



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

**Resiliência e Bem-estar Psicológico na Velhice: um estudo com idosos
institucionalizados**

Lúcia Cristina Ferreira Félix

Orientador:
Prof.^a Doutora Constança Biscaia

*"Esta Dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo
Júri"*

Évora 2011

Created with

 **nitro**^{PDF} **professional**

download the free trial online at nitropdf.com/professional

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho constitui o relato de mais uma etapa do meu percurso de formação e crescimento como futura psicóloga e, sobretudo, como pessoa. Apesar dos erros cometidos e falhas que todos apresentamos, este trabalho constitui-se como uma importante experiência pessoal e, se assim o posso afirmar, profissional. Neste sentimento de dever cumprido, reconheço que tal não teria sido possível sem o apoio e disponibilidade de alguns intervenientes. Como tal expresso a minha gratidão:

À Prof. Doutora Constança Biscaia, orientadora desta dissertação, pela disponibilidade e compreensão manifestados, bem como pela confiança depositada e partilha da sua experiência profissional e formação científica.

A todos os idosos institucionalizados com quem tive a oportunidade e o prazer de estar. Sem a sua boa vontade este trabalho não teria sido possível. As suas palavras sábias foram, sem dúvida, o ensinamento mais importante que levo comigo.

Aos que, no seio das instituições, em que os dados foram recolhidos se mostraram prestáveis, compreensivos e criaram condições para que o meu trabalho tivesse continuidade, expresso a minha gratidão.

Aos meus pais por estarem sempre presentes. A vós devo o que sou hoje. Que este trabalho revele parte da minha infinita gratidão.

A ti, Nuno, pela paciência e apoio fornecido para chegar ao término desta etapa, quando o caminho mais fácil era desistir.

Às minhas profundas amigadas, que, mesmo longe, me fazem sentir que não estou esquecida.

A todos o meu mais sincero,
OBRIGADO!

Resiliência e Bem-estar Psicológico na Velhice: um estudo com idosos institucionalizados

RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma realidade inegável. Os desafios com que os idosos se confrontam, tornam por vezes necessário a sua institucionalização. Tentando destacar os aspectos positivos do funcionamento psicológico do idoso, sob uma possível situação de risco, objectivou-se compreender as relações entre o bem-estar psicológico, resiliência e factores relevantes à sua promoção. A amostra foi constituída por 55 sujeitos, residentes em lares, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos. Os principais resultados, obtidos por meio das Escalas de Bem-estar Psicológico e da Escala de Resiliência, revelaram a presença dos dois construtos nesta população, bem como relações estatisticamente significativas entre ambos. Ao nível da análise de regressão linear múltipla, surgiram importantes preditores, que permitiram destacar os seguintes factores como tendo uma influência significativa no bem-estar psicológico e na resiliência: representações positivas da velhice, avaliação do estado de saúde; e satisfação com a residência e apoio recebido.

Palavras-chave: bem-estar psicológico, resiliência, velhice

Resilience and Psychological Well-being in old age: a study with institutionalized elderly

ABSTRACT

The demographic aging is a undeniable reality. The challenges to face up these actual facts sometimes became necessary the institutionalization of aged people. Trying to highlight the positive aspects of psychological functioning in the elderly, under a possible risk, the purpose was to understand the relationships between psychological well-being, resilience and relevant factors to their promotion. The sample of this study was formed by 55 subjects, within the ages between 65 and 98 years old. The main results, obtained through the Scales of Psychological Well-Being and the Scale of Resilience, demonstrated the presence of these two constructs in the sample, as well as significant statistical relations between them. At the stage of multiple linear regression, important predictors appeared and revealed the following major predictors: positive representation of old age, assessment of health status, and satisfaction with the residence and support received.

Key - words: psychological well - being; resilience, old-age

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	v
Índice de Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas	xi

INTRODUÇÃO

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento, Velhice e Bem-estar Psicológico	7
1.1 O processo de envelhecimento e a velhice	7
1.2 O idoso institucionalizado	14
1.3 Envelhecimento e bem-estar psicológico	17
2. Resiliência na Velhice	27
2.1 Resiliência e velhice bem sucedida	27
2.2 Factores de risco	32
2.3 Factores de Protecção	37

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Delimitação do problema e objectivos do estudo	45
2. Hipóteses de investigação	49
3. Metodologia	50
3.1 Caracterização da amostra	50
3.2 Instrumentos de avaliação	54
3.3 Procedimentos	63
4. Apresentação e análise dos resultados	67
5. Discussão dos Resultados	77

CONCLUSÃO	91
BIBLIOGRAFIA	99
ANEXO I: Escala de Bem-estar Psicológico – forma de 84 itens	
ANEXO II: Escala de Resiliência – forma de 25 itens	
ANEXO III: Questionário de dados sociodemográficos	
ANEXO IV: Validação dos pressupostos de aplicação da MANOVA one-way	
ANEXO V: Validação dos pressupostos do modelo de Regressão Linear Múltipla	



Índice de Tabelas

Tabela 1 Estatística Descritiva das Variáveis Género e Escolaridade	51
Tabela 2 Estatística Descritiva das Variáveis Estado Civil e Rendimentos Mensais	52
Tabela 3 Estatística Descritiva das Variáveis Saúde e Residência	53
Tabela 4 Estatística Descritiva da Variável Representações da Velhice	54
Tabela 5 Consistência Interna da Escala de Resiliência (forma de 25 itens de Sales et al., 2009)	60
Tabela 6 Consistência Interna da Escala de BEP (forma de 84 itens de Novo et al., 1997)	61
Tabela 7 Estatística Descritiva da Resiliência e BEP globais dos idosos institucionalizados	67
Tabela 8 Regressão linear simples entre Resiliência e BEP gerais	68
Tabela 9 Regressão linear múltipla das variáveis preditoras de Resiliência global	69
Tabela 10 Regressão linear múltipla das variáveis preditoras de BEP global	70
Tabela 11 Correlações de <i>Pearson</i> entre o BEP geral e o envolvimento geral em actividades	72
Tabela 12 Correlações de <i>Pearson</i> entre a resiliência e o envolvimento em actividades	73
Tabela 13 <i>MANOVA one-way</i> para as diferenças na Resiliência geral e BEP geral, em função da importância atribuída à fé	75
Tabela 14 Teste de distribuição normal – Kolmogorov- Smirnov (K-S)	ANEXO IV
Tabela 15 Teste de Homogeneidade das Variâncias	ANEXO IV
Tabela 16 Teste de distribuição normal – Kolmogorov- Smirnov (K-S)	ANEXO V
Tabela 17 Estatística <i>d</i> de Durbin-Watson (<i>d</i>)	ANEXO V
Tabela 18 Teste de validação da multicolinearidade	ANEXO V
Tabela 19 Teste de distribuição normal – Kolmogorov- Smirnov (K-S)	ANEXO V
Tabela 20 Estatística <i>d</i> de Durbin-Watson (<i>d</i>)	ANEXO V
Tabela 21 Teste de validação da multicolinearidade	ANEXO V



Lista de Abreviaturas

BES	Bem-estar Subjetivo
BEP	Bem-estar Psicológico
SPWB	Scales of Psychological Well-Being
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maioria dos países desenvolvidos e Portugal não é excepção, apresentando igualmente uma população envelhecida. Este facto advém, por um lado, do aumento da longevidade, ou, se preferirmos, da esperança média de vida (justificada pelo crescente avanço na medicina) e, por outro, por uma redução na taxa da natalidade (Barros, 2010; Fonseca 2009). De acordo com o último recenseamento da população (Censos, 2001), o número de idosos quase que duplicou, aumentando, em valores absolutos, quase um milhão entre o período de 1960 e 2001, prevendo-se uma tendência para que este número continue a aumentar, enquanto crianças e adolescentes serão um grupo em decréscimo. De facto, o fenómeno do envelhecimento populacional é algo que se pensa irá generalizando aos países em vias de desenvolvimento e aos de terceiro mundo, não se verificando a previsão de uma inversão nesta tendência (Robert, 1994; Santos, 2000). Compreende-se, portanto, a razão pela qual se tem intensificado a pesquisa em torno do envelhecimento e das pessoas idosas, já que o envelhecimento populacional é, actualmente, um dos maiores desafios com que as sociedades ocidentais se deparam (Veras & Costa, 2003).

Todavia, o idoso nem sempre foi alvo da atenção que lhe deve ser dedicada, pelo contrário, a infância e a adolescência foram, durante muitos anos, as fases do desenvolvimento merecedoras de atenção. Mas a Psicologia ao envolver-se com o estudo do comportamento humano passa a investigar temas cujo interesse se centra não só nas fases iniciais do desenvolvimento, como também nos processos mentais e motivacionais, analisando e intervindo ao nível do comportamento do indivíduo idoso (Barros, 2010).

A velhice corresponde à última fase do ciclo de vida e talvez seja aquela em que mais situações adversas emergem, entre as quais podemos enumerar a morte do cônjuge, o aparecimento de doenças, a perda de autonomia resultante não só das incapacidades que surgem, mas também da institucionalização a que muitas vezes essas incapacidades conduzem. Assim sendo, pelo facto da maioria dos idosos ser confrontado com um aumento das perdas, a maioria das pesquisas que foram desenvolvidas em torno da temática do envelhecimento enfatizavam essencialmente as doenças e as perdas que podem ocorrer neste grupo etário. Todavia, esta linha de acção abre caminho ou acentua uma atitude mais passiva, de minorar ou remediar os problemas dos idosos e os efeitos negativos das situações adversas, em vez de se

construir uma política de detecção precoce de resolução dos mesmos, que se situa numa perspectiva preventiva, que implemente e promova maior autonomia e controlo pessoal, dimensões propícias ao desenvolvimento de bem-estar e da resiliência. Até porque se nos centramos apenas no estudo da disfunção mental, não nos é possível compreender a natureza da saúde, nem os sentimentos e emoções positivas a ela associados (Schultz & Schultz, 2005).

Posto isto, e nos anos mais recentes, a forma mais tradicional de conceptualizar a saúde como ausência de doença tem vindo a mostrar-se inadequada e outras questões têm sido consideradas importantes no estudo da população idosa, nomeadamente o estudo dos recursos e das potencialidades existentes nesta etapa do ciclo da vida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta nova perspectiva de ajudar o indivíduo a construir forças e virtudes, é enfatizada por Martin Seligman, psicólogo norte-americano que desenvolveu a Psicologia Positiva, disciplina que se preocupa em assumir uma abordagem na qual se compreenda e se saliente as potencialidades e os recursos individuais e sociais que promovem a capacidade de adaptação do indivíduo (resiliência) e, conseqüentemente, favorecem experiências de bem-estar (Schultz & Schultz, 2005). Assim sendo, no presente trabalho procurou-se também uma outra visão, ou seja, em vez de estudar aspectos inerentes ao declínio, a nossa atenção recaiu sobre aspectos positivos do funcionamento psicológico que possibilitam a compreensão e a conquista dum velhice bem sucedida, dentro destes mereceu-nos especial atenção o conceito de resiliência.

As transições que implicam sucessivas alterações, bem como a perspectiva de finitude da vida, podem despertar no idoso angústias e sentimentos negativos, que exigem um complexo trabalho de elaboração e adaptação do indivíduo idoso (Couto, 2007; Fonseca, 2004). Assim sendo, é necessário que este reconheça e potencialize os seus recursos, de modo a enfrentar eficazmente as situações adversas que acompanham esta fase do desenvolvimento. Nesse sentido, a resiliência pode ser descrita como um factor relevante para que o idoso restabeleça ou mantenha o seu nível de bem-estar mesmo perante situações adversas (Hardy, Concato & Gill, 2004). Por esta razão, e porque os trabalhos iniciais sobre resiliência se referem sobretudo às crianças e aos adolescentes, Laranjeira (2007) e Ryff, em conjunto com os seus colaboradores (1998), apesar do já crescente desenvolvimento do estudo deste construto desde a infância até à velhice, associado a um significativo consenso acerca da necessidade de tomar em consideração o ponto de vista do indivíduo, atribuindo valor ao seu funcionamento e bem-estar, e à sua possibilidade de realização pessoal,

alertam para a escassez de estudos de resiliência na velhice, que deve ser enfrentada pela ciência. Em Portugal, os estudos relativos aos aspectos positivos do processo de envelhecimento e do idoso também têm sido objecto de atenção, tendo-se verificado um interesse cada vez maior por esta fase do desenvolvimento.

O tema em análise advém sobretudo, e como já se verificou, do aumento da longevidade e conseqüente aumento do número de idosos, os quais experienciam situações adversas que podem impactar negativamente no seu bem-estar, daí a velhice ser muitas vezes considerada como uma fase de risco (Khoury & Günther, 2006; Laranjeira, 2007), assumindo o envelhecimento humano, na actualidade, uma preocupação, pertinência e importância cada vez maior e criando a necessidade de se estudar aspectos inerentes a esta referida população. Assim sendo, e tendo em consideração esta realidade vigente, tanto o bem-estar psicológico, como a resiliência no idoso nos parecem ser merecedores de atenção. Sendo ambos os construtos utilizados quando se fala em adversidades e velhice bem-sucedida e parecendo-nos que ambos, sob o ponto de vista relacional, se encontram contíguos, o presente estudo pretendeu avançar na investigação acerca dos mesmos, pressupondo a existência de uma associação entre ambos. Quer isto dizer, que subentendemos que quanto mais índice de resiliência o idoso apresentar, mais fácil será a sua adaptação às adversidades que a idade lhe impõe e, conseqüentemente, mais elevado será o seu nível de bem-estar psicológico.

Buscar respostas quanto a esta possível relação, especificamente no contexto institucional e em tais sujeitos, foi uma curiosidade e necessidade profissional que motivou a empreender esta pesquisa e que adveio do facto de ser cada vez mais pertinente que se olhe para o idoso não como um indivíduo inútil e sem capacidades, deixando-se muitas vezes ao abandono, mas antes como alguém que viveu o suficiente para adquirir conhecimentos e forças que lhes permitem responder adequadamente às exigências do meio, devendo, por isso, ser tratado com respeito.

A ausência desta condição, resulta na maioria dos casos em situações pouco ou nada aceitáveis em que os jovens e adultos actuais colocam muitas vezes esta população. No fundo, o que se pretende com este estudo é que contribua para realçar os recursos que o idoso possui e acentuar a importância da sua potencialização, bem como a importância de se fornecer condições e relações dignas, que quando existentes, lhe permitem viver os restos dos seus dias com a dignidade que merecem e que a sua idade impõe.

Considerando um pouco mais a compreensão da pertinência relativa a este tema, assim como a bibliografia consultada sobre a relação existente entre os dois construtos nesta população, a literatura é omissa, e tal parece dever-se à importância relativamente recente que sobretudo a resiliência adquiriu junto do idoso. Todavia, a pesquisa bibliográfica efectuada permite-nos perceber o impacto de ambos os construtos no seio desta população, assim como a sua evolução em termos conceptuais e das medidas objectivas que os operacionalizam. No esforço de tentar, sempre que possível, relacionar velhice, bem-estar psicológico e resiliência tecemos algumas considerações sobre diversas matérias relativas aos mesmos e que se encontram neste trabalho estruturadas do seguinte modo:

Parte I – **Enquadramento Teórico** (constituído por dois capítulos) – o primeiro, **Envelhecimento, Velhice e Bem-estar Psicológico**, aborda aspectos do envelhecimento humano numa perspectiva de curso de vida e descreve a transição para a velhice como um período que envolve particulares vulnerabilidades, a nível social, físico e psicológico, mas também como uma fase em que se verificam importantes ganhos. É igualmente objecto de enfoque a institucionalização do idoso, sobretudo as suas consequências, mais do que as suas causas, assim como a importância de um ambiente institucional benéfico, para limitar as consequências negativas do envelhecimento. Ainda no mesmo capítulo é efectuada uma caracterização dos dois modelos de bem-estar, subjectivo e psicológico, com maior destaque obviamente para este último, visto ser aquele que vamos estudar neste trabalho. Nesse sentido, são ainda descritas as teorias utilizadas para identificação das dimensões que, segundo Carol Ryff, compõem o bem-estar psicológico.

Por sua vez, o segundo capítulo, **Resiliência na Velhice**, consta de aspectos relacionados com a resiliência, nomeadamente, a sua definição e descrição, bem como a sua importância no contexto do desenvolvimento de uma velhice bem sucedida. Igualmente, este capítulo incide ainda na descrição e caracterização dos factores que, segundo a pesquisa efectuada e a sua pertinência para este estudo, podem constituir risco ou protecção nesta população face à conquista de um envelhecimento saudável.

