
5. Regulação emocional e bem-estar subjetivo na velhice, como indicadores de adaptação bem-sucedida.....	12
6. Conclusões .....	20
<b>METODOLOGIA</b> .....	21
1. Objetivos .....	23
2. Amostra e participantes.....	25
3. Variáveis e medidas.....	27
3.1. Estratégias de enfrentamento. ....	27
3.2. Experiência de eventos estressantes.....	28
3.3. Intensidade dos eventos estressantes.....	28
3.4. Sintomas depressivos.....	28
3.5. Autoavaliação de saúde .....	28
3.6. Satisfação com a vida.....	29
3.7. Sociodemográficas.....	29
4. Análise de dados .....	29
<b>RESULTADOS</b> .....	31
ESTUDO 1. Resiliência e velhice: revisão de literatura .....	31
Introdução.....	35
Método .....	41
Resultados.....	42
Discussão .....	60
Conclusões.....	64
Referências .....	65

ESTUDO 2. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico .....	76
Introduction.....	78
Methods .....	80
Results .....	83
Discussion .....	86
Conclusions.....	89
References .....	91
Appendices.....	95
ESTUDO 3. Relações entre enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência psicológica. ....	100
Introdução.....	103
Métodos .....	107
Resultados.....	112
Discussão .....	114
Conclusões.....	120
Referências .....	121
Apêndices .....	129
<b>CONCLUSÕES</b> .....	133
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	139
<b>ANEXOS</b> .....	145
Anexo 01. Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.....	145
Anexo 02. Adendo ao projeto nº 208/2007 – “Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros”	146
Anexo 03. Inventário de Enfrentamento de Estresse (32, 71) .....	147
Anexo 04. Inventário de Eventos Estressantes (29, 83) .....	148
Anexo 05. Comprovante de Publicação do Estudo 1. ....	152
Anexo 06. Comprovante de Submissão do Estudo 2.....	154
Anexo 7. Escala de Depressão Geriátrica - EDG .....	155

Dedico este trabalho ao meu  
Pai (*in memoriam*).



## **AGRADECIMENTOS**

Minha gratidão,

À profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, grande mentora e amiga, por sua grande competência e capacidade de doação e, também, por ter-me apresentado a esse caminho apaixonante do envelhecer com resiliência.

Ao meu marido, José Carlos, pelo incentivo diário, pela tolerância infinita e pelo apoio irrestrito à minha busca pessoal.

Aos meus pais, por terem lançado as sementes para o viver com ousadia e plenitude, cada uma das minhas escolhas.

Aos meus irmãos, Leonice e Roberto, que pela compreensão e colaboração tornaram possível esse momento.

Aos professores da Gerontologia pela riqueza dos aprendizados compartilhados.

Aos amigos e colegas da Gerontologia, que com leveza e afeto, fizeram desse momento, único e diverso.





## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vulnerabilidade biológica e psicológica x eventos estressantes ao longo da vida (Gatz, 1998).....	4
Figura 2: Resiliência na velhice (Constelação de variáveis mediadoras da relação entre a vulnerabilidade decorrente das perdas e dos riscos associados ao envelhecimento e a adaptação bem-sucedida). Elaborada e cedida por Anita Liberalesso Neri. ....	6



## LISTA DE SIGLAS

5-HTTLPR	Serotonin-transporter-linked polymorphic region
AVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
APA	American Psychologic Association
AVC	Acidente vascular cerebral
CD Risk	Escala de resiliência Connor-Davidson
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ELSA	English Longitudinal Study of Aging
ELSI	The Elders Life Stress Inventory
ELSI - Brasil	Estudo Longitudinal de Saúde e Bem-Estar dos Idosos Brasileiros
FIBRA	Fragilidade em Idosos Brasileiros
GDS	Geriatric Depression Scale
IC	Intervalo de confiança
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
Lilacs	Literatura latino-americana e do Caribe em ciências da saúde
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MIDUS	Survey of Midlife Development



## INTRODUÇÃO

O termo resiliência originariamente foi utilizado pela física para definir a "propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica" (1). Em seu sentido genérico e literal diz respeito à capacidade do organismo de resistir ou de recuperar-se do efeito de estressores de naturezas diversas.

Esse termo foi incorporado por diferentes áreas como a Medicina, a Psicopatologia, a Psicologia, a Epidemiologia. A Psicopatologia passou a utilizar o termo resiliência para fazer referência à heterogeneidade de padrões de respostas diante de estressores como doenças, dificuldades socioeconômicas, psicopatologias parentais e rupturas na unidade familiar em crianças, algumas delas desenvolvendo severas doenças, enquanto que outras não sucumbiam à doença, inclusive se tornando mais fortes (2). Resiliência fazia referência a um fator de proteção em relação às desordens psicóticas, caso em que os indivíduos resilientes seriam possuidores de qualidades pessoais, como maior autoestima, autoeficácia, mais habilidades para resolver problemas e maior satisfação com relações interpessoais (2).

Na Psicologia, o estudo de resiliência começou há cerca de três décadas voltado para o desenvolvimento patológico. Os estudiosos do desenvolvimento começaram a observar diferentes possibilidades para o desenvolvimento de crianças consideradas como de risco, por estarem vivendo em situação de grande vulnerabilidade (3, 4). As primeiras pesquisas sobre resiliência focalizam sua atenção na compreensão de resiliência como um conjunto de atributos individuais ou traços. Assim, as crianças resilientes eram persistentes, otimistas, motivadas, determinadas, apesar das condições adversas às quais eram submetidas.

Em contraste, as pesquisas sobre o desenvolvimento adulto e na velhice focalizam o desenvolvimento normal, fazendo da resiliência psicológica um pressuposto

da adaptação positiva na velhice e do envelhecimento bem-sucedido (5, 6). Dentro da perspectiva do curso de vida o construto foi influenciado pelas noções de plasticidade intraindividual e de reserva de capacidade cognitiva (6, 7). Plasticidade diz respeito a qualquer mudança adaptativa do organismo, incluindo aumento, diminuição ou manutenção de determinada capacidade. Capacidade de reserva refere-se ao potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal, através da ativação de recursos latentes. Sob a ótica da abordagem do curso de vida a resiliência não declina na velhice, mesmo na presença de vulnerabilidade a estressores biológicos, ambientais e psicológicos. Ao associar-se à maior capacidade de adaptação, mesmo na presença de perda, ela está associada ao envelhecimento bem-sucedido (5-8).

De acordo com Bandura (9), o termo “capacidade de reserva” tem conotação biológica, segundo a qual todos os organismos mostram um declínio após um pico de desempenho máximo ou de culminância no desenvolvimento, mantendo a capacidade de homeostase, embora diminuída. Na psicologia, o termo capacidade de reserva é usado predominantemente no contexto dos estudos da cognição, ou das competências da vida diária, da resolução de problemas sociais, dos conhecimentos especializados e do autoconhecimento. Resiliência e capacidade de reserva são termos que algumas vezes se confundem. Ainda que resiliência caminhe entre o desenvolvimento normal e o patológico e possa significar, em determinadas situações, a ativação de capacidades de reserva, Staudinger et al.<sup>6</sup> consideram que o construto resiliência deve ser separado do conceito de capacidade de reserva, entendendo resiliência como capacidade de manutenção do desenvolvimento normal, a despeito da presença de riscos e ameaças.

O interesse pela idade adulta e pela velhice também foi influenciado pelo movimento da Psicologia Positiva, no qual resiliência é apontada como um recurso, que permite aos seres humanos que floresçam, em meio à adversidade (10), sendo utilizado em contextos de aconselhamento e terapia, principalmente, em situações de risco (3).

Atualmente, resiliência constitui-se de uma área em rápido desenvolvimento dentro da Gerontologia, com enfoques e aplicações diferenciadas, ficando evidenciadas

suas implicações para a compreensão do desenvolvimento adulto de forma geral, para o bem-estar e envelhecimento bem-sucedido, bem como, para suas aplicações em programas sociais e políticas públicas.

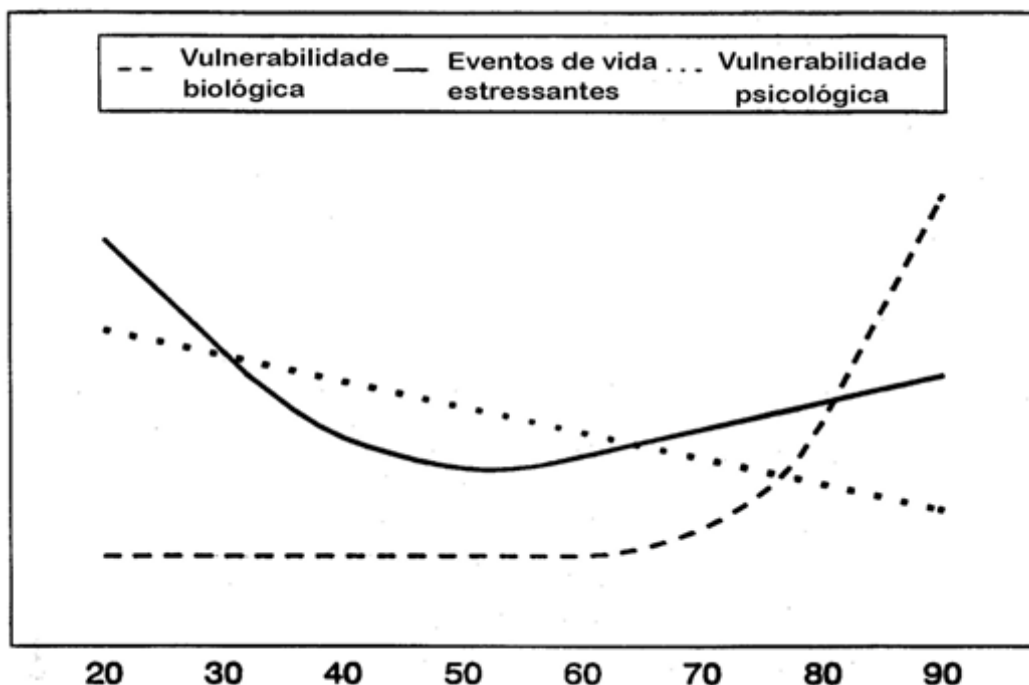
### **1. A resiliência na velhice, à luz de conceitos psicológicos**

Resiliência refere-se a um amplo padrão de adaptação positiva (ou ausência de adaptação negativa), em face de um risco ou de uma adversidade, que dispõe uma considerável ameaça à adaptação(3). Engloba a capacidade de recuperação dos níveis de desenvolvimento normal, depois de ter sido submetido a fatores de risco, como perdas, mortes, doenças, ou então, à exposição à adversidade de caráter socioeconômico e educacional, como pobreza, situações familiares de grave carência e/ou violência (4, 6, 11, 12).

Resiliência para autores como Wagnild and Young (13) é entendida como característica de personalidade que persiste na velhice quando os declínios de saúde aumentam, envolvendo características físicas e psicossociais, papéis sociais e relacionamentos, bem como aspectos situacionais e crenças e valores pessoais. Para outros, como Hardy et al. (14), o construto de resiliência aparece como resposta a um evento estressor, e não enquanto traço intrínseco da personalidade. Resposta resiliente é definida por esses autores como minimização dos efeitos do evento, recuperação rápida e, em longo prazo, contenção das consequências negativas e presença de consequências positivas (14).

Duas condições são subjacentes ao construto geral de resiliência como um padrão de funcionamento adaptativo no contexto de risco ou adversidade: a exposição a um risco significativo e a evidência de uma adaptação positiva às ameaças ao desenvolvimento (15). A adaptação positiva pressupõe aspectos como o bom desenvolvimento apesar dos riscos, a competência para lidar com o estresse e a capacidade de recuperação, após o trauma (15).

Ao mesmo tempo em que a vulnerabilidade biológica e a incidência de eventos de vida estressantes aumentam na velhice, a vulnerabilidade psicológica pode diminuir, graças ao potencial de adaptação dos mais velhos, mesmo em face das adversidades e das perdas que caracterizam a última fase do curso de vida (16), conforme descrito na figura 1. No entanto, diante de altos níveis de estresse, a experiência emocional pode ser acentuada e os idosos não encontrarem maneiras eficazes de enfrentamento (38,40).



**Figura 1: Vulnerabilidade biológica e psicológica x eventos estressantes ao longo da vida (Gatz, 1998)**

A resiliência pode ser compreendida como uma variável mediadora da influência dos riscos normativos (como a aposentadoria) e não normativos (como as mortes e perdas afetivas) do envelhecimento sobre a adaptação bem-sucedida. Diante de riscos como as doenças físicas e incapacidades o idoso pode desenvolver concomitantemente, por exemplo, estados depressivos, levando à maior vulnerabilidade (17) criando, desse modo, um acúmulo de riscos, que, por sua vez, aumentam a vulnerabilidade. A capacidade de lidar, de uma maneira adaptativa com tais riscos e



adversidades compreende recursos pessoais, envolvendo, características de personalidade, como a extroversão, o otimismo, a autoestima (18), reservas de capacidade cognitiva e física (6), recursos sociais (10), além dos mecanismos de autorregulação do *self*(9), entre eles a capacidade de regular as emoções, as autocrenças, o enfrentamento do estresse e o bem-estar subjetivo (19). A capacidade de regular as emoções vem sendo apontada como um dos componentes centrais da resiliência e, portanto, é considerada um importante fator de proteção diante da adversidade (20). Os resultados de tais mecanismos mediadores implicam na capacidade de manter uma adaptação positiva frente aos riscos e ameaças, estabilizar e dar continuidade ao processo de desenvolvimento, acomodar e integrar as experiências de enfrentamento às de exposição ao sofrimento (10). Nesse sentido, resiliência pode ser vista como uma ponte conceitual entre o enfrentamento das perdas impostas pelo envelhecimento e o desenvolvimento (21) (figura 2).

Windle et al. (18) examinaram o construto de resiliência psicológica na idade adulta e velhice, apoiando-se nos dados de uma amostra representativa de 1847 pessoas, com idade entre 50-90 anos, provenientes da Inglaterra, País de Gales e Escócia, as quais foram submetidas à avaliação de autoestima, controle, controle interpessoal, controle sociopolítico e resiliência, assumidos como indicadores de resiliência. A resiliência foi medida através de uma adaptação da escala de Wagnild and Young (13). Os autores concluíram que o construto de resiliência pode ser comparado a um amplo guarda-chuva que abriga recursos psicológicos essenciais para a superação de adversidades, tais como competências pessoais, autoestima, autoeficácia e controle interpessoal.

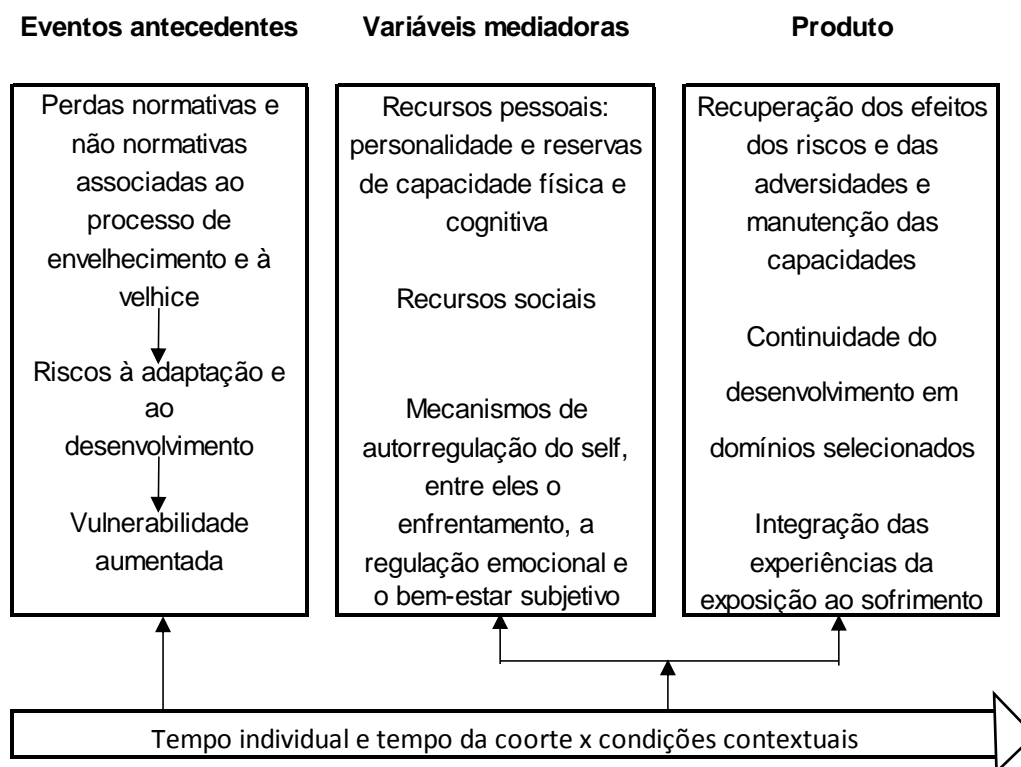


Figura 2: Resiliência na velhice (Constelação de variáveis mediadoras da relação entre a vulnerabilidade decorrente das perdas e dos riscos associados ao envelhecimento e a adaptação bem-sucedida). Elaborada e cedida por Anita Liberalesso Neri.

## 2. Elementos do construto de resiliência

São elementos comuns ao construto de resiliência as variáveis de risco, incluindo perdas normativas e não normativas e os fatores relacionados à vulnerabilidade individual.

**Variáveis de risco.** São tidas como características dos indivíduos ou do seu meio que predizem resultados negativos em um determinado critério (3). O conceito de risco envolve desde experiências com alta possibilidade de desajustamento (por exemplo, viver em uma comunidade violenta), o acúmulo de experiências negativas ao longo da vida (por exemplo, uma doença crônica) e outras dificuldades de vida como traumas, problemas com vizinhança e abuso sexual, além de fatores que estatisticamente predizem mal ajustamento na população geral (por ex. baixo peso ao nascer) (15, 22).

Ao longo do desenvolvimento os idosos são mais expostos do que os adultos não idosos a estressores tais como problemas de saúde, doenças crônicas, perda de amigos ou familiares, a questões intrapsíquicas relativas à finitude(23, 24), a eventos de vida normativos como a aposentadoria, à perda de papéis sociais relevantes, a aborrecimentos da vida diária provenientes do convívio com vizinhos, do manejo da casa, do trânsito e das mudanças tecnológicas (25) e à exposição às situações traumáticas como assaltos e sequestros. Envelhecer significa aumento da exposição às perdas nos domínios da saúde, da funcionalidade física, do funcionamento cognitivo, do exercício de papéis e das relações sociais e o consequente aumento da vulnerabilidade nesses domínios (11,22, 23).

**Eventos críticos de vida.** Os eventos de vida são considerados como organizadores do curso de vida dos indivíduos e de diferentes coortes (26). Podem ser classificados como normativos, quando incluem ocorrências comuns ou esperadas para determinado grupo socioeconômico etário ou societário, por exemplo, a aposentadoria na velhice; não normativos quando se referem àquelas cujas ocorrências são incomuns e com impactos peculiares no curso de desenvolvimento, por exemplo, sofrer um grave acidente. Podem ainda ser classificados como controláveis e não controláveis (5, 27, 28) e também segundo o domínio de vida envolvido, por exemplo, relativo à família, ao trabalho ou à saúde (23, 29). Os eventos normativos são, em parte, biológicos, ou seja, identificam-se com a trajetória de declínio fisiológico, típico da velhice. Uma parte deles tem conotação sociológica, pois se identificam com as trajetórias de socialização pela família, escola e trabalho, ou com trajetórias de coortes determinadas por macroeventos sócio-históricos ou ecológicos (27).

Os eventos de vida, que impõem grandes exigências aos recursos pessoais para seu atendimento e que acarretam descontinuidade ou mudanças no curso de vida, são chamados de eventos críticos (30), por exemplo os desastres naturais, os traumas psicológicos, eventos que afetam a descendência, eventos incontroláveis, adversidades pessoais. Tais eventos ganham importância na literatura gerontológica, devido ao

impacto que podem provocar na saúde (26), notadamente nas relações com a mortalidade (31), a depressão (32) e a fragilidade (29).

Além dos fatores de risco já enumerados, a velhice remete a tarefas evolutivas típicas, entre as quais a revisão de vida e a formação de um ponto de vista sobre a morte. Demandas psicológicas como relacionamentos difíceis, particularmente se com pessoas próximas, dificuldade de aceitação do envelhecimento, medo da morte ou da dependência, metas pessoais não atingidas e a ocorrência de eventos adversos de difícil manejo ou incontroláveis, aumentam o risco de depressão, infelicidade e isolamento (16).

**Estressores da vida diária.** Ao lado dos eventos críticos estão os estressores da vida diária que dizem respeito aos pequenos eventos do dia a dia, que podem irritar e estressar os indivíduos (30) e que podem ser muito mais importantes do que os eventos críticos para a adaptação em longo prazo, saúde e bem-estar (33). Como exemplos típicos de tais estressores estão as tensões crônicas associadas ao exercício dos papéis (conjugais, parentais, profissionais e os de cuidador) (29).

A exposição a um fator de risco não o classifica como um estressor. Por exemplo, um idoso pode ter que cuidar de sua esposa com demência e ser erroneamente avaliado como resiliente porque não tem apresentado sinais de disfuncionalidade, porém, isso pode estar ocorrendo, simplesmente, porque ele não ficou o tempo suficientemente longo para experimentar estresse ou tensão(3). Além disso, os fatores de risco não existem isoladamente, sendo, portanto, necessário avaliar o efeito de riscos cumulativos, quando se investiga resiliência (10).

**Vulnerabilidade individual.** A vulnerabilidade se refere a falhas no processo de resiliência, que podem aumentar a probabilidade de estresse, elevando a suscetibilidade do indivíduo a estressores internos e externos (3). A vulnerabilidade pode ser vista como um continuum no qual características pessoais (por exemplo, um traço de personalidade como o neuroticismo) (34) atuam em conjunto com experiências de vida (por exemplo, a mudança de comunidade em idades mais avançadas, ou cônjuges

alcoolistas, ou viuvez), determinando em que medida o idoso será capaz de respostas resilientes, podendo comprometer sua adaptação (35).

### **3. Fatores que constroem resiliência ao longo da história individual e da história da coorte**

Os fatores protetores são tidos como aquelas características individuais ou ambientais que predizem ou se correlacionam com bons resultados para o indivíduo (3). Eles moderam os efeitos das vulnerabilidades do indivíduo e dos riscos do ambiente, facilitando a adaptação (3). Fatores de proteção, ou que constroem resiliência, podem referir-se às habilidades individuais, tais como as habilidades de autorregulação, à qualidade das relações interpessoais e aos suportes oferecidos pelo ambiente, como a qualidade da vizinhança e escolas, e as interações com a comunidade (15).

Dentre as condições contextuais estão todas aquelas que estabelecem condições para o funcionamento físico, cognitivo e social. Entre elas estão as econômicas (renda, escolaridade), as oportunidades sociais (trabalho, emprego), as condições socioculturais (costumes, valores, atitudes, símbolos e práticas) e ao próprio ambiente construído nas residências e cidades, visando facilitar a adaptação do idoso. O nível socioeconômico e a educação são tidos como importantes preditores do bem-estar subjetivo e qualidade de vida, por causa de suas relações com recursos que dispõem condições para a saúde, a atividade, a participação social, o conforto, a segurança e a autonomia (36).

Com relação às relações sociais as pessoas com fortes laços sociais tendem a apresentar melhor saúde física e mental do que os adultos que não mantêm relações próximas com outras pessoas (37). O suporte social pode atuar para o restabelecimento de recursos psicológicos como a autoestima, os sentimentos de controle e o significado de vida, quando estes foram diminuídos por situações de estresse, envolvendo o desempenho de papéis sociais significativos. Os membros de uma rede social podem fornecer conselhos, guias e *feedbacks* com relação a planos a serem executados para enfrentar os estressores e podem também ajudar as pessoas a se valerem de suas

reminiscências para reconciliar-se com as coisas desprazerosas que tenham acontecido em seu passado (37).

Os laços sociais proporcionados pelos colegas de trabalho, membros da igreja, equipe médica e da saúde mental, constituem os chamados laços formais e são associados com melhor saúde e bem-estar psicológico de idosos (37). As redes de relações sociais oferecem garantia e pertencimento a uma rede de relações comuns e contínuas, criando emoções positivas, aumentando a autoestima, favorecendo o exercício de habilidades, criando um senso de competência e contribuindo para o bem-estar psicológico e qualidade de vida (37).

Manter relações sociais fortes e apoiadoras é crítico para o alcance e a manutenção de uma adaptação resiliente. Em estudo com 174 idosos, ingleses, com idade média de 75 anos, Hildon et al. (10) estudando as relações entre adversidade e resiliência entre idosos, com idade de 68 a 82 anos, concluíram que maior resiliência é associada a uma boa qualidade de relacionamentos e à integração à comunidade (10).

Dentre os fatores de proteção estão ainda aqueles relacionados ao indivíduo. A resiliência aparece associada à regulação emocional, que se reflete em maior adaptação dos sistemas cardiovascular e imune; mais recursos cognitivos (por exemplo, o senso de autoeficácia), maior habilidade de buscar suporte social. A capacidade de resistir aos estressores reflete-se ainda em maior capacidade de adaptação à intensidade dos eventos estressantes, mecanismos de enfrentamento mais maduros, havendo uma diminuição do neuroticismo (traço de personalidade relacionado a sintomas depressivos, ansiedade e infelicidade) e um aumento da consciência, uso de estratégias proativas de enfrentamento e maior satisfação com a vida (20, 38-40).

#### **4. Estratégias de enfrentamento como variáveis de proteção e promoção de adaptação bem-sucedida na velhice**

As estratégias de enfrentamento do estresse dizem respeito aos esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas específicas, internas ou externas

que, quando confrontadas com os recursos disponíveis são avaliadas pelas pessoas como onerosas ou superiores à capacidade de lidar com elas (33, 41). Classicamente as estratégias de enfrentamento são classificadas como centralizadas no problema ou focadas nas emoções. As estratégias centralizadas no problema são destinadas a ações que modificam a situação geradora de estresse; as centradas na emoção alteram as emoções e sentimentos gerados pela situação estressora, atuando como amortecedores, principalmente, diante de situações incontroláveis (33, 41). São exemplos de estratégias centralizadas no problema: definir o problema, avaliar e escolher soluções, reavaliar o problema, tendo em vista a diminuição das aspirações, reduzir o envolvimento pessoal. Como exemplos de estratégias com foco nas emoções podem ser citados: minimizar a dimensão do problema, comparação social, buscar significados positivos em situações e eventos negativos, esquivar-se, buscar apoio social (26).

Embora os idosos utilizem tanto quanto os adultos mais jovens estratégias voltadas à resolução de problemas, eles tendem a priorizar aquelas que lhes proporcionem maior acomodação frente aos estressores, incluindo distanciar-se de situações aversivas e alterar os próprios sentimentos para evitar experiências dolorosas e preservar seus recursos (42).

Os atributos sociais do enfrentamento promovem resiliência porque são mobilizados para atenuar, transformar ou negar o impacto das adversidades (10). Esses atributos permitem dar continuidade às mudanças de vida, como mostra estudo (43) em que foram exploradas as relações entre adversidade e proteção com 139 idosos, com idade entre 70-80 anos, utilizando medidas de atividades da vida diária, eventos adversos (saúde ou estresse) e qualidade de vida. Os participantes resilientes utilizavam-se de recursos face à adversidade que lhes permitiam estabilizar as mudanças e dar continuidade à vida. Isso incluía: construir narrativas que reinterpretavam as adversidades do passado à luz dos fatos recentes, manutenção das atividades e dos papéis sociais que trouxeram prazer ou senso de maestria, contar com estratégias de enfrentamento e obter suporte social de relações próximas.

As crenças espirituais e religiosas também são classificadas como estratégias para enfrentamento de adversidades. São utilizadas como recursos psicológicos protetores para enfrentamento das adversidades, que produzem sofrimento, por exemplo, a falta de moradia, associando-se a melhores resultados em saúde (44) e à maior sobrevivência em pacientes cancerígenos (45).

Retomando Leipold e Greve (21), a resiliência pode ser vista como uma ponte que se estabelece entre as estratégias de enfrentamento de estresse, ou seja, entre os recursos pessoais e sociais e a adaptação e o desenvolvimento. A visão desses autores encontra correspondência na proposição de Hildon (10), a respeito duma nova tipologia para classificação das estratégias, que não a clássica dicotomia entre foco no problema e foco na emoção. Nesse novo modelo, as estratégias seriam classificadas conforme sua relação com a adversidade, com vistas à adaptação e ao desenvolvimento. Desse modo, as estratégias adaptativas dizem respeito às soluções que lidam com a adversidade, integrando-se a ela, por exemplo, procurar formas de relaxamento diante de um problema. Estratégias não-adaptativas referem-se à soluções que não lidam com a adversidade, afastam-se dela e podem ser consideradas disfuncionais, por exemplo, comer e beber em excesso para anestesiar sentimentos. As estratégias de desenvolvimento são soluções que buscam aprender com o problema, descrevendo um movimento além da adversidade, por exemplo, aprender com o problema.

## **5. Regulação emocional e bem-estar subjetivo na velhice, como indicadores de adaptação bem-sucedida**

A diminuição da vulnerabilidade psicológica ao longo da vida está intimamente associada à capacidade de regular as emoções. A regulação emocional é definida como qualquer variação consciente ou não que venha a alterar a valência e a intensidade de uma experiência emocional ou que tenha o propósito de alterar uma experiência emocional futura (42). São exemplos de regulação emocional o uso de qualquer estratégia para alterar uma situação de estresse como a reavaliação de uma situação



experenciada para torná-la menos caótica, o afastar-se de um problema para ter uma visão mais abrangente da situação ou mesmo, fazer um exercício meditativo (42).

A experiência afetiva pode ser medida em termos da excitabilidade provocada pelos eventos: se alta ou baixa, diante de dificuldades ou ameaça. A regulação para cima (upregulation) de um afeto negativo e para baixo (downregulation) de um afeto positivo têm sido consideradas como estratégias eficientes para facilitar uma ação futura e a implementação de um objetivo pessoal. Alguns estudos investigam a regulação emocional perguntando diretamente como os participantes lidam com seus estados emocionais. Outros avaliam os ups e downs indiretamente perguntando aos participantes sobre suas cognições e ações, diante de situações difíceis ou ameaçadoras. Como exemplo de um item de investigação da regulação de um afeto percebido, os participantes deveriam escolher entre uma resposta de resiliência ou de paralisia emocional ao ser informado de que seu trabalho não estava sendo satisfatório (20).

De maneira geral, a regulação emocional na velhice associa-se a poucos estressores e redução de afetos negativos, sendo que a reatividade emocional não difere muito dos mais jovens (40, 46). Maior regulação emocional relaciona-se com o avanço da idade, menor ansiedade, menor frequência de sintomas depressivos e maior otimismo (47), alta frequência de emoções positivas, após AVC (48); geralmente, estando associada a uma resposta emocional complexa, que combina aspectos positivos e negativos da experiência (15). Os idosos tornam-se seletivos com relação aos investimentos no relacionamento interpessoal, podendo diminuir o número de vínculos (49).

A diminuição do bem-estar depois dos 60 anos é geralmente de pequena magnitude, possivelmente porque diante de tensões interpessoais inevitáveis e de situações estressantes, os idosos assumam posturas mais acomodativas. É o que mostra estudo realizado por Kessler e Staudinger (20), com uma amostra de 277 participantes, idade entre 20-80 anos, em que se investigou a experiência afetiva do adulto e do idoso, medindo a excitabilidade, se alta ou baixa, o afeto, se positivo ou negativo, e a regulação

do afeto percebido diante de dificuldades e ameaças. Os resultados evidenciaram que os idosos tinham um mais alto nível de afeto positivo com baixa excitação, o que não diferia significativamente dos mais jovens com alta excitabilidade de afeto positivo. Ambos, alta e baixa excitabilidade de afeto negativo decrescem a partir da meia-idade, sendo que tais resultados são parcialmente explicados por características sociodemográficas, educação, saúde percebida e personalidade, atribuindo-se maior relevância à regulação do afeto percebido face às dificuldades ou ameaças.

Quando os idosos se veem diante de altos níveis de estresse, observa-se uma acentuação e um prolongamento de experiências emocionais negativas e redução de sua flexibilidade (40), ficando em algumas situações impossibilitados de empregarem estratégias eficazes, por exemplo, quando diante de comprometimento cognitivo, de doenças crônicas, de experiências de perda de familiares e amigos e diante da experiência de dor aumentada (38). Quando a dor é aumentada o indivíduo acaba fazendo julgamentos rápidos, com o objetivo de atenuá-la e diminuir o desconforto, a informação negativa toma a dianteira e a atenção é focalizada para as ameaças presentes, fazendo com que os afetos positivos e negativos se fundam, tornando-se uma simples dimensão bipolar (38).

A capacidade de regular as emoções, além de benefícios diretos sobre a saúde (a recuperação cardiovascular é mais rápida depois de um estresse quando os indivíduos são expostos à estimulação positiva) pode ter também benefícios indiretos sobre a capacidade de enfrentamento e recuperação, possibilitando o uso de enfrentamento ativo diante de um estressor ou problema de saúde em potencial(38), contribuindo para a manutenção e aumento do bem-estar subjetivo.