Assim sendo, esta primeira parte inclui revisão de literatura sobre os trabalhos com população idosa, fornecendo, na sua base, suporte teórico ao estudo por nós efectuado, bem como a matriz teórica de base à interpretação dos resultados obtidos.

Parte II – **Estudo Empírico** – dedicado à identificação dos objectivos e estabelecimento das hipóteses do estudo e apresentação dos instrumentos de medida utilizados. De igual modo, é ainda descrita detalhadamente a amostra, bem como os vários procedimentos efectuados na investigação. Esta segunda parte engloba ainda a **Apresentação e Discussão dos resultados** onde são apresentados e analisados os resultados obtidos, a partir da resposta aos instrumentos de avaliação e seu conseqüente tratamento estatístico. Posteriormente, os resultados obtidos serão discutidos, tendo em consideração a revisão de literatura efectuada na parte I, a qual permitirá a sua justificação e interpretação.

O corpo principal do trabalho termina com uma conclusão, na qual é feita uma síntese dos principais resultados obtidos, bem como a apresentação das limitações do estudo e recomendações para pesquisas futuras.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento, Velhice e Bem-estar Psicológico

1.1 O processo de envelhecimento e a velhice

Ao longo do tempo, e em todas as sociedades, o conceito de envelhecimento e de velhice tem assumido diferentes conotações, que se regem sobretudo pelas características do contexto histórico e cultural de cada povo, em cada época. Tal como refere Timm (2006), a terceira idade apresenta características bio-psicossociais específicas que interferem na sua relação com a sociedade. Enquanto para algumas civilizações, tais como a africana e oriental, envelhecer e, conseqüentemente, ser idoso, constitui um aumento da sabedoria, devendo por isso esta população ser estimada e valorizada, nas sociedades mais ocidentais verifica-se precisamente o oposto, sendo os idosos, na maioria das vezes, desqualificados. Todavia, e independentemente de ser valorizado por uns e subestimado por outros, a realidade é que o envelhecimento, além da sociedade e dos indivíduos que a compõem, é, como refere Brissos (1992), um processo universal e comum a todos os seres vivos, condicionado por factores intrínsecos (de natureza genética) e extrínsecos, onde o meio envolvente, físico e social, têm primordial relevância.

O envelhecimento apresenta-se como um processo contínuo, que se inicia no momento da “concepção” e continua ao longo da vida. Deste modo, e porque o ser humano é diferente biológica e funcionalmente, vivenciando diferentes experiências de vida, o envelhecimento e, sobretudo, a entrada na velhice depende de cada indivíduo, daquilo que vivenciou e da forma como se deu e como interiorizou o seu desenvolvimento (Simões, 1990).

Apesar de parecer ser impossível afirmar, com concludência, que uma pessoa é subitamente velha, visto que o envelhecimento se configura mais como um processo do que como um acontecimento, não sendo portanto possível fixar um ponto no decorrer da vida e não caindo no erro de desvalorizar as diferenças individuais, os teóricos são unânimes em situar a entrada para a velhice ou 3ª idade nos 60/65 anos. Neugarten (1968) por exemplo, defende que a entrada na velhice se dá por volta dos 60 anos, distinguindo duas categorias de idosos: os idosos jovens, indivíduos entre os 60 e os 75 anos; e os idosos muito idosos, indivíduos com mais de 75 anos.

No que diz respeito aos idosos, estes constituem um grupo heterogéneo de indivíduos, em relação aos quais se deve ter em conta as diferenças individuais, que aumentam com a idade. De facto, pode ser-se velho fisicamente, psicologicamente de meia-idade e jovem socialmente, ou uma combinação diferente destas três situações (Simões, 1982; 1990). É neste sentido, que Alarcão (2000) refere que nem sempre as rugas, os cabelos brancos, o peso do corpo e as outras alterações físicas adjacentes a esta idade são vividas, da mesma forma, pelas pessoas idosas.

Considerando então a variabilidade no desenvolvimento humano, Rowe e Kahn (1998) propõem três trajectórias da velhice ou envelhecimento humano: saudável, normal e patológico. A primeira relaciona-se com um óptimo funcionamento físico e mental, ausência de incapacidades funcionais relacionadas às doenças, bem como um envolvimento activo com a vida. Já Novo (2003, p. 89), faz referência à velhice óptima como “um estado de referência ideal em que as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma adaptação muito satisfatória, do ponto de vista pessoal e social”. Tal definição, vai de encontro ao defendido por Baltes e Baltes (1990) que, baseando-se no conceito de plasticidade comportamental, definem o envelhecimento bem sucedido como a capacidade e prontidão do sujeito para lidar com as exigências do dia-a-dia. No lado oposto, encontra-se a velhice patológica, que poderá ser caracterizada pelas mudanças associadas às doenças crónicas, bem como às síndromes típicas da velhice (Neri, 1993). As graves doenças que podem surgir, tais como as cardiovasculares, neurológicas ou psiquiátricas, podem ser precipitadas pelas modificações próprias do envelhecimento normal, ou seja, as mudanças que acontecem normalmente com a idade, como o facto do organismo se tornar mais lento e fraco (Simões, 1982). Todavia, o que parece acontecer é que ainda não se dispõe de conhecimento suficiente para se poder estabelecer diferenças entre aquilo que constituem as mudanças típicas do envelhecimento, ou seja, os processos normais de mudança do organismo humano à medida que se envelhece, e aquelas mudanças que são atípicas, anormais e patológicas, motivadas por factores ambientais ou por factores intrínsecos ao próprio organismo. Ainda assim, parecem existir um conjunto de características que normalmente são atribuídas aos idosos, indo desde dificuldades de adaptação, improdutivo, até à diminuição das faculdades mentais (Barros, 2010; Simões, 1985). Tais características, rígidas e homogéneas, podem ser vistas como estereótipos que apenas acentuam a imagem negativa que se tem a respeito do idoso. Deste modo, impõe-se que se esclareça um pouco melhor o que pode ou não acontecer ao idoso nesta faixa etária. Não se pretende ser exaustivo no

desenvolvimento de todas as mudanças, negativas e positivas, do foro físico, psicológico ou social, que podem ou não ocorrer com o envelhecimento. Pretende-se, sobretudo, conhecer e entender algumas alterações que podem ocorrer ao longo do processo de envelhecimento e, conseqüentes, alterações na vida da pessoa idosa.

O desenvolvimento é algo individual, construído pelo próprio indivíduo, consoante as suas experiências, vivências e modos de estar. Individualidade esta que leva à ideia de que o desenvolvimento é diferencial, variável de indivíduo para indivíduo (Fonseca, 2004). Assim sendo, também o processo de envelhecimento ocorre de forma diferenciada, sem esquecer todavia que traz consigo alterações estruturais e funcionais que são comuns a todos os seres humanos, por serem consideradas próprias do processo de envelhecimento (Barros, 2010). Muitas dessas alterações, podem significar múltiplas perdas e, embora muitas das pessoas idosas se encontrem funcionais e não apresentem limitações na satisfação das actividades da vida diária, com o passar dos anos ocorre um declínio progressivo das funções com distintos graus de comprometimento funcional. A este respeito, Goldfarb (1998, cit por Silva, 2007) considera que a consciência da temporalidade e as limitações impostas pelo corpo físico são duas problemáticas centrais para a subjectividade do idoso. Neste sentido, talvez se possa considerar estas duas problemáticas como estando relacionadas com as tarefas psicológicas consideradas por Colarusso (1998) como sendo específicas da fase tardia da vida. O autor define três tarefas, nomeadamente manter a imagem do corpo e a integridade física, aceitar a morte do outros e preparar a morte pessoal. De facto, e mesmo no caso do indivíduo saudável, o envelhecimento do corpo representa uma realidade inegável. É normal que se assista a uma diminuição de algumas funções mentais, bem como da força, agilidade e resistência físicas e, muitas vezes, a uma maior vulnerabilidade à doença. Conseqüentemente, esta maior fragilidade física requer um trabalho de elaboração e readaptação por parte do idoso, já que o corpo integra o sentido psicológico do *self*. As principais ameaças à continuidade de um “eu” saudável são o declínio da saúde e a perda do sentido de controlo, apesar de ser difícil verificar até que ponto estas têm um impacto negativo sobre a identidade (Fonseca, 2004). É necessário, portanto, um reconhecimento e aceitação de que o corpo se encontra em mudança, não é mais jovem e apresenta mudanças irreversíveis, devendo portanto o idoso tentar manter uma imagem positiva acerca do corpo, pois, apesar deste já não ser como antes, faz parte de si.

As alterações físicas e psíquicas fornecem ao indivíduo a noção que o tempo está a passar, passando o indivíduo a perceber o tempo em função do que já

viveu e do que lhe falta viver. Verifica-se, portanto, uma consciência de que o tempo está a chegar ao fim, ou seja, como refere Novo (2003, p. 136) as “(...) perdas têm a especificidade de implicar um confronto mais directo com a iminência da morte pessoal”. De facto, com o avançar do tempo e o surgir de limitações físicas, faz com que a aproximação da morte se vá tornando uma realidade mais concreta, o que pode gerar sofrimento e conduzir o idoso à depressão ou ao isolamento (Silva, 2007).

Mais uma vez, e apesar de constituir uma tarefa complexa, o idoso terá que aceitar o facto de que a morte faz parte da vida. Esta aceitação permitirá inclusive usufruir em plenitude o resto de tempo que lhe falta (Barros, 2010), uma vez que “a aceitação da ideia da morte pessoal significa, genericamente, que a pessoa adquire uma espécie de paz, não vive em desespero ou com remorso” (Novo 2003, p. 142). No caso dos idosos, a forma com este vivencia o término eminente da vida com mais ou menos tranquilidade ou ansiedade pode ser algo que se encontra influenciado por aspectos como a ausência ou não de doenças, a religião e relações interpessoais gratificantes. De facto, talvez aqui se possa falar da ideia de imortalidade, já que o idoso fica eternizado na memória daqueles que lhe foram queridos, bem como nas obras por ele criadas (Barros, 2010; Novo, 2003).

Todavia, e apesar de ser o idoso aquele que se encontra mais próximo da morte, a realidade é que este não é o grupo etário que mais angustiado vive com a morte, mas antes os indivíduos de meia-idade (Simões & Neto, 1994). De facto, na meia-idade o sujeito confronta-se com a saída dos filhos de casa, bem como com a morte dos pais, percepcionando, posteriormente, a sua (preparação para a sua própria morte) (Novo, 2003). Deste modo, pode considerar-se que se assiste a uma crise de realismo, em que se encontra patente a ideia de *Dead-Line*. Verifica-se uma mudança na perspectiva temporal, em que o indivíduo passa “a contar os anos, não a partir do momento do nascimento, mas a partir do momento da morte” (Simões, 1990, p. 116), resultante da tomada de consciência da sua finitude (tarefa fundamental de desenvolvimento na meia-idade) (Novo, 2003).

Se por um lado, na meia-idade, o sujeito começa a perceber que não tem tempo para tudo, necessitando de se reajustar ao tempo, ver o que o que pode ou não fazer, pelo contrário na velhice, os indivíduos apresentam, muitas vezes, os seus projectos realizados (Barros, 2010). Por outro lado, as perdas que fazem parte deste grupo etário, bem como aquelas que podem advir de um envelhecimento patológico, podem levar a que a morte seja um evento cada menos temido e percepcionado como uma porta de saída para todo o sofrimento e solidão que pode estar presente na vida

do idoso. Além disso, este grupo etário pode ter-se habituado de certa forma “às perdas” que a idade lhe trouxe, como as perdas de familiares e amigos, assim como de algumas capacidades, sobretudo físicas (Simões, 1990). Ainda na mesma linha, o facto do idoso não encarar a morte como um acontecimento ameaçador pode, igualmente, justificar-se pela maturidade adquirida, que lhe permite aceitar a finitude da vida, bem como um maior conforto em falar sobre este tema (Lima, 2004). A tarefa de preparar a própria morte surge a par da aceitação da morte do cônjuge e do grupo de pares e ambas as tarefas decorrem do reconhecimento e da integração emocional da morte como fazendo parte do ciclo de vida.

A tarefa de aceitação da morte dos outros pode causar mais angústia que a própria morte, na medida em que confronta o indivíduo com a perda de um ente querido, com o qual partilhava uma vida ou experiências positivas. Entre as perdas mais frequentes e stressantes estão a morte do cônjuge e o consequente estado de viuvez (Lima, 2004). É nestas ocasiões que o idoso pode ficar mais vulnerável, o que pode precipitar o aparecimento de depressão. Ainda assim, convém ter sempre em consideração que o luto constitui-se como uma resposta normal associado a uma perda emocional significativa e, portanto, deve ser distinguida da depressão enquanto transtorno psiquiátrico (Bowlby, 1985).

De igual modo, também a perda de amigos constitui um momento que faz despertar no idoso atitudes e sentimentos negativos. A importância do grupo de pares geralmente renasce após a idade adulta, ou seja, tal como na adolescência, na velhice a amizade volta a ter destaque, pois os idosos passam a ter uma vida menos ocupada, sem filhos para criar e sem terem que trabalhar (Fonseca, 2004). Deste modo, tanto pela importância que cônjuge e amigos têm, bem como o impacto negativo que, conseqüentemente, a sua perda traz, é fundamental a existência de pessoas e/ou projectos aos quais o idoso se possa, posteriormente, vincular, elaborar o luto e reinvestir no sentido da vida independentemente das relações do passado (mas mantendo as lembranças das pessoas amadas), com vista à preservação das faculdades individuais e da vida psíquica até ao fim (Novo, 2003; Silva, 2007).

Um acontecimento igualmente importante na vida dos indivíduos idosos apresenta-se com o fenómeno social da reforma, normalmente considerada como a entrada oficial na velhice. Com ela, o lugar de uma pessoa muda, já que se deixa de ser um trabalhador, e passa-se a ser um membro da terceira idade. O abandono da actividade laboral (sempre muito rápida, sem etapas intermédias) pode levar o idoso a sentir-se abandonado pelo mundo laboral a que pertenceu muitos anos (Cabrillo &

Cachafeiro, n.d.). O momento do afastamento de um serviço activo pode traduzir-se numa pressão para a desistência de escolhas, num decréscimo de exigências sociais específicas, numa desvalorização e perda de utilidade para alguns indivíduos (Khoury & Günther, 2006). No entanto, a forma como se vive este fenómeno está muito relacionada com as vivências que cada um teve ao longo da vida. Para determinados indivíduos, a reforma pode ser sentida como algo positivo, em que se possui mais tempo livre para fazer o que não se pôde até então ou para cuidar dos netos, que, por sua vez, lhes podem dar um novo sentido à vida (Barros, 2010). No entanto, para outros pode ser encarada como uma obrigação ou frustração. Podem desenvolver-se sentimentos de inutilidade e de vazio, associados a problemas de distribuição insatisfatória do tempo, ainda para mais se o seu cônjuge ou grupo de pares tiverem falecido. A possível perda de privacidade é algo que pode ocorrer em simultâneo e dá-se quando, por exemplo, os aposentados vão para casa dos filhos ou para um lar, podendo não ser muito bem gerida. Deste modo, a reforma pode provocar o aumento da dependência dos indivíduos em relação aos elementos da cultura e da sociedade, fazendo com que o idoso seja visto como alguém doente e incapaz, sem qualquer actividade física ou laboral, ou seja, como alguém completamente dependente (Neri & Yassuda, 2004). De facto, é bastante comum associar a velhice à dependência, encarada enquanto incapacidade do indivíduo para se bastar a si próprio, necessitando da ajuda dos outros para alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, visto não estar apto a tomar conta de si próprio (Sousa & Figueiredo, 2003).

O quadro apresentado evidencia uma construção da velhice como sinónimo de estagnação, fraqueza e decadência o que, segundo Goldfarb (1998), pode muitas vezes ser assumido, internalizado e até incentivado pelos próprios idosos. Inclusive as pesquisas efectuadas sobre o envelhecimento, ou se preferirmos acerca da pessoa idosa, enfatizam essencialmente questões inerentes a perdas e doenças que podem ocorrer com a idade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Sequeira & Silva, 2002). De facto, a transição para a velhice é, tradicionalmente, marcada pela ocorrência de uma série de acontecimentos nem sempre positivos, mas não é líquido que as coisas sucedam necessariamente desta forma (Simões, 1990). Primeiro que tudo, nem todos os idosos são doentes, o facto da sociedade os perceberem como tal é que vai influenciar de modo negativo as suas vidas e o seu modo de estar (Simões, 1990). É possível a preservação e ganhos evolutivos em determinados domínios do

funcionamento, como o intelectual e o afectivo, sendo este último capaz de actuar de maneira compensatória sobre as limitações cognitivas (Neri & Yassuda, 2004).

Até aos anos 70, o declínio intelectual apareceu fortemente associado à velhice, “marcando” esta época quase que o fim da relação linear entre idade e inteligência e a conseqüente “desutilização” de provas psicométricas para medir a inteligência em estudos transversais (até então utilizados). A partir daqui começaram a ganhar força perspectivas processuais, além de se ter também começado a tentar promover o próprio desenvolvimento cognitivo na velhice (Argimon & Stein, 2005). O conceito de declínio intelectual não parece reunir consenso, enquanto para alguns autores este surge de forma abrupta e tardia, para outros, este começa a verificar-se precocemente, decrescendo de modo gradual e contínuo (Marchand, 2001). De facto, a inteligência durante a idade adulta é caracterizada por alguns declínios, nomeadamente ao nível da velocidade de processamento, do raciocínio abstracto, bem como algumas alterações ao nível da memória (Stuart, 2000). Todavia, e ainda que se verifique decréscimo em algumas áreas isso não significa que o idoso seja alguém cognitivamente diminuído (Simões, 1990). Pelo contrário, parece existir um crescimento progressivo na habilidades interpessoais e emocionais, que permitem uma melhor compreensão do *self* e dos outros. Tal crescimento, surge a par de um conceito importante, motivado pelo interesse dos aspectos positivos da velhice, falamos da sabedoria. Este construto é abordado numa perspectiva do crescimento humano, sendo encarada enquanto atributo dos idosos como resultado ou manifestação do desenvolvimento ao longo da vida (Marchand, 2001). De facto, a sabedoria é um importante aspecto abordado quando o tema é envelhecimento saudável, sendo definida por Baltes e Smith (1995) como uma função pertinente ao crescimento ao longo da vida, uma especialização cognitiva rara e difícil de ser atingida. Enquanto aqui Baltes e Smith associam este complexo construto a competências cognitivas, existem autores que se dividem entre o peso atribuído ao aspecto cognitivo e afectivo da sabedoria (Marchand, 2001).

A sabedoria parece estar atribuída a sujeitos que conseguem gerir com sucesso situações de maior dificuldade, talvez por isso ela seja entendida como dependendo mais do conceito de inteligência pragmática e cristalizada, do que da inteligência mecânica e fluida (Baltes & Smith, 1995; Barros, 2010). A primeira refere-se a todo o conhecimento que o indivíduo adquiriu ao longo da sua vida, ou seja, é o conhecimento que depende de aspectos experienciais, culturais e educacionais, enquanto a segunda se refere à habilidade para resolver, com relativa vantagem,

determinado problema, cuja solução não resulta de práticas culturais ou educacionais, prende-se com o conjunto de capacidades básicas, como a atenção, memória e capacidade de raciocínio (Marchand, 2001; Stuart, 2000).

No entanto, a sabedoria não se encontra apenas relacionada com a cognição, mas também com uma dimensão reflexiva e afectiva. Como refere Barros (2005, p. 153) ela possui um “valor heurístico como arco de ponte entre a inteligência e a afectividade”. Assim, a sabedoria seria o resultado do processo de revisão de vida, da sua compreensão, bem como dos outros e de si, sendo considerada um dos maiores ganhos alcançados na velhice, na medida em que permite ao indivíduo idoso ir além das perdas vividas no processo de envelhecimento (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2006; Marchand, 2001).

O envelhecimento resulta, portanto, de uma dinâmica e equilíbrio constantes entre ganhos e perdas, sendo “normal e esperado que todos os indivíduos se deparem com perdas mas também com ganhos, que o declínio possa suceder nalgumas áreas mas que noutras se registre crescimento, que a estabilidade e a mudança andem a par na definição do *self* durante o envelhecimento.” (Fonseca, 2004, p. 223). Entre uma visão mais negativa e outra mais positiva, podemos questionar-nos se a transição para a velhice e se a velhice propriamente dita, enquanto fase do ciclo da vida, constituem ou não focos de stress, com implicações sérias em termos do bem-estar psicológico e da identidade dos indivíduos.

1.2 O idoso institucionalizado

A par do aumento do envelhecimento populacional, surge o aumento do número de idosos institucionalizados, sendo a institucionalização cada vez mais uma solução, encontrada pela sociedade, para responder ao referido aumento. Neste âmbito, a institucionalização é considerada, por ordem decrescente a terceira resposta social com mais peso entre as várias valências, reconhecidas pela Segurança Social (Jacob, 2001). Esta realidade, conhece também as suas origens nas alterações que surgem a nível social e ao nível das estruturas das relações familiares, que se traduzem, por exemplo, na integração da mulher no mercado de trabalho, bem como no próprio facto de vivermos numa sociedade que muitas vezes privilegia a competição e o consumismo (Almeida, 2008). Todos estes aspectos, levam a que algumas famílias transfiram a responsabilidade das pessoas idosas para o estado ou

instituições privadas, evidenciando uma preocupação maior pela satisfação das suas ambições, do que propriamente pelo apoio mútuo, sobretudo por aqueles que constituíram a base da sua criação e desenvolvimento. Estes factos levam a que, tal como refere Fernandes (1997, p. 4), “*a família e as alterações de comportamentos ao nível das relações familiares*” constituam “*um dos eixos mais problemáticos da emergência do problema social da velhice*”. Desde os problemas de índole individual, associados à diminuição das suas capacidades, passando pelo facto das famílias não possuírem tempo ou capacidade para se ocupar do idoso que se tornou dependente e/ou cronicamente doente, ou ainda porque a viuvez, ou a perda de companheiros de uma vida o colocam numa situação solitária e frágil, são várias as razões que poderão levar um idoso à institucionalização. Todavia, estas não constituem objectivo no presente trabalho, sendo que muitas vezes a escolha deste tipo de apoio social ocorre pela conjugação de diversas causas e não apenas de uma ou de duas.

Paúl (1991) afirma que o conceito de velhice bem sucedida só faz sentido se tomado numa perspectiva ecológica, ou seja, considerando o indivíduo no quadro de uma relação dialéctica entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas. O modelo ecológico afirma que o ambiente se deve adequar às características do indivíduo (Brofenbrenner, 1979), ou seja, mesmo quando o idoso se encontra fragilizado, experimentando uma redução do espaço de actuação, o ambiente pode favorecer uma continuidade na rede de relações com os outros e com o mundo, bem como a experiência de satisfação. Observa-se, portanto, que a institucionalização, embora possa cortar alguns dos laços que o idoso tem com a sociedade, pode também constituir o acesso ao estabelecimento de novas relações afectivas (Custódio, 2008).

Segundo o modelo supracitado, independentemente do nível de capacidade funcional, o idoso deve permanecer activamente envolvido e ser solicitado pelo meio, buscando oportunidades de alcançar a satisfação através deste (Tomasini, 2005). O ambiente deva compensar as perdas advindas do envelhecimento, de modo a garantir a qualidade de vida e o bem-estar do sujeito idoso, ou seja, deve ser estimulante, incentivando o idoso a manter a sua capacidade funcional. A teoria da ecologia do desenvolvimento humano de Brofenbrenner (1979) define o estudo científico da progressiva e mútua acomodação entre um ser humano activo e em crescimento e as propriedades em mutação dos cenários imediatos, nos quais a pessoa em desenvolvimento vive, já que este processo é afectado por relações entre estes cenários e pelos contextos mais amplos em que esses cenários se inscrevem. No

entanto, convém referir que um ambiente que “faz tudo” por o idoso, ou seja, que pressupõe a dependência, pode ser igualmente prejudicial. Assim sendo, o ambiente torna-se bastante relevante, sendo ele próprio uma forma de estimulação, no sentido de ser promotor de uma lentificação do declínio das suas capacidades físicas e cognitivas, se for trabalhado de acordo com as necessidades e características das pessoas.

Como houve a oportunidade de se verificar anteriormente, o envelhecimento é um fenómeno marcado pela complexidade e heterogeneidade, sendo aqui necessário sublinhar uma importante distinção e que diz respeito aos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Tendencialmente, a visão que se tem é a de que os idosos não institucionalizados mantêm ligação com a sociedade, quer pela sua autonomia, quer através da família onde estão inseridos (Simões, 1985). De igual modo, Paúl (1997) considera que os idosos residentes na comunidade vivem mais satisfeitos, sendo que aqueles que experimentam um reduzido bem-estar, se deve ao “sentir-se só” e à falta de apoio adequado às suas necessidades. Pelo contrário, os idosos não institucionalizados apresentam uma condição física desfavorável e podem estar socialmente mais isolados, insatisfeitos, constituindo, por vezes, um grupo que se encontra afastado da família, dos amigos e privado dos seus projectos num dia-a-dia monótono, sendo que, em contrapartida, vivem menos agitados (Paúl, 1997). É precisamente este grupo, que muitas vezes é tomado como representativo dos idosos, consideração que não deverá ser tida em conta, uma vez que esta população visa os idosos mais desfavorecidos, sustendo mitos que não correspondem à realidade (Simões, 1985).

A realidade, é que o grupo de idosos institucionalizados é visto como aquele que mais limitações apresenta e pode de facto sê-lo, pois como refere Paúl (2005, p.263), as causas da institucionalização poderão ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade. Esta realidade, a par da inadequação das estruturas, técnicos ou mesmo da sociedade, que ainda se está a adaptar a esta realidade, segundo Souza e Chaves (2005), pode provocar o abandono, por parte de alguns idosos, pela preocupação em se manterem participativos no ambiente social em que vivem, entregando-se à reforma de forma passiva, inactiva e cada vez menos reflexiva, o que pode representar um prejuízo incondicional à sua saúde mental e física, e ser um factor de risco para o declínio. Neste contexto, os idosos podem vivenciar isolamento, carência afectiva, sentimento

de depressão e de inutilidade, perda de liberdade, sentindo-se excluídos socialmente, constituindo-se o ambiente institucional, muitas vezes, como um espaço traumático e hostil (Palacios, Marchesi & Coll, 2004). No entanto, também é verdade que cada vez mais encontramos referências teóricas e empíricas onde o processo de envelhecimento surge rodeado de descrições positivas, que “deitam por terra” todos os mitos respeitantes ao idoso e que lhes permitem tomar iniciativa sobre a decisão de ir para uma instituição (Fonseca, 2004; Simões, 1990). Quer isto dizer, que as consequências da institucionalização do idoso, embora na maioria das vezes possam não ser positivas, dependem da vertente subjectiva que inclui a percepção que o idoso tem do seu ambiente e a congruência com o mesmo (Paúl, 1991).

De modo a que esta percepção seja positiva, é crucial a adequação pessoa/meio, isto é, não deve ser apenas o idoso que se deve adaptar ao ambiente que o acolhe, também este, por sua vez, surge como um factor determinante na adaptabilidade do sujeito ao contexto em que está inserido. O meio onde o idoso se encontra pode portanto proporcionar um ambiente favorável ou não ao seu bem-estar, dependendo do seu efeito otimizador ou inibidor no processo de envelhecimento.

O processo de institucionalização é uma realidade para muitos idosos que, por motivos de vária ordem, não encontraram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades (Cardão, 2009). Assim sendo, por muitas vezes se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos, as instituições têm o papel fundamental de actuar como mediadoras e promotoras da rede social do idoso. Todavia, não devemos também esquecer que a pessoa em desenvolvimento é activa, uma entidade dinâmica em progressivo crescimento e que existe uma relação bidireccional entre ela e o ambiente e que este é relevante para o processo de desenvolvimento do sujeito.

1.3 Envelhecimento e bem-estar psicológico

Como se pôde verificar a velhice constitui-se como um período de grandes mudanças nos planos biológico, psicológico e social, que exigem ao indivíduo idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se, por isso, de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico da pessoa idosa (Khoury & Günther, 2006). De facto, estes dois aspectos dependem da harmonia entre as potencialidades (forças) e as limitações do idoso, que fornecem base para lidar com as

perdas inevitáveis provenientes do envelhecimento e, conseqüentemente, potenciam os aspectos positivos do seu funcionamento (Neri & Yassuda, 2004).

Reconhecendo-se a importância que a saúde mental positiva tinha (e tem) na vida do ser humano, vários autores criticaram as abordagens que explicavam a saúde apenas como ausência de doença e, como tal, não atendiam às capacidades e potencialidades do indivíduo. Deste modo, estando estas abordagens centradas em aspectos negativos, como seria possível adquirir conhecimento e formas de realçar os aspectos positivos e assim minimizar os efeitos desagradáveis de acontecimentos de vida normativos e não normativos (que serão elucidados mais à frente quando se falar na teoria de Neugarten). Como podia o ser humano fazer uso das suas forças sem saber o uso adequado que lhe devia fornecer? Por esta razão, se passou a defender que, na velhice, a manutenção do bem-estar não se vincula somente à ausência de doença. Neste sentido, o estudo científico do bem-estar é conhecido por marcar a viragem da orientação da psicologia, em certa medida, como uma reacção ao enfoque generalizado nos sintomas da doença, para uma dimensão positiva da saúde mental (Novo, 2005; Ryff, 1989). Para tal, em muito contribuiu a psicologia humanista que enfatizou as ambições positivas do homem, a experiência consciente, o livre-arbítrio, a sabedoria, a competência, a autenticidade, enfim, a plena utilização do potencial humano. O movimento e as ideias da psicologia humanista foram acentuadas por Seligman, que encorajou os profissionais da psicologia a desenvolverem uma abordagem mais positiva da natureza e potencial do ser humano. É neste sentido, que surge um domínio a que Seligman e Scizsentmihalyi designaram de Psicologia Positiva, na qual se encontra enquadrado o conceito de bem-estar (Novo, 2005; Schultz & Schultz, 2005).

O domínio da investigação da dinâmica psicológica do bem-estar abrange, actualmente, duas perspectivas que se organizam em torno de dois modelos que, apesar de partilharem interesses de estudo comuns, possuem géneses, percursos e orientações teórico-empíricas distintas. O primeiro, denominado de Bem-Estar Subjectivo (BES), surge, se assim se pode considerar, com o trabalho de Wilson (1960), onde o autor estuda pela primeira vez as relações entre felicidade, satisfação com a vida, conceitos que se encontram em torno deste construto. Contudo, não nos podemos esquecer de Ed Diener seu principal investigador e sistematizador, que integra a compreensão da dimensão afectiva e cognitiva na avaliação subjectiva que cada indivíduo faz das suas experiências de vida. A satisfação com a vida é considerada uma dimensão de natureza cognitiva e representa o balanço psicológico

que cada indivíduo faz em relação à sua vida (Diener & Ryan, s/d). Por outras palavras, é um julgamento, uma avaliação que o indivíduo faz da sua vida como um todo, tendo em conta a discrepância percebida entre aspirações e as realizações (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Paúl, 1992). A felicidade, por sua vez, representa a dimensão afectiva, ou seja a avaliação que cada indivíduo faz das suas experiências positivas (tendência de experimentar sentimentos e emoções agradáveis) e negativas (disposição de experimentar sentimentos e emoções desagradáveis). Todavia, o BES parece possuir um carácter teórico e empírico restrito, negligenciando importantes aspectos do funcionamento positivo. É neste sentido, que surge um novo conceito de bem-estar, que, baseando-se numa perspectiva eudaimónica, contempla várias dimensões necessárias à adequada compreensão da saúde mental e do funcionamento psicológico positivo, por contrapartida à perspectiva hedonista do BES (Abbott et al., 2006).

A *eudaimonia* é uma teoria ética, que se encontra orientada para a realização pessoal, ou seja, que apela à pessoa para viver de acordo com o *daimon* ou o seu verdadeiro *eu*. Prende-se com um ideal, uma perfeição que os indivíduos se esforçam para alcançar, insere-se na busca pelo desenvolvimento do ser, que dá sentido e direcção à vida. No caso particular de Aristóteles, este autor considera que é só através de uma vida virtuosa que se atinge a *eudaimonia* (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). Com base nesta ideia, surge, no final da década de 80 do séc. XX, o conceito de Bem-Estar Psicológico (BEP) associado ao funcionamento positivo do indivíduo, assim como às dimensões que possibilitam sentimentos de satisfação consigo próprio, bem como as suas realizações pessoais, as expectativas futuras e condições de vida, inseridas nas esferas social e relacional (Novo, 2003; 2005). Tal construto, foi concebido por Carol Ryff (1989), num contexto de orientação humanista e, apesar de “transportar” informação de como o indivíduo se avalia a si próprio, bem como a qualidade da sua vida (Ryff, Magee, Kling & Wing, 1999), a sua definição é bem mais complexa, uma vez que integra aspectos que derivam de diferentes perspectivas. Com o intuito de fornecer uma definição completa e que fosse além do conceito de felicidade e satisfação com a vida, a autora, propôs um modelo multidimensional de funcionamento psicológico positivo constituído por seis dimensões ou, se preferirmos, seis características do bem-estar (autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objectivos na vida e aceitação de si), descritas a partir da identificação dos pontos de convergência das teorias do desenvolvimento, da psicologia clínica e da saúde mental (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). Cada uma

destas áreas, forneceu o seu contributo relativamente aos diversos ritmos, mudanças e aspectos positivos que ocorrem ao longo da nossa existência, nomeadamente a teoria do desenvolvimento que formula tarefas e desafios que o indivíduo terá que ultrapassar ao longo do seu ciclo de vida, o que nos fornece uma compreensão daquilo que é o desenvolvimento humano, bem como a variação do bem-estar ao longo do curso de vida (Ryff, 1989).