#### *Regulação emocional e reserva cognitiva*

É importante ressaltar que a resiliência, enquanto processo de regulação das emoções, acha-se intimamente relacionada às reservas cognitivas. Kryla-Lighthall and Mather (50) propõem uma integração entre os conceitos provenientes da teoria da seletividade socioemocional (49) e aqueles advindos das neurociências, relativos à

cognição, para a compreensão do aumento do bem-estar na velhice. Segundo esses autores as cognições e emoções estão intrinsicamente relacionadas, de tal forma que o processo cognitivo pode alterar a qualidade de uma experiência emocional e vice-versa. Estratégias cognitivas podem ser utilizadas para focalizar a atenção em aspectos positivos da experiência, suprimir a informação negativa, lembrar objetivos relevantes, conduzindo ao chamado efeito de positividade na atenção e memória dos idosos. Por outro lado, idosos que têm uma visão positiva das experiências podem propor objetivos de mudança a si próprios e experimentarem gratificação pela realização de tarefas cognitivas, além de que altos níveis de bem-estar emocional colaboram para a desaceleração das perdas em velocidade do processamento da informação.

Charles and Carstensen (49) descrevem as relações entre a idade, a biologia e os processos socioemocionais. A capacidade de regular as emoções depende de estruturas cerebrais associadas ao controle, estruturas essas que sofrem declínio com a idade. Por exemplo, o córtex pré-frontal está mais sujeito a atrofia do que outras regiões cerebrais; os neurônios sofrem redução em tamanho e densidade e se tornam menos eficientes; o controle inibitório pode ser diminuído quando os idosos estão se recuperando de altos níveis de excitação. Na presença de altos níveis de estresse, o hormônio liberador da corticotripina é liberado pelo hipotálamo, tendo início uma cascata de reações que terminam na liberação do hormônio cortisol, responsável pelas ações de lutar-fugir diante do estressor. Com o avançar da idade, a capacidade de inibir a atividade do hipotálamo diminui e ocorrem desequilíbrios na cascata glucocorticoide.

A amígdala permanece relativamente estável ao longo do envelhecimento. Alguns declínios relacionados à idade podem paradoxalmente ajudar o idoso a colocar o foco na informação relacionada à emoção. Por exemplo, o decréscimo na habilidade de inibir informação relevante pode fazer com que aspectos da informação emocional não sejam inibidos, aumentando sua saliência para o adulto. Assim, em tarefas de memória incidental, onde se solicitava ao idoso a leitura de uma passagem de uma estória, que deveria ser lembrada 15 minutos depois, os idosos, em comparação com os adultos jovens, tendiam a reter mais informações emocionais do que as não-emocionais (49).

Observa-se um aumento da ativação da amígdala diante de imagens positivas, em comparação com os adultos jovens, cuja maior ativação é das regiões pré-frontais mediais e do córtex orbital/ventromedial (51).

Os idosos saudáveis podem promover seu bem-estar emocional e resistir às adversidades recrutando recursos cognitivos adicionais de forma a implementar a regulação de seus objetivos (49,50).

*Bem-estar subjetivo e satisfação com a vida.*

A resiliência como capacidade de regular as emoções e enfrentar as adversidades tem sido associada aos conceitos gerontológicos de envelhecimento bem-sucedido, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e autoavaliação de saúde. As narrativas sobre o envelhecimento descrevem-no apontando para diferentes declínios e em que nível os indivíduos resistem a ele (52), resiliência sendo associada ao bem-estar geral e diário, em 125 idosas, após a viuvez (53) e ao bem-estar psicológico, em 174 idosos, idade 60-94 anos, sem demência (54).

O bem-estar subjetivo pode ser entendido como fator de proteção face às adversidades, sejam elas promovidas por condições biológicas, como a presença de processos inflamatórios, riscos cardiovasculares e doenças crônicas; quer decorram de condições sociais e econômicas desiguais (35). Trata-se de um construto que se compõe de três componentes: a satisfação com a vida, os afetos positivos e os afetos negativos (55). As diferenças na avaliação do bem-estar subjetivo podem ser atribuídas a fatores constitucionais, como os traços psicológicos. Alta extroversão e baixo neuroticismo são os mais fortes preditores de bem-estar subjetivo (55). A extroversão, o otimismo e os afetos positivos estão associados a maior longevidade, a recuperação cardiovascular mais rápida, a mais recursos cognitivos (38). As emoções negativas, entre elas a hostilidade, a raiva, a ansiedade e a depressão afetam o bem-estar subjetivo; e ainda são tidas como fatores de risco ou de vulnerabilidade para a mortalidade e morbidade (56).

O construto resiliência é também influenciado pelos mecanismos de autorregulação do self. Tais mecanismos dizem respeito a estratégias aprendidas, de natureza afetiva e cognitiva, que permitem ao idoso monitorar a si mesmo, avaliar, julgar e fazer revisões, buscar consequências positivas ou negativas para seu comportamento, fazer previsões, planos, agir e avaliar os resultados de suas ações (9, 57). Entre tais mecanismos estão o autoconceito, a autoestima, a autoeficácia, a comparação social, a seletividade socioemocional, as estratégias de enfrentamento e a seletividade socioemocional (57).

A satisfação com a vida é um indicador de envelhecimento bem-sucedido e bem-estar subjetivo. Constitui-se de uma avaliação cognitiva que o indivíduo faz sobre suas condições de vida e suas realizações em comparação com expectativas e necessidades, com base em critérios pessoais e socioculturais (58) (55). Pode referir-se à satisfação global com a vida ou envolver domínios específicos como saúde, relações sociais e cognição, incluindo amizade, tempo para o lazer, atividades/passatempos, saúde global, rendimentos, escolaridade, arranjos de moradia, vida familiar, parceria e sexualidade, prática de atividades saudáveis e manutenção de crenças religiosas.

Em relação à percepção que os idosos têm de seu envelhecimento e seu impacto na avaliação de sua satisfação com a vida, Keinnspehn-Anmerlahn et al. (59) realizaram um estudo longitudinal de seis anos, com idosos de 70-104 anos, do Berlin Aging Study, através de medidas coletadas em quatro tempos. Observou-se que os indivíduos permanecem, em média, 13 anos abaixo de sua idade cronológica, ao longo do tempo. Os mais velhos (85 anos e mais) registraram maiores discrepâncias entre a idade percebida e a cronológica do que a média da amostra, resultado esse que pode ser explicado pela mortalidade seletiva (os mais velhos apresentam um declínio mais lento) ou por terem mais saúde ou por terem sido menos impactados pela perda de papéis sociais e pelo advento de doenças crônicas. Uma investigação sobre o impacto da resiliência sobre idosos com condições de saúde ou de experiências estressantes desvantajosas poderia lançar luzes sobre o fato do tempo não impactar a discrepância entre a idade cronológica e a idade percebida, bem como sobre o impacto que uma maior

satisfação com a vida pode ter sobre a capacidade de resistir aos estressores em tais idosos.

*Bem-estar subjetivo e saúde subjetiva.*

Uma das definições usualmente conhecidas para avaliar o envelhecimento bem-sucedido e como um preditor de bem-estar é a medida utilizada por Rowe e Kahan(60), que contempla: ausência de doenças, incapacidade e fatores de risco; manutenção do funcionamento físico e mental e envolvimento ativo com a vida. Tais medidas configuram fatores objetivos de envelhecimento bem-sucedido. A saúde objetiva é tida como um recurso adaptativo para pessoas de todas as idades, em função de sua importância para a atividade, as competências comportamentais, a produtividade, a participação social e o autocuidado (58). Por esse motivo, ela é tida como um importante domínio da satisfação com a vida.

No entanto, a pesquisa gerontológica tem utilizado a saúde subjetiva (aqui denominada de autoavaliação de saúde) como domínio crítico da adaptação bem-sucedida de idosos. Considerada um indicador válido de saúde, é preditor de mortalidade, correlacionando-se com status funcional e mental (61), depressão (62) e incapacidade funcional (63). Deep e Jeste (64), numa revisão sobre preditores de envelhecimento bem-sucedido encontraram a autoavaliação de saúde como importante indicador de bem-estar em 26 dentre os 29 estudos analisados. A autoavaliação de saúde mantém fortes relações com a satisfação com a vida (65). Com o avanço da idade, aumentam os riscos para doenças crônicas, incapacidade funcional, fragilidade e perdas afetivas, sendo alta a probabilidade de ocorrência de piores avaliações de saúde (66). Um estudo envolvendo idosos da comunidade (14) apontou uma boa avaliação de saúde como associada à resiliência, ao lado de variáveis como pertencer ao sexo masculino, viver com outros, força manual e independência nas atividades da vida diária.

A dimensão subjetiva de saúde é avaliada através de questões como por exemplo: “você tem envelhecido de maneira satisfatória ou insatisfatória? Quão bem você está envelhecendo? E como poderia ser medido o seu envelhecimento nesses dias?

(atribuindo-se uma nota de 0 a 10) (67) . Pruchno et al. (67) utilizando medidas objetivas e subjetivas para uma população de 5.688 pessoas, idade 50-74 anos, vivendo em New Jersey, definiram quatro perfis de envelhecimento bem-sucedido: envelhecer bem de acordo com os dois critérios, de acordo com apenas um deles, ou de acordo com nenhum deles. Quando se utiliza somente o critério subjetivo o perfil de envelhecimento bem-sucedido é: sexo feminino, sem trabalho assalariado, altos índices de massa corporal, pouca atividade física, melhor suporte social e maior religiosidade. Tais resultados sugerem que para algumas pessoas as relações sociais podem representar a chave para o envelhecimento bem-sucedido, mesmo que não tenham comportamentos de saúde (67).

Strawbridge et al. (68) utilizando uma operacionalização dos critérios utilizados por Rowe e Kahan (60) compararam medidas objetivas com medidas subjetivas de envelhecimento bem-sucedido e bem-estar (“Quão fortemente você concorda ou discorda da afirmativa: Eu estou envelhecendo bem?”). Os resultados mostraram que 50,3% avaliam-se como envelhecendo bem, segundo o critério subjetivo, em relação a 18,8% classificados como envelhecendo bem, segundo o critério objetivo de Rowe e Kahan. A ausência de condições crônicas e a manutenção do funcionamento físico e mental são positivamente associadas com envelhecimento bem-sucedido em ambas as definições, porém muitos participantes com doenças crônicas e com dificuldades funcionais avaliam o seu envelhecimento como bem-sucedido, o que sugere a influência de resiliência.

Um estudo longitudinal japonês (61) envolvendo 2200 idosos, de 1987 a 1999, avaliou a autoavaliação de saúde, o status socioeconômico, as relações sociais e saúde (status mental, sintomas depressivos, doenças graves e crônicas) e o status funcional. Seus resultados ofereceram um retrato do envelhecimento normativo para os orientais: a autoavaliação de saúde piora gradualmente, mas pouco, entre 65-85 anos, aumentando um pouco depois dos 80 anos (provavelmente incluindo sobreviventes resilientes). Foram encontradas quatro trajetórias de saúde percebida: boa saúde percebida, declínio precoce entre 65-85 anos (provavelmente associado a um envelhecimento patológico),

declínio tardio, depois de um período de excelente saúde entre 65-70 anos e uma trajetória de recuperação da saúde avaliada como pobre, provavelmente associada à adaptação, onde entram em jogo fatores protetores, por exemplo, o otimismo (59).

## **6. Conclusões**

A resiliência apresenta-se como variável mediadora das perdas e dos riscos normativos e não normativos do envelhecimento e seus impactos sobre o funcionamento, a adaptação e o desenvolvimento na velhice.

De maneira geral, pode-se dizer que a literatura sobre resiliência enfatiza a definição do construto, a contribuição de fatores de personalidade (resiliência do ego, autoconceito, autoestima, firmeza) e os recursos do meio (por exemplo, suporte social e familiar, relacionamentos com a comunidade). Trata-se de um construto multidimensional, que envolve aspectos de idade, gênero, socioeconômicos e culturais, além de características do próprio indivíduo, como o bem-estar subjetivo, as crenças pessoais (espiritualidade, religiosidade, autoeficácia), a capacidade de regular as emoções, o propósito de vida, o senso de significado.

Sua compreensão na velhice exige a consideração de múltiplos níveis de significados e consequências, assim como variações individuais e culturais. Por exemplo, a dependência, embora caracterize vulnerabilidade, pode implicar em ações de resiliência, por exemplo, quando o idoso, apesar da incapacidade, é capaz de pedir ajuda(6).

O construto de resiliência pode ser sintetizado como a capacidade de regular perdas e manter ou incrementar ganhos, apoiado em uma constelação de variáveis com função de proteção e de promoção do envelhecimento bem-sucedido, entre elas a regulação emocional, a satisfação com a vida e a autoavaliação positiva de saúde.



## **METODOLOGIA**

### **TRÊS ESTUDOS SOBRE ENFRENTAMENTO DE ESTRESSE CONSIDERADO COMO INDICADOR DE RESILIÊNCIA EM IDOSOS**

Compreendido como fator de proteção, o construto de resiliência psicológica é amplamente reconhecido como útil para explicar o paradoxo do senso de velhice bem-sucedida mesmo na presença de riscos biológicos, psicológicos e intrapsíquicos e da ocorrência de eventos de vida adversos ao longo da velhice. Os anseios individuais e socioculturais por boa qualidade de vida na velhice fazem da resiliência e de seus indicadores um importante foco de investigações, tendo em vista sua aplicabilidade no manejo da saúde física e psicológica dos idosos.

Considerando a escassez de dados empíricos e de estudos teóricos produzidos no Brasil a respeito de resiliência psicológica, julgamos oportuno realizar uma revisão de literatura que nos oferecesse uma noção sobre o estado da arte no Brasil e no exterior, a partir dos anos 2007 a 2013. No Brasil já haviam sido publicadas as revisões de Laranjeira (12), abrangendo o período de 1994 a 2004 e de Oliveira et al. (69) abrangendo o período de 2000 a 2006. O resultado desse trabalho de revisão foi um artigo publicado em 20/05/2015, volume 20, fascículo 5, que é aqui apresentado como Estudo1 (19). Em nossa revisão os artigos internacionais foram categorizados em quatro grandes blocos: recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, regulação emocional frente a experiências estressantes, envelhecimento bem-sucedido e correlatos e medidas de resiliência. Os artigos nacionais foram classificados nas categorias: recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, resiliência em cuidadores de idosos e revisão teórica. A revisão confirmou resiliência como um dos princípios ou pressupostos do paradigma life-span em Psicologia.

Em estudos empíricos publicados em 2008, 2009 e 2013 (26, 27, 32), pesquisadoras associadas ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da FCM-Unicamp analisaram o fenômeno enfrentamento de eventos estressantes em amostras de idosos pertencentes a dois estudos populacionais: o PENSA (Processos de

Envelhecimento Saudável, Juiz de Fora, 2009) e o FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros, 2008-2009). Ambos adotaram a tipologia tradicional de enfrentamento com foco no problema e com foco na emoção (33). Em ambos foram investigadas relações entre estratégias de enfrentamento, vivência de eventos estressantes e sintomas depressivos em mulheres e homens idosos em várias faixas de idade.

Durante esse período em que estive envolvido com o conceito de enfrentamento, chamou a atenção do grupo o modelo proposto por Hildon et al. no contexto do English Longitudinal Study of Aging (ELSA). Trata-se de modelo que considera o enfrentamento como recurso de adaptação e de desenvolvimento. O interesse foi aumentando, a ponto de gerar a decisão de usar o modelo numa pesquisa. A oportunidade surgiu com o envolvimento da equipe no Estudo Longitudinal sobre Saúde do Idoso Brasileiro - ELSI- Brasil<sup>1</sup> (70), envolvendo 10.000 brasileiros com 50 anos e mais. Tal estudo integra um conjunto de pesquisas similares hoje em curso na Irlanda, na China, na Coreia e em vários países da Comunidade Europeia, além da Inglaterra, que lidera o grupo por intermédio do ELSI.

Essas circunstâncias levaram-nos a realizar um estudo metodológico para avaliar o modelo de Hildon et al. (10) em idosos brasileiros, com o fito de integrá-lo da forma mais correta no protocolo de coleta de dados do ELSI-Brasil. Realizamos análise de conteúdo dos itens de um inventário clássico de enfrentamento (32, 71, 72) calcado no modelo comportamental-cognitivo de Folkman e Lazarus (33). O painel de especialistas que realizou esta tarefa recategorizou os itens desse instrumento clássico de acordo com a tipologia de enfrentamento proposta por Hildon et al. (2010). O autor avalia a eficácia do enfrentamento em termos da sua capacidade de promover adaptação e reduzir desadaptação no curto prazo, e de promover desenvolvimento no médio e no longo prazo. Foi esse o tema do Estudo 2 (Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico), incluído nesta tese. Além de analisar conceitualmente a nova tipologia, o Estudo 2 submeteu dados de idosos do

---

<sup>1</sup> ELSI-Brasil: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>

Estudo FIBRA a uma análise de componentes principais e a uma análise de consistência interna. Também investigou correlações entre os escores ponderados que os idosos obtiveram nos itens de enfrentamento adaptativo, não-adaptativo e de desenvolvimento e sintomas depressivos, satisfação com a vida e autoavaliação de saúde. Estas variáveis foram consideradas como indicadores de regulação emocional (sintomas depressivos) e bem-estar subjetivo (satisfação com a vida e autoavaliação de saúde).

Um novo estudo, que recebeu o nome de Relações entre enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo, numa perspectiva de resiliência psicológica (Estudo 3), serviu para que realizássemos o objetivo de identificar relações entre o uso de estratégias de enfrentamento não-adaptativas (referência), adaptativas e de desenvolvimento, o tipo e a intensidade dos eventos estressantes vivenciados pelos idosos, a depressão indicada por escala de rastreio de sintomas depressivos, o nível de satisfação com a vida e a qualidade da própria saúde.

Depois de apresentar os objetivos dos três estudos, este capítulo relata as táticas para a obtenção da amostra, introduz as variáveis e os instrumentos utilizados e detalha os métodos e técnicas de coleta e análise de dados que foram utilizados nos estudos 2 e 3. Os critérios de seleção dos artigos resenhados no Estudo 1 são apresentados apenas no corpo do relatório desse Estudo.

## **1. Objetivos**

Foram estabelecidos os seguintes objetivos para os estudos<sup>2</sup>:

### **Estudo 1. Resiliência e envelhecimento: revisão teórica.**

---

<sup>2</sup> Os Estudos 1,2 e 3 são apresentados segundo as normas dos periódicos para os quais foram ou serão encaminhados. Artigo 1. Revista Ciência e Saúde Coletiva (Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos, <http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>).Artigo 2.International Psychogeriatrics (Harvard referencing system). Artigo 3.Psicologia: Reflexão e crítica (APA– 6ª ed).

1. Apresentar construtos de resiliência psicológica em idosos, associados aos modelos teóricos dominantes no campo da gerontologia.
2. Descrever os principais dados encontrados em revisão de literatura internacional e brasileira, período 2007 – 2013.

**Estudo 2. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico.**

1. Testar estatisticamente a estrutura de um modelo teórico de enfrentamento baseado nos conceitos de adaptação e desenvolvimento, modelo esse construído a partir da análise de conteúdo de uma escala de estratégias de enfrentamento, fundamentada no modelo de foco no problema e foco na emoção.
2. Investigar relações entre estratégias de enfrentamento consideradas à luz de um modelo de adaptação e desenvolvimento e sintomas depressivos (indicador de regulação emocional) e indicadores de bem-estar subjetivo (autoavaliação de saúde e satisfação com a vida).

**Estudo 3. Relações entre enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência psicológica.**

1. Descrever o perfil de idosos da comunidade com relação à experiência de eventos estressantes (tipos e intensidade) e ao uso de estratégias de enfrentamento de estresse, conforme as variáveis idade, gênero e renda familiar.
2. Investigar relações entre o uso de estratégias de enfrentamento promotoras de adaptação e de desenvolvimento e a experiência de eventos estressantes vivenciados (tipo e intensidade percebida), os sintomas depressivos, a satisfação com a vida e a autoavaliação de saúde, em idosos da comunidade.

## 2. Amostra e participantes

Os dados dos idosos foram derivados do banco eletrônico do Estudo FIBRA, polo Unicamp (73,74), que se integrou a uma rede de pesquisa financiada pelo CNPq (processo no 555082/2006-7). Os outros três polos participantes foram da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto; do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Trata-se de investigação descritiva, de corte transversal e multicêntrica sobre fragilidade e suas associações com variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, cognitivas e de fragilidade, de saúde, funcionalidade, estilo de vida e psicossociais. No polo Unicamp, o estudo envolveu 3.478 participantes com 65 anos e mais, residentes na zona urbana de sete cidades brasileiras selecionadas por critério de conveniência. Para esta tese foram selecionadas as amostras de Parnaíba (PI) e Ivoti (RS), porque os instrumentos de interesse aqui apresentados foram aplicados apenas aos idosos residentes nessas localidades.

O município de Parnaíba situa-se no extremo norte do Estado do Piauí, é distante 339 km da capital (Teresina). O Piauí é o segundo Estado mais pobre do País; 25,5% de seus municípios têm mais da metade da população vivendo em situação de extrema pobreza. Parnaíba tem uma população de 145.705 habitantes, sendo que 45.635 vivem em extrema pobreza (75, 76). O IDHM (índice de desenvolvimento humano municipal) é de 0,674 (77) e o produto Interno bruto (PIB) per capita da cidade é R\$5.484,85 (76). A taxa de analfabetismo da população com 60 anos e mais é de 40,5% e a expectativa de vida ao nascer é de 69,7 anos (76). Essas condições contrastam com as exibidas por Ivoti, município localizado a 55 km de Porto Alegre, na região serrana de Novo Hamburgo, de economia baseada em produtos industriais e agrícolas(26). Ivoti tem uma população urbana de 19.874 habitantes (76), IDHM de 0,784 e PIB per capita de R\$17.967,69 (77). O percentual da população em extrema pobreza é de 4,2%, o percentual de analfabetos na população com 60 anos e mais é de 6,3% e a expectativa de vida ao nascer é 75,5 anos (76).

Da mesma forma como ocorreu nas outras cinco localidades incluídas no Estudo FIBRA, pelo Unicamp, foi feita amostragem aleatória simples dos setores censitários urbanos de Parnaíba e de Ivoti. O número de setores censitários sorteados em cada uma correspondeu à razão entre o número de idosos pretendidos e número de setores censitários urbanos residentes em cada localidade. Em Parnaíba (PI) foram visitados 60 setores censitários e em Ivoti (RS), todos os 27. Foram estimadas cotas de mulheres e homens para cada amostra de 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 anos e mais, respeitando-se a proporcionalidade da distribuição desses segmentos na população idosa residente na zona urbana.

Por ocasião do recrutamento feito em domicílio por pessoal treinado, foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Seguindo-se as recomendações metodológicas de Ferrucci et al. (78) foram considerados inelegíveis para a pesquisa: a) idosos que apresentassem problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e de comunicação, sugestivos de grave déficit cognitivo; b) idosos permanente ou temporariamente impedidos de andar, permitindo-se uso de bengala ou andador, mas não de cadeira de rodas; c) perda localizada de força e afasia decorrentes de grave acidente vascular encefálico; d) comprometimentos graves da motricidade, fala ou afetividade associados à doença de Parkinson em estágio avançado ou instável; e) idosos com déficits de audição ou de visão graves que dificultassem fortemente a comunicação; e e) os que estivessem em estágio terminal.

Os idosos selecionados por ocasião do recrutamento participaram de sessão única de coleta de dados de 40 a 120 minutos de duração, realizada em local público de fácil acesso, localizado no setor censitário (unidades básicas de saúde, igrejas, escolas, clubes, centros de convivência). Todos participaram de um bloco de medidas sociodemográficas, antropométricas, clínicas, de fragilidade e cognitivas. O escore de cada idoso no Mini Exame do Estado Mental, controlando-se os anos de escolaridade(79), menos um desvio-padrão, foi o critério de seleção para participação em um segundo bloco de medidas de autorrelato sobre saúde, estilo de vida, sociabilidade,

funcionalidade e psicossociais. Os que não atingiram a nota de corte para seu nível de escolaridade foram dispensados neste ponto. Em Parnaíba, dos 484 recrutados, permaneceram na amostra 299 e em Ivoti dos 197 recrutados, permaneceram 160 idosos. A amostra do presente estudo foi composta de 268 idosos de Parnaíba e 147 de Ivoti, totalizando 415 idosos, devido às não respostas.

A sessão tinha início com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo1), em formato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, mediante o parecer 208/2007, CCAA. Os estudos 2 e 3 foram apresentados ao Comitê de Ética mediante adendo ao parecer CEP 208/2007 e foi aprovado em 28/08/13 (anexo2).

### **3. Variáveis e medidas**

#### **3.1. Estratégias de enfrentamento.**

Foram avaliadas através de 19 itens escalares do California Coping Inventory (26, 32, 71, 72, 80-82); traduzido e adaptado semântica e culturalmente para uso no PENSA. Cada idoso era convidado a responder aos itens pensando no evento que havia apontado como o mais estressante. O inventário propõe estratégias gerais, não específicas a situações, com foco no problema e na emoção. As opções de resposta são: 1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = quase sempre e 4 = sempre. Fortes-Burgos et al. (32) derivaram uma estrutura de cinco fatores para este instrumento, cujas definições foram adotadas neste estudo para efeito de comparação com a nova estrutura proposta. São eles: Fator 1. Emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco; Fator 2. Religiosidade; Fator 3. Controle sobre o ambiente social mais próximo; Fator 4. Esquiva: - Estratégias cognitivas e comportamentais, que atenuam o potencial estressor do evento e protegem de consequências adversas; Fator 5. Inibição de emoções. Essa estrutura foi depois confirmada com dados do FIBRA polo Unicamp (26, 82) (anexo 3).

### **3.2. Experiência de eventos estressantes**

Foi avaliada por meio de 40 itens com resposta sim x não. Trinta e dois integravam o The Elders Life Stress Inventory – ELSI (83) e haviam sido traduzidos semântica e culturalmente para uso no estudo PENSA (Processos de Envelhecimento Saudável), conduzido em Juiz de Fora, MG, no início dos anos 2000, tendo sido categorizados por Fortes-Burgos et al. (29) Oito novos itens foram introduzidos pelo delineamento do Estudo Fibra, polo Unicamp, para representar aspectos relevantes da realidade social brasileira.

### **3.3. Intensidade dos eventos estressantes**

Foi solicitado aos idosos que avaliassem a intensidade do estresse experimentado em cada evento que relataram ter vivenciado nos últimos cinco anos. Pedia-se que cada idoso atribuísse uma nota de 1 a 5, sendo 1 = nada estressante e 5 = extremamente estressante. Para efeito de análise dos dados, as frequências foram agrupadas em: alta (4 e 5), intermediária (3) e baixa intensidade (1 e 2) para cada um dos eventos.

### **3.4. Sintomas depressivos**

Foram avaliados por meio da Escala Geriátrica de depressão (EDG)(1), com 15 itens dicotômicos e nota de corte  $\geq 6$  (anexo 7).

### **3.5. Autoavaliação de saúde**

Foi perguntado ao idoso: “De um modo geral, como o/a Sr/Sra avalia a sua saúde no momento atual”?, com opções de resposta: muito boa (5), boa (4), intermediária (3), ruim (2) e muito ruim (5). Para efeito de análise as respostas foram agrupadas em autoavaliação positiva (boa e muito boa), intermediária e ruim (ruim e muito ruim).



### **3.6. Satisfação com a vida**

Foi avaliada por meio de escala com 3 pontos (muito, mais ou menos, pouco), em que se perguntava se o idoso se sentia satisfeito com sua vida de modo geral (73)

### **3.7. Sociodemográficas**

Sexo. Incluiu as alternativas masculino e feminino.

Idade. Foi derivada da data de nascimento informada pelos idosos. Os valores foram agrupados em 4 faixas: 65-69; 70-74; 75-79 e 80 anos e mais.

Renda familiar mensal. Os idosos foram solicitados a informar o valor bruto incluindo salários, pensões, aposentadorias, rendimentos de ativos, de imóveis ou outros deles próprios e dos outros membros da família. Os valores foram transformados em unidades de salários mínimos à época da realização da pesquisa.

## **4. Análise de dados**

No Estudo 2, os dados relativos à categorização dos itens de enfrentamento tiveram seu conteúdo analisado conforme o método de análise de conteúdo descrito por Bardin (84). A análise da validade de construto dessa categorização foi feita mediante análise de componentes principais aplicada aos dados dos 415 idosos de Parnaíba e de Ivoti constituídos numa única amostra. A consistência interna foi testada e indicada pelo alfa de Cronbach.

Nos Estudos 2 e 3 os dados de frequência dos grupos de idosos formados por diferentes critérios foram submetidos a testes qui-quadrado ou Exato de Fisher. As distribuições ordinais foram comparadas mediante os testes de Mann Whitney (duas amostras) e Kruskal-Wallis (três amostras ou mais). As correlações foram calculadas conforme o teste de Spearman (postos). Foram estudadas relações entre as variáveis independentes (sociodemográficas e de regulação emocional, bem-estar subjetivo e vivência de eventos estressantes) e as estratégias de enfrentamento (variável

dependente), por meio de análises de regressão logística univariada e multivariada, esta com critério *stepwise* de seleção de variáveis. O valor p máximo aceito em todos os testes foi de 0,05.

## RESULTADOS

### ESTUDO 1. Resiliência e velhice: revisão de literatura

O Estudo1 foi publicado em inglês e português na Revista Ciência e Saúde Coletiva na base SciELO<sup>3</sup>, em 20 de maio de 2015 (Anexo 5).

Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(5):1475-95.

---

<sup>3</sup> [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000501475&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501475&lang=pt)

## **Resiliência e velhice: revisão de literatura**

### **Resilience in aging: literature review**

*Arlete Portella Fontes<sup>1</sup>*

*Anita Liberalesso Ner<sup>2</sup>*

<sup>1,2</sup> Programa de Pós-graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

Correspondência: A.P. Fontes. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Av. Tessalia Vieira de Camargo, 126. Campinas – SP. CEP: 13083-887, Brasil. [arletepfontes@gmail.com](mailto:arletepfontes@gmail.com)

## Resumo

Resiliência é compreendida como um padrão de funcionamento adaptativo frente aos riscos atuais e acumulados ao longo da vida. Engloba uma variedade de recursos psicológicos, essenciais para a superação de adversidades, como as competências pessoais, as auto-crenças e o controle interpessoal em interação com os apoios sociais. Os objetivos são apresentar o construto de resiliência psicológica em idosos, associados aos modelos teóricos dominantes e descrever os principais dados encontrados em revisão de literatura internacional e brasileira, período 2007 – 2013. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, PsychInfo, SciELO e Pepsic, como descritores os termos *resilience*, *psychological resilience* e *aging* e resiliência e envelhecimento, velhice e velho. Foram selecionados e analisados 53 artigos internacionais e onze nacionais. Os artigos internacionais foram classificados em quatro categorias: recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, regulação emocional frente a experiências estressantes, resiliência e envelhecimento bem-sucedido e correlatos e medidas de resiliência. Os artigos brasileiros foram agrupados nas categorias recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, resiliência em cuidadores e revisão teórica. Predominam artigos sobre recursos psicológicos e sociais e sobre regulação emocional como fatores-chave associados à resiliência psicológica na velhice.

**Palavras-chave:** resiliência, enfrentamento, regulação emocional, idoso

## **Abstract**

Psychological resilience is comprised of an adaptive functioning standard before the current and accumulated risks of life. Furthermore, it has a comprehensive range of psychological resources which are essential to overcome adversities, such as personal competences, self-beliefs and interpersonal control which interact with the social networks support. The objectives are to show the concepts of psychological resilience in elderly, relative to dominant theoretical models and the main data about psychological resilience in aging, found in an international and Brazilian review from 2007 to 2013. The descriptors “resilience, psychological resilience and aging”, “resiliência e envelhecimento, velhice e velho”, were used in PubMed, PsychInfo, SciELO and Pepsic databases. Fifty-three international and eleven national articles were selected. The international articles were classified in four categories: psychological and social coping resources, emotional regulation before stressing experiences, successful resilience and aging and correlates, and resilience measures. The Brazilian articles were grouped in three: psychological and social resources, resilience in cares and theory review. Articles on psychological resources and on emotional regulation prevailed as key factors associated with psychological resilience in aging.

**Keywords:** Resilience, coping, emotional regulation, elderly

## Introdução

Na Física, o termo resiliência é referente à “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora de uma deformação elástica”<sup>1</sup>. Outras áreas passaram a utilizar o termo, dentre elas a psicopatologia, por fazer referência à heterogeneidade de padrões de respostas frente a estressores associados a doenças, dificuldades socioeconômicas, psicopatologias parentais e rupturas na unidade familiar em crianças, algumas delas sucumbindo a tais experiências, enquanto que outras escapavam ilesas ou se tornavam mais fortes <sup>2</sup>. Na Psicologia, o estudo da resiliência começou há cerca de 30 anos, quando psicólogos do desenvolvimento começaram a observar diferentes possibilidades para o desenvolvimento de crianças consideradas como de risco, pelo fato de viverem expostas a adversidades<sup>3</sup>. A consideração da resiliência na vida adulta e na velhice foi influenciada pelo movimento conhecido como Psicologia Positiva<sup>4</sup>, pelas noções de plasticidade intraindividual<sup>5</sup> e de reserva de capacidade cognitiva<sup>6</sup>.

Atualmente, o termo resiliência tem sido utilizado em diferentes contextos, tais como o acadêmico; o do paradigma de desenvolvimento ao longo do curso de vida; o das teorias e fases do desenvolvimento, com destaque para a adolescência, a vida adulta e a velhice; o da recuperação do indivíduo após situações traumáticas e o do desempenho nas organizações<sup>7</sup>.