Não se pretende ser exaustivo na descrição das abordagens, contudo não será de outro modo possível entender um dos principais construtos desta investigação, sem antes se proceder a uma análise das teorias nas quais Ryff se baseou para definir o BEP. Neste sentido, a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento da Personalidade de Erikson perspectiva o desenvolvimento não como algo que termina na adolescência, mas antes como algo que continua na idade adulta, enfatizando o processo de construção da identidade e a dimensão psicossocial do desenvolvimento. O mesmo autor, perspectivou ainda oito estádios psicossociais ao longo do ciclo de vida, sendo cada estádio atravessado por uma crise psicossocial (momentos de passagem de uma fase para outra), que proporciona ao indivíduo uma ocasião de desenvolvimento e outra de risco. Em cada estádio, o sujeito deve integrar as suas necessidades e pressões sociais em busca da resolução do conflito entre tendências opostas. Em cada estádio existe, portanto, uma tarefa que o indivíduo tem de cumprir e na qual existe uma vertente positiva e outra negativa. Assim, e de modo a alcançar um envelhecimento bem-sucedido, torna-se necessário que, na realização de cada tarefa, se sobreponha a vertente positiva.

O mesmo modelo possui um carácter epigenético, ou seja, cada crise engloba a anterior e leva-a mais longe ou trabalha-a a um nível superior. Por outras palavras, pode dizer-se que no estádio seguinte o sujeito pode (re)estruturar o que não fez anteriormente. Assim sendo, em cada momento de transformação há uma reestruturação do *eu*, podendo o indivíduo, em cada fase, reviver o que viveu anteriormente, integrando uma fase na outra (continuidade), assim como modificar a forma como está no seu desenvolvimento (descontinuidade) (Carducci, 2009).

Tendo em consideração a faixa etária a que se destina este trabalho, será apenas referido o último estádio de desenvolvimento, situado depois dos 65 anos de idade, cuja vertente positiva é o estado de integração, em que a pessoa aceita naturalmente o seu passado conseguindo integrar as experiências vividas e se adapta à nova etapa, aceitando o declinar característico da idade. O oposto, por sua vez, seria o estado de desespero, em que o indivíduo se revolta interiormente, vivendo

amargurado e desesperado. Quando se considera positivo o que se viveu e se compreende a integridade da sua existência ao longo das várias idades as crises são geradoras de desenvolvimento.

Ainda segundo o modelo de Erikson, os seres humanos precisam de sentir que são úteis e necessários para estarem bem consigo próprios, o que, no caso dos idosos, pode constituir um problema, pois, como se verificou anteriormente, com a aposentadoria o indivíduo perde a rotina de trabalho, a identidade de trabalhador e afasta-se do convívio e dos colegas, além de ver os seus rendimentos reduzidos (Khoury & Günther, 2006). É, portanto, fulcral que o idoso se mantenha o mais activo possível, procurando novas formas de se estimular e alcançar diferentes desafios que o façam sentir útil e bem consigo mesmo e com os outros. Esta necessidade de se sentir activo e prestar serviços à sociedade pode ser relacionada com o desejo que o ser humano apresenta para concretizar os seus objectivos e realizar as suas potencialidades. A este respeito, Abraham Maslow (1991), cuja perspectiva foi também recuperada por Ryff, considera que todos os seres humanos nascem com necessidades e, conseqüentemente, com uma tendência (motivação) para a realização das mesmas. Partindo das necessidades mais básicas para se centrar nas superiores este autor, desenvolve uma pirâmide na qual estas se encontram organizadas, segundo uma hierarquia. Portanto, para Maslow, nem todas as necessidades detêm a mesma importância, sendo que na base da pirâmide seriam onde se encontravam as necessidades fundamentais, ou seja, as necessidades fisiológicas e as de segurança, e só depois destas estarem satisfeitas se ascende na hierarquia para satisfação de outras mais complexas e elevadas, como as necessidades de auto-realização.

Tanto as necessidades fisiológicas, como as necessidades psicológicas, motivam o comportamento humano em busca da sua satisfação e desenvolvimento. É neste sentido, que Maslow refere que a motivação tem um carácter compensatório, na medida em que traz algo de positivo ao sujeito. Assim, e tendo em consideração a hierarquia, o autor diferencia a motivação de deficiência, ou seja, a que se dirige a cobrir os défices, necessidades da pessoa; da motivação do desenvolvimento, isto é, a que se dirige a realizar as mais elevadas capacidades do indivíduo. Aqui pode destacar-se a auto-realização, onde se manifesta a realização e o enriquecimento do potencial de cada um, a concretização das capacidades pessoais, que é o objectivo ou valor comum a que tendem todos os homens e para o qual caminham quando satisfazem as suas necessidades básicas. Cada indivíduo possui a sua própria

motivação, os seus próprios objectivos e cada um dirige o seu comportamento na busca das suas necessidades, não sendo algo que se consegue com facilidade, talvez por isso neste modelo a realização de si só é atingida na idade adulta e na velhice até lá predominam as necessidades mais básicas e intermédias (Maslow, 1991; Zalbidea, 1993).

O modelo de BEP de Ryff integra, como se pôde verificar, conceitos fundamentais da teoria de Maslow, que se vêem reflectidos na ênfase dada a dimensões fundamentais ao bem-estar na idade adulta, como o crescimento pessoal e a realização de si. Contudo, e tal como Maslow, também Carl Rogers, com a sua abordagem centrada na pessoa, acredita na capacidade natural de auto-realização do ser humano. Para Rogers (2009), bem como para Maslow, existe uma tendência (motivação), inerente ao indivíduo, segundo a qual ele tenta organizar a sua vida, no sentido de desenvolver activamente as suas potencialidades na procura da concretização dos objectivos pretendidos. A teoria da personalidade rogeriana baseia-se, portanto, numa racionalidade centrada na pessoa, no seu potencial de crescimento, nas suas capacidades de auto-realização. Esta tendência, possui componentes fisiológicas e psicológicas, sendo que as primeiras têm uma maior importância nos períodos iniciais da vida, enquanto as segundas desempenham um papel determinante na idade adulta e na velhice. Pode-se compreender um pouco melhor este aspecto se levarmos em linha de conta que é na idade adulta que o indivíduo procura um maior desenvolvimento das potencialidades do *self*, nomeadamente, no trabalho, na família e vida social, que lhe permitem alcançar a maturidade necessária para lidar e aceitar os aspectos menos positivos que poderão advir com o envelhecimento. O sujeito tem competências que lhe permitem conhecer-se, aceitar-se e transformar-se e que, a par da maturidade adquirida com a experiência, lhe permitem, igualmente, resolver problemas, avaliar-se a si próprio e às situações e orientar racionalmente a sua vida.

Tal como Erickson, também Rogers defende que o sujeito tem a capacidade para, em qualquer momento do seu desenvolvimento, reorganizar a sua vida e os seus objectivos. A pessoa é autónoma e capaz de se desenvolver, de se afirmar, de se auto-dirigir, bem como de desfrutar de um potencial de crescimento pessoal e de uma “orientação positiva” (Rogers, 2009). De facto, é esta capacidade de criar objectivos de vida e crescer a nível pessoal que Ryff extrai da teoria de Rogers e que constituem critérios definidores de BEP. Convém ainda salientar, que o ser humano é sensível às avaliações que os outros fazem dele e o idoso é muitas vezes alvo de avaliações

negativas por parte das gerações mais novas, que criam ideias erróneas acerca da velhice, pelo que o indivíduo idoso necessita de ter confiança e um “olhar positivo” sobre si. Mesmo que muitas vezes o outro não promova este clima facilitador, o idoso deve procurar uma aceitação incondicional de si. Esta aceitação de si, a par da autenticidade e empatia, constituem, segundo Rogers, três condições essenciais que facilitam o processo de crescimento e mudança no sujeito (Rogers, 2009).

Outro autor importante na compreensão do BEP é Jung, que também se centrou nos aspectos da natureza humana, sendo um dos primeiros a dar importância a todo o curso da vida, enfatizando que o desenvolvimento do sujeito tem como principal direcção a auto-realização. Inerente a esta ideia encontra-se um conceito chave na sua concepção de desenvolvimento, isto é, o conceito de individuação, processo inato e autónomo que não precisa de estimulação externa para começar a existir. As motivações do sujeito vão guiá-lo no sentido de se dirigir para as realizações com significado para o *self*, as quais contribuem para um progressivo crescimento da sua individualidade (Hall & Nordby, 2005).

Para Jung, o indivíduo avança sempre para um nível mais completo do crescimento pessoal. Todavia, as motivações pela realização de si não parecem ser as mesmas ao longo da vida, cuja importância é mais acentuada na idade adulta e na velhice. Ao longo da vida, o ser humano evolui progressivamente, alcançando o que é único a cada ser, na fase da maturidade, ou seja, na velhice. Até então, o principal propósito do desenvolvimento pessoal encontra-se relacionado com a adaptação do indivíduo às exigências cada vez maiores da realidade, observando-se uma orientação extrínseca para a educação, família e carreira. Este tipo de motivação seria bem diferente do da maturidade e da velhice, em que o sujeito adquire uma orientação mais intrínseca, em direcção à individuação, onde o indivíduo ganha um sentido de liberdade em relação às normas que regem a vida quotidiana (Hall & Nordby, 2005; Ryff & Singer, 2008).

Por sua vez, Neugarten, outra autora na qual Ryff se baseou, também formulou alguns “processos executivos” da personalidade, apresentando dois princípios teóricos. O primeiro é relativo aos eventos de transição na vida que permitem mudanças e que podem ser normativos, ou seja, mais ou menos esperados e com uma ordem sequencial, como o casamento e ter filhos ou, pelo contrário, não normativos, como acidentes, podendo estes últimos ter consequências negativas. Por sua vez, o segundo princípio diz respeito ao tipo de personalidade que prediz e condiciona o envelhecimento. O envelhecimento bem-sucedido resulta, segundo este

modelo, da personalidade do sujeito, ou seja, de uma maior ou menor adaptação e satisfação com a vida, sempre em interação com outras pessoas representativas e que têm as suas expectativas a respeito do idoso (Novo, 2003; Barros, 2010). Segundo a mesma autora, na velhice o indivíduo encontra-se mais acomodado relativamente às exigências do mundo exterior e, por essa razão, assiste-se, tal como se verificou anteriormente, a uma mudança nas funções do ego (do exterior para o interior) (Neugarten, 1968; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

Um dos modelos que também teve um papel importante na definição do conceito de BEP foi a concepção de saúde mental positiva proposta por Marie Jahoda. Nesta sua concepção Jahoda (1999) compreende a saúde como um estado de bem-estar, muito mais do que a simples ausência de doença, ao mesmo tempo que nos fornece um significado do funcionamento mental positivo e crescimento humano. A autora entende a normalidade como um comportamento ajustado às exigências do contexto, em que a saúde mental abrange critérios como o crescimento pessoal e auto-realização, domínio do meio e autonomia.

Verifica-se portanto que o modelo de BEP de Ryff abrange um construto multidimensional, cuja definição resulta dos pontos de convergência das diversas formulações teóricas supracitadas. As qualidades fundamentais que delas emergem, permitem compreender que não existe uma forma única de desenvolvimento bem-sucedido na meia-idade ou na velhice, mas antes uma multiplicidade de características, pelas quais se pode considerar o desenvolvimento como óptimo (Ryff, 1982). Neste sentido, e porque cada vez mais o ser humano perspectiva viver uma vida longa, o significado de um envelhecimento bem sucedido ganha cada ainda mais importância. Assim sendo, um envelhecimento óptimo e a manutenção do bem-estar implicam a percepção de envolvimento com as tarefas de desenvolvimento e desafios que confrontam os indivíduos em diferentes fases da vida (Keyes et al., 2002; Ryff & Singer, 2008).

Cada uma das seis dimensões do BEP representa então os desafios individuais com que cada um se confronta, ou seja, que o indivíduo deve superar a fim de alcançar o seu bem-estar. Todas as dimensões são fundamentais no desenvolvimento e expressão da normalidade e do bem-estar do indivíduo, uma vez que articulam diferentes desafios, que têm que se ser superados para funcionar de forma positiva. Neste sentido, e apesar da sabedoria estar associada sobretudo à maturidade, a realidade é que ela se desenvolve, como se verificou anteriormente, ao longo de toda a vida, ajudando o indivíduo a gerir de modo adequado situações

deficientemente estruturadas e nas quais se torna necessário tomar decisões complexas. De igual modo, a sabedoria auxilia o indivíduo a identificar os recursos e o modo adequado dos utilizar, no sentido de se adaptar eficazmente face aos desafios.

2. Resiliência na Velhice

2.1 Resiliência e velhice bem sucedida

Tradicionalmente, o estudo da resiliência tem sido dirigido sobretudo para a infância e adolescência, sendo descrita como um factor importante que conduz os sujeitos, que vivem em circunstâncias desfavoráveis, a um desenvolvimento bem-sucedido (Hardy et al, 2004). Todavia, este conceito é relevante ao longo de toda a vida, desde a infância até à velhice (Allen, Haley, Harris, Fowler & Pruthi, 2010; Laranjeira, 2007). Quer isto dizer, que o desenvolvimento produz mudanças na capacidade de adaptação do organismo, seja elas positivas ou negativas, pelo que também o idoso é desafiado a manter e a renovar a sua vida de maneira significativa e produtiva (Baltes & Baltes, 1990; Couto, 2007). De facto, e como se verificou no capítulo anterior, o envelhecimento, tratado na perspectiva do ciclo de vida humana, corresponde a uma fase onde se registam ganhos mas também declínio em determinadas áreas (Baltes & Baltes, 1990; Bergeman & Wallace, 1999), sendo precisamente estas perdas que colocam em causa o bem-estar psicológico do sujeito idoso e às quais este se deve adaptar, estabelecendo assim o seu equilíbrio e funcionamento positivo.

A resiliência é um construto que, embora baseado num conceito definido pela física e engenharia, no campo da psicologia ele diz respeito ao processo que actua na presença do risco e através do qual o individuo se adapta à nova situação, produzindo resultados positivos, que lhe podem oferecer uma condição igual ou até melhor à situação adversa (Cowan, Cowan & Schulz, 1996; Dowrick, Kokanovic, Hegarty, Griffiths & Gunn, 2008; Hochhalter, Smith & Ory, 2010). Como refere Fredrickson (2003), ser resiliente não significa apenas sobreviver, é também a possibilidade de expandir os nossos recursos psicológicos, isto é, o ser humano tem a capacidade de se desenvolver e sair mais forte, por comparação ao que era. Verifica-se, portanto, um crescimento relativamente a um nível prévio de funcionamento (Bergeman & Wallace, 1999).