Uma revisão bibliográfica apresentada por Souza e Ceverny<sup>8</sup> no período de 1986 a 2004, nos periódicos Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Lilacs- (Literatura latino-americana e do Caribe em ciências da saúde) e APA (*American Psychologic Association*), utilizando a palavra-chave resiliência, mostrou que as publicações vêm triplicando a cada período de cinco anos, abordando crianças e adultos (maior crescimento nos últimos anos) e idosos (a partir de 1999). Na base de dados APA, a partir de 1999, são incluídas temáticas sobre religião, racismo, violência familiar, homossexualidade, sobrevivência ao terrorismo<sup>8</sup>. No Brasil, nas bases Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e Universia (portal de informações sobre conhecimentos e

pesquisa aplicada e colaboração institucional entre universidades e empresas) os temas mais pesquisados são família, adolescentes e crianças, sendo que há cinco publicações envolvendo adultos e cinco idosos<sup>8</sup>.

Laranjeira<sup>9</sup>, utilizando como descritores os termos adaptação, vulnerabilidade, modelo de resiliência, idoso e eventos de vida, em pesquisa realizada nas bases Medline, Lilacs e PsycINFO (base de dados na área de Psicologia, desenvolvida pela APA), encontrou 44 artigos, de cuja análise derivou quatro núcleos temáticos: precursores da resiliência; resiliência e envelhecimento; relatividade dos fatores de proteção; e resiliência e velhice bem-sucedida. Neste último núcleo, a resiliência foi associada à baixa probabilidade de doença, preservação da funcionalidade física e cognitiva e engajamento com a vida, descritos por Rowe e Kahn<sup>10</sup> como indicadores capitais de velhice bem-sucedida.

Fazendo referência a recursos psicológicos essenciais para a superação de adversidades e para a recuperação dos níveis normais de funcionamento e desenvolvimento em situações de estresse, o construto resiliência é definido como um padrão de funcionamento adaptativo diante de riscos biológicos, socioeconômicos e psicológicos<sup>6,7,8,9,11,12,13</sup>. Na velhice, esses riscos incluem a morte de entes queridos; acidentes, doenças e incapacidades atingindo o próprio idoso; pobreza; abandono; conflitos familiares; violência doméstica e urbana; tensão crônica de papéis sociais e ansiedade e depressão em virtude da exposição a eventos críticos.

Nesse contexto este artigo representa uma atualização das revisões publicadas no Brasil e internacionalmente sobre resiliência, assumindo-se os idosos como foco. Tem um duplo objetivo: um é apresentar conceitos associados aos modelos teóricos dominantes no campo; o outro é analisar os resultados da busca bibliográfica de artigos publicados no Brasil e em periódicos internacionais entre 2007 e 2013 com relação ao tema.

#### Variações do construto resiliência na velhice

Buscando identificar os modelos teóricos dominantes para a compreensão do construto de resiliência, constata-se uma discussão clássica sobre o construto de



resiliência ser visto como um traço de personalidade ou como um processo<sup>14</sup>. Como um traço, a resiliência é considerada um recurso estável que permite uma *performance* estável sob estresse. Assim, a resiliência refere-se a uma tendência de, sob estresse, responder com flexibilidade, e não com rigidez. Dentro dessa visão, o construto *hardiness*<sup>15</sup> refere-se a um conjunto de traços como comprometimento, controle e abertura à mudança que podem ser vistos como uma disposição global da personalidade para resistir ao estresse. Atente-se que, essa abordagem centrada no indivíduo corre o risco de subestimar o papel de fatores externos e variáveis de contexto, não oferecendo uma descrição do que e como tem acontecido. Em sua outra interpretação, quando resiliência é analisada sob a ótica do processo, fala-se em enfrentamento, podendo ser ela interpretada como uma ponte entre os processos de enfrentamento e o desenvolvimento<sup>14</sup>. O grau de resiliência de um indivíduo é considerado, assim, como função de fatores protetores (internos e externos) que podem alterar as respostas da pessoa, sob determinadas circunstâncias ambientais<sup>6</sup>.

Subjacentes ao construto geral de resiliência como um padrão de funcionamento adaptativo no contexto de risco ou adversidade há duas condições básicas: 1. a exposição a um risco significativo; e 2. a evidência de adaptação positiva às ameaças ao desenvolvimento<sup>11</sup>. A adaptação positiva pressupõe bom desenvolvimento apesar dos riscos; competência para lidar com o estresse, incluindo a capacidade de minimizar os efeitos do evento estressante; capacidade de recuperação rápida após o trauma; e, em longo prazo, contenção de respostas negativas e capacidade de prover consequências positivas a comportamentos que impliquem em superação da adversidade<sup>16</sup>.

Assim, são considerados como psicologicamente resilientes os idosos que não sucumbem às adversidades, mas, ao contrário, na presença delas, exibem um padrão adaptativo positivo caracterizado pelo manejo dos eventos que ameaçam a adaptação, ou que, depois de serem afetados por adversidades, logram recuperar seus níveis anteriores ou basais de bem-estar objetivo e subjetivo. Diante de adversidades, o idoso pode alterar o significado a elas atribuído, reduzir cognitivamente o nível de perigo dos eventos estressores, reduzir sua exposição a eles, diminuir as próprias reações

negativas, manter a autoestima e a autoeficácia e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse <sup>15</sup>. Tais ações opõem-se à vulnerabilidade, entendida como carência de recursos psicológicos para enfrentamento. Elas envolvem manejo dos efeitos deletérios dos riscos e das ameaças à adaptação. Isso significa que, se puder contar com recursos de resiliência, o idoso não sucumbe a fatores de risco biológico, socioeconômico e psicossocial.

Enquanto variável dependente, a resiliência é entendida como produto da interação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos fatores de risco e das características de personalidade. Enquanto variável moderadora, sua função é mitigar os efeitos negativos do estresse associado aos riscos e adversidades sobre a adaptação do indivíduo<sup>18</sup>.

O paradigma de desenvolvimento ao longo da vida adota os conceitos de plasticidade e de capacidade de reserva para fazer referência à resiliência como manutenção do desenvolvimento normal, apesar dos riscos, e como recuperação após situações traumáticas <sup>5,6</sup>.

A plasticidade envolve padrões de mudança adaptativa, incluindo aumento, diminuição ou manutenção das capacidades. Na infância, esse conceito traduz-se em maturação e em aprendizagem, que são forças propulsoras de mudanças orgânicas e comportamentais. Na vida adulta e na velhice, traduz-se em flexibilidade diante dos estressores. Os limites da plasticidade biológica e comportamental naturalmente se estreitam com o envelhecimento.

A capacidade de reserva diz respeito ao potencial de manutenção e de recuperação dos níveis de adaptação normal, por meio da ativação de recursos latentes. As respostas adaptativas podem variar conforme o contexto, o tempo, a idade, o gênero e a cultura, e segundo a autoestima e o senso de autoeficácia<sup>19</sup>. Na velhice, a resiliência é função das reservas afetivas e cognitivas e manifesta-se por meio dos recursos de enfrentamento e de regulação afetiva, da motivação, das metas e das autocrenças de capacidade. Um dos pressupostos do modelo de desenvolvimento ao longo da vida é que a resiliência não só não declina, como tende a se manter na velhice, funcionando como

mediador para o alcance de bons padrões de adaptação, reconhecidos como velhice bem-sucedida<sup>5</sup>.

Resiliência é também definida como força interna, crescimento interno e poder ou força pessoal<sup>20</sup>, que se relacionam com o senso de coerência, as metas de vida (ou propósito) e a autotranscendência (capacidade de projetar-se além de si mesmo, em direção ao altruísmo, a uma obra a qual a pessoa se dedica, a uma pessoa que ama ou a Deus <sup>21</sup>). Nesse enfoque, a resiliência abrange conteúdos, como: sentir-se competente mesmo aceitando a ajuda dos outros; olhar para o lado luminoso da vida, sem esconder o lado sombrio; ser ativo, mas também relaxado; ser o mesmo, ainda que com nova aparência; e viver conectado ao presente, mas também ao passado e ao futuro<sup>20</sup>.

A resiliência aparece ainda associada à regulação emocional para enfrentamento de adversidades. Segundo esse enfoque, as vantagens do aumento da capacidade de regulação emocional, vinculado ao envelhecimento, refletem-se em maior adaptação dos sistemas cardiovascular e imune; em mais recursos cognitivos, incluindo senso de autoeficácia; em maior habilidade de buscar suporte social; em maior capacidade de adaptar-se à intensidade dos eventos estressantes; em maior integração cognitiva e afetiva; em mecanismos de defesa mais maduros; em menos neuroticismo (traço de personalidade relacionado a sintomas depressivos, ansiedade e infelicidade); em maior consciência; no uso preferencial de estratégias proativas de enfrentamento; e em mais satisfação com a vida <sup>22,23</sup>.

Recursos individuais e sociais de enfrentamento auxiliam os idosos a lidarem com eventos críticos por meio da atribuição de significados à luz da experiência passada, da busca e da manutenção de atividades prazerosas, do desempenho de papéis sociais relevantes, da adoção de estratégias de enfrentamento adaptativas e do acionamento de suporte social. Tais mecanismos de enfrentamento promovem resiliência por meio da atenuação, da transformação ou da negação do impacto das adversidades<sup>24</sup>.

Outro aspecto a considerar sob a ótica da regulação emocional é a intensidade do estresse. Quando os idosos vivenciam altos níveis de estresse, observa-se acentuação e prolongamento de experiências emocionais negativas e redução da

flexibilidade cognitiva<sup>25</sup>. Apesar de o idoso apresentar um funcionamento socioemocional igual ou superior ao de adultos jovens, em algumas situações ele pode ficar impossibilitado de empregar estratégias eficazes, por exemplo, quando diante de comprometimento cognitivo, de doenças crônicas, como artrite reumatoide, osteoartrite, fibromialgia<sup>22</sup> e de experiências de perda de familiares e amigos, que frequentemente associam-se à depressão. Um idoso pode registrar o mesmo nível de afeto negativo que um adulto jovem sem doenças crônicas, porém essa vantagem desaparece diante de altos níveis de estresse<sup>25</sup>.

Alguns estudos refletem a multiplicidade de fatores de proteção e de processos adaptativos englobados pelo construto de resiliência<sup>3</sup>. Nessa visão de análise dos múltiplos fatores componentes do construto, Windle et al.<sup>81</sup> examinaram o construto de resiliência psicológica na velhice, apoiando-se nos dados de uma amostra representativa de 1847 pessoas com idade variando entre 50-90 anos, provenientes da Inglaterra, do País de Gales e da Escócia, as quais foram submetidas à avaliação de autoestima, do controle interpessoal e das competências pessoais. As três medidas foram assumidas como indicadoras de resiliência. A validade fatorial das medidas foi testada, utilizando-se a técnica de análise fatorial confirmatória. De acordo com esse modelo, 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<sup>81</sup>. Com exceção da dimensão sociopolítica, que apresentou baixas correlações com os indicadores de resiliência, foram observadas correlações médias entre os indicadores de resiliência e as demais medidas, sugerindo que representam um constructo comum<sup>81</sup>.

A literatura teórica sobre resiliência na velhice converge no que diz respeito à importância de elementos do *self*, tais como autoconceito, autoestima e regulação emocional, e dos recursos do meio representados pelo suporte social e familiar e pelos relacionamentos com a comunidade. Essa interpretação de resiliência vem ao encontro da perspectiva de considerá-la como um processo, onde interação determinantes do meio e condicionantes individuais. Ainda, nessa literatura, há também ampla aceitação da importância da resiliência para a manutenção da funcionalidade, do bem-estar

subjetivo, do senso de ajustamento, da motivação para a atividade e do envolvimento vital, elementos que têm como papel central proteger o idoso da influência das perdas, dos riscos e das ameaças sobre a adaptação.

Tendo esses conceitos em mente, procedeu-se à revisão bibliográfica que ora se apresenta.

## **Método**

Foram realizadas duas buscas, sendo uma delas em periódicos internacionais e a outra em nacionais. A busca internacional nas bases de dados PubMed e PsycINFO abrangeu o período de janeiro de 2007 a agosto de 2013, usando como descritores os termos resilience, psychological resilience and aging. De um total de 67 artigos encontrados, foram selecionados para análise 53 artigos referentes à pesquisa sobre resiliência, sendo excluídos aqueles que incluíam apenas adultos jovens, não fazendo referência a adultos mais velhos; os que exploravam temas específicos dentro da resiliência como transtorno de estresse pós-traumático e suicídio; e um estudo sobre resiliência em animais. Os 53 artigos restantes foram submetidos à análise, buscando-se identificar as principais variáveis investigadas, a amostra e os principais resultados.

A busca em periódicos brasileiros foi feita nas bases de dados SciELO e PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia, abrangendo idêntico período de seis anos.

Foram utilizados como descritores os termos resiliência e envelhecimento, resiliência e velho e resiliência e idoso e foram analisados os mesmos aspectos considerados com relação à literatura internacional.

Foram derivados elementos organizadores conceituais comuns, ou seja, categorias de análise relativas aos temas focalizados pelos artigos. Os artigos internacionais foram agrupados em quatro categorias, listadas a seguir:

*Categoria 1. Recursos psicológicos e sociais de enfrentamento:* artigos relativos ao controle dos estressores externos e internos, mediante a utilização de recursos do *self* e da cognição e de apoios sociais informais pelo idoso.

*Categoria 2. Regulação emocional diante de experiências estressantes:* artigos relativos ao processo de manejo dos correlatos fisiológicos, emocionais e comportamentais do estresse e à atribuição de valência positiva ou negativa às pressões internas e externas.

*Categoria 3. Resiliência e envelhecimento bem-sucedido e correlatos (bem-estar, satisfação com a vida, qualidade de vida):* artigos sobre saúde, atividade, produtividade, satisfação e bem-estar como variáveis promotoras de resiliência e sobre comparações entre os paradigmas de envelhecimento bem-sucedido e resiliência.

*Categoria 4. Medidas de resiliência:* artigos metodológicos sobre validação de medidas destinadas a adultos e idosos.

Os artigos nacionais foram agrupados em três categorias:

*Categoria 1. Recursos psicológicos e sociais de enfrentamento* (definição idêntica aos internacionais).

*Categoria 2. Resiliência em cuidadores de idosos:* artigos relativos a função/processo de cuidar de idosos.

*Categoria 3. Revisão teórica:* artigos contendo revisões bibliográficas.

## **Resultados**

### Periódicos internacionais

Foram encontrados 54 artigos na base de dados PubMed, 19 artigos na PsycINFO. Seis dos artigos contemplaram ambas as buscas: PubMed e PsycINFO, tendo sido computados apenas uma vez, na base PubMed, totalizando 67 artigos encontrados. Desses, foram selecionados para análise 53 artigos.

Foram publicados média de 3,14 e 2,43 artigos, relativos às categorias recursos psicológicos e sociais de enfrentamento e regulação emocional, respectivamente, no período de 2007-2013. A produção de artigos aumentou de 2007 para 2008 (acréscimo de 07 artigos), mantendo relativa regularidade nos próximos anos. Nos últimos seis anos foram produzidos média de 7,57 artigos por ano, sendo que a maior produção se deu nos anos de 2009 a 2011. A categoria com menor frequência de artigos publicados foi a medidas de resiliência (dados não apresentados em tabela).

Em 23 dos 53 artigos encontrados na literatura internacional, o termo resiliência apareceu no título. Nos demais, apareceu no resumo ou no corpo do texto. Foram encontrados 22 artigos na *Categoria 1. Recursos psicológicos e sociais de enfrentamento*; 17 artigos na *Categoria 2. Regulação emocional*; 10 artigos na *Categoria 3. Envelhecimento bem-sucedido e correlatos*; e 04 artigos na *Categoria 4. Medidas de resiliência*. A seguir, são apresentados os quadros 1, 2, 3 e 4, referindo-se aos artigos encontrados em cada uma das categorias de análise, contendo para cada um deles a identificação dos autores e uma breve descrição de seus objetivos, amostra e resultados.

**Quadro 1.** Categoria 1. Recursos psicológicos e sociais de enfrentamento. Revisão de literatura internacional sobre resiliência em idosos (2007-2013).

<b><i>Autores/Ano</i></b>	<b><i>Objetivos</i></b>	<b><i>Participantes</i></b>	<b><i>Resultados</i></b>
Forstmeir e Maercker (2008) <sup>39</sup>	Investigar associação entre habilidades motivacionais e <i>status</i> cognitivo e bem-estar em idosos.	147 idosos, 60-94 anos, sem demência.	Reserva motivacional adquirida ao longo da vida funciona como fator protetor de proteção para danos cognitivos.
Hildon et al. (2008) <sup>24</sup>	Estudar relações entre resiliência e adversidades.	32 idosos, 70-80 anos, que viveram uma ou mais adversidades.	Manutenção de papéis sociais e suporte social funcionam como recursos frente às adversidades. Resiliência depende também do grau e do impacto da experiência adversa.

Beutel et al. (2009) <sup>35</sup>	Avaliar a relação entre satisfação com a vida, distúrbios mentais e envelhecimento e recursos pessoais e sociais, sob estresse.	2.540 mulheres alemãs, 18-70 anos.	Satisfação com a vida fortemente associada com resiliência, presença de companheiro, ausência de ansiedade e depressão, emprego, autoestima positiva, afiliação religiosa e menos idade.
Black e Rubistein (2009) <sup>52</sup>	Investigar experiências de racismo em histórias de sofrimento.	Afroamericanos, homens, +80 anos.	Sufrimento e generatividade manifesta-se em: enraizamento da generatividade, redenção do sofrimento e crenças religiosas que atenuam o sofrimento.
Costanzo et al. (2009) <sup>56</sup>	Investigar se sobreviventes de câncer mostram déficits, resiliência ou respostas de crescimento.	398 sobreviventes de câncer e 796 com história negativa de câncer.	Sobreviventes mostram prejuízo em saúde mental, humor e aspectos do bem-estar, contudo exibem resiliência, bem-estar social, espiritualidade e crescimento pessoal. Idosos mais resilientes do que os mais jovens.
Dorfman et al. (2009) <sup>28</sup>	Identificar estressores associados a eventos históricos e estratégias de enfrentamento.	25 idosas americanas da zona rural.	Resiliência fortalecida pela frugalidade, suporte social e aceitação.
Smith (2009) <sup>29</sup>	Investigar relações entre resiliência e busca de ajuda para cuidar de sintomas depressivos.	121 mulheres e 37 homens africanos.	Resiliência relacionada à disposição para buscar ajuda entre idosos com sintomas depressivos.
Washington et al. (2009) <sup>34</sup>	Investigar a relevância da fé e da espiritualidade em situações de falta de moradia.	84 mulheres afroamericanas.	Elementos da religiosidade são úteis ao enfrentamento da falta de moradia (crenças, envolvimento, etc.).



Wells (2009) <sup>57</sup>	Investigar relações entre resiliência e fatores sociodemográficos, redes sociais e <i>status</i> de saúde.	105 voluntários, 65 anos e +, zona rural, Nova Iorque.	Resiliência relacionou-se com saúde física preservada; <i>status</i> mental como preditor mais robusto.
Beutel et al. (2010) <sup>36</sup>	Avaliar impacto de fatores de vulnerabilidade, recursos pessoais e sociais sobre satisfação com a vida e estresse.	2.144 homens alemães.	Satisfação com a vida fortemente associada à resiliência, emprego, presença de companheiro, autoestima positiva, ausência de ansiedade e depressão e viver nos estados do leste alemão.
Hildon et al. (2010) <sup>26</sup>	Investigar relações entre qualidade de vida, resiliência e exposição a eventos adversos.	174 idosos ingleses, 68-82 anos.	Resiliência associada à qualidade dos relacionamentos, integração com a comunidade e estilos adaptativos de enfrentamento.
McFadden e Basting (2010) <sup>27</sup>	Analisar relações entre engajamento criativo em redes sociais e resiliência.	Idosos com e sem demência.	Efeito protetor da participação em redes sociais, por meio de atividades criativas.
Krause e Bastida (2011) <sup>33</sup> Fankhauser et al. (2010) <sup>58</sup>	Investigar crenças religiosas sobre sofrimento e saúde. Investigar o impacto de recursos interpessoais e sociais sobre os sintomas de transtornos de ajustamento (intrusões, esquiva, falha em adaptação após evento crítico).	1.005 idosos mexicanos. 121 adultos, idade 65-97 anos.	Melhores resultados em saúde associado à fé. Variáveis motivacionais mediaram a relação entre o reconhecimento social como vítima e sintomas de transtorno de ajustamento, porém, não mediaram a relação entre relutância à exposição e sintomas.
Vahia et al. (2011) <sup>32</sup>	Investigar a associação entre espiritualidade e otimismo, resiliência, saúde, depressão, saúde e qualidade de vida.	1.973 idosas.	Espiritualidade associou-se a alta resiliência, baixos níveis de renda e educação e estar casada.

Shrira et al. (2011) <sup>59</sup>	Comparar aspectos de resiliência e vulnerabilidade entre os descendentes de meia-idade, sobreviventes do holocausto e demais indivíduos.	364 adultos (meia-idade, descendentes de sobreviventes do holocausto e um grupo de israelitas).	Os descendentes (especialmente aqueles com ambos os pais sobreviventes) registraram maior senso de bem-estar, porém, mais problemas de saúde física quando comparados aos demais.
Sargent-Cox et al. (2012) <sup>60</sup>	Examinar o impacto de recursos psicológicos sobre as autopercepções positivas do envelhecimento, frente ao declínio da saúde (estudo longitudinal).	1.569 idosos, 65 anos e mais.	Autoestima e expectativas de controle pessoal podem atenuar os efeitos do declínio em atividades da vida diária sobre as percepções do envelhecimento.
Lou e Ng (2012) <sup>61</sup>	Investigar fatores de resiliência que ajudam idosos chineses a viverem sozinhos (estudo qualitativo).	13 idosos da comunidade que viviam sozinhos.	Temas: resiliência, competência cognitiva, <i>self</i> , personalidade e resiliência, orientação para a família, enfrentamento.
Tomás et al. (2012) <sup>62</sup>	Investigar os efeitos de estratégias de enfrentamento e do enfrentamento resiliente sobre o bem-estar (modelo estrutural).	225 idosos não institucionalizados (Valência – Espanha).	Resiliência mostrou-se importante preditor da variância em bem-estar, sem incluir estratégias de enfrentamento.
Mertens et al. (2012) <sup>30</sup>	Avaliar o impacto do suporte social, rendimentos e maestria pessoal (resiliência) sobre o funcionamento físico, social e mental.	361 homens e mulheres holandeses ≥ 60 anos.	Alto grau de resiliência associou-se significativamente ao funcionamento físico, mental e social. Altos níveis de suporte social e rendimentos significativamente para o envelhecimento bem-sucedido.
Gooding et al. (2012) <sup>31</sup>	Investigar os efeitos da resiliência psicológica sobre depressão, desesperança e saúde geral.	60 idosos da comunidade, idade ≥ 65, e 60 jovens, estudantes, idade 18-25 anos.	Mais velhos eram mais resilientes, especialmente quanto à regulação emocional e resolução de problemas. Mais jovens mais resilientes em relação ao suporte social.

Tummala-Narra et al. (2013) <sup>63</sup>	Examinar vulnerabilidade e resiliência em idosos. (Entrevistas semiestruturadas).	8 homens e 10 mulheres idosos indianos asiáticos.	Quatro categorias de análise: 1. Mudanças trazidas pela vida nos EUA. 2. Dar e receber cuidado na família. 3. Refletindo sobre as circunstâncias presentes e futuras. 4. Enfrentamento.
---	---	---	---

---

Nos artigos da Categoria 1. Recursos psicológicos e sociais de enfrentamento (Quadro1), maior resiliência associou-se à boa qualidade dos relacionamentos, integração à comunidade, alto uso de enfrentamento adaptativo (voltado para a solução de problemas) e ao enfrentamento direcionado ao desenvolvimento (por exemplo, lidar com a adversidade de modo positivo)<sup>24</sup>. O engajamento criativo em redes sociais pode ter um efeito neuroprotetor para os idosos, inclusive demenciados <sup>27</sup>. Em estudo qualitativo, envolvendo idosos da zona rural de uma comunidade norte-americana, a resiliência é descrita como uma condição associada a ter um modo frugal de vida, suporte social e aceitação<sup>28</sup>. O suporte social também é associado à resiliência em idosos urbanos, recrutados em igrejas, organizações de aposentados e centros de orientação nutricional. Por meio de análise de regressão multivariada foi encontrada relação entre resiliência e o desejo de buscar ajuda para sintomas depressivos <sup>29</sup>.

As relações entre resiliência e o impacto de recursos pessoais e sociais são ainda evidenciadas em estudos de anos mais recentes, como no estudo de Mertens (2012)<sup>30</sup>, no qual se associa um alto grau de resiliência (avaliada como maestria pessoal) ao funcionamento físico, mental e social em 361 idosos holandeses, de idade  $\geq 60$  anos, sendo que, dentre aqueles com diabetes, altos níveis de suporte social e rendimentos contribuem para o envelhecimento bem-sucedido. No estudo de Gooding et al. (2012)<sup>31</sup>, os mais velhos mostram-se mais resilientes especialmente em relação à resolução de problemas e a capacidade de regular suas emoções, enquanto que nos mais jovens a resiliência é associada ao suporte social disponível.

A religiosidade e espiritualidade aparecem em cinco dos artigos (quatro na categoria 1 e um na categoria 2). Nesse conjunto de artigos, espiritualidade em mulheres relaciona-se significativamente com alta resiliência, baixa renda, baixo nível educacional

e ser casada<sup>32</sup>. Crenças espirituais e religiosas são utilizadas como forma de enfrentamento diante do sofrimento e associam-se à melhor saúde percebida<sup>33</sup>. Em estudo qualitativo com 84 mulheres negras residentes nos Estados Unidos, as dimensões fé e espiritualidade são identificadas como recursos protetores para o enfrentamento da adversidade falta de moradia, sendo elas: identidade e crenças, afiliação, envolvimento, práticas e benefícios <sup>34</sup>.

Um estudo comparando 398 sobreviventes de câncer em relação a 796 com história de não câncer, os pacientes sobreviventes de câncer mostraram bem-estar social resiliente, espiritualidade e senso de crescimento pessoal, sendo que os sobreviventes mais velhos se mostravam mais resilientes em relação aos mais jovens, apresentando um funcionamento psicossocial equivalente aos seus pares<sup>56</sup>.

A variável satisfação com a vida associada a recursos pessoais e sociais de enfrentamento aparece em dois dos estudos. Num deles, um estudo com 2.144 homens alemães, satisfação com a vida foi fortemente associada à resiliência, presença de companheira, autoestima positiva, bons rendimentos, ausência de depressão e residência em estados do Leste<sup>36</sup>. Para 2.540 mulheres alemãs com idade de 18 a 70 anos e mais, satisfação com a vida associou-se à resiliência, à presença de um companheiro, à ausência de ansiedade e depressão, a ter emprego, à autoestima positiva, à afiliação religiosa e a ter menor idade <sup>35</sup>.

**Quadro 2.** Categoria 2. Regulação emocional diante de experiências estressantes. Revisão de literatura internacional sobre resiliência em idosos (2007-2013).

<b><i>Autores/Ano</i></b>	<b><i>Objetivos</i></b>	<b><i>Participantes</i></b>	<b><i>Resultados</i></b>
Chow et al. (2007) <sup>64</sup>	Examinar a relação entre emoções positivas e negativas e cognição no desempenho de uma tarefa cognitiva complexa.	63 jovens e 52 mais velhos	Idosos manifestam significativa unidirecionalidade da emoção negativa para o desempenho cognitivo e para a emoção positiva. Mais jovens manifestam unidirecionalidade do desempenho cognitivo para as emoções positiva e negativa.
Ostir et al. (2008) <sup>65</sup>	Investigar resiliência emocional após AVC (acidente vascular cerebral), durante reabilitação médica.	856 indivíduos com 55 anos e mais.	Um terço dos pacientes registrou alta frequência de emoções positivas nos três meses pós-AVC (resiliência emocional).
Stawiski et al. (2008) <sup>66</sup>	Examinar diferenças quanto à percepção global e exposição ao estresse e à reatividade aos estressores diários.	67 jovens (idade média de 20 anos); 116 idosos (idade média de 80 anos)	A exposição aos estressores diários foi reduzida na velhice, porém a reatividade emocional não diferiu dos mais jovens. Nos idosos, o estresse global percebido associou-se a maior exposição aos estressores diários. Nos mais jovens, maior afeto negativo associou-se a estressores diários.
Kessler e Staudinger (2009) <sup>54</sup>	Investigar relações entre regulação do afeto e resiliência em diferentes grupos de idade.	277 participantes, idade 20-80 anos.	A regulação do afeto, diante das dificuldades associadas à idade, emerge como componente central da resiliência em idosos.

Diehl e Hay (2010) <sup>41</sup>	Investigar associações entre estressores diários, afeto negativo, autoconceito incoerente e resiliência.	239 jovens, meia-idade e idosos. Idade média: 49,6.	Associação entre estressores diários e afeto negativo foi maior nos dias em que os adultos registraram menor controle. A reatividade aos estressores não diferiu entre diferentes idades ou níveis de autoconceito incoerente.
Charles et al. (2010) <sup>40</sup>	Examinar as diferenças de idade com relação aos estressores diários, eventos positivos e sua relação com a experiência emocional.	101 idosas, idade 63-93 anos.	Velhice associada a poucos estressores e a menor presença de afetos negativos. Não associada a afetos positivos. Eventos positivos foram menos frequentemente relacionados com a idade.
Montpetit et al. (2010) <sup>69</sup>	Investigar relações entre estressores diários e afetos.	42 idosos homens, idade média: 78,8 anos.	Indivíduos mais resilientes relataram ter menos estresse e menor reatividade a ele, recuperação mais rápida.
Ong et al. (2010) <sup>70</sup>	Examinar a extensão na qual a emoção positiva, seguinte à perda da esposa, varia com base na força das relações conjugais anteriores e nos traços de resiliência anteriores à perda.	Adultos do National Survey of Midlife Development (MIDUS).	Viúvos apresentam declínio na emoção positiva nos três anos seguintes à perda, quando comparados com os não viúvos. Não foram observados declínios significativos entre viúvos com forte traço de personalidade ou forte relacionamento conjugal.
Ong et al. (2010) <sup>71</sup>	Examinar o papel da resiliência psicológica e das emoções positivas na experiência do dia-a-dia de dor crônica durante 14 dias.	95 homens e mulheres com dor crônica.	Independente dos níveis de neuroticismo, emoções negativas, intensidade da dor, rendimentos e idade, indivíduos com elevada resiliência registraram maior frequência de emoções positivas e exibiram baixa intensidade de dor, comparados com os poucos resilientes.

Vahia et al. (2011) <sup>32</sup>	Analisar o impacto da depressão subavaliada sobre medidas de funcionamento psicológico positivo (otimismo e resiliência), funcionamento cognitivo e queixas e qualidade do bem-estar.	1.979 idosas da comunidade (Women's Health Initiative Study).	A depressão subavaliada apresentou: pior envelhecimento autorrelatado, pior saúde física e funcionamento emocional, mais atitudes negativas em relação ao envelhecimento, maior ansiedade.
Emler et al. (2011) <sup>43</sup>	Examinar as experiências de vida de idosos com HIV/AIDS e a relação com a resiliência ao lidar com a doença (estudo qualitativo).	25 adultos, com 50 anos e mais, vivendo com AIDS.	Temas emergentes: autoaceitação para viver os efeitos negativos da doença e a complexidade do envelhecimento; otimismo para enfrentar a adversidade; o desejo de viver, apesar do curso debilitante da doença; a generatividade (ações educacionais, aconselhamento com mais jovens).
Jackson e Bergeman (2011) <sup>44</sup>	Avaliar os efeitos mediadores do controle percebido sobre a relação religiosidade/espiritualidade e bem-estar.	529 adultos, idade 31-88 anos.	O controle percebido tem efeitos moderadores sobre a espiritualidade e o enfrentamento religioso em toda amostra e sobre as práticas religiosas nos mais velhos.
Brassen et al. (2012) <sup>72</sup>	Investigar, através de um modelo psicofisiológico (medidas de ressonância e uma tarefa com risco de ganho ou perda), quais efeitos <i>feedbacks</i> de insucesso/sucesso têm sobre o comportamento de arrependimento em jovens e idosos saudáveis e com depressão.	3 grupos: 21 jovens (idade média: 25,4), 20 idosos emocionalmente saudáveis (idade média: 65,8) e 20 idosos com depressão (idade média: 65, 6).	O envelhecimento emocional saudável está relacionado à redução de respostas de arrependimento, envolvendo maior ativação de estruturas implicadas na regulação emocional (córtex angular anterior).

O´ Hara et al. (2012) <sup>73</sup>	Investigar se o alelo 5-HTTLPR está associado à pobre resiliência emocional, através de medidas de resiliência, envelhecimento bem-sucedido, cognição e saúde.	99 adultos mais velhos da comunidade.	Não foram encontradas associações entre o alelo HTTLPR e a resiliência emocional. Os portadores desse genótipo tinham pior cognição e relatos de envelhecimento bem-sucedido.
Rosado-Medina et al. (2012) <sup>42</sup>	Investigar quais fatores internos de resiliência estão associados ao envelhecimento centenário.	23 centenários de Porto Rico: 15 homens e oito mulheres.	Fatores associados ao envelhecimento centenário: estabilidade emocional, otimismo, fatores comportamentais e habilidades emocionais e comportamentais.
Deboeck e Bergman (2013) <sup>74</sup>	Descrever a regulação emocional através de um modelo de equação diferencial, baseado no conceito de reservatório de água.	Idosos do Notre Dame Study on Aging.	À semelhança de um reservatório de água, no qual seu nível depende da quantidade de líquido que entra e sai, a quantidade de líquido corresponde aos estressores se acumulam ao longo da vida, enquanto que as ações de enfrentamento dissipam seu efeito.
Randall (2013) <sup>75</sup>	Descrever o valor das narrativas que se constituem “fortes e boas histórias” sobre o envelhecimento resiliente.	Artigo teórico	Engajar-se em uma reflexão sobre as narrativas (reminiscências integrativas, revisão de vida) pode contribuir para o enfrentamento das mudanças de vida na velhice.

A regulação emocional, objeto de investigação em 17 dos artigos (Quadro 2), permanece como temática de investigação ao longo dos seis anos. Os artigos abordam investigações sobre estressores diários, presença de emoções e afetos (positivos e negativos) na velhice, atitudes diante da adversidade e a complexidade da resposta emocional. A velhice é associada à exposição reduzida aos estressores diários e à menor presença de afetos negativos<sup>40,66</sup>, maior regulação emocional: poucos traços de



ansiedade e menos sintomas depressivos<sup>67</sup>, com as reações emocionais aos estressores não muito diferentes dos mais jovens<sup>66,41</sup>.

As diferenças individuais quanto à capacidade de regular as emoções são evidenciadas em estudo<sup>67</sup> em que menos ansiedade e menor frequência de sintomas depressivos, assim como maior otimismo, foram encontrados em idosos capazes de regular suas emoções, em comparação com idosos menos autorregulados. Ainda, no tocante às diferenças individuais, aqueles mais jovens e aqueles com autoconceito incoerente (maior evidência de discrepância entre medidas de auto representações em diferentes papéis e situações) apresentaram médias mais altas de afeto negativo em estudo envolvendo 239 indivíduos de 18 a 89 anos, em que foi avaliada a associação entre estressores diários e afeto negativo, considerando-se como indicadores de resiliência as variáveis coerência do autoconceito, idade e controle percebido<sup>41</sup>. Os indivíduos registravam níveis mais altos de afeto negativo na presença de menos controle percebido, especialmente os mais jovens, no entanto, a reatividade ao estresse não diferiu entre as idades e entre os níveis de coerência do autoconceito<sup>41</sup>.

A diminuição do afeto negativo na velhice é parcialmente atribuída à menor frequência de estressores diários. É o que mostra estudo no qual foram examinadas durante uma semana as relações entre os estressores diários e a experiência emocional de 101 mulheres (63 a 93 anos), relativamente saudáveis, quando se observou que as mais velhas registraram menor frequência de estressores e de afeto negativo em comparação com as mais jovens<sup>40</sup>. Nesse mesmo estudo, no entanto, o aumento da idade não se correlacionou com aumento de afetos positivos, ao contrário, houve diminuição, provavelmente, porque os idosos estavam engajados em poucas experiências e envolvidos na evitação de situações imprevisíveis<sup>40</sup>. Além disso, os eventos positivos não atenuaram a reatividade aos estressores diários, contrariando a literatura corrente, segundo a qual os eventos positivos atenuam o estresse. Segundo os autores, isso ocorreu porque os benefícios dos eventos positivos exercem forte influência sobre indivíduos que estão experimentando estresse crônico, o que não aconteceu com esta amostra, constituída de indivíduos saudáveis e não submetidos a tais condições; por outro lado, doenças e más condições de saúde, em especial, nas fases iniciais e finais

da velhice, podem fazer com que os idosos percam a vantagem da maior presença de afetos <sup>40</sup>.

**Quadro 3.** Categoria 3. Resiliência e envelhecimento bem-sucedidos e correlatos: bem-estar, satisfação com o envelhecimento e qualidade de vida. Revisão de literatura internacional sobre resiliência em idosos (2007-2013).

<b><i>Autores/Ano</i></b>	<b><i>Objetivos</i></b>	<b><i>Participantes</i></b>	<b><i>Resultados</i></b>
Harris (2008) <sup>49</sup>	Discussão teórica sobre resiliência e demência (dois estudos de caso).	Dois idosos com demência em estágios iniciais.	Autores propõem a substituição do conceito de envelhecimento bem-sucedido pelo de resiliência.
Kleinspehn-Ammerlahn et al. (2008) <sup>76</sup>	Examinar as mudanças percebidas na idade cronológica e na satisfação com o envelhecimento.	Idosos do “Berlin Aging Study”, 70-104 anos.	A idade contribui para um grande declínio na satisfação com o envelhecimento. Observa-se um aumento na discrepância entre a idade percebida e a idade cronológica (em média 13 anos abaixo da idade cronológica), sendo que um alto nº de doenças na linha de base atenua a discrepância.
Rothrauff et al. (2009) <sup>77</sup>	Avaliar a associação entre os estilos parentais e o bem-estar psicológico, os sintomas depressivos e o uso de droga.	1.995 adultos americanos de meia-idade e idosos.	Maior bem-estar psicológico associado às lembranças de estilos parentais com autoridade, comparados às lembranças de autoritarismo e de pais sem vinculação. Estilos parentais podem estar associados à resiliência, flexibilidade e maleabilidade.
Leipold e Greve (2009) <sup>14</sup>	Propor um modelo explicativo no qual a resiliência constitui-se em uma ponte entre o enfrentamento e o desenvolvimento, na perspectiva do envelhecimento bem-sucedido.	Estudo teórico	Indivíduos que se adaptam às condições adversas apoiam-se em processos de enfrentamento (assimilação e acomodação) influenciados por condições pessoais e situacionais.

Chu e Leasure (2010) <sup>51</sup>	Investigar a qualidade de vida em idosas vietnamitas imigrantes (estudo etnográfico).	33 idosas.	Temas mais frequentes: segurança e resiliência. Qualidade de vida relaciona-se à saúde, suporte social e <i>status</i> funcional.
Lacruz et al. (2010) <sup>78</sup>	Investigar preditores psicossociais, somáticos e comportamentais de envelhecimento bem-sucedido, apesar de experiências adversas.	Subamostra de 1.079 participantes (integrantes do kora-Coort).	Descrição do protocolo de estudo utilizado para investigar resiliência e fragilidade, em que são realizadas avaliações de saúde mental, resiliência, perfis neuroendócrinos, relacionados à adaptação bem-sucedida.
Terril e Gullifer (2010) <sup>45</sup>	Investigar experiência de envelhecimento em mulheres (entrevistas).	Oito mulheres anglo-australianas, zona rural, 65-75 anos.	Temas: liberdade para escolher atividades, aceitação pragmática do envelhecimento (resiliência) e narrativas de crescimento e estagnação.
Han et al. (2011) <sup>46</sup>	Investigar o bem-estar e a utilização do tempo em viúvas.	125 mulheres casadas e 75 viúvas.	Viúvas mostraram-se resilientes em atividades da vida diária. Não se diferenciaram das casadas quanto ao bem-estar geral e diário. Pequenas diferenças quanto à utilização do tempo.
Phoenix e Smith (2012) <sup>37</sup>	Analisar narrativas de idosos sobre o declínio associado ao envelhecimento.	13 idosos praticantes de musculação, 50-73 anos.	Descrições do envelhecimento como "natural", não estereotipadas quanto ao declínio e à deterioração. Diferenças individuais sobre como e em que nível resistem ao declínio.

Jeste et al. (2013) <sup>79</sup>	Avaliar aspectos físicos, cognitivos e psicológicos em relação ao envelhecimento bem-sucedido autorrelatado.	1.006 idosos da comunidade, idade 50-99.	30% da variância em envelhecimento bem-sucedido autorrelatado relaciona-se com resiliência, depressão, funcionamento físico e idade (nessa ordem).
-----------------------------------	--	--	--

Dentro da *Categoria envelhecimento bem-sucedido e seus correlatos* (Quadro 3) as narrativas de idosos sobre o envelhecimento descrevem-no em termos de declínios e enfrentamentos<sup>37</sup>. A resiliência é associada à aceitação pragmática da realidade em idosas da zona rural<sup>45</sup> e ao bem-estar geral e diário, em estudo envolvendo 125 idosas, após a viuvez<sup>46</sup>; e, às habilidades motivacionais adquiridas ao longo da vida, como fator protetor em relação à manifestação de *déficits* cognitivos e ao bem-estar psicológico, em estudo envolvendo 174 idosos (idade de 60 a 94 anos), sem demência<sup>39</sup>.

**Quadro 4.** Categoria 4. Medidas de resiliência. Revisão de literatura internacional sobre resiliência em idosos (2007-2013).

<b><i>Autores/Ano</i></b>	<b><i>Objetivos</i></b>	<b><i>Participantes</i></b>	<b><i>Resultados</i></b>
Lamond et al. (2008) <sup>80</sup>	Investigar a habilidade de adaptação às adversidades em idosas (escala de resiliência Connor-Davidson -CD-RISK).	1.359 idosas da comunidade, +60 anos.	Escala com boa consistência interna. Preditores de resiliência: bem-estar emocional alto, otimismo, autorrelato de envelhecimento bem-sucedido, engajamento social e poucas queixas cognitivas.
Windle et al. (2008) <sup>81</sup>	Mediante análise fatorial identificar recursos psicológicos comuns ao construto de resiliência.	1.847 idosos, 50-90 anos, Inglaterra, País de Gales e Escócia.	Autoestima, competência pessoal e controle identificados como elementos comuns às diferentes perspectivas teóricas sobre resiliência.

Resnick e Inguito (2011) <sup>82</sup>	Investigar propriedades psicométricas e clínicas da escala de resiliência de Wagnild (1993).	Idosos, 80-90 anos, maioria mulheres, média de 3 comorbidades médicas.	A escala permite identificar idosos com baixa resiliência. Recomendam-se revisões.
Tomás et al. (2012) <sup>83</sup>	Examinar a validade da Escala Breve de Resiliência.	133 idosos espanhóis de uma associação de aposentados.	A escala apresenta consistência interna e validade de critério. Uso clínico.

No quadro 4 são descritas três medidas de resiliência: a Connor-Davidson – CD Risk<sup>19</sup>; a escala de resiliência de Wagnild e Young<sup>48</sup> e a escala breve de resiliência<sup>83</sup>.

#### Periódicos nacionais

A pesquisa de artigos publicados no Brasil resultou em onze estudos, sendo dois deles de revisão, correspondentes aos descritores resiliência e idosos, resiliência e envelhecimento e resiliência e velho. Na base de dados PePSIC com os mesmos descritores, não foi encontrado nenhum artigo. Porém, quando se utiliza apenas o descritor resiliência, quatro artigos são identificados: um deles já constante na busca Scielo, dois deles, que não deixam claro se a investigação se referia a idosos, envelhecimento ou velho e um deles que se refere a uma revisão teórica no período 2000-2006, sendo este último, mantido para efeito de análise.

Os artigos nacionais de pesquisa foram atribuídos a três categorias, já definidas na seção Método: Categoria 1. Recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, Categoria 2. Resiliência em cuidadores de idosos e Categoria 3. Revisão teórica (Ver resumos no Quadro 5).

**Quadro 5.** Revisão de literatura brasileira sobre resiliência em idosos (2007-2013)

<b><i>Categoria 1. Resiliência em cuidadores de idosos</i></b>			
<b><i>Autor/ano</i></b>	<b><i>Objetivos</i></b>	<b><i>Participantes</i></b>	<b><i>Resultados</i></b>
Gaioli et al. (2012) <sup>84</sup>	Descrever variáveis sociodemográficas e de saúde em cuidadores de idosos com Alzheimer, associando os cuidados à resiliência.	101 cuidadores, +18 anos, acompanhantes de idosos em unidade básica e em hospital público, ano 2009.	A maioria dos cuidadores era de mulheres, sem depressão, que recebiam ajuda de outras pessoas e que tinham alta pontuação em escala de resiliência. Associações significativas de resiliência com: grau de parentesco; utilização de medicamentos; cansaço, esgotamento e desânimo; tratamento médico.
Oliveira e Furegato (2012) <sup>90</sup>	Identificar, através de entrevistas, características da convivência diária e do cuidado recebido através do sistema de saúde de um casal de idosos com filhos esquizofrênicos.	Casal de idosos e 4 filhos esquizofrênicos	Categorias identificadas: esquizofrenia como sentido de limitações; cansaço e sobrecarga com prejuízo da qualidade de vida; incerteza em relação ao futuro e resiliência fortalecida pela fé em Deus. Satisfação com o cuidado recebido.
<b><i>Categoria 2. Recursos psicológicos e sociais de enfrentamento</i></b>			
<b><i>Autor/ano</i></b>	<b><i>Objetivos</i></b>	<b><i>Participantes</i></b>	<b><i>Resultados</i></b>
Fortes et al. (2009) <sup>85</sup>	Investigar a resiliência do idoso e a relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas.	86 idosos, idade: 60-90 anos.	Não foram encontradas relações entre resiliência e variáveis sociodemográficas. Maior frequência de queixas subjetivas de memória associadas a baixa resiliência. Correlações significativas entre resiliência e cognição (MEEM).
Resende e Neri (2009) <sup>87</sup>	Investigar as relações entre o senso de ajustamento psicológico e a perspectiva de velhice em adultos jovens e em idosos com deficiência física.	90 pessoas, ambos os sexos, idade: 25-84 anos.	Índices de ajustamento pessoal moderados e altos, mulheres pontuaram mais baixo. Aqueles com deficiência congênita e os mais ajustados psicologicamente mostraram perspectivas mais positivas da velhice.
Resende et al. (2010) <sup>86</sup>	Investigar as relações entre bem-estar subjetivo, resiliência e percepção de suporte social.	12 participantes de um grupo de teatro.	Relatos de bem-estar subjetivo, resiliência frente a eventos de vida e percepção do suporte social disponível (emocional e prático). Quanto maior a idade maior a resiliência.

Ferreira et al. (2012) <sup>91</sup>	Avaliar a resiliência, a autoestima e o apoio social em idosos (estudo exploratório).	65 idosos da rede pública de saúde (Natal, RN), idade média: 71 anos.	Níveis satisfatórios de características resilientes, autoestima positiva e apoio social percebido. Correlações moderadas e positivas entre resiliência e autoestima.
Rodrigues e Neri (2012) <sup>93</sup>	Investigar relações entre vulnerabilidades social (gênero, idade e rendimentos); individual (comorbidades, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde) e programática (acesso aos serviços de saúde, por ex).	688 idosos Campinas, SP, Brasil (FIBRA).	Variáveis relacionadas à variabilidade: acesso e uso de serviços de saúde, índices de SUS-dependência e de vulnerabilidade social, e renda familiar. Condições sociais e renda familiar covariam com vulnerabilidade individual na velhice.
Andrade et al. (2013) <sup>92</sup>	Descrever perfil sociodemográfico e econômico de sobreviventes de câncer, segundo o grau de resiliência.	264 sobreviventes de câncer, avaliação médica de março a junho de 2010, em um hospital escola.	Predomínio do sexo feminino (67, 8%), idosos (47, 4%), casados (52, 6%), raça branca (83, 3%), aposentadoria como renda principal (75,4%). O grau de resiliência foi maior entre os homens (47,1%), idosos (44,8%), solteiros (47,9%), não brancos (52,3%), com emprego (55,6%).
Ribeiro et al. (2009) <sup>88</sup>	Caracterizar idosos com insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise; identificar níveis de depressão.	61 pacientes de um hospital escola.	Escore médio na GDS (Geriatric Depression Scale): 10, 43. Correlações entre renda e escolaridade, escore GDS e analfabetismo sugerindo menor resiliência em relação à doença entre analfabetos.

<b>Categoria 3.Revisão teórica</b>			
Laranjeira (2007) <sup>9</sup>	Investigar a produção científica em periódicos indexados (Medline, Lilacs e PsychoINFO), período: 1994-2004, utilizando-se como descritores: adaptação, vulnerabilidade, modelo de resiliência, idoso e eventos de vida	44 artigos	Quatro núcleos temáticos: precursores de resiliência: resiliência e envelhecimento, relatividade dos fatores de proteção e resiliência e velhice bem-sucedida. Ainda é escassa literatura relativa à resiliência e envelhecimento.
Oliveira et al. 2008) <sup>89</sup>	Realizar levantamento bibliográfico de pesquisas relacionadas à resiliência no período de 2000-2006 (análise documental em bases: Medline, LILACS, Banco de teses da PUC e Scielo).	43 artigos	Prevalência da população de adultos (42,8%) em um total de 21 pesquisas empíricas analisadas. Trata-se de conceito em construção, que tem relação direta com fatores de proteção e de riscos.

## Discussão

Do ponto de vista conceitual, os estudos chamam atenção para a multidimensionalidade do construto de resiliência, refletindo uma complexa interação entre o indivíduo e o meio, em que estão presentes os fatores de risco (individuais, do meio e cumulativos); de proteção (atributos individuais, relacionamento interpessoal e suportes ambientais); e na combinação possível entre eles, resultando numa forma resiliente de vida, que se traduz em desenvolvimento e sua manutenção, bem-estar psicológico, evitação de transtornos e recuperação<sup>3,49,50,51</sup>.

No âmbito da gerontologia, uma análise do conjunto de artigos evidencia a predominância de construtos associados ao modelo *life-span*, compreendendo resiliência como relacionada ao desenvolvimento, à noção de plasticidade individual, ao potencial de mudança do indivíduo, à flexibilidade e resistência para lidar com os limitadores e perdas que recaem sobre as trajetórias de vida<sup>5,6</sup>. Há predominância de conceitos investigados ao longo do percurso teórico da Gerontologia, entre eles, o envelhecimento



bem-sucedido, o bem-estar psicológico, o suporte social, a satisfação com a vida, a religiosidade e espiritualidade, entre outros, como associados ao de resiliência. A revisão feita sinaliza para os recursos psicológicos e sociais de enfrentamento e a regulação emocional, como componentes centrais dos processos de adaptação.

Com relação à *Categoria 2 – Regulação emocional diante de experiências estressantes*, destaca-se o papel das diferenças individuais na capacidade de regular as emoções, aspecto teórico importante dentro do construto resiliência, uma vez que resiliência envolve a complexa interação entre indivíduo e seus recursos disposicionais e os suportes oferecidos pelo meio. Assim recursos como o otimismo, o controle percebido, o autoconceito e a capacidade de regular as emoções<sup>67,41</sup> podem explicar algumas diferenças entre os mais e menos resilientes.

A literatura específica sobre a velhice, referente aos processos de regulação emocional como vantagem relacionada à idade, descreve uma pequena diminuição do bem-estar depois dos 60 anos, provavelmente devido a um aumento de doenças, porém, diante de tensões interpessoais inevitáveis e de situações estressantes, os idosos assumem posturas mais acomodativas<sup>54</sup>, apresentando uma resposta emocional complexa que valoriza aspectos positivos e negativos da experiência<sup>11</sup>. Tal capacidade de regulação emocional pode estar associada aos processos de seleção adaptativos que permitem aos idosos poupar recursos psicológicos, fisiológicos, sociais e cognitivos, diminuindo o número de vínculos e cultivando apenas aqueles que significam proximidade afetiva, aumento do conforto e melhoria do bem-estar subjetivo<sup>25</sup>.

Nos últimos anos (2011 a 2013), os artigos referentes à regulação emocional enfatizam as emoções positivas no envelhecimento, como otimismo relacionado ao envelhecimento centenário<sup>42</sup>; autoaceitação, desejo de viver, autocontrole e vida relacional, relacionados ao enfrentamento de doenças, como a AIDS<sup>43</sup>. Também o controle percebido é compreendido como tendo um efeito mediador sobre a relação religiosidade/ espiritualidade e bem-estar, em estudo envolvendo 529 idosos, idade 31-88 anos<sup>44</sup>. É importante salientar que o fenômeno resiliência está associado a recursos individuais como os aqui apontados, porém, sua conceitualização exige abordagem

integradora em que resiliência aparece como uma constelação que combina recursos individuais (capacidades, competências, atributos), condições sociais (suporte social, por exemplo) e problemas ou mudanças de desenvolvimento (por exemplo, obstáculos, perdas)<sup>4</sup>.

Atentando ao fato de que a resiliência engloba além dos recursos do *self* aqueles relacionados aos apoios sociais, alguns estudos<sup>24,26,27,28</sup> apontam para a relevância dos recursos sociais ou do “capital social”, assim nomeado por Hildon<sup>24,26</sup>, por exemplo, o suporte social recebido, a qualidade dos relacionamentos e a integração à comunidade.

Embora nem sempre focalizem resiliência, os estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido e seus correlatos mostram o bem-estar psicológico e a manutenção das funções afetivas e cognitivas como importantes indicadores de adaptação frente à adversidade. O funcionamento psicológico positivo produz melhor regulação neuroendócrina e funciona como um fator protetor em relação à adversidade, seja ela física (doença ou incapacidade), econômica ou educacional. Altos níveis de propósito de vida, crescimento pessoal e relações positivas com os outros, associam-se a baixo risco cardiovascular, bom colesterol e baixos níveis de cortisol, melhor controle glicêmico<sup>50</sup>. A associação de altos níveis de bem-estar psicológico e de escolaridade foi apontada como preditor de baixos níveis de IL-6 - interleucina – 6, um marcador de processos inflamatórios<sup>53</sup>. A relevância do funcionamento psicológico positivo ou do bem-estar para os processos de adaptação psicossocial é também apontada por Harris<sup>49</sup> quando propõe a substituição do construto envelhecimento bem-sucedido pelo de resiliência, a partir de dois estudos de caso, de pacientes com diagnóstico de Alzheimer, em estágio inicial, levando em consideração suas trajetórias de envelhecimento.

Com relação à literatura brasileira, um aspecto a destacar é que a maioria dos artigos (sete deles, num total de onze) versa sobre recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, refletindo uma tendência da literatura internacional. Também, no Brasil, seis dos artigos utilizam para avaliação de resiliência a escala de resiliência<sup>47</sup>, adaptação da escala de Wagnild e Young<sup>48</sup>.

Os artigos nacionais constantes da *Categoria 2. Resiliência e cuidadores de idosos* evidenciam interesse pela relação de cuidado, como uma das novas temáticas na investigação sobre idoso. Um desses artigos mostra associações significativas de resiliência com: grau de parentesco (filhos e cônjuges apresentam médio e alto grau de resiliência, quando comparados a irmãos e cunhados); utilização de medicamentos (porcentagem maior de uso por aqueles que apresentam baixa pontuação em resiliência, em relação aos demais); cansaço, esgotamento e desânimo (maior porcentagem daqueles com baixo e médio grau de resiliência em relação aos demais), tratamento médico (maior porcentagem daqueles com baixa resiliência referem estar em tratamento, em relação aos demais).<sup>84</sup>

Não foram encontrados artigos investigando aspectos relativos à intervenção na prática clínica. No entanto, sabe-se que aumentar a capacidade de enfrentamento das condições adversas é um dos objetivos primeiros da prática clínica. Desse modo, métodos que aumentem a resiliência emocional, tais como o *biofeedback*, o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a distração, são tidos como efetivos para aumentar as habilidades para lidar com a dor crônica e promover o bem-estar<sup>22</sup>. Práticas como a exploração da história de vida, do desenvolvimento ou das circunstâncias individuais podem contribuir para aumentar a resiliência, quando identificam experiências de relações bem-sucedidas, cujos comportamentos possam ser utilizados em uma experiência adversa<sup>55</sup>.

Do ponto de vista metodológico os delineamentos estatísticos estão mais presentes na literatura internacional no período analisado, em relação aos estudos qualitativos <sup>28,34,37,45,52,63,61</sup>. Os estudos de Hildon<sup>24</sup> e Rosado-Medina et al.<sup>42</sup> utilizam ambos os métodos quali e quantitativo. No Brasil, a maioria dos estudos analisados utilizam métodos quantitativos, refletindo a tendência internacional.

A revisão de literatura aqui realizada apresentou limites com relação ao escopo de análise dos artigos, detendo-se apenas em seus objetivos, amostra e principais resultados. Os resultados poderiam ser incrementados com outras informações, por exemplo, a metodologia de estudo predominante, o país de origem, o

modelo operacional utilizado, a identificação de resiliência como variável dependente ou independente, entre outros.

## **Conclusões**

A revisão da literatura sobre resiliência na velhice, no período 2007-2013 permite apontar um pequeno conjunto de ideias centrais e relevantes. A primeira delas é que a resiliência se mantém na velhice, propiciando a continuidade do funcionamento e do desenvolvimento por meio de processos de enfrentamento dos efeitos deletérios dos riscos e das adversidades típicas dessa fase e daqueles decorrentes da história de vida. Trata-se de um dos princípios ou pressupostos do paradigma *life-span* em Psicologia, que vem sendo sistematicamente confirmado por pesquisas.

A segunda ideia é a do enfrentamento entendido como manejo, resistência e recuperação dos efeitos negativos dos estressores. Na velhice, as adversidades ou os riscos são representados, por exemplo, por experiências de morte e doença de entes queridos, por doenças e acidentes sofridos pelo próprio idoso, pela perda de prestígio e de recursos necessários à sobrevivência e por eventos incontroláveis que afetam os descendentes.

A terceira noção importante é que, para o enfrentamento de riscos e adversidades concorrem recursos pessoais tais como boa saúde, manutenção da atividade, funcionalidade, otimismo, afetos positivos, autoestima elevada, flexibilidade, propósito, senso de significado, controle interpessoal e religiosidade/espiritualidade, em interação com recursos sociais, entre eles a integração à comunidade, a manutenção dos papéis sociais, o envolvimento social e os recursos sociais oferecidos pelas redes de relações. Ainda, a saúde, o envolvimento vital, a participação social e o bem-estar psicológico são apontados como variáveis dependentes e como variáveis independentes em relação à resiliência.

No Brasil, a produção de artigos de pesquisa sobre resiliência em idosos tem crescido nos dois últimos anos. A resiliência de cuidadores familiares de idosos doentes

e dependentes é assunto que aparece como nova vertente de pesquisa, possivelmente em virtude da visibilidade que o fenômeno vem ganhando nos anos mais recentes, em que o aumento da longevidade e a necessidade de cuidados tornaram-se fatos mais palpáveis nas clínicas e nas famílias. A pesquisa brasileira apontou ainda para a importância de pesquisas de base populacional, abrangendo condições socioculturais e econômicas em interação com processos biológicos e individuais ao longo da vida, determinando vulnerabilidade ou resiliência na velhice.

No entanto, apesar dos progressos numéricos e teórico-metodológicos e da relativa sobreposição aos temas da pesquisa internacional, a pesquisa nacional sobre resiliência em idosos ainda é relativamente escassa, por exemplo, em comparação com a investigação sobre saúde e funcionalidade. Ela se ressentida da escassez de instrumentos de medida, de embasamento teórico e da estruturação de linhas de pesquisa robustas e que se mantenham no tempo. Replica, assim, tendências da pesquisa em Gerontologia no País, um campo novo e com pouco investimento das universidades e das agências de fomento, mas que tende a crescer acompanhando as tendências populacionais e sociais.

A pesquisa brasileira tem sinalizado ainda para a importância de pesquisas de base populacional, que venham abranger condições socioculturais e econômicas em interação com processos biológicos e individuais ao longo da vida, contribuindo para determinar vulnerabilidade ou resiliência. Longo é o caminho a ser percorrido.

**Colaboradores:** AP Fontes realizou a pesquisa bibliográfica e a análise do material dela resultante. Com a colaboração de AL Neri, redigiu o presente texto.

## Referências

1. Ferreira BHF. *Novo Dicionário Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

2. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012; 1094:1-12.
3. Smith GC, Hayslip Jr B. Resilience in adulthood and later life: What does it mean and where are we heading? In: Hayslip Jr B, Smith GC. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Emerging perspective on resilience in adulthood and later life*. New York : Springer, 2012; 32: 3-28.
4. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An Introduction. *The American Psychologist*. 2000; 55(1): 5-14.
5. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*. 1997; 52(4): 366-80.
6. Staudinger UM, Marsiske M, Baltes PB. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychology*. 1993; 5:541-66.
7. Bandura, A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York : W.F.Freeman; 1997.
8. Souza MTS de, Ceverny CM de. Revisão de literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*. 2006; 40(1):119-26.
9. Laranjeira CAS de. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia:teoria e pesquisa*. 2007; jul-set, 23(3): 327-32.
10. Rowe JW , Kahan RL. Usual and successfull. *Science* 1997; 237:143-49.
11. Ong, AD, Bergeman, CS e Boker, SM. Resilience comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*. 2009, Vol. 77, 6, pp. 1777-1804.
12. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção. Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004; Mai-Ago,20(2):135-43.

13. Waxman HC, Gray JP, Padrón YN. Review of research um educational resilience. Ed: Vickie Lewelling. Santa Cruz: *Center for Research Education, Diversity & Excellence, University of Califórnia*, 2003. Research Report nº 11. [Cited 2007 Mar25] [about 28 p.] Available from: HYPERLINK <http://www.cal.org/crede/pubs/research/RR11.pdf> .
14. Leipold B, Greve B. Resilience. A conceptual Bridge Between Coping and Development. *European Psychologist* 2009; 14(1): 40-50.
15. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 42:168-77.
16. Hardy SE, Contato J, Gill TM. Resiliencfe of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society* 2004, Feb, 52: 257-62.
17. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 598-611.
18. Wagnild G. Resilience and Sucesfull Aging: Comparison Among Low and High Income Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* 2003;Dec 29, 12: 42-9.
19. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new scale. The Connor-Davidson Resilience Scale. *Depression and Anxiety* 2003; 18: 76-82.
20. Nygren B, Norberg A, Lundman B. Inner Strength as Dsiclosed in Narratives of the Oldest Old. *Qualitative Health Research* 2007; 7:1060-73.
21. Frankl VE. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. [trad.] Walter O. Schlupp e Carlos C.Aveline. Porto Alegre:Sulina, 1999.
22. Davis MC, Zautra AJ, Johnson LM, Murray KE, Okvat HA. Psychosocial Stress, Emotion Regulation, and Resilience among Older Adults. In Aldwin CM, Park CL, Spiro III A. *Handbook of health psychology and aging*, New York: The Guilford press, 2007. p.250-262.

23. Neri AL. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: Freitas Ev de; Py L; Cançado F; Doll J; Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.
24. Hildon Z, Smith G, Netuveli G, Blane D. Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness* 2008; 30 (5):726-40.
25. Charles ST , Cartensen, LL. Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology* 2010; 61: 338-409.
26. Hildon Z, Montgomery, SM e Blane, D. Examining resilience of quality of life in the face of health - related and psychosocial adversity at older ages: What is "right" about the way we age? *Gerontologist* 2010; Feb 50(1): 36-47.
27. Mc Fadden SH , Basting, AD. Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clin Geriatr Med*. 2010; Feb 26(1): 149-61.
28. Dorfman LT, Mendez EC, Osterhaus Jk. Stress and resilience in the oral histories of rural older women. *J Women Aging*. 2009; Oct 21(4): 303-16.
29. Smith, PR. Resilience: resistance factor for depressive symptom. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16(9): 829-37.
30. Mertens VC, Bosma H, Groffen DA, van Eijk JT. Good friends, high income or resilience? What matters most for elderly patients? *Eur J Public Health*. 2012; Sep 22(5): 666-71.
31. Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrrier N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012, 27(3): 262-7-.
32. Vahia IV, Deep CA, Palmer BW, Fellows I, Golshan S, Thompson W, Allison M, Jeste DV. Correlates of spirituality in older women. *Aging Ment Health*. 2011; Jan 15(1):97-102.
33. Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and self-rated health among older Mexican Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011; Mar 66(2):207-16



34. Washington OG, Moxley DP, Garriot, L, Weinberger JP. Five dimensions of faith and spirituality of older African American women transitioning out of homelessness. *J Relig Health*. 2009; Dec 48 (4):431-44.
35. Beutel ME, Glaesmer H, Decker O, Fischbeck S, Braehler E. Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause* 2009; Nov-Dec 16(6):1132-1138.
36. Beutel ME, Glaesmer H, Wiltink J, Marian H, Braehler E. Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *Aging Male* 2010; Mar 13(1):32-9.
37. Phoenix C, Smith B. Telling a (good?) counterstory of aging: natural bodybuilding meets the narrative of decline. *J Gerontol B Psychol Soc Sci*. 2011; Sep 66(5): 628-39.
38. Hahn EA, Cichy KE, Almeida DM, Haley WE. Time use and well-being in older windows: adaptation and resilience. *J Women Aging* 2011; 23(2):149-59.
39. Forstmeier S, Maercker A. Motivational reserve: lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age. *Psychol Aging* 2008; Dec 23(4): 886-99.
40. Charles ST, Luong G, Almeida DM, Ryff C, Sturm M, Love G. Fewer ups and downs: daily stressors mediate age differences in negative affect. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010; May 65B(3):279-86
41. Diehl M, Hay L. Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Dev Psychol*. 2010; Sep 46(5): 1132-46.
42. Rosado-Medina JJ, Rodríguez-Gómez JR , Altieri-Ramirez G. Study on resilience internal factors in a sample of Puerto Rican centenarians. *Bol Asoc Me PR* 2012; Sep-Dec 104( 4): 17-25.
43. Emlet CA, Tozay S, Raveis VH. "I'm not going to die from the AIDS": resilience in aging with HIV disease. *Gerontologist* 2011; Feb 51(1): 101-11.

44. Jackson Brenda R, Bergeman CS. How does religiosity enhance well-being? The role of perceived stress. *Psychology of Religion and Spirituality* 2011; May 3(2): 149-61.
45. Terril L, Gullife J. Growing older: a qualitative inquiry into the textured narratives of older rural women. *J Health Psychol.* 2010; Jul 15 (5):707-15.
46. Hahn EA, Cichy KE, Almeida DM, Haley WE. Time use and well-being in older windows: adaptation and resilience. *J Women Aging* 2011; 23(2):149-59.
47. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes JV. . Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública* 2005; mar/abr 21(2):436-48.
48. Wagnild G, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 1993; 1(2): 165-77.
49. Harris, PB. Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *Int J Aging Hum* 2008; Dec 67(1): 43-61.
50. Ryff CD, Friedman EM, Morozinski JÁ, Tsenkova V. Psychological Resilience in Adulthood and Later Life: Implications for Health. In: Hayslip Jr B, Smith GC, editores. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics.* Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life; vol 32, New York: Springer Publishing Company; 2012, p.72-112.
51. Chu N, Leasure AR. Aging in America: quality of life among older vietnamese women immigrants. *J Cult Divers.* 2010; 17(3): 105-9.
52. Black HK, Rubstein RL. The effect of suffering on generativity: accounts of elderly African American men. *J Gerontol B Psychol Si Soc Sci.* 2009; Mar 64(2): 286-303.
53. Morozink JA, Friedman EM, Coe CL, Ryff CD. Socioeconomic and psychosocial predictors of interleukin-6 in the MIDUS national sample. *Health Psychology.* [serial on the Internet] 2010 [cited 2010 fev 26]; 29(6): [about 9 p.] Available from: HYPERLINK

"<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2991411/pdf/nihms246605.pdf>"

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2991411/pdf/nihms246605.pdf>

54. Kessler EM, Staudinger UM. Affective experience in adulthood and old age: the role of affective arousal and perceived regulation. *Psychol Aging* 2009; jun 24(2): 349-62.