Todavia, ao longo da história, conceito de resiliência tem apresentado várias definições, não parecendo reunir consenso no seio da literatura científica, sendo várias as descrições apresentadas. Luthar e Cicchetti (2000), por exemplo, descrevem-na como um processo dinâmico, que se revela pela boa adaptação dos indivíduos ao seu contexto e à sua vida, mesmo perante situações de mudança e experiências de

adversidade significativa ou trauma. Wagnild e Young (1993), em contraste, definem resiliência, como uma diferença individual, característica ou habilidade para lidar eficazmente com a mudança ou infortúnio, o que transmite a ideia de que é algo inato ou característica de determinados indivíduos. Nesta definição, a resiliência representa um traço de personalidade ou um atributo individual, enquanto na primeira ela é vista como um processo, o que evidencia algumas discrepâncias também na conceptualização como um traço de personalidade ou como um processo dinâmico (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Para os mesmos autores, as diferenças entre entender a resiliência como um processo ou como um atributo de personalidade são duas: uma é que a ego-resiliência (que explica a adaptação positiva do indivíduo a partir de seus recursos internos) não se desenvolve, mas é inerente a alguns seres humanos; a outra, é que ela não requer a presença da adversidade, um dos elementos centrais do enfoque de resiliência. Por sua vez, Theis (2003) refere que a resiliência não é uma característica intrínseca ao indivíduo, ou seja, ela também depende do contexto social e das experiências por ele adquiridas. A adaptação positiva resulta, portanto, de uma relação recíproca entre o indivíduo e ambiente, em que este deve promover recursos para que o idoso se possa desenvolver mais plenamente (Kaplan, 1987; Masten & Obradovic, 2008). Neste sentido, muitos investigadores defendem o modelo ecológico-transaccional de resiliência, que, por sua vez, assenta no modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Assim, a perspectiva que norteia o modelo ecológico-transaccional de resiliência centra-se no seguinte pressuposto: o indivíduo está imerso numa ecologia determinada por diferentes níveis, que interagem entre si, exercendo uma influência directa no seu desenvolvimento humano. É importante referir que o conceito de resiliência parece implicar ou estar associado, e foi aliás durante os seus primeiros estudos, a uma certa invulnerabilidade. No entanto, isso não corresponde à realidade, ou seja, ela não é absoluta nem fixa, ela muda tendo em linha de conta o momento e as circunstâncias, bem como a forma como eles são vividos e interiorizados pelo sujeito (Theis, 2003; Yunes & Szymanski, 2001).

Neste trabalho, vamos operacionalizar o conceito de resiliência como um processo dinâmico, uma força motivadora que existe dentro de cada um e que dirige o comportamento em direcção da auto-realização e altruísmo, sendo o resultado final um equilíbrio físico, mental e espiritual (Richardson, 2002). Nesta definição considera-se ainda a resiliência como englobando o processo de desenvolvimento do indivíduo, ou seja, um processo que admite variabilidade em função das relações estabelecidas entre as bases constitucionais e ambientais e as diferentes situações em que se

expressa (Rutter, 2006; Yunes & Szymanski, 2001), e não como um atributo. O que é essencialmente importante neste construto é a reconstrução positiva, a capacidade de ir mais além (Theis, 2003), ou seja, é a qualidade da adaptação do indivíduo a situações ou eventos difíceis, designadamente o manter-se bem, recuperar-se ou mesmo ser bem-sucedido frente às adversidades que se configura como um processo de resiliência (Ryff, Singer, Love & Essex, 1998). Os mesmos autores, sugerem ainda que a resiliência na velhice deve centrar-se no potencial dos idosos para manter a sua saúde mental em face da ameaça ou risco. De facto, é o conseguir, por parte do idoso, usar estratégias para compensar as perdas e levar uma vida caracterizada pela auto-realização e potencial para a maturação, mostrando que a velhice não é uma fase do ciclo de vida homogénea, que permitiu fazer a distinção entre o envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Lima, 2004). Neste sentido, também Laranjeira (2007) refere que, para o estudo da resiliência dos idosos, um dos critérios que na maior parte das vezes é ressaltado nas análises é o da velhice bem sucedida, que exige a adaptação aos desafios multifacetados, maximizando a capacidade individual para alcançar os seus próprios objectivos (Baltes & Baltes, 1990).

Tal como as primeiras pesquisas que caracterizavam o envelhecimento "normal" levaram ao entusiasmo em torno do conceito de envelhecimento "bem sucedido", também, este último conceito levou a que os autores procurassem saber mais acerca do papel da resiliência no estabelecimento desta condição (Clark, Burbank, Greene, Owens & Riebe, 2010; Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli, 2010). Tais estudos, são ainda mais importantes se levarmos em consideração que a resistência à mudança apresenta-se, frequentemente, como um estereótipo associado ao indivíduo idoso, havendo inclusive autores que referem que o facto do envelhecimento tornar o declínio mais visível e acentuado, pode, de facto, traduzir-se na diminuição da capacidade de adaptação (Sousa & Figueiredo, 2003). De igual modo, Baltes e Baltes (1990) consideram que existem mudanças no potencial adaptativo associadas à idade, todavia, e apesar da velhice apresentar situações stressantes, isso não significa que o idoso não seja um indivíduo activo, capaz de resolver eficazmente os acontecimentos e transições da sua vida (Fonseca, 2004). Aliás, apesar das perdas associadas ao envelhecimento, os idosos são surpreendentemente resistentes ao stress da vida, apresentando potencial para diferentes trajectórias desenvolvimentais, podendo modificar e melhorar o seu funcionamento e capacidades individuais (Baltes & Baltes, 1990; Bergeman & Wallace,

1999; Stevens, 2001). Ruth e Coleman (1996) num estudo com indivíduos com mais de 75 anos, corroboram esta ideia, ao verificaram que aspectos como a viuvez, a mudança involuntária de residência ou problemas graves de saúde, podiam efectivamente causar stress. No entanto, verificou-se igualmente que há indivíduos que apresentam uma elevada capacidade para gerirem as suas vidas, conseguindo prosseguir com uma vida mais ou menos positiva. Portanto, a resiliência, como capacidade de ultrapassar a adversidade graças aos recursos psicológicos do indivíduo, pode aplicar-se igualmente aos idosos que conseguem ser bem sucedidos e viver bem (Aguerre, 2002).

De modo a compreender um pouco melhor a questão do envelhecimento bem sucedido, Baltes e Baltes (1990) propõe uma teoria sobre o mesmo que se baseia em três princípios fundamentais que regulam a adaptação do indivíduo ao meio, são eles a selecção, a optimização e a compensação (SOC). Tais princípios representam três processos adaptativos utilizados pelo ser humano ao longo do seu desenvolvimento, embora possam ter pesos diferentes em função do período considerado. Numa perspectiva longitudinal a selecção parece ser mais utilizada no período da juventude, a que se segue uma fase de optimização das escolhas efectuadas e, por último, num período mais tardio, surge a compensação, um mecanismo mais saliente que permite ao indivíduo suplementar áreas em débito.

Ainda que tenham pesos diferentes conforme os períodos considerados, estes processos podem ser utilizados em qualquer período do desenvolvimento, permitindo um constante ajuste entre o indivíduo e o meio. Vejamos como funcionam estes princípios no caso do idoso: a selecção é invocada em resposta a perdas na funcionalidade ou capacidade, em que o indivíduo tem que fazer escolhas adaptadas entre as suas capacidades e os recursos do meio ambiente, o que pode passar por escolher determinadas actividades (mais simples e que as suas limitações permitam), em detrimento de outras que não consegue realizar; a que se segue uma fase de optimização das escolhas efectuadas, ou seja, envolve o esforço do sujeito para ampliar ou enriquecer as suas reservas e manter-se em funcionamento, maximizando o seu potencial nas áreas seleccionadas e superando o declínio noutras. Assim sendo, e de modo a manter e a optimizar a funcionalidade, o sujeito idoso deve ajustar e compensar a dependência em alguns domínios. A manutenção da competência dependeria então da selecção dos domínios em que o indivíduo idoso retém melhor nível de funcionamento, optimizando-o mediante estratégias de treino, garantindo assim a compensação das perdas, que incluem processos psicológicos ou esforços

comportamentais para melhorar a funcionalidade. Esta teoria, que faz uma leitura optimista do processo de envelhecimento, baseia o sucesso numa relação estreita entre o indivíduo e o meio que nos remete para os modelos ambientais do envelhecimento, já mencionados anteriormente.

Tendo em consideração o que foi referido, pode então considerar-se que o envelhecimento bem sucedido se baseia nas capacidades reactivas e proactivas para responder adaptativamente e com flexibilidade aos desafios e mudanças próprias da velhice, através da utilização de recursos e estratégias internas e externas, exercendo a resiliência um papel fundamental na manutenção e na reestruturação do BEP (Featherman, Smith & Peterson, 1990; Freire, 2000; Hochhalter et al., 2010; Queros & Neri, 2005). Tais capacidades, são adquiridas ao longo da vida, sobretudo através da experiência que advém dos acontecimentos de vida stressantes, e que muitas vezes oferecem resistência às circunstâncias desfavoráveis que poderão surgir mais tarde na vida (Rutter, 2006; Sousa & Figueiredo, 2003).

Tal como a resiliência vai buscar reservas ao desenvolvimento, também o envelhecimento bem-sucedido deve ser preparado ao longo da vida, sendo um constante processo de adaptação activa aos desafios (Baltes & Baltes, 1990). Tal condição, requer uma atitude positiva, bem como a capacidade para lidar com a mudança, aceitando as limitações que não podem ser superadas, estando seguro e estável a longo do tempo, através, por exemplo, do apoio social, da prática de crenças espirituais e do envolvimento social e estimulação cognitiva (Laditka et al., 2009; Reichstadt, Depp, Palinkas, Folsom & Jeste, 2007).

Por sua vez, Lima (2004) dá ênfase às dimensões internas da experiência e ao papel chave da motivação intrínseca como os fundamentos para acção e fonte de resiliência para os indivíduos que estão a envelhecer. No capítulo anterior, houve a oportunidade de esclarecer o papel desta dimensão para o alcance do BEP na vida do sujeito. Aliás, múltiplas dimensões deste construto, mencionadas anteriormente, fornecem indicadores relativos aos aspectos do funcionamento psicológico positivo que são centrais para a formulação da resiliência como uma capacidade de desenvolvimento e não apenas o evitar da disfunção ou doença (Ryff et al., 1998). Pelo contrário, ela é antes um contínuo processo de actualização das potencialidades pessoais e de aprender a viver com as limitações explorando e utilizando ao máximo os recursos disponíveis (Silva & Varela, 1999).

Como se pode verificar a resiliência é um conceito interactivo que resulta do trabalho interno de múltiplos factores, ou seja, é o resultado da combinação de

experiências de risco e o resultado psicológico positivo, em função da intervenção dos factores de protecção associados (Rutter, 2006). Deste modo, quando se fala de resiliência é também levado em consideração os factores de risco, sendo a mesma lógica aplicável aos factores de protecção. Quer isto dizer, que os factores de protecção são inerentes à resiliência, sendo na interacção entre estes e os factores de risco que os mecanismos envolvidos na resiliência fazem sentido (Andrade, 1999). A resiliência manifesta-se perante uma situação de adversidade, desafiando os domínios psicológico, físico e social, e colocando a necessidade dos indivíduos terem acesso a uma vasta gama de recursos que permitam enfrentar os desafios, isto é, os chamados factores de protecção (Hochhalter et al. 2010).

2.2 Factores de Risco

Sempre que o tema resiliência estiver em destaque, torna-se, portanto, necessário focar as diversas variáveis e processos que o integram, já que a resiliência apresenta diferentes formas, entre diferentes pessoas, em diferentes contextos (Lichtenfels & Lichtenfels, 2007). Como tal, a referência aos factores de risco é crucial, já que estes apelam às capacidades de resiliência do idoso, quando confrontado com tais situações.

De um modo geral, os factores de risco podem ser de natureza pessoal, social ou ambiental e, pelo facto de estarem associados a situações de vida negativas, coadjuvam ou incrementam a probabilidade do indivíduo vir a experimentar resultados disfuncionais de ordem física, emocional e ou social (Couto, 2007). Deste modo, o risco encontra-se associado a situações negativas, ou seja, é considerado como toda a situação que se configura como um obstáculo, a nível individual ou ambiental, e que, consequentemente, aumenta a susceptibilidade deste para resultados negativos no seu desenvolvimento, compreendendo-se, assim, a razão pela qual eles afectam a capacidade de resiliência do sujeito (Oliveira, Reis, Zanelato & Neme, 2008; Pesce, Assis, Santos & Carvalhaes, 2004). Todavia, o grau de influência do risco à resiliência não é consensual. Se por um lado se argumenta que uma situação stressante tem impacto na resiliência, por outro, defende-se a ideia do efeito cumulativo dessas mesmas situações e do seu grau de adversidade ao longo da vida, que pode gerar efeitos negativos no desenvolvimento (Pesce et al., 2004).

No contexto actual, e tal como foi referido no capítulo anterior, sobretudo na sociedade ocidental, o culto da juventude é cada vez mais reforçado, em detrimento da última etapa do ciclo de vida, muitas vezes permeada por estereótipos e preconceitos que a reduzem a uma fase de declínio e perdas. Por este motivo, as atitudes discriminatórias e preconceituosas têm sido apontadas como aspectos negativos que geram risco ao desenvolvimento. Neste sentido, Couto (2007) refere que o fenómeno biopsicossocial da velhice é fortemente influenciado pela cultura, pelo que, e apesar dos investigadores realçarem que o processo de envelhecimento é heterogéneo, os estereótipos de que a velhice é alvo contribuem para a homogeneização dessa etapa do ciclo vital. Este aspecto, em conjunto com as mudanças de carácter físico, biológico, psicológico e social que o envelhecimento humano proporciona, podem condicionar a forma como o idoso percepção a sua condição. Deste modo, tal como é desigual encarar a velhice como uma fase de declínios, perdas e inutilidade ou, pelo contrário, uma etapa em que os ganhos, como o conhecimento e a sabedoria, se sobrepõem aos aspectos negativos, então o ser bem sucedido frente às adversidades também será distinto, consoante a visão que se tem deste período. Neste sentido, Glass e Joly (1997, cit. por Capitanini & Neri, 2008) verificaram, numa análise de literatura sobre os indicadores de satisfação de vida, entre outros elementos, a importância que uma atitude positiva por parte do idoso pode desempenhar perante a velhice, permitindo-lhe uma adaptação de qualidade. É nesta linha de pensamento que as palavras, rótulos e atitudes podem ter um profundo efeito na percepção e representações que se têm relativamente à velhice, tanto as individuais, como as da sociedade, com impacto na vida diária do sujeito idoso (Harris & Keady, 2008). Assim sendo, alguns autores (Nelson, 2005; Nussbaum, Pitts, Huber, Krieger & Ohs, 2005), sublinharam o papel do ageísmo como um factor de risco importante ao desenvolvimento, sobretudo em indivíduos mais idosos.

No dia-a-dia, são muitas vezes visíveis certas manifestações de ageísmo, sendo o modo infantilizado e paternalista, com recurso a linguagem simples e vagarosa, através do qual as pessoas comunicam com o idoso, uma delas (Nelson, 2005; Nussbaum et al., 2005). Este tipo de situação, além de ter um impacto na percepção de auto-eficácia do idoso, pode enfraquecer a vontade de viver, constituindo o ageísmo um importante factor de violência psicológica contra o idoso (Couto, 2007). Esta visão estereotipada associada à dificuldade de distinguir entre o envelhecimento normal e o patológico, conduz à negação da velhice, ou negligência das suas necessidades, vontades e desejos (Paschoal, 2006). Tais preconceitos, são

o resultado da falta de uma perspectiva que abarque todo o ciclo de vida, bem como a negligência pelas transformações e ignorância da heterogeneidade (Lima, 2004).

Além do ageísmo, outras variáveis têm sido associadas ao risco para o desenvolvimento adaptado dos seres humanos, nomeadamente a pobreza, as doenças, as perdas de outros significativos, a violência física, assim como as rupturas familiares (Rutter, 1987). De facto, o problema social, que decorre do envelhecimento populacional, conhece também as suas origens nas alterações que surgem a nível social e ao nível das estruturas das relações familiares (Fernandes, 1997). Alterações essas que se traduzem, a nível social, em famílias menos numerosas, na integração da mulher no mercado de trabalho, bem como no próprio facto de vivermos numa sociedade que muitas vezes privilegia a competição e o consumismo (Almeida, 2008). Todos estes aspectos, levaram a que algumas famílias transferissem a responsabilidade das pessoas idosas para o estado ou instituições privadas, evidenciando uma preocupação maior pela satisfação das suas ambições, do que propriamente pelo apoio mútuo, sobretudo por aqueles que constituíram a base da sua criação e desenvolvimento. Estes factos levam a que, tal como refere Fernandes (1997, p.4), “a família e as alterações de comportamentos ao nível das relações familiares constituem um dos eixos mais problemáticos da emergência do problema social da velhice”. Assim, e ainda que a instituição que acolhe o idoso disponibilize toda a assistência e apoio necessário e crie um ambiente de conforto e qualidade relevante para o bem-estar e adaptação do indivíduo a esta nova situação, a realidade é que se assistirá sempre a uma quebra com aquilo que se vivia anteriormente. Consequentemente, é possível que se verifique um certo nível de afastamento das relações e convívio social e familiar (Almeida, 2008). À perda do meio familiar, com os sentimentos mais ou menos manifestos de “abandono” pela família, depressa se juntam outras vivências de perda, como a da sua independência e do exercício pleno da sua vontade, devido à normalização e observância da sua conduta dentro da instituição. Neste sentido, a institucionalização marca encontro com um ambiente colectivo de regras que não têm em conta a individualidade do idoso, a sua história de vida, e que funciona de igual modo para todos. Este processo representa uma grande mudança na vida do idoso, despoletando e/ou acentuando a vivência de uma série de perdas. Retrospectivamente, o idoso institucionalizado vê com nostalgia a perda de uma vida activa, onde até certo ponto podia ser o senhor do seu mundo e das suas acções. (Cardão, 2009). Além disso, uma mudança de ambiente leva forçosamente a que o idoso se familiarize com um conjunto de situações completamente novas,

nomeadamente o espaço, as actividades da vida diária e, sobretudo, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar o seu dia-a-dia, dificuldades que podem originar dificuldades na adaptação (Almeida, 2008; Lima, 2004). Tendo conta, o que foi mencionado não será pois de surpreender que esta nova realidade origine no idoso sentimentos negativos, como a angústia, o medo, a revolta e a insegurança (Almeida, 2008). Consequentemente, se esta interacção de factores não tiver sucesso, o processo de institucionalização exercerá uma influência negativa no seu bem-estar.

A institucionalização do idoso, como foi referido, resulta, algumas vezes, das diversas perdas com que é confrontado, tais como aquelas que dizem respeito aos papéis, expectativas e referências ao grupo social. A principal prende-se no entanto com a morte do cônjuge, que até então exerce um papel fundamental de ajuda e suporte. De facto, vários são os idosos a referir a importância do cônjuge na sua vida, afirmando sentirem-se acompanhados e seguros por saberem da sua existência (Chipperfield & Havens, 2001). Neste sentido, compreende-se a razão pela qual o desaparecimento da principal companhia nas actividades quotidianas constitui um dos maiores traumas (e como tal um factor de risco) com que se deparam as pessoas idosas, e que provoca o corte nos laços emocionais profundos e o emergir duma perda económica.

Sequeira e Silva (2002), referem que muitos são os viúvos/viúvas que referem a tristeza sentida por viverem sós, pela saudade e pelo receio perante a possível situação de doença ou de dependência. Deste modo, as perdas e as diminuições relacionais na fase da velhice representam uma significativa fonte de tensão emocional e de outros problemas para os idosos (Chipperfield & Havens, 2001). Assim sendo, não é só a morte do cônjuge que constitui um factor de risco, também o facto do círculo de amigos se ir restringindo, como resultado da morte ou simplesmente da diminuição das interacções. A situação agrava-se se o idoso não tiver capacidade para estabelecer mais relacionamentos, seja pela restrição espacial, ou pela dificuldade de se actualizar com os novos valores (adaptação), o que pode conduzir à solidão e isolamento (Antonucci, 2001; Chipperfield & Havens, 2001). Todos estes aspectos constituem desafios adaptativos que levam à dependência do idoso e que exige uma redefinição das relações anteriores, até ser possível encontrar um equilíbrio satisfatório que permita o bem-estar (Silva, 2007).

Outra variável que tem sido apontada como potencial risco para a manutenção do bem-estar e capacidade de adaptação é a desvantagem socioeconómica. Apesar de se saber pouco sobre o impacto das forças socioeconómicas ao longo do

desenvolvimento relativamente à qualidade de vida, parece haver indícios de que uma pior condição socioeconómica está associada a níveis mais elevados de sofrimento psicológico (Kessler, 1982; Kaplan, Roberts, Camacho & Coyne, 1987). Parece pois razoável sugerir, que o sucesso e fracasso económico, associados a diferentes recursos e exigências ambientais têm um impacto importante no desenvolvimento ou não de sentimentos de conquista, domínio e auto-aceitação, características, que como se verificou são apresentadas como fazendo parte do indivíduo resiliente.

O nível socioeconómico encontra-se ainda intimamente relacionado com a ocupação, pelo que a entrada na reforma além de contribuir para a diminuição dos rendimentos do sujeito idoso (Kaplan, Shema & Leite, 2008), também pode trazer consigo a perda do papel social. De facto, a reforma pode gerar sentimentos de inutilidade social e perda de identidade, gerando sentimentos de ansiedade e depressão e, conseqüentemente, ter efeitos sobre a capacidade de resiliência (Tavares, Neri & Cupertino, 2008). Se a reforma tiver início mais cedo do que é esperado então estes sentimentos poderão ser ainda mais comuns e afectar o estado de saúde do indivíduo.

Todas as situações descritas, a par de outras que não foram aqui explanadas, parecem constituir factores de risco na velhice, uma vez que representam ameaças reais à integridade do *self*, pela restrição de importantes fontes de suporte com grande impacto na saúde e bem-estar do indivíduo (Lichtenfels, & Lichtenfels, 2007; Rabelo & Neri, 2005).

Todavia, as situações aqui classificadas como possíveis factores de risco para o idoso, só o serão consoante a visão que o indivíduo tem delas, ou seja, elas dependem do modo como ele interpreta e atribui significado a essa situação ou evento (Andrade, 1999; Yunes & Szymanski, 2001). As pesquisas sobre o stress, por exemplo, vão de encontro a esta ideia, sugerindo que não é tanto a situação em si que pode ser stressante, mas antes o significado ou a importância do acontecimento para o indivíduo, bem como o contexto em que ele ocorre (Hardy et al. 2004). De igual modo, também Lazarus e Folkman (1984) realçaram as características subjectivas duma situação stressante, avaliadas em função da representação cognitiva que o indivíduo faz da mesma. Desta maneira, o que pode ser considerado como factor de risco para um indivíduo pode não o ser para outro (Couto, Koller, & Novo, 2006).

As várias pessoas não terão com certeza a mesma percepção face aos acontecimentos adversos e pode ainda acontecer que os factores que são considerados pelos investigadores como adversos, podem não ter a mesma leitura por

parte dos indivíduos que vivem esses eventos (Andrade, 1999). Tais avaliações ou representações envolvem a desejabilidade e controlabilidade da situação, o grau de ameaça ou desafio relacionado com a mesma, as expectativas pessoais de auto-eficácia e do sucesso que as suas estratégias poderão ter, bem como o suporte de que o indivíduo idoso dispõe à sua volta. Todos estes aspectos são pois determinantes do comportamento do indivíduo face à situação (Couto, 2007).

2.3 Factores de Protecção

Apesar de todas as transformações, ou seja, de todos os factores de risco que se encontram associados à velhice, a realidade é que embora muitos idosos experienciem trajetórias semelhantes, eles diferenciam-se, na medida em que uns conseguem superar com sucesso esses momentos e outros, pelo contrário, não são bem sucedidos. Como referem Lichtenfels e Lichtenfels (2007) as características sociodemográficas, bem como os relacionamentos familiares e de amizade, a par de alguns traços da personalidade devem ser consideradas. Quer isto dizer, que a investigação na resiliência deve investir não só na identificação da vulnerabilidade, ou factores de risco, mas também na identificação dos factores de protecção que podem modificar os efeitos negativos das circunstâncias adversas da vida, analisadas anteriormente no caso do idoso.

A identificação dos factores de protecção é relevante devido ao papel fundamental que têm no restabelecimento do equilíbrio, perdido na sequência do risco (Pesce et al. 2004). Tais factores, são aqueles que se apresentam com potencial capacidade para modificar os efeitos negativos do risco numa direcção positiva, modificando, melhorando ou alterando respostas que induziriam, à partida, resultados menos adaptativos e, tal como os factores de risco, podem advir de múltiplos níveis de influência, como a comunidade, a família e o próprio indivíduo (Andrade, 1999; Luthar & Cicchetti, 2000). Neste sentido, Masten e Garmezy (1985) defendem a existência de três classes principais de factores de protecção, são eles: os atributos individuais, como por exemplo a auto-estima e a auto-eficácia; a coesão familiar e ausência de conflitos; e, por último, a disponibilidade das redes de apoio social que também podem fornecer relacionamentos e recursos de suporte para que o individuo lide eficazmente com as adversidades. Deste modo, os factores de resiliência são organizados num modelo triádico, que incorpora como elemento essencial a dinâmica e a interacção

entre esses factores: os atributos individuais, os aspectos da família e as características dos ambientes sociais a que as pessoas pertencem.

Relativamente aos factores de protecção individuais, observa-se, sobretudo mas não só, a auto-estima positiva como estando claramente ligada à resiliência. Neste sentido, Amparo, Galvão, Alves, Brasil e Koller (2008) referem que o sujeito que possui uma auto-estima positiva apresenta uma maior probabilidade de adoptar uma postura resiliente diante do risco. Assim, a auto-estima além de se apresentar como um factor de protecção importante, também pode influenciar o aparecimento de outros factores protectores, tais como a auto-confiança e competências sociais. De igual modo, boas capacidades de comunicação, um sentido de autonomia, possuir objectivos de vida, são também alguns factores de resiliência e, como vimos, alguns dos domínios avaliados para determinar o grau de bem-estar psicológico e que, quando satisfeitos, aumentam as possibilidades de um envelhecimento bem-sucedido (Edward & Warelow, 2005; Góis et al., n.d.).

Contudo, o foco de discussão deste trabalho não incluirá os traços de personalidade, pelo contrário, este capítulo centra-se sobre os elementos relacionados com algumas categorias que podem ser caracterizadas como parte dos recursos pessoais do indivíduo para lidar com a adversidade, uma vez que o potencial de resiliência do indivíduo envolve uma interacção entre este e o meio ambiente em que se encontra inserido (Rutter, 1999; Tusaie & Dyer, 2004). Aliás, e como refere Antonucci (2001), a auto-estima, bem como o sentimento de domínio do meio, são também propiciados pelos relacionamentos sociais. Quer isto dizer, que as características intrapessoais (inteligência, optimismo, humor) que ajudam o indivíduo a prosperar na adversidade, encontram-se muitas vezes contidas dentro de um sistema de crenças que fornece um sentido existencial ao indivíduo, uma história de vida coerente e uma valorização superior da singularidade de si mesmo (Tusaie & Dyer, 2004).

Neste sentido, o apoio social emergiu consistentemente como um dos principais componentes da resiliência, sendo um importante atributo ambiental que, quando satisfatório, se configura como um factor de protecção extremamente relevante (Góis et al., n.d.; Ryff et al. 1998). O apoio disponível a partir de familiares mais próximos, tais como o cônjuge ou filhos, é talvez o suporte mais importante que o idoso pode receber. No entanto, este apoio pode ser fornecido não só por familiares, como também por amigos, vizinhos ou outros com quem o idoso mantenha relações estreitas. Os elementos supracitados constituem aquilo a que Brito e Koller (1999,

p.115) chamam de rede social, ou seja, o “conjunto de sistemas e pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo”, e que lhe permitem, entre outros aspectos, manter a sua identidade social, dar e receber apoio emocional (Capitanini & Neri, 2008).

As redes de suporte social são potencialmente capazes de fornecer auxílio na definição das formas como a pessoa percebe o seu mundo e se orienta nele, bem como no delinear de estratégias e competências para estabelecer relações e enfrentar as adversidades experienciadas nesta última etapa da vida (Brito & Koller, 1999). Neste sentido, Antonucci (2001) refere que tanto os familiares, como os amigos e vizinhos são capazes de promover no outro a crença de competência, a confiança de que se possui a capacidade de controlar o ambiente e de sermos bem-sucedidos naquilo que necessitamos para nos adaptamos a situações novas. Assim sendo, quanto mais satisfatória for a percepção do sujeito relativamente à sua rede de apoio social, mais fortes serão os seus sentimentos de satisfação com a vida, sendo de extrema importância na contribuição significativa que fornecem ao indivíduo idoso na sua adaptação à velhice (Brito & Koller, 1999).

Um modelo importante, relacionado com várias teorias de stress e coping, conhecido como Buffering Model, sustenta o que foi referido anteriormente, referindo que o apoio social pode, de facto, agir como um mecanismo de auxílio ao indivíduo para lidar e enfrentar situações stressantes, na medida em que ajuda a geri-las, ao mesmo tempo que proporciona apoio emocional (Samuelsson, Therlund & Ringstrom, 1996, cit. por Couto, Koller & Novo, 2006).

Tendo em consideração, a relevância que o apoio social detém, no sentido de ajudar o indivíduo a enfrentar a situação stressante ou de risco, verifica-se a existência de literatura substancial e bem documentada sobre este recurso. Um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos, está associado ao facto da ajuda por ela fornecida tender a diminuir os efeitos negativos do stress na saúde, ao mesmo tempo que colabora para o aumento de uma sensação de controlo pessoal, exercendo, conseqüentemente uma influência positiva no bem-estar psicológico. Neste sentido, também Hildon e os seus colaboradores (2008) sugerem que um factor chave na resistência às circunstâncias de vida mais adversas é o reconhecimento da disponibilidade de ajuda e oportunidade de socialização, fornecida pela família, amigos e vizinhos.

O ambiente institucional pode, de igual modo, fornecer o suporte necessário, já que pode oferecer uma base segura, através da adaptação às necessidades

emocionais da pessoa idosa, deixando assim margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (Cardão, 2009). Como foi referido nos factores de risco, é possível que a mudança para um lar possa constituir uma situação negativa para o idoso, através da despersonalização, da rotina, bem como pela desinserção familiar e comunitária. Todavia, a qualidade da instituição pode ser muito positiva, havendo um atendimento personalizado e variado onde o idoso possa manter, na medida do possível, a sua autonomia e independência, assim como receber auxílio por parte dos técnicos, que lhe permite ir aceitando progressivamente algumas das suas limitações (Barros, 2010). Assim, a combinação destes elementos poderá ou não contribuir para que o idoso seja capaz de efectuar a transição para um novo ambiente duma forma natural. Esta mudança, pode ser mais fácil especialmente se o idoso tiver conhecimento de que existem pessoas das suas relações que também optaram por esta solução e que ali poderá encontrar soluções que lhe permitem manter uma série de actividades que possivelmente se estivesse na sua casa não seriam possíveis de realizar (Almeida, 2008).

Por outro lado, a institucionalização pode, igualmente, constituir-se como um elemento positivo, pois possibilita o alívio da família por não ter mais a seu cuidado um idoso dependente. Assim, o que seria raiz de conflitos e sentimentos de culpabilidade, poderá, com a institucionalização do idoso, dar lugar a sentimentos de afecto, carinho e a uma melhoria da qualidade das relações familiares. O estar na sua própria casa, na casa de familiares ou numa instituição pode ser tanto positivo, como negativo, dependendo do apoio que é fornecido tanto num lugar, como noutro. Deste modo, a institucionalização, quer por iniciativa do próprio idoso, quer por sugestão de familiares ou amigos pode ser vista como um ganho, não só pelas razões supracitadas, como também pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, principalmente se a doença lhe impõe, ou vier a impor, limites sérios à sua funcionalidade (Cardão, 2009).

Do ponto de vista psicológico, trata-se da procura de vínculos alternativos, numa outra relação de apoio e de protecção, a fim de que o resto das suas vidas possa ser vivido em segurança, para o que muito contribui a qualidade de vida oferecida pelas instituições (Santos, Sobral, Ribeiro & Costa, 2003). De facto, vínculos afectivos consistentes com pessoas da família ou com amigos contribuem para que o indivíduo encare, de forma efectiva, situações adversas, assim como o auxilia na recuperação de doenças (Lichtenfels & Lichtenfels, 2007).

Os alicerces de uma velhice bem sucedida também podem advir pela substituição de amigos que o idoso muitas vezes vê desaparecer (Lima, 2004). Para tal, a institucionalização pode proporcionar uma ampla rede social e qualidade nas interações que ajudam nos tempos de sofrimento, perdas e mudanças, e permitem enfrentar melhor as situações geradoras de stress (Lichtenfels & Lichtenfels, 2007; Clark et al., 2010).

A par das relações de apoio, também as questões de saúde desempenham um papel central quando se trata de resiliência no idoso. Como referem Clark e os seus colaboradores (2010), a saúde é um factor importante que ajuda o indivíduo a alcançar objectivos de vida importantes para ele. Desde modo, os problemas de saúde e as limitações funcionais que pode advir com o envelhecimento podem, de facto, tornar-se uma barreira na vida de um adulto mais velho. A este respeito, alguns autores (Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery & Blane, 2005; Netuveli, Blane, Hildon, Montgomery & Wiggins, 2006) relataram que uma saúde fraca ou em declínio reduz, efectivamente, a qualidade de vida dos idosos, principalmente quando resulta em deficiência física ou limitação funcional. Também, Hildon, em conjunto com os seus colegas (2010), demonstram que a experiência da adversidade é ampliada pelas limitações que os problemas de saúde podem trazer, provocando impactos nas actividades de vida diária. Deste modo, um estado de saúde auto percebido como sendo bom parece equiparar-se a um indivíduo com recursos importantes para enfrentar alguns dos potenciais desafios do envelhecimento.