55. Lerner RM, Winer MB, Arbeit MR, Chase PA, Agans JP, Schimid KL, Warren AEA. Resilience Across the Life Span. In: Hayslip Jr B, Smith GC, editores. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life; vol 32, New York: Springer Publishing Company; 2012, p.274-99.

56. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol*. 2009;Mar 28(2): 147-56.

57. Wells, N. Resilience in rural community-dewlling older adults. *J Rural Health*. 2009; 25(4): 415-19.

58. Fankhauser S, Wagner B, Kramer S, Aeschback M, Pepe A, Maercker A, Forsteimeier S. The impact of social and interpersonal resources on adjustment disorder symptoms in older age: Motivational variables as mediators? *GerPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 2010; Dec 23(4): 227-41.

59. Shrira, A, Palgi, Y e Ben-Ezra, M et al. Transgenerational effects of trauma in midlife: Evidence for resilience and vulnerability in offspring of Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2011; Dec 3 (4):394-402.

60. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Change in health and self-perceptions of aging over 16 years: The role of psychological resources. *Health Psychology* 2012; jul 31(4):423-32.

61. Lou VW, Ng JW. Chinese older adults´ resilience to the loneliness of living alone: a qualitative study. *Aging Ment Health* 2012; 6(8): 1030-46.

62. Tomás JM, Sancho P, Melendez JC, Mayordomo T. Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach. *Aging Ment Health*. 2012; Jan,31 16(3):317-26.
63. Tummala-Narra P, Sathasivam-Rueckert N, Sundaran S. Voices of older Asian Indian immigrants: Mental health implications. *Professional Psychology: Research and Practice* 2013; Feb 44(1): 1-10.
64. Chow S-M, Hamagani F, Nesselroade JR. Age differences in dynamical emotion-cognition linkages. *Psychology and Aging* 2007; Dec 22(4):765-80.
65. Ostir GV, Berges I, Ottenbacher M, Graham JE, Ottenbacher KJ. Positive emotion following a stroke. *J Rehabil Med* 2008; Jun 40(6):477-481.
66. Stawiski RS, Sliwinski MJ, Almeida DM, Smith JM. Reported exposure and emotional reactivity to daily stressors: the roles of adult age and global perceived stress. *Psychol Aging* 2008; Mar 23(1):52-61
67. Larcom MJ, Isaacowitz DM. Rapid emotion regulation after mood induction: age and individual differences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009; Nov 64(6): 733-41.
68. Meyer TD, Gudgeon E, Thomas AJ, Collerton D. Cognitive style and depressive symptoms in elderly people – extending the empirical evidence for the cognitive vulnerability-stress hypothesis. *Behav Res Ther* 2010; Oct 48(10): 1053-57.
69. Montpetit MA, Bergeman CS, Deboeck PR, Tiberio SS, Boker SM. *Psychol Aging* 2010; Sep 25(3):631-640.
70. Ong B, Fuller-Rowell T, Bonano GA. Prospective predictors of positive emotions following spousal loss. *Psychology and Aging* 2010; Sep 25(3): 653-60.
71. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging* 2010; Sep 25(3): 516-23.

72. Brassens S, Gamer M, Peters J, Gluth S, Baechel C. Don't look back in anger! Responsiveness to missed chances in successful and unsuccessful aging. *Science* 2012; May, 4 336(6081): 612-4.
73. O'Hara R, Marcus P, Thompson WK, Flournoy J, Vahia I, Lin X, Hallmayer J, Depp C, Jeste DV. 5-HTTLPR short allele, resilience, and successful aging in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; May 20(5): 452-6.
74. Deboeck P, Bergeman CS. The reservoir model: A differential equation model of psychological regulation. *Psychological Methods* 2013; Jun 18(2): 237-56.
75. Randall WL. The importance of being ironic: narrative openness and personal resilience in later life. *Gerontologist* 2013; Feb 53(1): 9-16.
76. Kleinspehn-Ammerlahn, A, Kotter-Gruehn D, Smith J. Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2008; Nov 63(6): 377-85.
77. Rothrauff TC, Cooney TM, An JS. Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009; Jan 64(1): 137-46.
78. LaCruz ME, Emeny RT, Bickel H, Cramer B, Kurz A, Bdlingmaier M, Huber D, Klug G, Peters A, Ladwig Kh. Mental Health in the aged: prevalence, covariates and related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory factors of successful aging. *BMC Med Res Methodol* 2010; April 30: 10-36.
79. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS, Palmer BW, Rock D, Golshan S, Kraemer HC, Depp CA. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry* 2013; Feb, 170(2): 188-96.
80. Lamond AJ, Depp CA, Allinson M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, Golshan S, Ganiats TG, Jeste IV. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res* 2008; Dec 43(2):148-54.

81. Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging Ment Health* 2008; May 12(3): 285-92.
82. Resnick BA, Inguito PL. The resilience Scale: psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; Feb,25 25(1): 11-20.
83. Tomás JM, Meléndez JC, Sancho P, Mayordomo T. Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment* 2012; 28(4): 283-89.
84. Gaioli CCL de O, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de cuidadores com doença de Alzheimer associado à Resiliência. *Texto contex-enferm*. 2012; Mar 21(1):150-7.
85. Fortes TFR, Portuguez MW, Argimon II de L. A Resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estud psicol (Campinas)*. 2009; Dez 26 (4):455-63.
86. Resende MCde, Ferreira,AA, Naves GG, Arantes FMS, Roldão DFM, Souza KG, Abreu SAM. Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal, Rev.Psicol* 2010; 22(3):591-608.
87. Resende MC de, Neri AL. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em estudo* 2009;14: 767-76.
88. Ribeiro R de CHM, Santiago E, Bertolin DC, Ribeiro DF, Cesarino CB, Burdmann EA. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Acta Paul.enferm* 2009; 22(spe1):505-8.
89. Oliveira, MA de et al. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicol cienc prof*. 2008; Dez 28(4): 754-67.
90. Oliveira RM de, Furegato ARF. Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):618-25.

91. Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(2):328-34.

92. Andrade FP, Muniz RM, Lange C, Schwartz E, Guanilo MEG. Perfil Sociodemográfico e Econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. *Texto Contexto Enferm* 2013; Florianópolis, Abr-Jun 22(2): 476-84.

93. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(8):2129-39.

## **ESTUDO 2. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico**

O Estudo 2 corresponde ao artigo “Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico” que foi submetido à Revista International Psychogeriatrics (anexo 6)



**Coping Strategies as Indicators of Resilience in Elderly People:  
a Methodological Study**

*Arlete Portella Fontes<sup>1</sup>*

*Anita Liberalesso Neri<sup>2</sup>*

<sup>1, 2</sup> Graduate Program of Gerontology at the School of Medical Sciences, University of Campinas, São Paulo, Brazil.

Correspondence address: Anita Liberalesso Neri. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Av. Tessália Vieira de Camargo, 126. Campinas – SP. CEP: 13083-887, Brasil.  
[anitalbn@fcm.unicamp.br](mailto:anitalbn@fcm.unicamp.br)

**Abstract**

**Background:** the aging process is associated with increasing risks to adaptation and development. Widening our knowledge of resilience and strategies for coping with these risks is a crucial element to improving the physical and emotional well-being of the elderly.

**Objectives:**(a) Test the construct validity of a model of adaptive, non-adaptive and development-based coping strategies used by elderly people; (b) Examine the correlation between the coping strategies proposed by this model and symptoms of depression, self-rated health and life satisfaction.

**Methods:** 415 Brazilian elderly aged 65 years and over (62.5% women; mean income of 3.5 minimum wages) completed an emotion and problem-focused inventory containing

items categorized into adaptive, non-adaptive and development-based strategies and measures of depressive symptoms, self-rated health, and life satisfaction. Exploratory factor analysis was performed to test the model's construct validity. The scores relating to symptoms of depression, self-rated health and life satisfaction were weighted by the items' factor loading and subjected to descriptive and correlational analyses.

**Results:** a three factor structure confirmed the conceptual model of adaptation and development built during content analysis, which explained 30.8% of the variance in the coping items. Cronbach's alpha for the inventory as a whole was 0.541. A modest but significant correlation was observed between the use of development-based strategies and self-rated health ( $r = 0.14$ ), life satisfaction ( $r = 0.13$ ), and symptoms of depression ( $r = -0.19$ ) ( $p \leq 0.05$ ).

**Conclusion:** lower scores for symptoms of depression and higher scores for self-rated health and life satisfaction seems to be suggestive of balancing gains and losses through the use of adaptive and development-based coping strategies in given situations and the avoidance of non-adaptive strategies.

**Key words:** coping skills; resilience; depression; satisfaction; factor analysis; elderly

## Introduction

Exposure to life's adversities and risks to subjective well-being increases with age, while the personal and social resources used to manage such events tend to decline. Despite this, many older persons are able to maintain or recuperate normal levels of functioning and physical and psychological well-being through mobilizing personal resources. The relevant literature calls this phenomenon "the paradox of successful aging". Personal resources are central elements of psychological resilience, defined as the individual's ability to manage external and internal stressors, or the ability to recover from their deleterious effects (Ong *et al.* 2009).

The construct of resilience comprises a conceptual umbrella covering a large array of variables related to the stable traits or characteristics of resilient individuals and affective and cognitive self-regulation mechanisms and protective resources, such as positive self-esteem, self-determination, ability to seek social support, and sense of personal control (Windle *et al.*, 2008). Affective and cognitive self-regulation includes coping strategies which act as mediators between aging-associated risks and psychological well-being and adaptation in the face of adversity (Charles and Carstensen, 2010; Ryff *et al.*, 2012). Resilience encompasses cognitive and behavioral self-regulation skills and adaptive processes involving components of the self and the context that are essential for coping with age-related stressors (Lerner *et al.*, 2012).

The relationship between the construct of resilience and coping strategies is reflected in instruments used to assess personal behaviors related to environmental changes and regulation of emotion and cognition. A well-known coping typology distinguishes two types of coping strategies: problem-focused, and emotion focused (Folkman *et al.*, 1986). The California Coping Inventory designed by Aldwin *et al.* (Aldwin *et al.*, 2001; Yancura *et al.*, 2006) reflects this approach.

Hildon *et al.*, (2010) proposed an alternative definition of resilience based on the use of coping strategies to manage risks and adversities (adaptation) and achieve at development-based gains. Based on an analysis using focus groups made up of older persons and a panel of experts, these authors recategorized the items of a coping inventory and developed a new three-domain conceptual model of coping that comprised the following factors made up of different coping items: Factor 1 – avoidance or ways of denying adversities (for example pretending they do not exist or hiding feelings, which, in the medium and long term, can lead to dysfunctional emotions); Factor 2 - adaptation, or ways of integrating adversities into experience, or learning how to live with a problem; and Factor 3 – development-based responses, characterized by overcoming adversities in a positive way and by learning new and effective coping mechanisms. Level of resilience is indicated by the scores obtained for the items contained in each of the factors.

Despite the important theoretical and practical contribution of models such as that proposed by Hildon *et al.* research in Brazil on coping strategies as indicators of resilience is particularly scarce. This methodological study therefore analyzed the responses of 415 individuals aged 65 years and over to the California Coping Inventory and questions related to symptoms of depression, self-rated health and life satisfaction designed to measure emotion regulation and subjective well-being in order to widen understanding of the phenomenon of resilience.

The objectives of this study were:

1. To test the construct validity of Hildon *et al.*'s model of coping strategies used by elderly people;
2. Examine the associations between the coping strategies proposed by this new model and the following indicators of emotional regulation and subjective well-being: symptoms of depression, self-rated health and life satisfaction.

## **Methods**

This study was carried out using data from two cities (Parnaíba and Ivoti) that are part of the *Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros – FIBRA* (Network for the Study of Frailty in Brazilian Elderly Adults). This network promotes research into the characteristics of frailty among the elderly in Brazil and the relationship between this condition and sociodemographic, health, and psychosocial variables (Neri *et al.*, 2013).

### **Participants**

A simple random sample of elderly living permanently in the above cities was taken from the census tracts. The sample members were recruited by trained community health agents, pastoral agents *and* college students, and categorized by sex and into the following age groups: 65 to 69 years; 70 to 74 years; 75 to 79 years; and 80 years and over. The following exclusion criteria were adopted: a) lack of the necessary cognitive, sensory and communication skills to respond to the self-reported research instruments, and severe cognitive impairment suggestive of dementia; b) being wheelchair bound or

bedridden; c) serious stroke sequelae, with localized loss of strength and/or aphasia; d) Parkinson's disease at the unstable or severe stage, where motor skills, speech or affectivity are seriously affected; e) severe vision and/or hearing impairments which strongly hinder communication; and f) elderly in the final stages of life (Ferrucci *et al.*, 2004).

A total of 681 elderly individuals (484 from Parnaíba and 197 from Ivoti) participated in a data collection process conducted in university clinics, schools, basic health units, clubs and churches within easy access of residents of each census tract. Data collection was conducted in two stages. The first comprised the collection of sociodemographic, anthropometric, clinical, frailty, and cognitive variables. Sample members whose score from the MMSE was below the cut-off score adjusted by education (Brucki *et al.*, 2003), less one standard deviation were excluded.

After applying the exclusion criteria outlined above, a final total of 415 individuals (268 from Parnaíba and 147 from Ivoti) participated in the study. Participants signed an informed consent form and the study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Campinas, Brazil (application number 208/2007, with an addendum dated 08/27/2013 and CAAE 39547014.0.1001.5404).

## **Variables and measures**

### **Coping strategies**

The sample members completed the California Coping Inventory used by two previous studies carried out in Brazil: *o Estudo do Processo de Envelhecimento Saudável - PENSA* (Study of Healthy Aging conducted by Cupertino and Batistoni, 2009) and the *Estudo FIBRA - Fragilidade em Elderly Brasileiros* (the Study of Frailty in Brazilian Elderly Adults conducted by Neri *et al.*, 2013). The inventory contains 19 items which are responded on a four-point scale (never = 0, sometimes = 1, nearly always = 2, and always = 3) (Aldwin *et al.*, 2001; Yancura *et al.*, 2006). Factor analysis of the data from these

studies resulted in a five-factor model corresponding to the model developed by Folkman and Lazarus (1980), Fortes-Burgos *et al.* (2008) e Fortes-Burgos (2010).

Replicating the procedure used by Hildon *et al.* (2010), a panel of five experts carried out a content analysis and recategorization of the coping inventory items, first independently, and then jointly, accomplishing a reliability criterion of 100%. The strategies categorized by Hildon *et al.* (2010) as avoidance were termed non-adaptive strategies and defined as strategies to avoid dealing with adversity and which may lead to dysfunctional emotions in the medium and long term. The original definitions of the other two categories of strategies were maintained: adaptation, as a way of integrating adversities into experience; and development-based strategies to overcome adversities in a positive way, including learning new coping strategies. Box 1 shows the results of this work. The items are compared with the corresponding factors identified by Fortes-Burgos *et al.* (2008) based on the data from the *PENSA* Study. The non-adaptive strategies included items previously termed "negative emotions, behavioral excesses and risk behaviors". The adaptive strategies encompassed a mixture of strategies previously termed "control over the external environment, avoidance and religiosity". The development-based strategies included strategies directed at seeking social support and information.

### **Indicators of emotion regulation and subjective well-being**

The frequency of symptoms of depression was evaluated using the Geriatric Depression Scale (GDS), which contains 15 dichotomous items (Almeida and Almeida, 1999; Yesavage *et al.*, 1982), adopting a cut-off score of  $\geq 6$ . Satisfaction with life was evaluated by means of a single question asking whether the participants felt highly satisfied, moderately satisfied, or not very satisfied with their life. Health was assessed using the question: "Generally speaking, how do you evaluate your health at this moment on a scale of 1 to 5, where 1 = very bad, 2 = poor, 3 = intermediate, 4 = good, and 5 = very good?" These five categories were reduced to three (positive, corresponding to the answers very good and good, intermediate, and negative, corresponding to the answers bad and very bad).

### **Sociodemographic characteristics**

The characteristics considered by this study were sex (male and female), age group (65 to 69 years, 70 to 74 years, 75 to 79 years, and 80 years and over), and monthly family income expressed in minimum wage (< 1; 1.1 to 3.0, and > 3.1).

### **Data analysis**

Exploratory factor analysis was performed to investigate the construct validity of the proposed new model of coping strategies based on the typology proposed by Hildon *et al.*, 2010. The Cronbach's alpha coefficient was calculated to estimate the internal consistency of the whole scale and individual factor items.

Weighted factor analyses of the responses to each item of the coping inventory were performed using by Chi-square, Fisher Exact, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Spearman tests, adopting a significance level of 5% ( $p \leq 0.05$ ). The statistical analyses were performed using SAS, version 8.02 (SAS Inst., Cary, United States).

### **Results**

Exploratory factor analysis of the coping inventory data was performed using the principal component method. The level of sample adjustment was calculated. The resulting Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) index was greater than 0.60, suggesting that there was sufficient consistency in the factor analysis. The initial correlation matrix was subjected to rotation using the Varimax method. Using the eigenvalue-greater-than-one criterion, eight factors explaining 60.4% of the variance in the data were retained. The scree test revealed that the curve leveled off after three factors. The cumulative percentage of explained variances showed that these three factors explained 30.8% of the variance in the data set: Factor 1, 2 and 3, explaining 12.5%, 10% and 8.4% of total variance, respectively. Only items with a loading greater than 0.40 were considered for inclusion in a factor.

The results of the factor analysis replicated the results of the conceptual analysis performed by the panel of experts: Factor 1 - Non-adaptive strategies, comprising

eight items (for example: “I think that other people are guilty”, “I show hostility.”); Factor 2 – Adaptive strategies, comprising six items (for example: “I look for some kind of distraction, like hobbies, reading or TV programs”, “When the situation seems too heavy, I try to relax or take a break”); and Factor 3 – Development-based strategies, comprising five items (for example: “I trust in other people that, in my view, have the capacity to solve the problem”, “I strengthen my affective ties with other people”. The largest commonality was found in item 6 (“I look for some kind of distraction, like hobbies, reading or TV programs.”): 52.6% of its variability was explained by the factor. The lowest commonality was found in item 12 (“I consider that things could be worse”) which accounted for 12.3% of explained variances (Table 1).

The analysis of the internal consistency of the model revealed a moderate index for the scale as a whole ( $\alpha = 0.541$ ) and for the factors 1 and 2 ( $\alpha = 0.57$  and  $\alpha = 0.55$ , respectively). Low internal consistency was observed for factor 3 ( $\alpha = 0.35$ ). Items 12 (“I consider that things could be worse”) and 4 (“I consider that there is nothing to be done”) had a loading under 0.40 (0.292 and -0.263, respectively). The removal of these items did not lead to an increase in the level of internal consistency (0.568 and 0.359, respectively) and therefore these items were retained in the model.

The analysis of the sociodemographic indicators revealed that 62.5% of the participants were women. The average age of the sample was 72.6 years (SD = 5.6), while 37.6% of the sample were aged between 65 and 69 years, 29.9% between 70 and 74 years, 19% between 75 and 79 years, and 13% were aged 80 years and over. Average family income was 3.5 minimum wages (MW) (SD = 2.4): 11.4% of the sample received less than one MW, 54.3% between 1.1 and 3 MWs, 18.9% between 3.1 and 5 MWs, and 15.4% over 5 MWs.

Eighteen percent of the sample obtained a GDS score above the cut-off point (M = 3.2, and SD = 2.5). With regard to health, 22.5% assessed their health as being very good or good, 30.7% as intermediate, and 46.8% as bad or very bad. With respect to life satisfaction, 71% of participants said they felt highly satisfied; 25% moderately satisfied, and 3.4% not very satisfied. The most commonly used strategies by the elderly were



adaptive strategies ( $M = 3$  and  $SD = 0.67$ ), followed by development-based strategies ( $M = 2.5$  and  $SD = 0.70$ ), and non-adaptive strategies ( $M = 1.7$  and  $SD = 0.5$ )

No statistically significant difference was observed in the coping strategies frequency by sex, age and family income. However, the use of development-based strategies was greater among those individuals who regarded their health as being very good or good, and intermediate, while the use of non-adaptive strategies was greater among those who considered their health to be bad or very bad. Furthermore, the use of development-based and adaption-based was greater among individuals whose GDS score was below the cut-off point, while the majority of individuals who used non-adaptive strategies obtained a GDS score above the cut-off point (table 2).

There was no statistically significant difference in the frequency of use of non-adaptive strategies between men and women. However, the use of adaptive and development-based strategies was more frequent among women. The use of non-adaptive strategies was greater among individuals whose GDS score was above the cut-off point than in those whose score was below the cut-off point. Furthermore, the use of development-based strategies was more frequent in individuals whose score was below the cut-off point than in those whose score was above the cut-off point. The frequency of the use of non-adaptive strategies was greater among those who assessed their health as being bad or very bad than among those who rated their health as very good or good, while the frequency of the use of development-based strategies was greater in the latter group. The use of development-based strategies was greater among individuals who said they felt highly satisfied with life than by those who were moderately satisfied. The use of non-adaptive strategies was less among individuals who said they felt highly satisfied with life than in those who were moderately satisfied. The use of non-adaptive strategies was greater among individuals who said they were not very satisfied with life than by those who felt highly satisfied. The use of development-based strategies was less frequent among those who said they were not highly satisfied with life than in those who felt highly satisfied (table 3).

The correlation analysis showed the following slight but statistically significant associations between the scores for the items of factors 1 and 3 and the emotion

regulation and subjective well-being measure: the higher the scores for non-adaptive strategies, the lower the scores for self-rated health and life satisfaction, and the higher the scores for symptoms of depression; the higher scores for development-based strategies, the higher the scores for self-rated health and life satisfaction, and the lower the scores related to symptoms of depression; the older the individual, the lower the frequency of use of development-based strategies (Table 4).

## **Discussion**

There was a considerable overlap in the results of the factor and content analysis applied to the coping inventory items, with the following exceptions: “I complain or talk with someone about what is going on” (classified as adaptive by the panel of experts and non-adaptive by the elderly); “I pray and ask for orientation to a supernatural entity” (classified as development-based by the panel of experts and adaptive by the exploratory factor analysis); “I trust in other people that, in my view, have the capacity to solve the problem” (classified as adaptive by the panel of experts and development-based by the exploratory factor analysis); “I try to forget that the problem exists” (classified as non-adaptive by the panel of experts and adaptive by the exploratory factor analysis); “I take medications to control anxiety and depression” (classified as adaptive by the panel of experts and non-adaptive by the exploratory factor analysis). These discrepancies can be explained by the difference between the assumptions used by the panel of experts and those used by the elderly in defining the strategies contained in the inventory. For example, taking medication was considered an adaptive strategy by the panel of experts, who probably understood that it was an indication of adherence to health treatment. With basis on their direct experiences, observation of other people’s and social beliefs, at least a part of the elderly considered the use of medication as being synonymous with being ill, and classified it as non-adaptive.

The strategies classified as adaptive and development-based by the factor analysis include components of resilience, one of which is emotion regulation (“I trust in other people that, in my view, have the capacity to solve the problem” and “I strengthen

my affective ties with other people”). Another is problem-solving (“I wait to have more information before behaving or taking a decision”), a critical component of resilience, considered as a process that contributes towards improving health, well-being and development (Charles *et al.*, 2010; Kessler and Staudinger, 2009; Larcom and Isaacowitz, 2009; Ong *et al.*, 2009), and tends to remain stable or to increase with age (Charles and Carstensen, 2010; Ebner and Fischer, 2014). According to Gooding *et al.* (2012), the elderly tend to be more resilient than the young, especially when it comes to emotion regulation and problem-solving skills.

Two of the items classified as adaptive strategies were related to religious coping (“I pray and ask for orientation to a supernatural entity” and “I put my trust in God or in some higher power”), one was related to cognitive reappraisal (“I consider that things could be worse”), and two comprised stress reduction (“I look for some kind of distraction, like hobbies, reading or TV programs”). Positive adaptation to stressors requires the capacity to minimize the effects of the stressful event, capacity for a rapid recovery from a trauma, and, in the long term, ability to contain negative responses and capacity to promote positive consequences and behaviors that enable the individual to overcome adversity (Hardy *et al.*, 2004).

The moderate level of internal consistency obtained by this study replicates the findings of Fortes-Burgos *et al.* (2008) and Fortes-Burgos (2010) who suggest that, if the choice of a strategy is based on the cognitive evaluation of the situation, available resources, and expectations from past experiences made by the person (Folkman and Moskowitz, 2004; Lin and Wu, 2013), maybe the strategies cannot be stable. This view contradicts the idea of stability or coping styles, based on the notion of stability of the environment, in that it is codetermined by coping strategies.

Longitudinal studies analyzed by Bjørkløf *et al.* (2013) revealed that high scores related to adaptive and task-oriented coping strategies, such as acceptance, sense of meaning and cognitive reappraisal, measured at base-line, were associated with lower levels of depression during follow-up. Cross-sectional studies showed that low scores for depressive symptoms were related to low levels of passive and emotion-orientated coping

and to equally low scores for denial, self-blame, complaining, catastrophic thinking and beliefs in mystery. The present study observed that the elderly who obtained a GDS score above the cut-off point tended to obtain higher scores for non-adaptive strategies, replying the findings of the PENSA and FIBRA studies (Fortes-Burgos 2010; Fortes-Burgos *et al.*, 2008), which observed an association between depression and the use of strategies focused on the expression of negative emotions, behavioral excesses and risk behavior, that comprise non-adaptive strategies.

Self-rated health is one of the subjective well-being indicators most analyzed by the relevant literature and has been associated with outcomes such as morbidity, mortality, activity, disability, depression and anxiety (Depp and Jeste (2006). Gooding *et al.* (2012) observed that, regardless of age, a negative self-perception of health and low energy levels were predictors of low levels of resilience, while low levels of despair were predictors of high levels of resilience. The present study showed that negative self-rated health was more common among individuals who adopted non-adaptive strategies, while a positive self-assessment was predominant in those who used development-based strategies.

Life satisfaction is considered a cognitive indicator of well-being. Together with a perception of happiness and a balance between positive and negative affections, it can mitigate the pressure caused by change and adversities and lead to less pain and reduce rates of morbidity and disability, thus increasing life expectancy (Ryff *et al.*, 2012). Beutel *et al.* (2009) observed that personal and social resources and the absence of anxiety are important for maintaining life satisfaction in elderly women. Women aged between 18 and 30 years, and 60 years and over obtained lower scores for overall life satisfaction, satisfaction with their husbands or partners and their sexuality, than women aged between 31 and 59 years. The depression score was higher among the elderly group, while anxiety scores were similar among all age groups. Life satisfaction among the elderly group was strongly associated with higher resilience scores, adequate levels of family income, a husband's presence, absence of anxiety and depression, not being unemployed, positive self-esteem, being religious and age. The present study showed that the elderly who felt

highly satisfied with life made greater use of development-based strategies than those who were moderately satisfied.

The correlation found between non-adaptive strategy scores and self-rated health, life satisfaction and symptoms of depression corroborates the findings of the relevant literature regarding coping, subjective well-being and successful aging. Jeste *et al.* (2013) reported statistically significant associations between self-reported successful aging, resilience and low scores for depression, while Mehta *et al.* (2008) observed associations between low levels of resilience and depression, functional disability and apathy. The findings of a systematic review conducted by Bjørkløf *et al.* (2013) revealed a negative correlation between depression and use of active religious coping strategies, sense of coherence and sense of internal control.

This study has a number of limitations. First, the study did not characterize the risks to which the elderly sample members were exposed. To the contrary, the study assumed the onset of normative age-related decline and losses which pose risks for adaption and development. It is suggested that future studies should identify the risks and adversities faced by the study sample. Furthermore, we did not conduct a repeated measures analysis of the adaptation and development indicators mediated by the coping strategies, and therefore it was not possible to verify the explanatory role of these variables. Finally, it would have been interesting to examine other measures of coping in order to gauge the explanatory power of the theory and of the inventory which gave rise to this study.

## **Conclusions**

The factor structure derived from this set of data appears to be consistent with the new theoretical model and cross-referenced the coping strategies with the concepts of adaption and development. The findings suggest that resilience encompasses a range of adaptive and development based strategies which can result in stability and an increase in the possibility of development in the long term.

More resilient elderly individuals tend to use more development-based strategies, more proactive coping resources, and show higher levels of emotion regulation and subjective well-being, while those who use more non-adaptive strategies tend to show lower levels of emotion regulation and subjective well-being.

The description of coping strategies from an adaptation and development perspective provides an important contribution to interventions involving the control and prevention of anxiety and depression, adaptation to chronic illness and widowhood and the maintenance of the quality of life of the elderly. Resilient coping implies strengthening cognitive self-regulation skills, including the capacity to plan ahead and choose courses of action, resourcefulness, and the capacity to analyze problems and make decisions.

It is recommended that the factor solution proposed by this study should be subjected to confirmatory factor analysis through further research conducted with larger samples. The comparison of measures of resilience using biological variables (such as rates of comorbidity, mortality and frailty), psychosocial variables (such as the structure and functioning of social networks, participation and perceived social support), and specifically psychological variables (such as sense of control and sense of purpose) is important to widen our understanding of the phenomena of coping and resilience and their impact on the physical and emotional well-being of the elderly.

**Financial disclosure/conflicts of interest:** None reported.

### **Description of authors' roles**

A.P.Fontes and A.L.Neri were responsible for study design and wrote the paper. A.L.Neri coordinated the FIBRA Study which investigated frailty and associated variables in the elderly in Brazil and provided the data used in the present study.

## References

**Aldwin, C. M., Shiraish, R. and Cupertino, A. P. F. B.** (2001). Paper presented at the annual convention. Change in stability om coping: Longitudinal findings from the DSL. of the American. American Psychological Association San Francisco.

**Almeida, O. P. and Almeida, S. A.** (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57, 421-426.

**Beutel, M. E., Glaesmer, H., Decker, O., Fischbeck, S. and Brahler, E.** (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*, 16, 1132-1138.

**Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., Kouwenhoven, S. E. and Helvik, A. S.** (2013). Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 35, 121-154.

**Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. and Okamoto, I. H.** (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61, 777-781.

**Charles, S. T. and Carstensen, L. L.** (2010). Social and emotional aging. *Annu Rev Psychol*, 61, 383-409.

**Charles, S. T., Luong, G., Almeida, D. M., Ryff, C., Sturm, M. and Love, G.** (2010). Fewer ups and downs: daily stressors mediate age differences in negative affect. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 65B, 279-286.

**Cupertino, A. P. F. B. and Batistoni, S. S. T.** (2009). Processos de Envelhecimento Saudável (PENSA) em idosos da comunidade: delineamento, medidas e dados preliminares. *Geriatrics & Gerontologia*, 3, 6-13.

**Depp, C. A. and Jeste, D. V.** (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

**Ebner, N. C. and Fischer, H.** (2014). Studying the Various Facets of Emotional Aging: An Introduction to the Current Frontiers Research Topic. *Frontiers in Psychology*, 5.

**Ferrucci, L., et al.** (2004). Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 625-634.

**Folkman, S. and Lazarus, R. S.** (1980). An Analysis of Coping in a Middle - Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

**Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. and Gruen, R. J.** (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

**Folkman, S. and Moskowitz, J. T.** (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol*, 55, 745-774.

**Fortes-Burgos , A. C. G. (2010).** *Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade* (Tese de Doutorado), Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas Campinas (SP).



**Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L. and 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, 74-82.

**Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J. and Tarrier, N.** (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27, 262-270.

**Hardy, S., Contato, J. and Gill, T.** (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 52.

**Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D. and Netuveli, G.** (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *Gerontologist*, 50, 36-47.

**Jeste, D. V., et al.** (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*, 170, 188-196.

**Kessler, E. M. and Staudinger, U. M.** (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychol Aging*, 24, 349-362.

**Larcom, M. J. and Isaacowitz, D. M.** (2009). Rapid emotion regulation after mood induction: age and individual differences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 64, 733-741.

**Lerner, R. M., et al.** (2012). Resilience across the Life Span. In B. Haylip Jr and G. C. Smith (Eds.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life (pp. 275-299) New York: Springer Publishing Company.

**Lin, I.-F. and Wu, H.-S.** (2013). Patterns of Coping Among Family Caregivers of Frail Older Adults. *Research on Aging*, 1351-1371.

**Neri, A. L., et al.** (2013). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 778-792.

**Ong, A. D., Bergeman, C. S. and Boker, S. M.** (2009). Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *J Pers*, 77, 1777-1804.

**Ryff, C., Friedman, E., Morozink, J. and Tsenkova, V.** (2012). Psychological Resilience in Adulthood and Later Life: Implications for the health. In B. Hayslip Jr and G. Smith (Eds.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Volume 32: Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life Edited by Bert Hayslip, Jr., and Gregory C. Smith (pp. 73-92) New York: Springer Publishing Company.

**Windle, G., Markland, D. A. and Woods, R. T.** (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging Ment Health*, 12, 285-292.