Em síntese, e relativamente à questão da saúde, não parece ser o caso, em todas as instâncias, que o estado de saúde objectivo constitua um recurso importante no repertório de resiliência do indivíduo idoso, em vez disso, parece ser o modo como os problemas de saúde são vistos, bem como o significado dado pelo indivíduo que é importante (Clark et al., 2010).

Outro recurso importante que pode ser usado para mitigar o impacto dos factores de risco, facilitando um envelhecimento adequado e mesmo conduzir a um crescimento positivo, prende-se com a prática de actividades de lazer que não sejam demasiado exigentes em termos físicos (Lima, 2004). De facto, o desenvolvimento de actividades significativas no dia-a-dia (seja sozinho ou com outros), parece ser um outro factor psicossocial importante, relacionado com as respostas resilientes do indivíduo face à adversidade (Clark et al., 2011). De igual modo, em pesquisas relacionadas com o envelhecimento bem-sucedido, níveis elevados de actividade diária (como por exemplo ler, ouvir rádio), estavam associados com um maior auto-

relato de níveis de envelhecimento bem sucedido (Montross et al., 2006) e, finalmente, com o aumento da felicidade, melhor funcionamento, e menor mortalidade (Menec, 2003). Também, Simões (1982) defende que quanto mais o idoso funcionar e agir de acordo com as pessoas de meia-idade, melhor será a sua adaptação. Os resultados mencionados, estão em conformidade com as teorias que postulam que para o idoso estar bem adaptado, deve sentir-se e manter-se activo, ou seja, deve ser estimulado pelo meio e fazer parte integrante do que se passa à sua volta (Sequeira & Silva, 2002).

Uma outra actividade que não passa por manter-se activo em termos físicos mas sim espirituais, prende-se com a prática da religião. A espiritualidade e a religião, para muitos idosos, contribuem para uma vida com mais sentido, apesar das limitações e das doenças (Lichtenfels & Lichtenfels, 2007). Através de comportamentos e crenças religiosas, o indivíduo idoso parece ter mais resistência face à adversidade, sendo o resultado final do uso dessas crenças e espiritualidade, positivo e de paz emocional (Hochhalter et al., 2010). Segundo, Faigin e Pargament (2010) uma proporção substancial de pessoas em situações stressantes fazem uso da religião para lidar com as suas dificuldades, sendo este factor uma das formas mais citadas, entre os indivíduos mais velhos, como forma de superar as dificuldades (Koenig, 1998). Também Barros (2010) partilha desta ideia, ao referir que a religião é considerada no seu aspecto subjectivo (busca de sentido), permitindo ao sujeito idoso lidar melhor com as situações difíceis da vida.

Muitas das vezes nesta prática de actividade o idoso encontra-se inserido em comunidades, num espaço de ajuda mútua, onde as pessoas idosas aprendem e crescem também com as adversidades (Lichtenfels & Lichtenfels, 2007) e ganham forças para lidar com as mesmas. De facto, a religião ou espiritualidade podem preconizar-se como respostas adaptativas, na medida em que podem promover o bem-estar do indivíduo (Silva, 2007).

Tendo em consideração o que foi referido, é possível verificar que os factores de protecção supracitados promovem ganho de controlo sobre a vida e incentivo ao bem-estar, à saúde psicológica, mesmo diante de factores de risco, daí que a sua importância na moderação dos efeitos psicossociais negativos relativamente a acontecimentos geradores de stress e pressões constantes seja bastante documentada (Andrade, 1999).

Depreende-se, portanto, que a resiliência se configura como um processo de natureza fundamentalmente interactiva, em que o conjunto composto por factores de

risco e de protecção está na base do seu desenvolvimento e modulação (Oliveira et al., 2008; Pesce et al., 2004). No entanto, torna-se necessário realçar mais uma vez que os factores supracitados podem actuar tanto com factores de protecção para o indivíduo como de risco, bem como que aquilo que pode representar risco para um indivíduo idoso, pode não o ser para outro, que como ser verificou faz uma avaliação subjectiva do mesmo (Rutter, 1999).

A reforma, por exemplo, pode ser encarada por uns como um cessar das actividades e ausência de alternativas para ocupar o tempo ou, por outro lado, como um acontecimento normativo, ou seja, esperado pelo sujeito, sendo enfrentado sem grandes implicações emocionais e no qual existe maior disponibilidade para se poder fazer aquilo que mais gosta e estar com os netos, adoptar novas actividades e associar-se a um grupo reactivo (Barros, 2010; Lima, 2004; Tavares, Neri & Cupertino, 2008). Portanto, o que pode representar um factor de risco para um idoso, pode não o ser para outro, de igual modo, a mesma qualidade num indivíduo pode ser protectora numa situação, e problemática noutra, isto é, pode alterar-se mediante condições específicas (Andrade, 1999; Rutter, 1990). Assim sendo, alguns indivíduos, em determinado momento da sua vida, podem apresentar-se resilientes e em outros não, pois, se as circunstâncias mudam, a resposta da pessoa também pode ser modificada (Santos et al., n.d.). Verifica-se, portanto, uma dinâmica entre a continuidade e a mudança, em que o sujeito regula a sua vida através da definição de objectivos e da “luta” para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e que estão activamente envolvidos na manutenção do bem-estar (Barros, 2010; Stevens, 2001).

A adaptação e aquilo que dela pode resultar (bem-estar psicológico, controlo, auto-eficácia), não depende apenas do controlo que a pessoa exerce sobre a sua vida e sobre o seu desenvolvimento, mas também da sua capacidade para aceitar e ajustar-se às circunstâncias que já não terá oportunidade de alterar (Fonseca, 2004). Neste sentido, a resiliência, a par da sabedoria, ambas adquiridas ao longo do desenvolvimento, ajudam o indivíduo a encarar mais calmamente os acontecimentos equilibrando os ganhos e as perdas, ao mesmo tempo que o levam a saber lidar melhor com as suas limitações, sem sofrer demasiado com as perdas sobretudo quando chega a reforma (Barros, 2010).

Como é possível verificar, não é apenas necessário que o idoso se sinta aceite pelos outros, mas também que tenha confiança em si e nos recursos que possui. É neste sentido, que Rogers (2009, p. 29) refere que “(...) não podemos mudar, não nos

podemos afastar do que somos enquanto não aceitarmos profundamente o que somos (...)", e só quando isso acontece é que "a mudança parece operar-se mesmo sem termos consciência disso." Esta condição facilita e possibilita a mudança e, conseqüentemente, o crescimento do idoso, que, como refere Erickson, é possível em cada estágio de desenvolvimento. O mesmo autor define a boa ou má adaptação do indivíduo, no último período de vida, em termos de integridade, por oposição ao desespero. A primeira, relacionada com a satisfação relativamente ao passado, aceitação e serenidade face às limitações do presente e aproximação da morte, enquanto o reverso da medalha se prende quando, em retrospectiva, se verifica a inutilidade do seu passado e a impossibilidade de se refazer a existência.



PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Delimitação do problema e objectivos do estudo

Tendo como ponto de partida a pesquisa bibliográfica realizada recolheram-se informações consideradas pertinentes, pelo que, seguidamente, efectuaremos uma síntese dos conhecimentos que ajudaram a despertar a reflexão e permitiram equacionar a problemática deste estudo, e que já foram alvo de aprofundamento nos capítulos anteriores.

A velhice, como temos vindo a verificar, pode apresentar potenciais riscos à manutenção do bem-estar do indivíduo idoso, daí que o crescente aumento do número de idosos tenha trazido consigo um aumento das pesquisas sobre as variáveis promotoras de resultados funcionais em situações de risco, bem como do seu papel ao nível do restabelecimento do equilíbrio, após uma ou várias situações adversas. Estes estudos surgem no sentido de uma maior compreensão sobre este assunto, quebrando os passos que enfatizavam apenas o lado negativo da população idosa. A origem deste estudo encontra-se, portanto, intimamente ligada à necessidade de enfoque nas competências, padrões adaptativos e no desenvolvimento positivo dos sujeitos apesar das adversidades do meio, de modo a ajudar a encontrar soluções para aqueles que sucumbem aos efeitos negativos dos factores de risco, não conseguindo alcançar níveis satisfatórios de bem-estar.

O período da velhice constituiu opção pelo facto de ser uma fase pouco caracterizada no que se refere ao funcionamento positivo, sobretudo se o considerarmos no domínio da resiliência. Acreditamos que cada pessoa, seja criança, adolescente, de meia-idade ou idosa, possui recursos internos e perspectivas de vida, que a par da utilização de factores externos podem ter um efeito positivo sobre a sua qualidade de vida, permitindo-lhe lidar melhor com a adversidade. Pretende-se, assim, reflectir sobre a resiliência e o BEP em idosos institucionalizados, considerando que a institucionalização é um possível factor de risco.

Quando se fez referência ao idoso institucionalizado, bem como aos factores de risco e protecção, verificou-se a importância do ambiente, bem como as consequências que a mudança de residência pode trazer. A população idosa incorpora, certos aspectos do ambiente físico ou social, como fazendo parte da sua história de vida, pelo que tais alterações poderão propiciar o aparecimento de situações que interajam negativamente na própria qualidade de vida do idoso

(Almeida, 2008). Assim sendo, e tendo por base a perspectiva ecológica de Brofenbrenner, pensamos que a visão subjectiva do idoso relativamente à satisfação com o ambiente em que se encontra terá implicações no processo de adaptação. A insatisfação com o contexto poderá, por exemplo, levar a sentimentos negativos e, conseqüentemente, conduzir a uma má adaptação. Portanto, entendemos que a sua capacidade de adaptação poderá também depender do significado ameaçador ou, pelo contrário, da avaliação positiva que é atribuída à situação. Além da residência, a bibliografia consultada revela-nos a importância de outras variáveis que podem ter um impacto significativo na vida do idoso, como é o caso do apoio social. O viver só não significa, necessariamente, sentir solidão social e/ou emocional, principalmente se tivermos em linha de conta a proximidade de outras pessoas significativas para o idoso, como os filhos, amigos e outros com quem se possa conviver e manter relações de intimidade. Ainda assim, a realidade é que com o avançar dos anos de vida, o idoso pode experimentar um decréscimo no número de indivíduos que compõem a sua rede, devido à perda, por doenças e mortes de pessoas significativas. Deste modo, e tal como na situação anterior, consideramos que a satisfação que o idoso apresenta relativamente ao apoio que é fornecido pelos familiares e amigos, poderá capacitá-lo de forças para enfrentar e adaptar-se às situações adversas, sabendo que não se encontra sozinho e que tem ao seu lado pessoas significativas, que o podem apoiar. Uma satisfação com o apoio recebido, poderá ser tomada como um recurso se o idoso perceber que a sua família ou amigos o apoiam e incentivam nas suas decisões e nos momentos de maior necessidade. Pelo contrário, a não satisfação com o apoio recebido poderá constituir uma vulnerabilidade que influencia vários aspectos da sua vida, fragilizando o processo de adaptação do idoso à situação com que se confronta.

Por outro lado, também é visível a ênfase que tem sido dedicada às implicações de se estar ocupado em actividades de lazer. De facto, envolver-se em actividades agradáveis facilita as interacções sociais, o que pode levar ao aumento das emoções positivas. Como resultado, diversas formas de lazer podem ter efeitos bastante benéficos no contexto dos acontecimentos da vida diária ou em situações stressantes (Pressman et al., 2009). Deste modo, o nível de actividade é a questão central de vários modelos teóricos, que fazem desta dimensão uma das mais investigadas quando a questão é a satisfação de vida dos mais idosos (Sequeira & Silva, 2002). Portanto, não será difícil acreditar que uma maior participação em actividades de lazer poderá catalisar no indivíduo, comportamentos e sentimentos

positivos, que conduzirão a uma boa adaptação, assim como a um maior sentimento de bem-estar.

A saúde física, mas principalmente a psíquica, é igualmente relevante quando se trata de idosos, estando muito dependentes da capacidade destes se adaptarem às múltiplas situações, mais ou menos stressantes, que a vida lhes proporciona ao longo do seu envelhecimento (Barros, 2010) ou, numa relação de dualidade, dotar o indivíduo de forças para a superação das dificuldades em direcção do bem-estar. As doenças crónicas, e as incapacidades consequentes, podem afectar significativamente o bem-estar dos idosos. Segundo Kahn e Juster (2002), a maior parte dos estudos que se preocuparam em acessar o bem-estar incluíram uma ou mais questões sobre a saúde. A este respeito, alguns autores (Netuveli et al., 2005; Netuveli et al., 2006) relataram que uma saúde fraca ou em declínio reduz, efectivamente, a qualidade de vida dos idosos, principalmente quando resulta em deficiência física ou limitação funcional. Assim sendo, não será certamente difícil aceitar o seguinte pressuposto: quanto mais saúde for percebida como positiva, maior será a capacidade que o idoso tem para enfrentar as situações adversas, sendo também maior o seu bem-estar e qualidade de vida.

Adicionalmente, entre os determinantes sociais, tanto as crenças, quanto o envolvimento em actividades religiosas, merecem um papel de destaque, em função do papel que desempenham nos níveis de bem-estar do individuo (Cardoso & Ferreira, 2009). Este facto é ainda mais real para os idosos, pois, e como referem Faigin e Pargament (2010), a importância da religião aumenta com a idade, representando uma fonte de crescimento face à adversidade. Deste modo, parece pois não haver muitas dúvidas quanto ao papel desempenhado pela religião quando se trata de responder às exigências da velhice, facilitando a aceitação das perdas, sendo, por isso, um dos recursos utilizados em situações difíceis (Júnior & Tavares, 2005). Assim, é de esperar que a importância desta variável se associe significativamente ao BEP, bem como à capacidade de resiliência do idoso.

As representações sociais da velhice, por sua vez, também têm implicações na vida quotidiana do sujeito idoso. A forma como o idoso percebe a sua condição pode resultar dos comportamentos e atitudes adoptados socialmente (que como se verificou nem sempre são os mais positivos e correctos), bem como do significado pessoal que eles adquirem nas suas vidas (Custódio, 2008). Assim sendo, parece-nos que a forma como o idoso percebe e vive a sua situação poderá condicionar a forma como ele se posiciona face à mesma e sobretudo o modo como vive os

acontecimentos que esta etapa da vida poderá englobar. Essa percepção, que é influenciada por características individuais e do ambiente (Fonseca et al., 2009), irá auxiliar ou não a adaptação do indivíduo a situações difíceis.

Diante do exposto, definimos para o presente estudo os seguintes objectivos de investigação:

Objectivos gerais:

- Reflectir sobre a capacidade de resiliência e níveis de bem-estar no idoso institucionalizado, uma vez que constitui uma população à qual normalmente se atribui um funcionamento negativo e que se encontra numa situação de possível risco.

- Contribuir para a compreensão das eventuais relações existentes entre o bem-estar psicológico e a resiliência no contexto da velhice, numa amostra de idosos institucionalizados.

- Identificar as variáveis que desempenham um papel preditor da resiliência e do BEP na velhice.

Objectivos Específicos:

- Avaliar o bem-estar psicológico nos idosos institucionalizados.

- Avaliar a resiliência nos idosos institucionalizados.

- Identificar as representações que os idosos institucionalizados apresentam relativamente à velhice.

- Verificar em que medida a avaliação do apoio recebido e as representações positivas da velhice, se expressam como possíveis preditoras da resiliência no idoso institucionalizado.

- Verificar em que medida as variáveis satisfação com a mudança de residência e saúde, se expressam como possíveis preditoras do BEP no idoso institucionalizado.

- Verificar se as actividades desenvolvidas e a importância atribuída à fé exercem alguma influência sobre a resiliência e o BEP do idoso institucionalizado.

2. Hipóteses de Investigação

Baseando-nos na revisão de literatura efectuada, bem como a partir das reflexões realizadas ao longo deste trabalho e dos múltiplos contributos dos autores anteriormente referidos, perspectivaram-se um conjunto de variáveis e delinearam-se para este trabalho presumíveis associações entre elas, que pretendem dar resposta aos objectivos já mencionados.