**Yancura, L. A., Aldwin, C. M., Levenson, M. R. and Spiro, A.** (2006). Coping, Affect, and the Metabolic Syndrome in Older Men: How Does Coping Get Under the Skin? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, P295-P303.

**Yesavage, J. A., et al.** (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.

## Appendices

**Box 1.** Items from the Coping Inventory categorized into non-adaptive, adaptive and development-based and corresponding factors based on Fortes-Burgos *et al.* (2008). Project Study of Healthy Aging, Juiz de Fora, Brazil. Elderly people, 2002-2003.

<i>Items</i>	<i>Conceptual domains according to Hildon et al. (2010)</i>	<i>Factors according Fortes-Burgos et al. (2008)</i>
	<i>Non-adaptive strategies</i>	
2	I think that other people are guilty.	Negative emotions*
7	I show hostility.	Negative emotions
13	I drink and eat in excess to compensate or to forget what was going on..	Negative emotions
19	I scream and curse.	Negative emotions
3	I complain or talk with someone about what is going on.	Emotional inhibition.
18	I take medications to control anxiety and depression.	Negative emotions
9	I cut myself off.	Negative emotions
1	I accept the situation or consider that it is unavoidable. (inverted)	Negative emotions
	<i>Adaptive strategies</i>	
6	I look for some kind of distraction, like hobbies, readings or TV programs.	Avoidance.
16	When the situation seems too heavy, I try to relax or take a break.	Control over the environment.
17	I try to forget that the problem exists.	Avoidance.
8	I pray and ask for orientation to a supernatural entity.	Religiosity
15	I put my trust in God or in some higher power.	Religiosity
12	I consider that things could be worse.	Avoidance.
10	I trust in other people that, in my view, has the capacity to solve the problem.	Control over the environment.
	<i>Development-based strategies</i>	
14	I strength my affective ties with other people.	Control over the environment.
5	I wait for having more information before to behave or take a decision.	Control over the environment.
4	I consider that there is nothing to be done (inverted).	Avoidance.
11	I keep my feelings for myself (inverted).	Emotional inhibition

\* Negative emotions, behavioral excesses, and risk behaviors.

**Table 1.** Factor structure derived from exploratory factor analysis of the coping inventory. FIBRA Study, Brazil. Aged people, 2008-2009.

Items		Loadings			$\lambda^2$	
		Factor 1	Factor 2	Factor 3		
Factor 1. Non-adaptive strategies	2	I think that other people are guilty.	0.581		0.358	
	7	I show hostility.	0.522		0.328	
	13	I drink and eat in excess to compensate or to forget what was going on.	0.519		0.278	
	19	I scream and curse.	0.501		0.265	
	3	I complain or talk with someone about what is going on.	0.457		0,429	
	18	I take medications to control anxiety and depression.	0.454		0,229	
	9	I cut myself off.	0,407		0,178	
	1	I accept the situation or consider that it is unavoidable (inverted).	-0.457		0.275	
Factor 2. Adaptive strategies	6	I look for some kind of distraction, like hobbies, readings or TV programs.		0,724	0.526	
	16	When the situation seems too heavy, I try to relax or take a break.		0,710	0.508	
	17	I try to forget that the problem exists.		0,562	0.486	
	8	I pray and ask for orientation to a supernatural entity.		0,428	0,276	
	15	I put my trust in God or in some higher power.		0,424	0.276	
	12	I came to a conclusion that it could be worse		0.292	0.123	
Factor 3. Development based strategies	10	I trust in other people that, in my view, have the capacity to solve the problem.			0,535	0.287
	14	I strength my affective ties with other people.			0,475	0.295
	5	I wait for having more information before to behave or take a decision.			0,421	0.200
	4	I consider that there is nothing to be done.(inverted)			-0,263	0.166
	11	I Keep my feeling for myself (inverted)			-0.552	0.382

$\lambda^2$  = communality.

**Table 2.** Coping strategies used by elderly people by socio-demographic characteristics and indicators of emotion regulation and subjective well-being. FIBRA Study, Brazil. Aged people, 2008-2009.

Variable	Categories	n	Coping strategies			<i>p</i>
			Non-adaptive (%)	Adaptive (%)	Development-based (%)	
Sex	Male	156	36.36	36.11	41.38	0.611
	Female	259	63.64	63.89	58.62	
Age	65-69	156	45.45	36.46	39.66	0.443
	70-74	124	9.09	30.90	29.31	
	75-79	79	27.27	17.71	21.55	
	80 and over	56	18.18	14.93	9.48	
Family income	< 1 SM	41	10.00	13.15	7.00	0.198
	1.1 a 3.0	196	80.00	52.99	55.00	
	>3.0	124	10.00	33.86	38.00	
Self-rated health	Negative	194	<b>72.73</b>	50.52	35.34	<b>0.007</b>
	Intermediate	127	18.18	<b>30.66</b>	<b>31.90</b>	
	Positive	93	9.09	18.82	<b>32.76</b>	
Depressive symptoms	GDS <6	339	36.36	<b>80.14</b>	<b>90.52</b>	<b>&lt; 0.001</b>
	GDS ≥6	75	<b>63.64</b>	19.86	9.48	
Life satisfaction	Low	14	0.00	3.48	3.45	0.246
	Fair	103	40.00	27.18	18.10	
	High	296	60.00	69.34	78.45	

**Table 3.** Scores of coping strategies by sex, age and indicators of emotion regulation and subjective well-being. FIBRA Study, Brazil. Aged people, 2008-2009.

Variables		n	Coping strategies	M (SD)	p
Sex	Male	156	Non-adaptive	1.62 (0.45)	0.120
			Adaptive	2.88 (0.71)	<b>0.037</b>
			Development-based	2.33 (0.70)	<b>0.012</b>
Sex	Female	259	Non-adaptive	1.71(0.51)	
			Adaptive	3.04(0.64)	
			Development-based	2.51(0.69)	
Age	65-69	156	Non-adaptive	1.64 (0.50)	0.127
			Adaptive	2.98 (0.69)	0.811
			Development-based	2.50 (0.71)	0.202
	70-74	124	Non-adaptive	1.74 (0.47)	
			Adaptive	3.02 (0.66)	
			Development-based	2.48 (0.66)	
	75-70	79	Non-adaptive	1.70 (0.50)	
			Adaptive	2.97 (0.66)	
			Development-based	2.35 (0.72)	
80 and over	56	Non-adaptive	1.62(0.49)		
		Adaptive	2.92(0.68)		
		Development-based	2.30(0.72)		
Self-rated health	Negative	194	Non-adaptive	1.73 (0.52)	<b>0.048</b>
			Adaptive	3.00 (0.69)	0.824
			Development-based	2.34 (0.70)	<b>0.006</b>
	Intermediate	127	Non-adaptive	1.65 (0.45)	
			Adaptive	2.95 (0.64)	
			Development-based	2.47 (0.67)	
Positive	93	Non-adaptive	1.59 (0.46)		
		Adaptive	2.99 (0.68)		
		Development-based	2.61 (0.71)		
Depressive symptoms	GDS < 6	339	Non-adaptive	1.61 (0.45)	<b>&lt; 0.001</b>
			Adaptive	2.97 (0.67)	0.697
			Development-based	2.49 (0.71)	<b>0.005</b>
	GDS ≥ 6	75	Non-adaptive	1.96 (0.56)	
			Adaptive	3.02 (0.68)	
			Development-based	2.23 (0.63)	
Life satisfaction	Low	14	Non-adaptive	1.76 (0.47)	<b>&lt; 0.001</b>
			Adaptive	3.09 (0.71)	0.621
			Development-based	1.99 (0.60)	<b>0.008</b>
	Fair	103	Non-adaptive	1.83 (0.51)	
			Adaptive	2.93 (0.66)	
			Development-based	2.34 (0.68)	
	High	296	Non-adaptive	1.62 (0.47)	
			Adaptive	3.00 (0.67)	
			Development-based	2.50 (0.71)	

**Table 4.** Correlations between scores of coping strategies by age, family income and indicators of emotion regulation and subjective well-being. FIBRA Study, Brazil. Aged people, 2008-2009.

Variables	Parameters	Coping strategies		
		Non-adaptive	Adaptive	Development-based
Age	rho	0.011	-0.039	-0.102
	<i>p</i>	0.821	0.434	<b>0.038</b>
Family income	rho	- 0.007	-0.059	0.090
	<i>p</i>	0.895	0.266	0.087
Symptoms of depression	rho	0.326	0.072	-0.194
	<i>p</i>	<b>&lt; 0.001</b>	0.143	<b>&lt;0.001</b>
Self-rated health	rho	- 0. 138	-0.002	0.140
	<i>p</i>	<b>0. 005</b>	0.974	<b>0.004</b>
Life satisfaction	rho	-0. 194	0.026	0.134
	<i>p</i>	<b>&lt;0.001</b>	0.598	<b>0.007</b>

**ESTUDO 3.** Relações entre enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência psicológica.

O Estudo 3 corresponde ao artigo “Relações entre enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo, numa perspectiva de resiliência psicológica em idosos”, que será encaminhado à Revista Psicologia: Reflexão e Crítica.

Autores: Arlete Portella Fontes e Anita Liberalesso Neri



## Resumo

**Introdução:** O enfrentamento bem-sucedido e a recuperação dos efeitos da exposição a condições adversas são vistos como indicadores preferenciais de resiliência psicológica. É importante conhecer recursos psicológicos favoráveis a desfechos menos explorados, como o desenvolvimento.

**Objetivo:** Investigar relações entre estratégias de enfrentamento adaptativas, não-adaptativas e de desenvolvimento, intensidade atribuída a eventos estressantes, regulação emocional (sintomas depressivos) e indicadores de bem-estar subjetivo, em homens e mulheres idosos (65 anos e mais), conforme variáveis idade, sexo e renda familiar.

**Método:** 415 idosos, integrantes de amostras probabilísticas de um estudo de corte transversal sobre fragilidade realizado em duas cidades brasileiras, foram submetidos a medidas de tipo e intensidade de eventos estressantes vividos nos últimos 5 anos, enfrentamento adaptativo, não-adaptativo e de desenvolvimento, sintomas depressivos, saúde autorreferida e satisfação com a vida. Foram realizadas análises descritivas e comparativas para descrição do perfil da amostra (qui-quadrado e Exato de Fisher) e análises univariada e multivariada de regressão logística (critério *stepwise* de seleção de variáveis, IC=95%) para avaliar as relações entre as estratégias de desenvolvimento, adaptativas e não-adaptativas, consideradas dependentes, e as demais variáveis de interesse (nível de significância  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Na análise de regressão logística multivariada observou-se que o uso de estratégias de desenvolvimento relacionou-se com pontuação  $< 6$  na Escala da Depressão Geriátrica (OR= 4,49), atribuição de intensidade moderada (OR = 2,20) e baixa (OR = 2,37) a eventos de transição, idade entre 75 e 79 (OR= 3,27) e entre 65 e 69 anos (OR= 2,88) e autoavaliação positiva de saúde (OR= 2,09).

**Conclusão:** Mecanismos cognitivos e afetivos podem atuar como recursos promotores do desenvolvimento, faceta da resiliência psicológica, que vai além do enfrentamento e da recuperação dos efeitos da exposição a estressores.

**Palavras-chave:** estratégias de enfrentamento, resiliência, bem-estar subjetivo, depressão, idoso

## Abstract

**Background.** The successful coping and the recovery of effects of exposition to adverse conditions are considered preferential indicators of psychological resilience. It is important do know psychological resources favorable to less explored results, as the development.

**Objective:** Investigate relationships between adaptive, non-adaptive and developmental coping strategies and the intensity attributed to stressful events, depressive symptoms, satisfaction with life and self-rated health in aged Brazilians (65+), according to age, sex and familiar income.

**Method:** Cross-sectional study about frailty, randomized sample with 415 seniors without cognitive deficit suggestive of dementia, living in two Brazilian cities. There were measures about the type and intensity of stressing events for the last 5 years, adaptive, non-adaptive and development coping strategies, self-rated health and satisfaction with life. Descriptive and comparative analyses were done to describe the sample profile. Univariate and multivariate analysis of logistic regression was performed with *stepwise* criterion of variable selection, CI = 95%, to evaluate associations between development, adaptive and non-adaptive coping strategies (dependent variables) and the other variables of interest ( $p < 0.05$ ).

**Results:** There were observed associations development based coping strategies and scores  $< 6$  in the GDS (OR=4.49), attribution of moderate and low intensity to stressors related to transiction (OR=2,20 e OR= 2,37, respectively), being aged 75 to 79 and 65 to 69 years (OR=3,27 and OR= 2,88, respectively) and positive self-rated health (OR=2,09).

**Conclusion:** Cognitive and emotional resources can promote development, a facet of psychological resilience that allows to the individuals to exceed the effects of coping and recovery in face of risks and adversities in old age.

**Keywords:** coping strategies, resilience, subjective well-being, depression, aged.

## Introdução

Em virtude do declínio normativo e não-normativo associado ao envelhecimento, os idosos estão sujeitos a um aumento do risco de serem afetados por eventos estressantes de diferentes naturezas. Entre eles contam-se morte e doença de entes queridos, doenças e incapacidade, eventos negativos que afetam a descendência, conflitos familiares, tensão crônica de papéis, perda de *status*, pobreza e abandono (Leipold & Greve, 2009; Lerner *et al.*, 2012). A capacidade de resistir a tais eventos estressores depende da avaliação cognitiva sobre quão ameaçadores, suportáveis ou intensos são tais eventos e dos recursos disponíveis para lidar com eles (Folkman & Lazarus, 1985). Assim, uma complexa interação entre recursos pessoais, sociais e interpessoais preside a capacidade de resistir a estressores e de recuperação de seus efeitos deletérios (Kessler & Staudinger, 2009; Leipold & Greve, 2009; Rutter, 2006; Smith & Hayslip Jr, 2012). O construto resiliência é definido como um padrão de funcionamento adaptativo frente a riscos e adversidades de natureza biológica, socioeconômica e psicológicas (Ong, Bergeman, & Boker, 2009; Ryff, Friedman, Morozink, & Tsenkova, 2012; Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993; Fontes & Neri, 2015).

As capacidades de regular as emoções e de resolver problemas, características do enfrentamento do estresse, são aspectos críticos da resiliência na velhice (Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrier, 2012). No modelo cognitivo clássico de Folkman & Lazarus (1985), o enfrentamento do estresse traduz-se em processos afetivo-cognitivos por meio dos quais os indivíduos regulam suas emoções, comportamentos e motivação, quando diante de situações que podem ser avaliadas como suportáveis ou excessivas aos recursos individuais para lidar com elas. Além de ser processo, a regulação emocional é, também, um produto do enfrentamento, seja como resposta a uma nova informação, seja como resultado da avaliação da interação entre as demandas e as possibilidades de atendê-las. As emoções positivas predominam quando a avaliação dessa interação resulta em conforto emocional; as negativas, quando a negociação com a situação ou seus resultados parece confusa, desconfortável ou desfavorável (Folkman & Moskowitz, 2004).

Os processos e produtos da regulação cognitivo-emocional que integram a resiliência são importantes indicadores de bem-estar subjetivo na velhice (Charles & Carstensen, 2010; Staudinger *et al.*, 1993).

O bem-estar subjetivo tem um componente afetivo representado por emoções positivas e negativas, que interagem com um componente cognitivo, representado pela satisfação global com a vida e com domínios específicos dela, tais como a saúde, as capacidades físicas, a cognição e as relações familiares, existindo considerável estabilidade do bem-estar subjetivo ao longo da vida adulta e da velhice (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). No entanto, o avanço dos processos de envelhecimento normativo e patológico determina prejuízo crescente à manutenção da estabilidade ou o retorno aos níveis basais de bem-estar subjetivo depois do enfrentamento de eventos estressantes (Diener *et al.*, 1999). A ocorrência desses eventos torna-se cada vez mais provável entre os idosos, em virtude do aumento da vulnerabilidade física, psicológica e social, que podem ser compensadas por processos e produtos da regulação cognitivo-emocional (Charles & Carstensen, 2010; Davis, Zautra, Johnson, Murray, & Okvat, 2007; Ong *et al.*, 2009). A eficácia desses mecanismos responde pela manutenção do bem-estar subjetivo, a despeito das perdas e das ameaças ao funcionamento e ao desenvolvimento na velhice. Quando comparados grupos de idosos (mais de 64 anos de idade) com não idosos (menos de 26 anos), com relação à resiliência psicológica, os idosos são mais eficazes no uso de estratégias de regulação emocional e de resolução de problemas e, portanto, mais resilientes do que os não-idosos, que tendem a utilizar mais o suporte social do que estratégias cognitivo-emocionais como forma de enfrentamento. Além disso, as percepções negativas de saúde e baixos níveis de energia são preditores de baixa resiliência, independentemente da idade (Gooding *et al.*, 2012).

Em qualquer idade, mas de modo especial na velhice, a autoavaliação de saúde guarda fortes relações com a satisfação com a vida. O estudo longitudinal de Gwozdz and Sousa-Poza (2010) investigou relações entre o envelhecimento e a satisfação com a vida ao longo do ciclo de vida, assim como avaliou relações entre autoavaliação de saúde e satisfação com a vida, entre idosos mais velhos (acima de 75 anos). Observaram forte estabilidade da satisfação ao longo da vida, mas níveis mais

baixos entre 30 e 40 anos e entre os muito idosos (mais de 85 anos). Com o avançar da idade aumentam os riscos para doenças crônicas, incapacidade funcional, fragilidade e perdas afetivas, existindo alta probabilidade de ocorrência de pior avaliação de saúde. Esta se reflete nos níveis de satisfação e bem-estar subjetivo, e também no autocuidado em saúde, na motivação para a atividade, nas crenças sobre capacidade e em estados afetivos.

A autoavaliação de saúde relaciona-se com mortalidade, morbidade, status funcional, fatores sociodemográficos, saúde mental, depressão e suporte social percebido (Borim, Barros, & Neri, 2012; Caetano, Silva, & Vettore, 2013; Millán-Calenti, Sánchez, Lorenzo, & Maseda, 2012). Doenças coronarianas, diabetes *Mellitus*, artrite, câncer, acidente vascular cerebral e outras doenças crônicas podem coexistir com incapacidade funcional na velhice. Ao longo do tempo, as avaliações de saúde dos idosos podem privilegiar diferentes aspectos da saúde e de suas relações com o bem-estar global. Assim, com o avanço da idade a associação entre avaliação negativa de saúde e a presença de doenças crônicas torna-se mais fraca, provavelmente porque elas são esperadas. No entanto, quando as doenças crônicas se associam à grave incapacidade, as avaliações tornam-se mais negativas. Essas relações são mais robustas entre os muito idosos (80 anos e mais) e entre os menos educados, provavelmente porque, por motivos diferentes, mas complementares, ambos os grupos têm menos recursos para lidar (Galenkamp, Braam, Huisman, & Deeg, 2011). Condições desfavoráveis de saúde e incapacidade associam-se a cognições negativas sobre si mesmo, as quais têm efeito inibidor sobre o esforço, resultando em declínio do engajamento em atividades e em intensificação dos estados depressivos (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

Em estudo com 600 idosos japoneses, destinado a avaliar fatores físicos, funcionais, psicológicos e sociais relacionados à autoavaliação de saúde, os sintomas depressivos apareceram como o mais forte preditor de autoavaliação negativa de saúde (OR=5,06), seguidos pela necessidade de ter cuidador durante 24 horas por dia. Além desses, relacionaram-se com autoavaliação negativa de saúde as variáveis: ser solteiro; apresentar doença do tecido conjuntivo; doença pulmonária crônica; dependências em AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária) e não praticar exercícios regularmente

(Millán-Calenti *et al.*, 2012). Alto grau de resiliência foi significativamente associado ao enfrentamento de condições crônicas e de depressão em pacientes com comorbidades, como diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (Wells, 2009).

A avaliação subjetiva da intensidade de eventos estressantes, os sintomas depressivos, a autoavaliação de saúde e a satisfação com a vida são correlatos da resiliência psicológica, que tem nas estratégias de enfrentamento um de seus importantes indicadores. O interesse deste estudo é avaliar a associação entre essas variáveis. As estratégias de enfrentamento de estresse são aqui consideradas como elementos que contribuem não apenas para a regulação imediata das emoções, da cognição e da ação, como também para o desenvolvimento no longo prazo. A visão tradicional de enfrentamento em termos de negociação cognitivo-emocional do indivíduo com eventos estressantes é integrada com um novo modelo de enfrentamento, baseada nos conceitos de adaptação e desenvolvimento (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, & Netuveli, 2010). Neste modelo, as estratégias de enfrentamento são categorizadas como adaptativas - aquelas que se integram à adversidade, incluindo ações destinadas a resolver os problemas; como não-adaptativas - aquelas que não lidam com a adversidade, incluindo comportamentos de fuga e esquiva, autorrecriminações, hostilidade e agressividade; e desenvolvimento – as que excedem os limites da negociação ou da superação da adversidade, para incluir ações como aprender com o problema, voltar atrás e ajudar outros em situações similares.

### **Objetivos**

1. Descrever o perfil de amostra de idosos da comunidade com relação à experiência de eventos estressantes e ao uso de estratégias de enfrentamento de estresse de natureza adaptativa, não-adaptativa e de desenvolvimento, conforme as variáveis idade, sexo e renda familiar.
2. Investigar associações entre o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas, não-adaptativas e de desenvolvimento e a intensidade atribuída aos eventos estressantes, a depressão, a autoavaliação de saúde e a satisfação com a vida.

## Métodos

O estudo utilizou dados derivados do banco do Estudo Fibra (Fragilidade em Idosos Brasileiros, polo Unicamp, Universidade Estadual de Campinas), uma rede de pesquisa integrada por esta e por mais três instituições: Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual do Rio de Janeiro. O Estudo Fibra - polo Unicamp é multicêntrico, de corte transversal e envolve amostras probabilísticas de 7 cidades brasileiras escolhidas por conveniência. Dentre elas foram selecionadas duas - Parnaíba (PI) e Ivoti (RS) –porque seus dados incluíam medidas de variáveis psicológicas de interesse para a exploração do tema resiliência em idosos. Não obstante isso, as duas cidades apresentavam condições econômicas diversas, conforme indicadores relativos aos respectivos PIB (Produto Interno Bruto) per capita (R\$ 5.484,85 em Parnaíba e R\$ 17.967,69 em Ivoti) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

### Amostragem e participantes

Em cada cidade foi estimado o tamanho da amostra necessário para se obter uma proporção de 50% de uma dada característica (o valor em que o tamanho da amostra resultante é o maior possível –  $p = 0,50$ ;  $q = 0,50$ ), de acordo com a população existente. Foi adotado um nível de significância de 5% para  $Z = 1,96$ . O erro amostral variou de 3% a 5%. A amostra mínima para Parnaíba foi estimada em 384 idosos. Para Ivoti, que tinha uma população de 646 indivíduos com 65 anos e mais, o cálculo da amostra foi baseado na proporção estimada para uma população finita, com alfa de 5%, erro amostral de 5% e estimativa de distribuição de 50% da variável alvo. Por esses parâmetros, a amostra de Ivoti foi estipulada em 235 idosos.

Foi feito sorteio simples de setores censitários urbanos de cada cidade onde seriam recrutados os idosos: 60 setores em Parnaíba e 27 (ou a totalidade dos existentes) em Ivoti. Foram estimadas e recrutadas cotas de mulheres e homens para as faixas etárias de 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 anos e mais, respeitando-se a proporcionalidade da distribuição desses segmentos nos setores censitários urbanos sorteados. Foi selecionada uma proporção adicional de 50% para cobrir eventuais perdas. Pelo fato de

o estudo não se basear num delineamento epidemiologicamente perfeito, não foi feita nenhuma ponderação dos dados.

O recrutamento foi realizado em domicílio, por pessoal treinado. Foram aceitos para participar idosos com 65 anos e mais, residentes nos respectivos setores censitários e domicílios, que aparentassem ter condições cognitivas para responder aos instrumentos planejados para o estudo. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) déficit cognitivo grave sugestivo de demência; b) uso de cadeira de rodas ou acamados; c) sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade; e) graves déficits de audição ou de visão dificultando fortemente a comunicação; e f) estágio terminal (al., 2004).

Testes estatísticos que compararam as amostras esperadas e obtidas em cada cidade revelaram que em Ivoti o percentual de mulheres (70,1%) superou o estimado, diferentemente de Parnaíba, onde foi de 64,3%, próximo ao esperado para a amostra. Em ambas as cidades, houve similaridade entre as cotas estimadas e obtidas conforme o critério de idade. Em Parnaíba, os idosos entre 65 e 69 corresponderam a 28,9% da amostra; os de 70 a 74 a 28,3%; os de 75 a 79 a 20,2% e os de 80 anos e mais a 22,5%. Em Ivoti, 32,2 % tinham de 65 a 69 anos, 35,6 % tinham de 70 a 74, 20,3% estavam entre os 75 e os 79 anos, e 9,7% contavam com 80 anos e mais.

Os idosos selecionados compareceram a prédios de clínicas de universidades, escolas, unidades básicas de saúde, clubes e igrejas de fácil acesso aos idosos, para participar de uma sessão de coleta de dados de 60 a 120 minutos de duração. A sessão foi dividida em duas partes. Na primeira, foram submetidos a medidas de natureza sociodemográfica, antropométrica, clínica, de fragilidade e cognitiva. Ao final desse bloco, foram excluídos aqueles que pontuaram abaixo da nota de corte no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), considerando-se o nível de escolaridade (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003), menos um desvio-padrão. Por esse critério, 284 idosos em Parnaíba e 156 em Ivoti 415 idosos, participaram da segunda parte da coleta



de dados que abrangeu as variáveis psicológicas consideradas no presente trabalho. Para o presente estudo foram utilizados dados de 415 idosos (excluindo-se casos em que ocorreram não respostas). Mais detalhes sobre os métodos podem ser compilados em Neri et al. (2013a).

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) relativo aos objetivos, às medidas e às condições práticas e éticas de participação na pesquisa. O projeto do estudo FIBRA foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (parecer inicial No. 208/2007; CAAE 39547014.0.1001.5404 e parecer No. 907/575 de 15/12/2014, correspondentes à inserção do projeto na Plataforma Brasil). Este sub-projeto foi aprovado pelo mesmo comitê em 27/08/2013.

#### Variáveis e medidas

*Eventos estressantes vivenciados nos últimos cinco anos.* Foram avaliados por meio de 40 itens dicotômicos. Trinta e dois eram derivados do The Elders Life Stress Inventory – ELSI, aos quais foram acrescentados oito com base na experiência com os estudos PENSA- Processos de Envelhecimento Saudável (Fortes-Burgos & Neri, 2011) e FIBRA (Neri, Fortes-Burgos, Fontes, Santos, & Araújo, 2013b). Os eventos pertenciam às categorias: (a) morte e doenças em ascendentes e contemporâneos, que remetem à ideia da própria finitude; (b) eventos incontroláveis que afetam os descendentes e outros entes queridos (ex: doenças, acidentes, assaltos); (c) prestar cuidados (a cônjuges, pais e sogros e outros parentes, por motivo de doença ou incapacidade física); (d) bem-estar pessoal (ex: perdas em saúde, cognição, atividade, contatos sociais e poder aquisitivo; conflitos com o cônjuge e filhos; ameaças e danos ao patrimônio, à integridade física e ao autoconceito); (e) marcadores de transição no desenvolvimento (ex: aposentadoria do idoso ou do/a cônjuge, casamento de filho, divórcio do idoso) .

*Intensidade atribuída pelos idosos aos eventos estressantes vivenciados nos últimos 5 anos.* Para cada evento constante do inventário acima descrito ao qual o idoso respondesse afirmativamente, solicitava-se avaliação da intensidade expressa em nota de 1 a 5, sendo 1 = nada estressante e 5 = extremamente estressante. As intensidades

foram agrupadas em: alta (4 e 5), intermediária (3) e baixa intensidade (1 e 2) para cada um dos eventos.

*Estratégias de enfrentamento.* Em seguida pedia-se aos idosos que descrevessem a frequência com que usavam cada estratégia de enfrentamento constante de uma lista de 19 e que o fizessem por meio de escalas de 4 pontos em que 1 = nunca, 2 = algumas vezes, 3 = quase sempre e 4 = sempre. Os itens integram a versão do California Coping Inventory (Aldwin, 1994), traduzido e adaptado semanticamente e culturalmente para o Estudo PENSA (Fortes- Burgos, Neri & Cupertino, 2008). Trata-se de medida genérica de enfrentamento que propõe estratégias gerais, não específicas a situações, com foco no problema ou na emoção. Em estudo metodológico anterior, Fontes & Neri (2015a, submetido) solicitaram a um painel de especialistas que, mediante análise de conteúdo, recategorizaram essas estratégias, com base no modelo proposto por Hildon *et al* (2010): estratégias adaptativas, definidas como aquelas que envolvem soluções que lidam com a adversidade; estratégias de esquiva, definidas como aquelas que implicam em soluções que não lidam com a adversidade, afastam-se dela e podem tornar-se disfuncionais, e estratégias de desenvolvimento, referentes a soluções com as quais se aprende, indo além da adversidade). Os resultados dessa análise foram validados por análise fatorial, cujos resultados aparecem na Tabela 1 (Apêndice), porque foram utilizados como base da análise realizada neste estudo. (Apêndice)

*Satisfação com a vida.* Foi avaliada por meio de item único em que se perguntava ao idoso se sentia muito (3), mais ou menos (2), ou pouco satisfeito (1) com a vida (Neri, 2013a).

*Autoavaliação de saúde.* Foi evocada pela pergunta: “De um modo geral, como avalia a sua saúde no momento atual, numa escala de 1 a 5, em que 1 = muito ruim, 2 = ruim, 3 = intermediária, 4 = boa e 5 = muito boa? ” Os cinco níveis foram transformados em três (positiva, correspondendo às respostas muito boa e boa, intermediária, e negativa, correspondendo às respostas ruim e muito ruim).

*Depressão.* Foi utilizado um teste de rastreio de depressão em idosos, com 15 itens dicotômicos, a Escala de Depressão Geriátrica – EDG, (Almeida & Almeida, 1999), com nota de corte  $\geq 6$ .

Variáveis sociodemográficas. Foram avaliadas mediante itens de autorrelato as condições de gênero (masculino e feminino), idade (65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 anos e mais), renda familiar mensal em salários mínimos (SM), posteriormente agrupadas em faixas (< 1 SM; 1,1 a 3,0 SM e > 3,1 SM).

#### Análise dos dados

Inicialmente foram realizados testes de adequação dos dados da escala de enfrentamento das amostras de Ivoti e de Parnaíba, para verificar a necessidade ou a viabilidade de realização de uma análise fatorial para cada amostra. Resultaram índices Kaiser-Mayer-Olkin igualmente baixos para ambas as cidades: MAS = 0,58 para Ivoti e MAS = 0,59 para Parnaíba). Foram feitos testes de resíduo, que resultaram em representações indicativas de estabilização da curva com três fatores em cada cidade. Porém, como se previa, eram igualmente baixos os indicadores de variabilidade explicada por cada uma das soluções fatoriais (33% para a de Ivoti e 31,3% para a de Parnaíba). Dessa forma, a iniciativa de separar as amostras foi deixada de lado. Em todas as análises que se seguiram, os escores dos idosos na escala de enfrentamento foram ponderados pelas cargas dos itens nos três fatores obtidos na análise fatorial anteriormente realizada por Fontes & Neri (2015a) (Tabela 1, Apêndice).

Foram utilizados os testes qui-quadrado e Exato de Fisher para descrever o perfil da amostra com relação à frequência de uso de estratégias não-adaptativas, adaptativas e de desenvolvimento, controlando-se as variáveis sexo, idade e renda familiar; a intensidade atribuída aos eventos estressantes vivenciados nos últimos cinco anos; a pontuação superior a 5 na escala de rastreio de depressão geriátrica; os níveis de satisfação com a vida e os níveis da autoavaliação de saúde. As respostas indicativas de frequência de uso (nunca= 0, de vez em quando = 1, quase sempre = 2 e sempre = 3) das estratégias de enfrentamento foram transformadas em escores, que foram ponderados pela respectiva carga fatorial.

Foram feitas análises de regressão logística univariada e multivariada, esta com critério stepwise de seleção de variáveis, para testar as associações entre as estratégias de desenvolvimento, adaptativas e não-adaptativas e as variáveis independentes idade, sexo, intensidade dos eventos estressantes, sintomas depressivos, satisfação com a vida e autoavaliação de saúde. Em todos os testes estatísticos o nível de significância adotado foi  $p < 0,05$ . As análises estatísticas foram feitas por meio do programa SAS, versão 8.02 (SAS Inst., Cary, EUA).

## **Resultados**

As mulheres constituíram 67,5% da amostra de Ivoti e 41,8% da de Parnaíba. Os percentuais de idosos por faixa de idade foram similares nas duas cidades (média de 72,1 + 5,3 anos em Ivoti e de 72,6 + 5,5 em Parnaíba). Os idosos de 65 a 69 anos corresponderam a 39,6% da amostra de Ivoti e a 38,1% da de Parnaíba; os de 70 a 74 anos a 34,4% em Ivoti e a 27,4% em Parnaíba; os de 75 a 79, a 17,5% em Ivoti e a 19,7% em Parnaíba e os de 80 anos e mais, a 11,3% em Ivoti e a 14,7% em Parnaíba. A média de anos de escolaridade foi comparável nas duas cidades (4,9 + 3,5 em Ivoti e 3,7 + 3,9 em Parnaíba), assim como a renda familiar mensal em salários mínimos (3,2 + 4,7 em Ivoti e 2,9 + 3,2 em Parnaíba) (dados não apresentados em tabela).

Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre a frequência de uso das estratégias de enfrentamento e as variáveis idade, sexo e renda familiar (Tabela 2, Apêndice).

Da mesma forma, não foram registradas diferenças estatisticamente significativas entre as frequências de idosos que pontuaram mais alto em cada um dos três tipos de estratégias, considerando-se a atribuição de intensidade alta, intermediária e baixa e a totalidade dos eventos estressantes vivenciados nos últimos cinco anos. Tampouco foram registradas diferenças significativas, considerando-se as categorias de eventos relacionados à morte e finitude, ao prestar cuidados e a marcadores de transição. No entanto, eventos relacionados ao próprio bem-estar e ao bem-estar dos descendentes mostraram-se relacionados à avaliação da intensidade dos eventos experimentados em

cada categoria. Assim, igual frequência de idosos com uso mais frequente de estratégias não-adaptativas avaliaram como de alta ou de moderada intensidade os estressores que ameaçaram ou prejudicaram seu bem-estar pessoal e o bem-estar dos descendentes. Entre os que pontuaram mais alto em estratégias de desenvolvimento, a maioria avaliou sua intensidade como intermediária e baixa; cerca da metade dos que pontuaram mais alto nas adaptativas avaliaram os eventos estressantes que ameaçavam o bem-estar pessoal como de intensidade intermediária. Os estressores com intensidade intermediária, que atingiam a descendência, foram significativamente associados às estratégias não- adaptativas; e os com intensidade baixa associaram-se ao uso de estratégias de desenvolvimento (Tabela 3, Apêndice)

A frequência de idosos que pontuaram acima da nota de corte na EDG foi maior entre os que utilizavam mais estratégias não-adaptativas. Paralelamente, foram observadas frequências significativamente mais altas de idosos que utilizavam mais estratégias adaptativas e de desenvolvimento entre os que pontuaram abaixo da nota de corte na EDG. Encontrou-se frequência significativamente mais alta de idosos que avaliaram a satisfação com a vida como intermediária entre os que utilizavam mais estratégias não-adaptativas, enquanto que os que utilizavam mais estratégias adaptativas e de desenvolvimento tenderam a pontuar alto em satisfação com a vida (Tabela 3, Apêndice).

A Tabela 4 (Apêndice) mostra dados resultantes da análise de regressão logística univariada, em que as estratégias de desenvolvimento foram assumidas como variável dependente. Observaram-se tendências de associação das estratégias de enfrentamento de desenvolvimento à pontuação <6 na EDG (OR=3,45); à atribuição de baixa intensidade aos eventos estressantes que representavam dano ou ameaça ao bem-estar pessoal (OR=2,76) e aos eventos estressantes relativos a transições (2,24) e à autoavaliação positiva de saúde (OR=2,01).

O efeito conjunto das variáveis selecionadas pela análise de regressão univariada sobre o uso de estratégias de desenvolvimento foi submetido à análise de regressão logística multivariada, com critério stepwise de seleção de variáveis. A

pontuação inferior à nota de corte na EDG foi a variável com a associação mais robusta com estratégias de desenvolvimento (OR= 4,49). Além dessa variável, associaram-se com estratégias de desenvolvimento as idades de 75-79 anos (OR=3,27) e 65-69 anos (OR= 2,88), os eventos estressantes relativos à transição avaliados com intensidade baixa e média (OR= 2,37 e OR=2,20, respectivamente) e a autoavaliação positiva de saúde (OR=2,09) (Tabela 5, Apêndice).

## **Discussão**

### *Eventos estressantes, sua intensidade percebida e enfrentamento*

Os eventos estressantes relacionados a prejuízos ao bem-estar pessoal e à transição, avaliados como de intensidade baixa, foram associados ao uso de estratégias de desenvolvimento. Esse dado está em concordância com a conceituação original de enfrentamento como um processo de avaliação da situação pelo indivíduo e de suas condições para enfrentamento (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman & Moskowitz, 2004). A situação estressante inicialmente percebida como ameaça ou perda é acompanhada de emoções negativas frequentemente intensas e as respostas iniciais de enfrentamento têm como objetivo regular a emoção negativa, que pode interferir no enfrentamento instrumental (Folkman & Moskowitz, 2004). Já, aquelas avaliadas como de baixa intensidade, envolvendo, por exemplo, eventos normativos de transição, para os quais há uma previa socialização ou com tendência a serem avaliados como benignos, podem permitir o uso de estratégias de regulação cognitiva ou emocional.

Um evento crítico de vida é assim chamado porque faz referência a situações que requerem grande exigência para adaptação, por exemplo, morte e doença em ascendentes e contemporâneos, que remetem à ideia da própria finitude, e problemas de saúde, morte, violência ou carência de recursos que afetam os descendentes e outros entes queridos, que ameaçam a autoestima e o autoconceito. O valor positivo ou negativo de uma dada experiência, a sua intensidade, a noção de que se pode enfrentá-la e o senso de autoeficácia resultante de enfrentamentos anteriores determinam a forma como situações similares serão enfrentadas no futuro (Fortes-Burgos & Neri, 2011). Eventos

percebidos como de alta intensidade e de difícil manejo, como os incontroláveis e os negativos, os quais afetam o bem-estar pessoal e dos descendentes, provocam aumento do risco de comorbidades médicas e de condições psiquiátricas, como a depressão, diminuindo as chances de um enfrentamento adaptativo (Lavretsky, 2012). Se percebidos como de baixa intensidade e de fácil manejo, tais eventos podem levar a comportamentos que promovem adaptação a médio e longo prazo, por meio da utilização das estratégias adaptativas e de desenvolvimento. As análises univariada e multivariada confirmaram o uso de estratégias de desenvolvimento em face de eventos estressantes avaliados como de menor intensidade, o que sugere que seu manejo esteja relacionado à sua controlabilidade e à oportunidade de adaptação.

#### *Sintomas depressivos e processos de enfrentamento e adaptação*

O enfrentamento pode ser caracterizado por estratégias assimilativas e acomodativas, segundo Brandtstädter & Renner (1990). As estratégias de enfrentamento assimilativas envolvem ações instrumentais, compensatórias e autocorretivas para alterar uma circunstância insatisfatória de vida ou alguma restrição situacional, de tal forma a obter um acordo com as preferências pessoais. As estratégias acomodativas são destinadas a uma revisão dos objetivos e padrões em função das percepções das perdas.

As tentativas feitas pelos idosos para remover ou prevenir perdas evolutivas, através de enfrentamento instrumental, como, por exemplo, a solução de problemas, podem falhar e exigir medidas que vão além da compensação. Quando a tentativa de se integrar à adversidade e lidar com ela falham podem aparecer sentimentos de desesperança, desorientação e resignação, cujo término depende da importância dos objetivos que estão sendo bloqueados, em relação aos valores e orientações básicas do indivíduo. Essa fase depressiva termina quando se constroem novas perspectivas para o desenvolvimento pessoal, que pode incluir reavaliações cognitivas, implicar em ajustamentos dos níveis de aspiração, em revisão dos padrões de avaliação, em neutralização de avaliações aversivas e em utilização de padrões de comparação consigo próprio. Nenhum dos dois modos tem preferência e é apenas a combinação de

ambos que torna efetiva a adaptação, porém os idosos tendem a utilizar mais estratégias acomodativas (Brandtstädter & Renner, 1990; Leipold & Greve, 2009).

No presente estudo, as estratégias de enfrentamento adaptativas são tentativas de se alterar a situação, ou os efeitos dela, com base nos recursos pessoais disponíveis, o que permite que sejam consideradas como estratégias assimilativas. As estratégias de desenvolvimento podem ser comparadas a estratégias acomodativas, pois seus efeitos incluem a reavaliação do que está acontecendo e das condições de enfrentamento, bem como a busca de interpretações e ações alternativas, cujos efeitos tendem a persistir no tempo, caracterizando reorganização de metas e padrões pessoais ou aprendizagem. São exemplos dessa comparação as estratégias de desenvolvimento de laços afetivos, a confiança que o controle poderá ser exercido por outros, que podem ser consideradas como estratégias que não lidam de uma forma direta e instrumental com a situação, mas buscam respostas alternativas como o desenvolvimento de vínculos ou o abrir mão do controle, cujos benefícios para o bem-estar e a adaptação possam ser mais duradouros para o idoso. As pessoas que percebem a família e os amigos como elementos de suporte durante os tempos difíceis constroem um forte senso de significados para suas vidas, além disso, laços sociais fortes associam-se a maior bem-estar e têm um efeito protetor em relação ao declínio cognitivo (Charles & Carstensen, 2010).

#### *Relações entre a idade e o enfrentamento*

Idade entre 65 e 69 e entre 75 e 79 anos associaram-se mais robustamente com o uso de estratégias de desenvolvimento do que ter de 70 a 74 ou 80 anos e mais. Pode-se supor que na velhice os idosos mais jovens e os entre 75 e 79 anos (essa faixa, provavelmente incluindo os resilientes) utilizam mais estratégias de desenvolvimento, apoiando-se em estratégias acomodativas, como criar laços afetivos, delegar para outros, reavaliar a situação de um outro prisma, esperar informações para agir e, que representam maior complexidade emocional de resposta (Ong *et al.*, 2009), caracterizando a regulação emocional como uma vantagem relacionada à idade (Kessler e Staudinger, 2009). Os idosos da faixa intermediária (70 a 74 anos) e os com idade



acima de 80 anos podem estar lidando com o agravamento de doenças e comorbidades, o qual implica na necessidade de poupar recursos. Desse modo, passam a relacionar-se com grupos menores, que lhe proporcionam afeto e cuidado (Charles e Carstensen, 2010) e seus investimentos em desenvolvimento podem diminuir, uma vez que nas idades mais avançadas a incidência de demências e de incapacidades aumenta, diminuindo as chances de manutenção do desenvolvimento (Baltes, 1997).

#### *Relações entre indicadores de regulação emocional e de bem-estar subjetivo e resiliência*

Associações entre o enfrentamento e a depressão são apontadas por dados de uma revisão de literatura que incluiu estudos longitudinais e transversais. Segundo esses estudos, baixos níveis ou ausência de depressão associam-se a altos níveis de enfrentamento ativo, cognitivo e comportamental, orientado a tarefas e a problemas, destinado a ignorar a dor e envolvendo enfrentamento autoafirmativo (Bjørkløf, Engedal, Selbæk, Kouwenhoven, & Helvik, 2013). Além disso, baixos níveis de esquiva associam-se a enfrentamento adaptativo (Bjørkløf *et al.*, 2013). Estudo brasileiro encontrou relação entre maior risco para depressão e estratégias de enfrentamento com foco em emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco (Fortes-Burgos *et al.*, 2008), definidas no presente estudo como não-adaptativas.

Lavretsky (2012) apresenta um modelo de homeostase biopsicológica em que interagem estressores, adversidades e eventos de vida. Cita como estressores e adversidades típicas do envelhecimento as doenças crônicas, danos cognitivos, estresse relacionado ao cuidado e perdas afetivas e financeiras. Diante delas, alguns idosos sucumbem à depressão e à morte prematura e outros dão encaminhamento à vida, apesar das adversidades. A depressão menor, uma condição já limitante para boa parte dos idosos, pode funcionar como condição de risco importante para a depressão maior, caso ocorra sistemático aumento dos sintomas. O padrão de homeostase implica na posse de recursos individuais como a autoestima, o otimismo, baixos níveis de neuroticismo, alta conscienciosidade, extroversão, reserva cognitiva, estratégias de

enfrentamento e suporte social (Charles & Carstensen, 2010; Lavretsky, 2012), variáveis essas integrando os múltiplos aspectos representados pelo conceito de resiliência.

A resiliência ao estresse refere-se a um padrão de funcionamento indicativo de uma adaptação positiva ao estresse, em que os indivíduos resilientes mostram grande capacidade de readquirir equilíbrio físico e psicológico, depois de uma exposição ao estresse. O enfrentamento adaptativo e de desenvolvimento podem resultar em maneiras adaptativas e voltadas para a aprendizagem de novas habilidades, que têm por função atenuar o impacto de fatores de vulnerabilidade e de risco, dentre eles a depressão, contribuindo, dessa forma, para a manutenção de um padrão de funcionamento e bem-estar, ainda que as condições de vida sejam desvantajosas.

O bem-estar subjetivo funciona como um fator protetor em face das adversidades sejam elas promovidas por condições biológicas, como a presença de processos inflamatórios, riscos cardiovasculares e doenças crônicas; quer decorram de condições sociais e econômicas desiguais (Ryff *et al.*, 2012).

No presente estudo, o enfrentamento voltado ao desenvolvimento foi relacionado à autoavaliação positiva de saúde. A autoavaliação positiva de saúde manteve seu efeito quando todas as variáveis foram levadas em consideração ao mesmo tempo. A avaliação subjetiva da saúde é um dos construtos relacionados ao bem-estar e é tida como promotora de bem-estar e envelhecimento resiliente, sendo encontrada em 26 dentre os 29 estudos de revisão sobre preditores de envelhecimento bem-sucedido analisados por Depp & Jeste (2006).

Replicando a literatura anteriormente descrita relativa ao impacto de avaliações positivas de bem-estar sobre a longevidade, o status funcional e mental e resiliência, os dados aqui apresentados confirmam que melhores avaliações subjetivas de saúde favorecem a adaptação, tendo impacto particular sobre a escolha de estratégias de enfrentamento que favoreçam a adaptação e o desenvolvimento.

### *Efetividade das estratégias de enfrentamento*

Diener *et al.* (1999) atribuem aos processos de enfrentamento importante função de adaptação e apontam alguns deles como os mais consistentemente associados com altos níveis de bem-estar subjetivo. Entre eles citam o uso de estratégias racionais, a busca de ajuda, a fé, a capacidade de retirar forças da adversidade, a atribuição de significados às experiências estressantes e a reavaliação positiva. Habilidades como a de resolver problemas e regular as emoções (Charles & Carstensen, 2010; Gooding *et al.* 2012), lidar com as doenças e incapacidades (Rybarczyk, Emery, Guequierre, Shamaskin, & Behel, 2012) e procurar por ajuda (Smith, 2009) estão diretamente relacionadas à capacidade de resistir aos estressores.

Um modelo hierárquico estrutural de enfrentamento classifica-o em duas categorias: o enfrentamento de compromisso, envolvendo estratégias de resolução de problemas, reavaliação cognitiva e aceitação e o enfrentamento de descompromisso, que envolve esquiva, culpa, distração e pensamento mágico (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Com base nessa classificação, Piazza, Floyd, Mailick, and Greenberg (2014) avaliaram o efeito de diferentes formas de enfrentamento sobre a depressão em pais de filhos incapacitados, com idade de 65 anos em média. Altos níveis de sobrecarga e uso de estratégias de descomprometimento e de distração foram preditores robustos de depressão, sugerindo que são ineficazes para atenuar o impacto da sobrecarga advinda do cuidado.

No presente estudo, as estratégias de desenvolvimento mostraram-se mais fortemente relacionadas à alta regulação emocional (indicada pela baixa pontuação em escala de rastreio de sintomas depressivos), à baixa e à moderada intensidade de estresse relativo ao bem-estar pessoal e a eventos de transição, e à autoavaliação positiva de saúde. Esses resultados confirmaram o impacto de indicadores de bem-estar e de reguladores da emoção sobre a resiliência, que tem nas estratégias de enfrentamento um importante indicador. As estratégias adaptativas e de desenvolvimento cumprem funções importantes de proteção e adaptação, quando diante de estressores e riscos, contribuindo para o bem-estar e saúde.

Alguns limites devem ser apontados neste estudo. Os fatores de risco relativos às experiências de eventos estressantes incluíram avaliação do tipo e da intensidade, mas não de frequência. Além disso, terá sido muito amplo o período de tempo mencionado aos idosos na pergunta sobre os eventos vivenciados (cinco anos). Além de oferecer um período muito longo para a realização de recuperações de memória, favorecendo imprecisões, a ausência de perguntas sobre a duração e a recenticidade poderia ter afetado a validade dos dados obtidos. A memória da experiência estressante, sua especificidade e sua intensidade podem sofrer alterações e ter significados diferentes se forem registradas imediatamente, uma semana, um mês ou um ano após sua ocorrência. O delineamento transversal não permite a avaliação da estabilidade das avaliações da intensidade dos eventos estressantes, nem tampouco o das respostas de enfrentamento. A investigação da variável depressão foi feita por meio de medida de rastreio, sendo, portanto, os resultados aqui descritos apenas sugestivos, mas, não diagnósticos. Os dados poderiam ser mais ricos se tivessem sido incluídas medidas de saúde e incapacidade, que, segundo a literatura covariam de forma importante com regulação emocional e com bem-estar subjetivo em idosos.

## **Conclusões**

Utilizar as estratégias de enfrentamento como medida de resiliência, sob a ótica de sua contribuição para a adaptação e o desenvolvimento, relaciona-se com a perspectiva de considerá-la não como um atributo do indivíduo ou do contexto, mas como resultado da interação entre os recursos do indivíduo e as demandas, as ameaças e os recursos do contexto em que vive.

A resiliência reflete-se em comportamentos assimilativos e acomodativos. Envolve estratégias de adaptação e de desenvolvimento, que se associam a níveis positivos de regulação emocional, expressos em poucos sintomas depressivos, em indicadores de bem-estar subjetivo, tais como a autoavaliação positiva de saúde, e em percepções atenuadas da intensidade de estressores. Tais condições têm potencial para beneficiar os idosos no momento atual e no médio e no longo prazos.

Dada a relevância das estratégias de enfrentamento para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, novos estudos deveriam basear-se em modelos complexos que contemplariam condições macroestruturais (nível de desenvolvimento econômico da cidade e do País, políticas sociais e justiça social), sociais (como suporte social percebido e participação social), socioeconômicos (como nível de renda e de escolaridade), biológicas (como doenças crônicas e capacidade funcional) e psicológicas (como cognição, personalidade, autoestima, autoeficácia) contribuindo para melhor compreensão do fenômeno resiliência na velhice. Controlar condições de contexto de natureza socioeconômica e sociocultural, que por um lado circunstanciam oportunidades sociais e estilo de vida ao longo de toda a vida, por outro determinam atitudes, valores e autocrenças coletivas sobre eficácia e possibilidade de enfrentamento é um rico filão a ser explorado em futuras pesquisas sobre estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência psicológica em idosos. As possibilidades aqui elencadas ficaram subentendidas na concepção do presente estudo. Futuros trabalhos com delineamento amostral mais robusto poderão enveredar pela trilha dos modelos complexos e gerar dados inovadores à compreensão do envelhecimento no contexto brasileiro.

## Referências

- Aldwin, C. M. (1994). California Coping Inventory. Paper presented at the Paper presented at the *American Psychological Association*, Los Angeles
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*, 57(2B), 421-426.
- 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

- Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., Kouwenhoven, S. E., & Helvik, A. S. (2013). Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 35(3-4), 121-154.
- Borim, F. S. A., Barros, M. B. d. A., & Neri, A. L. (2012). Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 769-780.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychol Aging*, 5(1), 58-67. doi: 10.1037/0882-7974.5.1.58
- Brucki, S. M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H., & Okamoto, I. H. (2003). [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3b), 777-781.
- Caetano, S., Silva, C., & Vettore, M. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics*, 13(1), 122.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annu Rev Psychol*, 61, 383-409. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107. doi: 10.1037/0022-3514.93.6.1080

- Davis, M. C., Zautra, A. J., Johnson, L. M., Murray, K. E., & Okvat, H. A. (2007). Psychosocial Stress, Emotion Regulation, and Resilience among Older Adults. In C. M. Aldwin, C. L. Park & I. A. Spiro (Eds.), *Handbook of health psychology and aging* (pp. 250-266). New York, NY, US: Guilford Press.
- Depp, C., & Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*, *14*(1), 6-20.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler, G. B., Walston, J. D., & The Interventions on Frailty Working, G. (2004). Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(4), 625-634. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52174.x
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual review of clinical psychology*, *5*, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*(1), 150-170. doi: 10.1037/0022-3514.48.1.150
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol*, *55*, 745-774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456

- Fontes, A. P., & Neri, A. N. (2015a). Coping Strategies as Indicators of Resilience in Elderly People: a Methodological Study. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*(submetido).
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015b). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- 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.
- Galenkamp, H., Braam, A. W., Huisman, M., & Deeg, D. J. H. (2011). Somatic Multimorbidity and Self-rated Health in the Older Population. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. doi:10.1093/geronb/gbr032
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(3), 262-270. doi: 10.1002/gps.2712
- Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97(3), 397-417.
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity



at older ages: what is "right" about the way we age? *Gerontologist*, 50(1), 36-47.  
doi: 10.1093/geront/gnp067

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos & Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

Kessler, E. M., & Staudinger, U. M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychol Aging*, 24(2), 349-362. doi: 10.1037/a0015352

Lavretsky, H. (2012). Resilience, Stress, and Mood Disorders in Old Age. In B. Hayslip Jr & G. Smith (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Volume 32: Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life Edited by Bert Hayslip, Jr., and Gregory C. Smith* (Vol. 32, pp. 49-72). New York: Springer Publishing Company.

Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.40

Lerner, R. M., Weiner, M. B., Arbeit, M. R., Chase, P. A., Agans, J. P., Schmid, K. L., & Warren, A. E. A. (2012). Resilience Across the Life Span *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 32, pp. 275-299).

Millán-Calenti, J. C., Sánchez, A., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(2), 198-206. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x

- Neri, A., Yassuda, M., Araújo, L., Eulálio, M., Cabral, B. E., Siqueira, M.E.C., Santos, G.A., Moura, J.G.A. (2013a). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 778-792.
- Neri, A., Fortes-Burgos, A. C. G., Fontes, A. P., Santos, G. A. d., & Araújo, L. F. (2013b). Capítulo 17. 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.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *J Pers*, 77(6), 1777-1804. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x
- Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD Brasil). Ranking do IDHM dos municípios do Brasil, ano 2000. Retrieved April 30, 2011, from [www.pnud.org.br/atlas/tabelas](http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas)
- Piazza, V. E., Floyd, F. J., Mailick, M. R., & Greenberg, J. S. (2014). Coping and Psychological Health of Aging Parents of Adult Children With Developmental Disabilities. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 186-198. doi: 10.1352/1944-7558-119.2.186
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Rybarczyk, B., Emery, E., Guequierre, L., Shamaskin, A., & Behel, J. (2012). The role of Resilience in Chronic Illness and Disability in Older Adults. In B. Hayslip Jr & G. Smith (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Volume 32: Emerging*

*Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life Edited by Bert Hayslip, Jr., and Gregory C. Smith* (Vol. 32, pp. 173-188). New York: Springer Publishing Company.

Ryff, C., Friedman, E., Morozink, J., & Tsenkova, V. (2012). Psychological Resilience in Adulthood and Later Life: Implications for the health. In B. Hayslip Jr & G. Smith (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Volume 32: Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life Edited by Bert Hayslip, Jr., and Gregory C. Smith* (Vol. 32, pp. 73-92). New York: Springer Publishing Company.

Smith, G. C., & Hayslip Jr, B. (2012). Resilience in Adulthood and Later Life: What Does it Mean and Where Are We Heading? In B. Hayslip Jr & G. C. Smith (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life*. (Vol. 32, , pp. 3-28). New York: Springer Publishing Company.

Smith , P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(9), 829-837. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01463.x

Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Dev Psychopathol*, 5(04), 541-566. doi: doi:10.1017/S0954579400006155

Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *J Gerontol Nurs*, 29(12), 42-49.

Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults. *J Rural Health*, 25(4), 415-419. doi: 10.1111/j.1748-0361.2009.00253.x

Yancura, L. A., Aldwin, C. M., Levenson, M. R., & Spiro, A. (2006). Coping, Affect, and the Metabolic Syndrome in Older Men: How Does Coping Get Under the Skin? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(5), P295-P303. Retrieved from <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/61/5/P295.abstract>

## Apêndices

Tabela 1. Estrutura fatorial resultante da análise fatorial exploratória aplicada ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento (Aldwin, 1994; Fortes-Burgos *et al.*, 2008). Estudo Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

No.	Estratégias	Cargas fatoriais			$\lambda^2$ 0,358
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	
Não-adaptativas					
2	Achou que a situação aconteceu por culpa dos outros.	0.581			0,328
7	Demonstrou hostilidade.	0.522			0,278
13	Bebeu e comeu em excesso para se compensar ou esquecer do que estava acontecendo.	0.519			0,265
19	Gritou e xingou.	0.501			0,429
3	Queixou-se ou desabafou com alguém.	0.457			0,229
18	Usou remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.	0.454			0,178
9	Isolou-se.	0.407			0,275
1	Aceitou a situação ou achou que ela aconteceu porque tinha que acontecer (item invertido).	-0.457			0,526
Adaptativas					
6	Procurou distrair-se, dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.		0,724		0,508
16	Procurou relaxar ou tirar uma folga, quando a situação lhe pareceu pesada demais.		0,710		0,486
17	Tentou esquecer que o problema existia.		0,562		0,276
8	Rezou e pediu orientação a algum ente superior.		0,428		0,269
15	Confiou em Deus ou em algum ser ou força superior.		0,424		0,123
De desenvolvimento					
10	Confiou em outras pessoas que, a seu ver, tinham capacidade para resolver o problema.			0,535	0,287
14	Fortaleceu seus laços afetivos com outras pessoas.			0,475	0,295
5	Esperou ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão.			0,421	0,200
4	Chegou à conclusão que não havia nada a ser feito (item invertido).			-0,263	0,166

$\lambda^2$  = comunalidade explicada. Índice Kaiser (MSA) de ajuste da amostra < 0,60. Variância total explicada = 30,8%. Fator 1 = 12,5%; fator 2 = 10% e fator 3 = 8,4%. Para a composição dos fatores foram considerados itens com carga superior a 0.40.

Tabela 2. Idosos conforme o uso de estratégias de enfrentamento, considerando-se as variáveis sociodemográficas. Estudo Fibra, polo Unicamp, Brasil, idosos, 2008-2009.

VARIÁVEIS	N	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO		
		Não-adaptativas %	Adaptativas %	Desenvolvimento %
IDADE	N		$p = 0,443$	
65-69	156	45.45	36.46	39.66
70-74	124	9.09	30.90	29.31
75-79	79	27.27	17.71	21.55
≥80	56	18.18	14.93	9.48
SEXO	N		$p = 0,611$	
Masculino	156	36.36	36.11	41.38
Feminino	259	63.64	63.89	58.62
RENDA FAMILIAR	N		$p = 0,198$	
≤1.0 SM	41	10.00	13.15	7.00
1.1-3.0 SM	196	80.00	52.99	55.00
>3.0 SM	124	10.00	33.86	38.00

Tabela 3. Idosos conforme o uso de estratégias de enfrentamento, considerando-se a intensidade atribuída às classes de eventos estressantes e sintomas depressivos, autoavaliação de saúde e satisfação com a vida. Estudo Fibra, polo Unicamp, Brasil, 2008-2009.

INTENSIDADE DOS EVENTOS ESTRESSANTES	N	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO		
		Não adaptativas %	Adaptativas %	Desenvolvimento %
<b>TODOS</b>				
$p = 0,556$				
Alta	136	54,55	31,67	35,96
Intermediária	135	27,27	33,45	33,33
Baixa	135	18,18	34,88	30,70
<b>FINITUDE</b>				
$p = 0,659$				
Alta	104	18,18	27,54	23,64
Intermediária	192	63,64	48,55	46,36
Baixa	101	18,18	23,91	30,00
<b>CUIDADO</b>				
$p = 0,193$				
Alta	99	40,0	23,10	28,97
Intermediária	92	10,0	26,35	16,82
Baixa	203	50,0	50,54	54,21
<b>BEM-ESTAR PESSOAL</b>				
$p < 0,001$				
Alta	99	<b>50,00</b>	25,82	20,54
Intermediária	195	<b>50,00</b>	<b>52,73</b>	40,18
Baixa	103	0,00	21,45	<b>39,29</b>
<b>TRANSIÇÃO</b>				
$p = 0,070$				
Alta	83	44,44	23,36	13,64
Intermediária	68	11,11	17,88	16,36
Baixa	242	44,44	58,76	70,00
<b>BEM-ESTAR DESCENDENTES</b>				
$p = 0,022$				
Alta	107	40,00	27,11	26,36
Média	128	<b>50,00</b>	35,53	23,64
Baixa	158	10,00	37,36	<b>50,00</b>
<b>DEPRESSÃO</b>				
$p < 0,001$				
<6	339	36,36	<b>80,14</b>	<b>90,52</b>
≥6	75	<b>63,64</b>	19,86	9,48
<b>AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE</b>				
$p = 0,005$				
Positiva	220	27,27	<b>49,48</b>	<b>64,6</b>
Negativa	194	<b>72,73</b>	50,52	35,34
<b>SATISFAÇÃO</b>				
$p = 0,246$				
Alta	296	60,00	69,34	78,45
Intermediária	103	40,00	27,18	18,10
Baixa	14	0,0	3,48	3,45

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada para estratégias de desenvolvimento (n=415). Estudo Fibra, polo Unicamp, Brasil, idosos, 2008-2009.

Variável	Categorias	Valor-p	O.R.*	IC 95% O.R.*
Idade	≥80 anos (ref.)	---	1,00	---
	75-79 anos	0,149	1,76	0,82 – 3,81
	70-74 anos	0,195	1,61	0,78 – 3,31
	65-69 anos	0,170	1,63	0,81 – 3,28
Sexo	Masculino (ref.)	---	1,00	---
	Feminino	0,338	0,81	0,53 – 1,24
Intensidade de eventos de stress/ Total	Alta (ref.)	---	1,00	---
	Média	0,946	0,98	0,59 – 1,64
	Baixa	0,723	0,91	0,55 – 1,52
Intensidade de eventos de stress/ Finitude	Alta (ref.)	---	1,00	---
	Média	0,966	1,01	0,60 – 1,71
	Baixa	0,259	1,40	0,78 – 2,52
Intensidade de eventos de stress/ Descendência	Alta (ref.)	---	1,00	---
	Média	0,242	0,71	0,39 – 1,27
	Baixa	0,104	1,55	0,91 – 2,62
Intensidade de eventos de stress/ Cuidado	Alta (ref.)	---	1,00	---
	Média	0,162	0,64	0,34 – 1,20
	Baixa	0,782	0,93	0,56 – 1,56
Intensidade de eventos de stress/ Bem-estar	Alta (ref.)	---	1,00	---
	Média	0,742	1,10	0,63 – 1,91
	Baixa	<b>&lt;0,001</b>	2,76	1,52 – 5,03
Intensidade de eventos de stress/ Transição	Alta (ref.)	---	1,00	---
	Média	0,130	1,78	0,85 – 3,73
	Baixa	<b>0,008</b>	2,24	1,24 – 4,07
Sintomas depressivos	Sim (ref.)	---	1,00	---
	Não	<b>&lt;0,001</b>	3,45	1,79 – 6,64
Satisfação com a vida	Pouco (ref.)	---	1,00	---
	Mais ou menos	0,384	0,59	0,18 – 1,95
	Muito	0,956	1,03	0,33 – 3,23
Autoavaliação de saúde	Negativa ruim (ref.)	---	1,00	---
	Positiva	<b>0,002</b>	2,01	1,31 – 3,09

\* OR (*Odds Ratio*) para estratégias de desenvolvimento; (n=11 não-adaptativas, n=288 adaptativas e n=116 desenvolvimento). IC 95% = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência. Modelos de riscos proporcionais.



## CONCLUSÕES

A resiliência é metaforicamente definida como um amplo guarda-chuva conceitual (18) ou como uma constelação de variáveis (21), que abriga recursos pessoais e sociais. Tais definições refletem-se nos dados obtidos pela revisão de literatura do período 2007-2013. Dos 53 artigos internacionais analisados, 22 referem-se à ampla gama de recursos psicológicos e sociais de enfrentamento; 17 referem-se à regulação emocional diante de experiências estressantes, dez referem-se a correlatos do envelhecimento bem-sucedido e quatro a medidas de resiliência.

O construto de resiliência psicológica é visto como útil para explicar a aparente contradição que existe entre a velhice bem-sucedida, na presença de riscos biológicos e psicológicos e de eventos de vida adversos que caracterizam o envelhecimento. Nesse caso, ela atua como fator de proteção, cumprindo funções de adaptação e desenvolvimento e não declina com o envelhecimento. Esse é um dos princípios do paradigma *life-span* em Psicologia (5, 6, 85), no qual a resiliência é definida como um conjunto de capacidades de recuperação dos efeitos dos estressores e de manutenção do desenvolvimento, em face dos riscos e das perdas inerentes ao envelhecimento. Como tal, integra os conceitos de plasticidade e de reserva cognitiva.

A abordagem *life-span* utiliza o termo plasticidade para fazer referência à flexibilidade de adaptação do organismo frente aos estressores, flexibilidade essa que se ancora em uma reserva de capacidade, com componentes cognitivos e emocionais.

O modelo teórico da Seleção, Otimização e Compensação – SOC (7) é utilizado por Baltes para explicar a plasticidade ao longo da vida, referindo-se a mecanismos de seleção, otimização e compensação das capacidades como responsáveis pela adaptação ou regulação de recursos, incluindo os de capacidade cognitiva. Envolve estratégias de seleção que se referem à escolha ou eleição de um foco de adaptação e otimização em certas áreas como o resultado de limitações em outras áreas, por exemplo, um indivíduo maduro pode escolher realizar atividades de ensino, mentoria ou consultoria apoiado em sua experiência adquirida, em detrimento de

foco em atividades que exigem grande destreza motora. A compensação envolve o uso de meios alternativos para manter um determinado modo de funcionamento, em face do decréscimo antecipado ou atual de recursos, por exemplo, utilizar um aparelho auditivo, face à perda auditiva ou apoiar-se na ajuda oferecida por outros, diante da doença. A otimização envolve aquisição, uso e refinamento de recursos para alcançar os objetivos de vida, por exemplo, a aprendizagem de uma nova habilidade.

No tocante às ameaças às quais o indivíduo está exposto ao longo da vida, a evolução e a biologia não atuam como favoráveis ao idoso. Com a idade os determinantes genéticos, seus mecanismos e expressões tornam-se menos aptos a gerar e manter altos níveis de funcionamento. Como exemplo, pode-se citar a doença de Alzheimer, cuja prevalência aumenta depois dos 70 anos. Baltes (6, 7) ao descrever a incompletude do processo evolucionário considera três funções para o desenvolvimento humano: a função de crescimento, a função de manutenção, incluindo a recuperação (resiliência) e a função de regulação da perda, essa última atuando para organizar o funcionamento quando a resiliência não é mais possível.

Apoiando-se em conceitos como o de plasticidade e de capacidade de reserva, a resiliência refere-se à adaptação positiva aos riscos e às perdas de natureza normativa e não-normativa do envelhecimento, incluindo adequado desenvolvimento, minimização dos efeitos dos eventos negativos, recuperação rápida e, em longo prazo, contenção das consequências negativas, além da presença de consequências positivas (14).

Os recursos psicológicos incluem habilidades reguladoras, por exemplo, resolver problemas e lidar com a adversidade de um modo positivo (10), tolerar e aceitar circunstâncias adversas (86), crenças religiosas e espirituais, utilizadas como recursos protetores em relação a situações de difícil manejo (87). Entre os recursos sociais estão, por exemplo, a capacidade de buscar ajuda, o engajamento em redes sociais (88), o suporte social e a integração à comunidade (10).

A resiliência diz respeito a um padrão de funcionamento adaptativo, que envolve a capacidade de manejar estressores internos e externos ou de recuperar-se de seus efeitos deletérios (15). Engloba amplo espectro de características pessoais e de

mecanismos de autorregulação emocional e cognitiva, subjacentes à plasticidade e à reserva cognitiva (6). Dentre os recursos pessoais estão os traços de personalidade (notadamente a extroversão, o otimismo e a ausência de neuroticismo), a autoestima, a autodeterminação e a capacidade de buscar suporte social (18, 89). Entre os mecanismos de autorregulação do *self* contam-se as estratégias de enfrentamento, as crenças de autoeficácia, a capacidade de regular as emoções, maior capacidade de adaptação à intensidade dos eventos estressantes, maior integração cognitiva e afetiva, o uso de estratégias proativas de enfrentamento, e o uso da comparação social com aqueles de idade semelhante, de modo a atenuar as diferenças percebidas(20, 38-40).

A regulação emocional, apontada pela literatura como fator chave para a conceituação de resiliência na velhice, foi alvo de investigação em grande parte dos artigos analisados. Eles versam, basicamente, sobre comportamentos destinados a alterar o impacto das emoções negativas, ansiedade e depressão, experimentadas diante de estressores. A capacidade de regular as emoções, mantida durante a velhice, é considerada como fator protetor em relação à adversidade. Diz-se que os idosos são capazes de emoções mais complexas, respondem com flexibilidade ao estresse e buscam metas mais acomodativas (38).

A resiliência também se revelou associada a indicadores de envelhecimento bem-sucedido, dentre eles o bem-estar em geral, a autoavaliação de saúde e a satisfação com a vida (53, 67, 90, 91).

Foram identificadas duas vertentes na avaliação da resiliência. Numa delas são avaliadas características, atributos e condições relativamente estáveis do indivíduo, correspondentes ao conceito de traço. Na outra, o foco recai sobre as estratégias como mecanismos de autorregulação emocional e cognitiva, que foi o ponto de vista assumido por esta tese. As estratégias de enfrentamento foram selecionadas como indicador destas competências, orientadas à adaptação e ao desenvolvimento. As relações encontradas entre uso de estratégias adaptativas e de desenvolvimento e nenhum ou poucos sintomas depressivos, autoavaliação positiva de saúde e alta satisfação com a vida foram interpretadas como indicadoras de resiliência. Ou seja, idosos resilientes

apoiam-se no uso de estratégias adaptativas e de desenvolvimento e utilizam poucas estratégias não-adaptativas (Estudo 2).

Os resultados do Estudo 3, relativos ao impacto dos sintomas depressivos sobre o uso de estratégias de desenvolvimento conduzem à importante questão: a resiliência, enquanto enfrentamento adaptativo e de desenvolvimento pode atenuar os efeitos deletérios dos estados depressivos, doenças e incapacidades?

Do ponto de vista psicológico, acredita-se que há uma variedade de intervenções terapêuticas e psicoeducacionais que podem ter esse horizonte. A revisão de literatura associou resiliência a recursos pessoais, alguns deles tidos como parte da estrutura de personalidade como o otimismo, o controle e a autoestima. No entanto, os recursos de enfrentamento, dentre eles, as estratégias de enfrentamento, referem-se à adaptações calcadas na avaliação que se faz dos eventos estressantes, podendo, conduzir às emoções positivas quando os eventos estressantes são avaliados como oportunidades de crescimento. As emoções positivas apoiam-se na crença de que é possível manejar o estresse, restaurar recursos e aumentar a possibilidade de enfrentamento(41). Intervenções que provocam emoções positivas são benéficas para a saúde (92). Aumentar a resiliência e reduzir a depressão podem ter efeitos tão fortes quanto reduzir a incapacidade física (93).

Compreender que fatores promovem e aumentam a resiliência diante do declínio do sistema imunológico, provocado por experiências estressantes e depressão, pode ajudar adultos e idosos a viverem melhor. O campo da psiconeuroimunologia tem atentado para as formas pelas quais fatores psicológicos podem aumentar ou preservar a função imune, sobretudo com apoio no desenvolvimento de comportamentos de saúde, por exemplo, dormir bem, fazer exercícios, alimentar-se e cuidar das emoções (94).

Aprender a lidar com as emoções, em especial as negativas; utilizar estratégias adaptativas para lidar com os estressores; reconhecer na história de vida comportamentos e relações positivas para lidar com perdas; tolerar situações adversas; fazer o que é suficientemente bom, sem exigir de si a máxima perfeição ou esperar reconhecimento; planejar, tomar decisões, lidar com problemas, avaliar planos de ação

e promover alterações de rumos quando necessário são habilidades fortemente desejáveis. Tais habilidades podem fazer parte de programas destinados à promoção de qualidade de vida ou intervenções psicossociais, quer nos âmbitos clínico e hospitalar, quer em contextos educacionais e sociais.

O enfrentamento adaptativo e voltado para o desenvolvimento comporta mais do que eliminar ou atenuar o efeito de estressores. Deve permitir ao indivíduo a possibilidade de participar de uma experiência positiva, que inclui sensos de domínio, de crescimento pessoal, de propósito de vida, de autonomia e de autoaceitação e relações positivas com os outros (95, 96).

Kahana et al. (97) apresentam um modelo de envelhecimento bem-sucedido que enfatiza a capacidade de lidar com estressores. O modelo baseia-se em ações corretivas e preventivas, por exemplo, a inclusão de idosos com disfuncionalidade. Os idosos são agentes que se engajam em atividades preventivas e corretivas visando a aumentar sua qualidade de vida, com base na utilização de recursos internos (por exemplo, otimismo, altruísmo) e externos (financeiros, sociais e tecnológicos). Os recursos sociais incluem acesso à família e aos amigos que possam oferecer ajuda. Além de estratégias tradicionais como os cuidados com a saúde (exercício físico, controle de peso, não tabagismo), o suporte social (familiares e amigos), o planejamento do futuro e a substituição e engajamento em novos papéis. O modelo inclui estratégias proativas, tais como uso de tecnologia (internet), acesso aos recursos de saúde, autodesenvolvimento, educação e espiritualidade.

Ao término deste trabalho, é relevante oferecer direções, que envolvem ações metodológicas para futuras pesquisas:

- Criar modelos matemáticos complexos com base em dados a respeito das condições de risco a que os idosos estão expostos e da interação dos múltiplos aspectos dos riscos, dos fatores de proteção e da adaptação.
- A avaliação dos riscos poderia incluir aspectos tais como a sua especificidade e intensidade e seus efeitos acumulativos, incluindo uma medida de quantidade das situações experimentadas.

- Estudos que caracterizam uma única medida de risco ou de resiliência trazem contribuições para a literatura, mas são limitados para observar como a resiliência é expressa em interação com múltiplos recursos pessoais e com múltiplos fatores de contexto, contribuindo para uma recuperação bem-sucedida.

- No tocante à avaliação de resiliência indicada por estratégias de enfrentamento, outros aspectos podem ser incluídos, tais como uma medida de personalidade ou do senso de controle, de modo a avaliar seu efeito interativo com as estratégias de enfrentamento.

- Incluir delineamentos longitudinais para avaliar o impacto de estratégias para manutenção dos comportamentos resilientes no curto e longo prazo, bem como o efeito cumulativo de estressores vivenciados.

- Incluir variáveis sociais e biológicas, por exemplo, doenças crônicas, hábitos e estilos de vida, arranjos e suporte social e qualidade de vida, para avaliar seu impacto no enfrentamento,

- Em função do aumento das doenças neurodegenerativas e da sobrecarga provocada pelo cuidado, intensificar estudos que envolvam estresse e medidas de enfrentamento utilizadas pelos cuidadores.

Pesquisas futuras precisam adotar uma perspectiva mais dinâmica e integradora ao investigar resiliência, considerando o enfrentamento de estressores crônicos e diários; de eventos críticos avaliados quanto à intensidade, à duração e ao efeito cumulativo e da interação entre esses estressores e múltiplos fatores que compõem a capacidade de resistir aos estressores, envolvendo recursos pessoais e sociais. A pesquisa deve ainda privilegiar o confronto da resiliência com comorbidades, fragilidade e mortalidade; com a estrutura e funcionalidade das redes sociais, a atividade, a participação social, o suporte social percebido e os arranjos de moradia. Longo e instigante é o caminho a percorrer!

## REFERÊNCIAS

1. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421-6.
2. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiat.* 1987;57(3):316-31.
3. Smith GC, Hayslip Jr B. Resilience in Adulthood and Later Life: What Does it Mean and Where Are We Heading? In: Hayslip Jr B, Smith GC, editors. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life.* 32, . New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 3-28.
4. Waxman HC, Gray JP, Padron YN. Review of Research on Educational Resilience 2003. Available from: <http://www.escholarship.org/uc/item/7x695885>.
5. Baltes PB. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology.* 1987;23(5):611-26.
6. Staudinger UM, Marsiske M, Baltes PB. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and psychopathology.* 1993;5(04):541-66.
7. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist.* 1997;52(4):366-80.
8. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences.* 1990;1:1-34.
9. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control:* Worth Publishers; 1997.
10. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *The Gerontologist.* 2010;50(1):36-47.
11. Pesce R, Assis S, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção. Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2004;20(2):135-43.
12. Laranjeira CASdJ. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2007;23:327-32.
13. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 1993;1(2):165-78.
14. Hardy SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(2):257-62.
15. Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *Journal of personality.* 2009;77(6):1777-804.
16. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, editor. *Qualidade de vida na velhice Enfoque multidisciplinar.* Campinas, SP: Alínea; 2007. p. 13-59.
17. Stoppe Jr A, Louzã Neto MR. *Depressão na Terceira Idade. Apresentação clínica. Abordagem Terapêutica.* 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 1999.
18. Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & mental health.* 2008;12(3):285-92.
19. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(5):1475-95.
20. Kessler EM, Staudinger UM. Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and aging.* 2009;24(2):349-62.

21. Leipold B, Greve W. Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*. 2009;14(1):40-50.
22. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(10):778-83.
23. Fortes-Burgos ACG, Neri AL. Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento*. 2008;5(1):103-4.
24. Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro A. Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the normative aging study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1996;51(4):179-88.
25. Fortes-Burgos ACG, Neri AL. Eventos de vida e envelhecimento humano. In: Neri A, Yassuda MS, editors. *Velhice bem-sucedida Aspectos afetivos e cognitivos* Campinas: Papyrus; 2004. p. 51-70.
26. Neri AL, Fortes-Burgos ACG, Fontes AP, Santos GA, Araújo LF. Eventos de vida, estratégias de enfrentamento e fragilidade: dados de Parnaíba e Ivoti. In: Neri AL, editor. *Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice*. Campinas: Editora Alínea; 2013. p. 299-320.
27. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2009;14:69-75.
28. Diehl M, Hay EL. Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental psychology*. 2010;46(5):1132-46.
29. Fortes-Burgos ACG, Neri AL. Experiência de Eventos Estressantes. In: Neri AL, editor. *Fragilidade, Saúde e Bem-estar em Idosos Dados do Estudo FIBRA* Campinas. Campinas - SP: Alínea Editora; 2011. p. 225-38.
30. Diehl M. Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. In: Ryff CD, Marshall VW, editors. *The self and society in aging processes* New York: Springer Publishing.; 1999. p. 150-83.
31. Aldwin CM, Molitor N-T, Spiro A, Levenson MR, Molitor J, Igarashi H. Do Stress Trajectories Predict Mortality in Older Men? Longitudinal Findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Aging Research*. 2011;2011:10.
32. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008;21(1):74-82.
33. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
34. Lavretsky H. Resilience, Stress, and Mood Disorders in Old Age. In: Hayslip Jr B, Smith G, editors. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life* Edited by Bert Hayslip, Jr, and Gregory C Smith. 32. New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 49-72.
35. Ryff C, Friedman E, Morozink J, Tsenkova V. Psychological Resilience in Adulthood and Later Life: Implications for the health. In: Hayslip Jr B, Smith G, editors. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life* Edited by Bert Hayslip, Jr, and Gregory C Smith. 32. New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 73-92.
36. Lawton MP. Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist*. 1983;23(4):349-57.
37. Krause N. Social relationships in late life. In: Binstock RH, George LK, editors. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 6th. ed. San Diego, Cal: Academic Press; 2006. p. 182-201.



38. Davis MC, Zautra AJ, Johnson LM, Murray KE, Okvat HA. Psychosocial Stress, Emotion Regulation, and Resilience among Older Adults. In: Aldwin CM, Park CL, A. Spiro I, editors. Handbook of health psychology and aging. New York, NY, US: Guilford Press; 2007. p. 250-66.
39. Neri AL. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: de Freitas E, Py L, Caçado F, Doll J, Gorzoni M, editors. Tratado de Geriatria e Gerontologia Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan; 2011. p. 58-77.
40. Charles ST, Luong G, Almeida DM, Ryff C, Sturm M, Love G. Fewer ups and downs: daily stressors mediate age differences in negative affect. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2010;65B(3):279-86.
41. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual review of psychology*. 2004;55:745-74.
42. Charles SG. Emotional Experience and Regulation in Later Life. In: Schaie KW, Willis SL, editors. *Handbook of the Psychology of Aging*: Elsevier; 2011. p. 295-309.
43. Hildon Z, Smith G, Netuveli G, Blane D. Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of health & illness*. 2008;30(5):726-40.
44. Terrill L, Gullifer J. Growing older: a qualitative inquiry into the textured narratives of older, rural women. *Journal of health psychology*. 2010;15(5):707-15.
45. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2009;28(2):147-56.
46. Stawski RS, Sliwinski MJ, Almeida DM, Smyth JM. Reported Exposure and Emotional Reactivity to Daily Stressors: The Roles of Adult-Age and Global Perceived Stress. *Psychology and aging*. 2008;23(1):52-61.
47. Larcom MJ, Isaacowitz DM. Rapid emotion regulation after mood induction: age and individual differences. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2009;64(6):733-41.
48. Ostir GV, Berges I, Ottenbacher M, Graham JE, Ottenbacher KJ. Positive emotion following a stroke. *Journal of rehabilitation medicine*. 2008;40(6):477-81.
49. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Annual review of psychology*. 2010;61:383-409.
50. Kryla-Lighthall N, Mather M. The role of cognitive control in older adults' emotional well-being. In: Bengston VL, Gans D, Pulney NM, Silverstein M, editors. *Handbook of theories of aging* (2nd ed). New York, NY, US: Springer Publishing Co; 2009. p. 323-44.
51. Mather M, Carstensen LL. Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*. 2005;9(10):496-502.
52. Phoenix C, Smith B. Telling a (good?) counterstory of aging: natural bodybuilding meets the narrative of decline. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2011;66(5):628-39.
53. Hahn EA, Cichy KE, Almeida DM, Haley WE. Time Use and Well-Being in Older Widows: Adaptation and Resilience. *Journal of women & aging*. 2011;23(2):149-59.
54. Forstmeier S, Maercker A. Motivational reserve: lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age. *Psychology and aging*. 2008;23(4):886-99.
55. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999;125(2):276-302.
56. Aldwin CM, Gilmer D. Health, illness, and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives: Springer Publishing Company; 2013.

57. Neri AL. Bem-estar subjetivo, personalidade e saúde na velhice. . In: Freitas EV, Py L, editors. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1495-506.
58. Neri AL, Eulálio MdC, Cabral BE. Bem-estar indicado por satisfação, afetos positivos e negativos e senso de ajustamento psicológico. In: Neri AL, editor. Fragilidade e Qualidade de Vida na velhice. 1ª ed. Campinas (SP): Alínea; 2013.
59. Kleinspehn-Ammerlahn A, Kotter-Gruhn D, Smith J. Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences. 2008;63(6):P377-85.
60. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. The Gerontologist. 1997;37(4):433-40.
61. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennett JM, Kobayashi E, Fukaya T, et al. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences. 2005;60(4):S224-32.
62. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. The Gerontologist. 2008;48(4):415-22.
63. Bernard SL, Kincade JE, Konrad TR, Arcury TA, Rabiner DJ, Woomert A, et al. Predicting mortality from community surveys of older adults: the importance of self-rated functional ability. The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences. 1997;52(3):S155-63.
64. Depp C, Jeste D. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2006;14(1):6-20.
65. Chen F, Short SE. Household Context and Subjective Well-Being Among the Oldest Old in China. Journal of family issues. 2008;29(10):1379-403.
66. Gwozdz W, Sousa-Poza A. Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. Social Indicators Research. 2010;97(3):397-417.
67. Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Cartwright F. A Two-Factor Model of Successful Aging. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2010;65B(6):671-9.
68. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. The Gerontologist. 2002;42(6):727-33.
69. Oliveira MAd, Reis VLd, Zanelato LS, Neme CMB. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. Psicologia: ciência e profissão. 2008;28(4):754-67.
70. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Estudo Longitudinal da Saúde e Bem-Estar dos Idosos Brasileiros [Internet]. [cited 2015 June 01]. Available from: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>
71. Aldwin CM. California Coping Inventory. Paper presented at the American Psychological Association; Los Angeles 1994.
72. Yancura LA, Aldwin CM, Levenson MR, Spiro A. Coping, Affect, and the Metabolic Syndrome in Older Men: How Does Coping Get Under the Skin? The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2006;61(5):P295-P303.
73. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. Cadernos de Saúde Pública. 2013;29:778-92.
74. Neri AL, Yassuda MS, Moura JGA, Araújo LFd, Siqueira MEC, Santos GA, et al. Metodologia do Estudo Fibra Unicamp sobre fragilidade em idosos, em Belém, Parnaíba, Campina Grande, Poços de Caldas, Ermelino Matarazzo, Campinas e Ivoti. In: Neri AL, editor. Fragilidade e Qualidade de Vida. Campinas (SP): Alínea; 2013. p. 30-50.
75. Bremaeker FEJ. A pobreza em nível municipal. Estudo técnico nº 99. [Internet]. Salvador 2010 [cited 2012 Jul-25]. Available from:

[http://www.informacoesmunicipais.com.br/abre\\_documento.cfm?arquivo= repositorio/ oim/ docu mentos/F597E448-92A3-E540-C16935B3135811B522022010091237.pdf&i=970](http://www.informacoesmunicipais.com.br/abre_documento.cfm?arquivo= repositorio/ oim/ docu mentos/F597E448-92A3-E540-C16935B3135811B522022010091237.pdf&i=970).

76. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos & Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2011 May 1]. Available from: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
77. Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD Brasil). Ranking do IDHM dos municípios do Brasil, ano 2000. [internet]. [cited 2011 April 30]. Available from: [www.pnud.org.br/atlas/tabelas](http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas).
78. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Walston JD, et al. Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(4):625-34.
79. Brucki SM, Nitri R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3b):777-81.
80. Aldwin CM, Shiraish R, Cupertino APFB. Paper presented at the annual convention. Change in stability in coping: Longitudinal findings from the DSL of the American Psychological Association; San Francisco 2001.
81. Cupertino APFB, Batistoni SST. Processos de Envelhecimento Saudável (PENSA) em idosos da comunidade: delineamento, medidas e dados preliminares. *Geriatrics & Gerontology*. 2009;3(1):6-13.
82. Fortes-Burgos ACG. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade (Tese de Doutorado). Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas 2010.
83. Aldwin CM. The elders life stress inventory: Egocentric and nonegocentric stress. *Stress and coping in later-life families*. 1990:49-69.
84. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1 ed. Brasil: Editora 70; 2011.
85. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *The American psychologist*. 1997;52(4):366-80.
86. Dorfman LT, Mendez EC, Osterhaus JK. Stress and resilience in the oral histories of rural older women. *Journal of women & aging*. 2009;21(4):303-16.
87. Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and self-rated health among older Mexican Americans. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2011;66(2):207-16.
88. McFadden SH, Basting AD. Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(1):149-61.
89. Windle G. The contribution of resilience to healthy ageing. *Perspectives in public health*. 2012;132(4):159-60.
90. Beutel ME, Glaesmer H, Decker O, Fischbeck S, Brahler E. Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*. 2009;16(6):1132-8.
91. Beutel ME, Glaesmer H, Wiltink J, Marian H, Brahler E. Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male*. 2010;13(1):32-9.
92. Montpetit MA, Bergeman CS, Deboeck PR, Tiberio SS, Boker SM. Resilience-as-process: negative affect, stress, and coupled dynamical systems. *Psychology and aging*. 2010;25(3):631-40.
93. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS, et al. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *The American journal of psychiatry*. 2013;170(2):188-96.

94. Fagundes C, Gillie B, Derry H, Bennet J, Kiecolt-Glaser. Resilience and Immune Function in Older Adults. In: Bert Hayslip JaGCS, editor. Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 32. New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 29-48.
95. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. Psychol Med. 2007;37(3):307-17.
96. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069-81.
97. Kahana E, Kahana B, Kercher K. Emerging lifestyles and proactive options for successful aging. Ageing International 2003;28:155-80.

## ANEXOS

### Anexo 01. Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE



#### Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, ....., RG no ....., concordo em participar da pesquisa intitulada Perfis de fragilidade em idosos brasileiros – Rede FIBRA, de responsabilidade da Profª Drª Anita Liberalesso Neri, psicóloga, CRP 70408/06, pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo. A pesquisa tem por objetivo descrever a prevalência, as características e os principais fatores associados à fragilidade biológica em homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes em diferentes cidades e regiões geográficas brasileiras. Serão investigados aspectos sociais, da saúde, da capacidade funcional e do bem-estar psicológico dos idosos numa sessão de coleta de dados com 30 a 90 minutos de duração. Essa sessão constará de entrevista, medidas de peso, altura, cintura, quadril e abdômen, medida de pressão arterial, coleta de sangue, exame rápido dos dentes, uma prova de força do aperto de mão e uma prova de velocidade de caminhar. Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde e do estilo de vida e ajudará a aperfeiçoar os procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças dos idosos. Depois de terminada a participação de cada idoso na coleta de dados, cada um receberá orientações sobre saúde, baseadas em seus resultados de pressão arterial, peso, altura e circunferências de cintura, abdômen e quadril. O objetivo dessas orientações é ajuda-los a se cuidarem bem. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e que minha participação não implicará em nenhum tipo de gasto. Sei que os resultados da pesquisa serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados. Ou seja, estou ciente de que meus dados estão protegidos por sigilo e anonimato. Tenho conhecimento de que minha participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento eu poderei decidir deixar de participar. Sei também que em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a coordenadora da pesquisa ou com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos endereços estão informados neste documento.

Eu, ....., declaro que fui adequadamente esclarecido(a) sobre a natureza desta pesquisa e da minha participação, nos termos deste documento. Declaro que concordo em participar por livre e espontânea vontade e que não sofri nenhum tipo de pressão para tomar essa decisão.

..... de ..... de 200 .  
(cidade) (data)

..... (Assinatura)

Nome do participante: .....

Endereço: .....

Responsável pela pesquisa: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

(Assinatura)

Telefone: 19-3521 5555 e 3521 5670  
e-mail: anitalbn@fcm.unicamp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP : 19 - 3521 8936  
e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias. Depois de assinadas, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

Anexo 02. Adendo ao projeto nº 208/2007 – “Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros”



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

CEP, 27/08/13.  
(PARECER CEP: Nº 208/2007)

## PARECER

### I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS-REDE FIBRA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri


### II – PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprova o adendo que inclui o projeto “RISCOS BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS E SAÚDE SUBJETIVA EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE – ESTUDO FIBRA: UM ENFOQUE DE RESILIÊNCIA”, com finalidade de doutorado da aluna Arlete Portella Fontes, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

### III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de agosto de 2013.

  
**Prof. Dra. Fátima Aparecida Böttcher Luiz**  
COORDENADORA do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br

Anexo 03. Inventário de Enfrentamento de Estresse (32, 71)

Eu vou lhe dizer uma lista de coisas que as pessoas comumente fazem quando têm que enfrentar uma situação difícil ou estressante. O/a senhor/a deverá dizer com que frequência usa cada uma dessas estratégias para lidar com eventos difíceis ou estressantes: nunca, algumas vezes, quase sempre ou sempre?						
Estratégias	Fator	Nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre	NR
L 642. Aceita a situação ou pensa que ela está acontecendo porque tinha que acontecer.						
L 643. Pensa que a situação está acontecendo por culpa dos outros.						
L 644. Queixa-se ou desabafa com alguém.						
L 645. Pensa que não há nada a ser feito.						
L 646. Espera ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão.						
L 647. Procura distrair-se, por exemplo, dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.						
L 648. Demonstra hostilidade.						
L 649. Reza e pede orientação a algum ente superior.						
L 650. Isola-se.						
L 651. Confia em outras pessoas que, a seu ver, têm capacidade para resolver o problema.						
L 652. Guarda seus sentimentos para si mesmo.						
L 653. Pensa que as coisas poderiam ter sido piores.						
L 654. Bebe e come em excesso para se compensar ou para esquecer o que está acontecendo.						
L 655. Fortalece seus laços afetivos com outras pessoas.						
L 656. Confia em Deus ou em algum ser ou força superior.						
L 657. Procura relaxar ou tirar uma folga.						
L 658. Tenta esquecer-se do problema.						
L 659. Usa remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.						
L 660. Grita e xinga.						

#### Anexo 04. Inventário de Eventos Estressantes (29, 83)

Eu vou lhe apresentar uma lista de situações que podem ocorrer na vida das pessoas idosas. Para cada uma, eu vou perguntar se o/a senhor/a viveu essa situação de cinco anos para cá.	Intensidade do evento apontado como o mais estressante						
	Sim	Não	1	2	3	4	5
Eventos							
1. Morte de cônjuge.							
2. Morte do pai ou da mãe.							
3. Morte de amigo muito chegado.							
4. Morte de parente próximo.							
5. Morte de filho.							
6. Morte de neto.							
7. Doença do cônjuge.							
8. Doença do seu pai ou da sua mãe.							
9. Doença de filho.							
10. Doença de neto.							
11. Ficou doente ou teve uma piora em seu estado de saúde.							
12. Sentiu que sua memória estava piorando.							



Continuação Anexo 04. Inventário de Eventos Estressantes (29, 83)

13. Teve que colocar o cônjuge numa instituição.							
14. Teve que colocar o pai ou a mãe numa instituição.							
15. Teve que tomar conta ou cuidar do pai ou da mãe doente.							
16. Teve que tomar conta ou cuidar do cônjuge doente.							
17. Perdeu contato com amigo por causa de mudança de casa ou de cidade.							
18. Perdeu contato com filho por causa de mudança de casa ou de cidade.							
19. Perdeu algum objeto de que gostava.							
20. Sentiu que estava perdendo poder aquisitivo.							
21. Sua aposentadoria.							
22. Aposentadoria de cônjuge.							
23. Divórcio ou separação.							
24. Divórcio ou separação de um/a filho/a.							
25. Casamento – o/a senhor/a se casou.							
26. Casamento de filho.							

Continuação Anexo 04. Inventário de Eventos Estressantes (29, 83)

27. Diminuição na participação em atividades de que gostava muito.							
28. Teve que assumir responsabilidades financeiras por um filho adulto, pais ou sogros.							
29. Conflitos com filhos.							
30. Conflitos com o cônjuge.							
31. Sua casa sofreu danos por causa de chuvas, de enchente ou de seca.							
32. Foi maltratado ou ameaçado de maus-tratos.							
33. Foi enganado ou ridicularizado.							
34. Sofreu roubo ou assalto à sua residência.							
35. Foi roubado ou assaltado na rua ou em transporte público.							
36. Precisou de remédio e não teve dinheiro para comprar.							
37. Precisou de socorro médico de urgência e não conseguiu.							

Continuação Anexo 04. Inventário de Eventos Estressantes (29, 83)

38. Um ente querido sofreu algum tipo de violência.							
39. Um ente querido precisou de remédio e não teve dinheiro para comprar.							
40. Um ente querido precisou de socorro médico de urgência e não foi possível obter.							

## Anexo 05. Comprovante de Publicação do Estudo 1.



### Ciência & Saúde Coletiva

On-line version ISSN 1678-4561

Ciênc. saúde coletiva vol.20 no.5 Rio de Janeiro May 2015

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>

#### REVIEW

### Resilience in aging: literature review

Arlete Portella Fontes<sup>1</sup>, Anita Liberalesso Neri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Av. Tessalia Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária. 13083-887 Campinas SP Brasil. arletefontes@gmail.com

#### ABSTRACT

Psychological resilience is comprised of an adaptive functioning standard before the current and accumulated risks of life. Furthermore, it has a comprehensive range of psychological resources which are essential to overcome adversities, such as personal competences, self-beliefs and interpersonal control which interact with the social networks support. The objectives are to show the concepts of psychological resilience in elderly, relative to dominant theoretical models and the main data about psychological resilience in aging, found in an international and Brazilian review from 2007 to 2013. The descriptors "resilience, psychological resilience and aging", "resiliência e envelhecimento, velhice e velho", were used in PubMed, PsychInfo, SciELO and Pepsic databases. Fifty three international and eleven national articles were selected. The international articles were classified in four categories: psychological and social coping resources, emotional regulation before stressing experiences, successful resilience and aging and correlates, and resilience measures. The Brazilian articles were grouped in three: psychological and social resources, resilience in carers and theory review. Articles on psychological resources and on emotional regulation prevailed as key factors associated with psychological resilience in aging.

**Key words:** Resilience; Coping; Emotional regulation; Elderly

#### Services on Demand

Article

- text in Portuguese
- text new page (beta)
- English (epdf) | Portuguese (epdf)
- Article in xml format
- Article references
- How to cite this article
- Curriculum ScienTI
- Automatic translation
- Send this article by e-mail

Indicators

Cited by SciELO

Access statistics

Altmetric 0

Related links

Share

More

More

Permalink

REVISÃO

Resiliência e velhice: revisão de literatura

Arlete Portella Fontes<sup>1</sup>, Anita Liberalesso Neri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Av. Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária. 13083-887 Campinas SP Brasil. arletefontes@gmail.com

RESUMO

Resiliência é compreendida como um padrão de funcionamento adaptativo frente aos riscos atuais e acumulados ao longo da vida. Engloba uma variedade de recursos psicológicos, essenciais para a superação de adversidades, como as competências pessoais, as autocrenças e o controle interpessoal em interação com os apoios sociais. Os objetivos são apresentar conceitos de resiliência psicológica em idosos, associados aos modelos teóricos dominantes e descrever os principais dados encontrados em revisão de literatura internacional e brasileira, no período 2007 - 2013. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, PsychoInfo, SciELO e Pepsic, como descritores os termos resilience, psychological resilience e aging e resiliência e envelhecimento, velhice e velho. Foram selecionados e analisados 53 artigos internacionais e onze nacionais. Os artigos internacionais foram classificados em quatro categorias: recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, regulação emocional frente a experiências estressantes, resiliência e envelhecimento bem-sucedido e correlatos, e medidas de resiliência. Os artigos brasileiros foram agrupados nas categorias recursos psicológicos e sociais de enfrentamento, resiliência em cuidadores e revisão teórica. Predominam artigos sobre recursos psicológicos e sociais e sobre regulação emocional como fatores-chave associados à resiliência psicológica na velhice.

**Palavras-Chave:** Resiliência; Enfrentamento; Regulação emocional; Idoso

Services on Demand

Article

- text in English
- text new page (beta)
- English (epdf) | Portuguese (epdf)
- Article in xml format
- Article references
- How to cite this article
- Curriculum ScienTI
- Automatic translation
- Send this article by e-mail

Indicators

- Cited by SciELO
- Access statistics
- Altmetric 0
- Related links
- Share
- Permalink

## Anexo 06. Comprovante de Submissão do Estudo 2.

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://mc.manuscriptcentral.com/ipg>. The page is titled "Submission Confirmation" and includes the following information:

**Submission Confirmation**

Thank you for submitting your manuscript to *International Psychogeriatrics*.

Manuscript ID:	IPG-06-15-192
Title:	Coping Strategies as Indicators of Resilience in Elderly People: a Methodological Study
Authors:	Fontes, Arlete Neri, Anita
Date Submitted:	13-Jun-2015

Print    Return to Dashboard

SCHOLARONE™    THOMSON REUTERS™

## Anexo 7. Escala de Depressão Geriátrica - EDG

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com freqüência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

### **Avaliação:**

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

### **Referencias:**

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátria em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.