Visualizamos então o seguinte conjunto de hipóteses:

Hipótese 1: *A Resiliência e o BEP estão, em idosos institucionalizados, positiva e significativamente correlacionadas, exercendo a resiliência uma influência significativa ao nível do BEP.*

Hipótese 2: *As representações positivas da velhice e a satisfação com o apoio recebido apresentam valor preditivo significativo na Resiliência dos idosos institucionalizados.*

Hipótese 3: *A percepção do estado de saúde e a satisfação com a mudança de residência apresentam valor preditivo significativo no BEP dos idosos institucionalizados.*

Hipótese 4: *Existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados da escala de Resiliência e de BEP, em função do envolvimento em actividades.*

Hipótese 5: *Os resultados da escala de Resiliência e BEP, dos idosos institucionalizados, associam-se positivamente com a importância atribuída à fé.*

3. Metodologia

O presente estudo é de tipo descritivo, com carácter comparativo, já que partimos da formulação de hipóteses explicativas de uma realidade concreta que pretendemos testar e correlacionar. O facto de recorrermos ao questionário como instrumento predilecto de recolha de dados revela a nossa escolha pelo paradigma quantitativo, que se caracteriza pela actuação nos níveis de realidade, apresentando como objectivos a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis.

3.1 Caracterização da amostra

A amostra desta investigação é constituída por 55 sujeitos que se encontram institucionalizados em lares públicos de terceira idade, situados no distrito de Évora.

Relativamente à distribuição da amostra por idades, esta encontra-se compreendida entre os 65 e os 98 anos, sendo a mediana de 82 anos e a moda de 86.

Relativamente ao género da amostra, esta foi constituída por 20 (36,4 %) sujeitos do sexo masculino e 35 (63,6%) do sexo feminino, que na sua maioria apresentam um nível de instrução básico ou são analfabetos, já que 54,5% dos participantes têm uma escolaridade inferior ao 4º ano, 40% tem a 4ª classe, 1,8% têm a escolaridade compreendida entre o 5º e o 6º ano de escolaridade e 3,6% dos participantes um nível de instrução compreendido entre o 7º e o 9º ano de escolaridade, não existindo nenhum caso cujo nível educacional fosse superior ao referido (Tabela 1).

Tabela 1

Estatística Descritiva das Variáveis Género e Escolaridade

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
Género	Masculino	20	36,4
	Feminino	35	63,6
Escolaridade	<4ºano	30	54,5
	4ºano	22	40
	5º-6ºano	1	1,8
	7º-9ºano	2	3,6

Tendo em conta o estado de civil dos participantes, o mais representado entre a amostra é a viuvez, com 35 sujeitos a fazer parte deste grupo (63,6%), seguindo-se de 11 sujeitos solteiros (20%) e os restantes 9 casados (16,4%), não se verificando qualquer situação de divórcio ou separação. Em relação aos rendimentos mensais dos participantes no nosso estudo, 60% dos mesmos apresenta um rendimento inferior ao salário mínimo nacional, 25,5% com rendimentos de um salário mínimo, 12,7% dos idosos da nossa amostra apresentam rendimentos de aproximadamente dois salários mínimos e apenas 1,8% dos nossos participantes tem rendimentos superiores a 3 ou mais ordenados mínimos (Tabela 2).

Tabela 2

Estatística Descritiva das Variáveis Estado Civil e Rendimentos Mensais

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
Estado Civil	Casado/União de facto	9	16,4
	Viúvo/a	35	63,6
	Solteiro/a	11	20
Rendimentos Mensais	Inferior a um salário mínimo	33	60
	Um salário mínimo	14	25,5
	Dois salários mínimos	7	12,7
	Três ou mais salários mínimos	1	1,8

Ao nível do estado de saúde dos participantes, 60% dos idosos relatou ter pelo menos uma doença diagnosticada, enquanto os restantes 40% não apontam qualquer diagnóstico de patologias. Por sua vez, e no que diz respeito à avaliação do seu estado de saúde, avaliada de forma subjectiva através de uma escala de avaliação de 5 valores, 52,7% dos idosos da nossa amostra considera o seu estado de saúde Razoável, 23,6% e 1,8% dos participantes avalio-o como sendo Bom e Muito Bom, respectivamente, enquanto as avaliações negativas correspondem a 14,5% dos participantes a considerarem o seu estado de saúde como Mau e 7,3% a avaliarem-no como Muito Mau (Tabela 3).

No que diz respeito à mudança de residência para a instituição, importa ainda referir que 72,7% dos participantes afirmam ter ido para a instituição por vontade própria, em relação a 27,3% que refere não ter sido esse o caso, ou seja, a sua mudança não foi voluntária. Além disso, a satisfação com a mudança para a instituição, avaliada, tal como o estado de saúde, de forma subjectiva, com dois níveis de resposta, mostra-nos que, na sua maioria (83,6%), os idosos referem estar satisfeitos com mudança, enquanto os restantes 16,4% responde o oposto, ou seja, mostra insatisfação relativamente à mudança para o lar (Tabela 3).

Tabela 3

Estatística Descritiva das Variáveis Saúde e Residência

Variável		Frequência absoluta		Frequência relativa
Saúde	Tem doenças diagnosticadas	Sim	33	60
		Não	22	40
	Avaliação do estado de saúde	Muito Bom	1	1,8
		Bom	13	23,6
		Razoável	29	52,7
		Mau	8	14,5
		Muito Mau	4	7,3
Residência	Mudança Voluntária	Sim	40	72,7
		Não	15	27,3
	Satisfação com a mudança	Sim	46	83,6
		Não	9	16,4

No que às representações da velhice diz respeito, não parecem existir diferenças acentuadas entre si. Todavia, é possível observar resultados superiores para as representações positivas (Representações B, D e E), todas elas com médias superiores a 3, estando a representação E (que se encontra relacionada com a sabedoria) com uma média muito próxima de 4. Por sua vez, as representações negativas (Representações A e C), apresentam médias inferiores a 3, levando-nos a considerar que a maior parte dos idosos deste estudo apresenta representações positivas da velhice, em detrimento das negativas (Tabela 4).

Tabela 4

Estatística Descritiva da Variável Representações da Velhice

	Média	Desvio Padrão
Representação A*	2,60	1,25
Representação B**	3,45	0,97
Representação C***	2,80	1,09
Representação D****	3,36	0,485
Representação E*****	3,98	0,715

*Período marcado por doenças crónicas, perdas, solidão, alterações cognitivas (redução da memória, velocidade de pensamento e linguagem) e, conseqüentemente, declínio do desempenho na realização das tarefas. Não traz nada de positivo; ** Período de saúde razoavelmente boa, em que as doenças não têm que ser incapacitantes ou automaticamente afectarem o funcionamento mental. Apesar da redução das forças físicas, estas podem ser compensadas com o cultivo da mente e do carácter; *** Período em que surge a reforma e com ela a exclusão social e cessação das actividades, ausência de alternativas para ocupar o tempo; ****Período de maior disponibilidade para vivenciar novas experiências, através da substituição de antigos papéis por novos. Há sempre a oportunidade de sermos úteis em diversos campos; *****Fase de conhecimento e sabedoria, resultante de toda uma vida repleta de experiências.

3.2 Instrumentos de avaliação

Escala de Bem-Estar Psicológico (ANEXO I)

O estudo do bem-estar, incidiu, durante algum tempo, numa extensa pesquisa sobre aspectos relativos ao bem-estar subjectivo. Posteriormente, tal pesquisa começou a ser complementada por um interesse acrescido na forma como as pessoas percebem os aspectos do seu funcionamento, como por exemplo, em que medida elas sentem que estão no controle das suas vidas ou sentem que o que fazem é significativo e útil (Abbott et al., 2006; Novo, 2003). Esta mudança deveu-se sobretudo à perspectiva redutora da concepção subjectiva de bem-estar em torno das dimensões afectivas (felicidade) e cognitivas (satisfação com a vida) (Fernandes, 2007). Neste sentido, a nova perspectiva, designada como bem-estar psicológico, baseia-se numa perspectiva eudaimónica, que contempla várias dimensões necessárias à adequada compreensão da saúde mental e do funcionamento psicológico positivo, por contrapartida à perspectiva hedonista de bem-estar subjetivo (Abbott et al., 2006).

Como novo foco, o bem-estar psicológico necessitou do desenvolvimento teórico de novos construtos, bem como de um instrumento de medida adequado, estando o trabalho de Ryff na vanguarda deste esforço. A autora, num trabalho progressivo cujo objectivo foi identificar temas recorrentes ou pontos de convergência nas muitas formulações acerca do funcionamento psicológico positivo, desenvolveu as escalas de bem-estar psicológico (Ryff, 1989). Estas, por sua vez, encontram-se sustentadas num modelo teórico multidimensional, que contempla diferentes domínios, de natureza cognitiva e afectiva, que representam aspectos do que, frequentemente, significa ter um funcionamento positivo: aceitação de si, crescimento pessoal, objectivos na vida, relações positivas com os outros, domínio do meio e autonomia. Ainda que no presente estudo seja avaliado o BEP global e não os domínios em particular, consideramos pertinente enunciá-los aqui, visto que a escala de BEP (global), é precisamente o conjunto de seis escalas, cada uma correspondente, como vimos, a cada domínio.

Vejamos, sumariamente, em que consistem cada um dos domínios supracitados: **Aceitação de si** – esta dimensão enfatiza a necessidade do indivíduo possuir uma auto-estima positiva, sendo definida, por Jahoda, como a característica central da saúde mental. Encontra-se ainda sustentada no conceito de funcionamento óptimo de Rogers, de maturidade de Allport e de auto-realização de Maslow. De igual modo, também a formulação de integridade do ego de Erikson, a par do conceito de individuação de Jung, enfatiza um tipo de aceitação de si mais rico, pelo que esta escala nos permite identificar a atitude de aceitação que o sujeito faz tanto das suas fraquezas, como das suas forças (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008); **Relações positivas com os outros** – todas as perspectivas sublinham a esfera das relações interpessoais como algo fundamental de uma vida positiva e bem vivida. Ryff (1989) fundamenta-a na perspectiva de Jahoda, que considera a capacidade de amar como uma componente importante da saúde mental. Do mesmo modo, para fundamentar este domínio, a autora baseou-se em Maslow, que, no seu modelo, destaca a importância da capacidade para estabelecer relações profundas de amizade, de amor e de estreita identificação com os outros, bem como em Allport, que coloca como um critério de maturidade a capacidade para estabelecer relações calorosas com os outros. Já a teoria de Erikson, contribuiu na medida em que enfatiza a realização de uniões íntimas com os outros (intimidade), bem como a orientação e direcção de gerações anteriores (generatividade). Deste modo, esta dimensão vai identificar a percepção do sujeito acerca da sua capacidade para estabelecer relações

significativas; **Crescimento pessoal** – de todos os aspectos do bem-estar, este é aquele que mais se aproxima do significado de Aristóteles de eudaimonia, exigindo um contínuo desenvolvimento do potencial de cada um. Por outras palavras, uma pessoa em pleno funcionamento é detentora daquilo a que Rogers apelida de abertura à experiência, em que o indivíduo em vez de atingir um estado fixo, no qual todos os problemas estão resolvidos, dá continuidade ao seu crescimento e confronta-se com novos desafios e tarefas em diferentes períodos da vida (aspecto também realçado nas teorias do desenvolvimento de Buhler, Erikson, Neugarten e Jung). O conceito de auto-realização de Maslow está, igualmente, centrado na realização do potencial pessoal; **Objectivos de vida** – A definição de saúde mental de Jahoda enfatizou explicitamente a importância das crenças que dão um sentido de propósito e significado aos objectivos de vida, tal como Allport e Rogers que, de um modo diferente, chamam a atenção para a necessidade da existência de uma perspectiva unificadora da vida, a qual inclui um sentido de direcionalidade e intencionalidade. Por sua vez, as teorias de desenvolvimento fazem referência à mudança de objectivos que caracterizam as diferentes fases do desenvolvimento, como ser criativo e produtivo na meia-idade, e voltando-se para a integração emocional mais tarde na vida. Assim sendo, aquele que funciona positivamente tem objectivos e intenções que dirigem o seu comportamento em busca da sua concretização, pelo que a escala que operacionaliza esta dimensão pretende identificar em que medida os sujeitos possuem tais aspirações; **Domínio do meio** - Jahoda define a capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas condições psíquicas como uma chave característica da saúde mental. As teorias do desenvolvimento da personalidade do adulto, sobretudo a de B. Neugarten e G. Allport, enfatizam igualmente a importância do indivíduo desenvolver capacidades, de modo a ser capaz de manipular e controlar ambientes complexos, que lhe permitam concretizar tarefas difíceis, especialmente na meia-idade. Assim sendo, esta escala procura captar a extensão em que o sujeito aproveita as oportunidades do ambiente, bem como o seu sentido de competência na forma de lidar com o mesmo, modificando-o de forma criativa, no sentido adequado às suas necessidades; **Autonomia** – Ryff apoia-se em Rogers, que descreve a pessoa em pleno funcionamento como sendo um ser independente, que não “olha” para os outros para aprovação, avaliando-se antes por padrões pessoais. Também o conceito de individuação de Jung, refere a importância da autonomia, sugerindo que mais ninguém pertence a crenças colectivas. Finalmente, as teorias do desenvolvimento (de Erikson e Neugarten) também enfatizam a importância de nos voltarmos para dentro

nos últimos anos de vida, ganhando um sentido de liberdade das normas que regem a vida quotidiana (Novo, 2003; Ryff, 1989; Ryff, Singer & Love, 2008).

Uma vez justificadas teoricamente, e de modo a operacionalizar cada uma destas dimensões, Ryff desenvolveu um instrumento de auto-avaliação, constituído por seis escalas, com o nome dos respectivos domínios, que, no seu conjunto, se designa de Escalas de Bem-Estar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being - SPWB).

Inicialmente, e tendo em consideração as perspectivas teóricas de cada dimensão, foram redigidos 80 itens para cada escala, que, após avaliações preliminares, (para melhor detalhe dos procedimentos consultar o estudo efectuado por Ryff em 1989) deram origem à forma original do instrumento. Este apresenta-se com um conjunto de 120 itens, 20 por cada escala, divididos de forma quase igualitária entre itens positivos e negativos, de modo não só a controlar atitudes de resposta, nomeadamente a aquiescência, mas também por razões teóricas relativas ao constructo a avaliar (Novo, 2003; Ryff, 1989).

Os itens são constituídos por afirmações de carácter descritivo, devendo os indivíduos indicar a sua resposta numa escala de tipo Likert, com seis categorias de resposta: 1. Discordo completamente; 2. Discordo em grande parte; 3. Discordo parcialmente; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo em grande parte; e 6. Concordo completamente. No caso dos itens positivos, que representam uma maior intensidade das características afirmativas da dimensão que está a ser avaliada, estes são cotados de acordo com a pontuação correspondente à resposta assinalada (pontuação ordenada de 1 a 6). Por sua vez, os itens negativos, que representam uma menor intensidade das características desfavoráveis da mesma dimensão, são cotados em escala inversa, ou seja, com a pontuação reordenada de 6 a 1. Assim sendo, uma maior pontuação em cada escala indica um maior nível de bem-estar na dimensão avaliada e vice-versa (Novo, 2003).

Posteriormente, foi desenvolvida mais outra forma reduzida das escalas, uma com 84 dos 120 itens iniciais, tendo sido a sua escolha efectuada com base no conteúdo dos itens. Ao nível das suas qualidades psicométricas, estas novas escalas apresentam níveis de consistência interna e de estabilidade temporal adequados. A primeira, expressa em valores alpha de Cronbach detém valores entre .86 e .93, para as seis escalas, enquanto os valores dos coeficientes de correlação teste-reteste, para as seis escalas atingem valores entre .81 e .88 (Ryff, 1982).

No presente estudo, será utilizada a versão portuguesa adaptada das escalas de 84 itens (14 por escala) visto ser, segundo Novo (2003, p. 242) aquela que reúne, quer do ponto de vista empírico, quer do ponto de vista da sua construção, “características desejáveis à sua utilização, no âmbito da investigação e avaliação clínica”.

O instrumento aqui utilizado, resultante do estudo realizado por Novo no ano de 1996 e 1997, apresenta, tal como no estudo original, qualidades psicométricas adequadas. Ao nível da consistência interna, os resultados dos coeficientes de alpha de Cronbach variaram entre .74 e .86, para as seis escalas, e .93 para o conjunto das escalas. Por sua vez, em termos de estabilidade temporal (com um intervalo de seis meses), os resultados revelaram-se igualmente significativos quer para os resultados por escala, quer para o resultado total de BE, os quais variaram entre .41 e .83 (Novo, 2003).

Escala de Resiliência (ANEXO II)

Inicialmente, era vasto o número de estudos que se debruçava em torno de conceitos menos positivos, como o *stress* e o impacto que este tinha ao nível da saúde do indivíduo. Contudo, as fontes pessoais de resistência ao *stress* foram ganhando maior destaque, procurando-se saber quais os factores que poderiam auxiliar o sujeito a prevenir e a enfrentar situações desgastantes que surgem no decorrer do seu desenvolvimento. Por outras palavras, podemos dizer que foi, possivelmente, este “salto” para a saúde que despertou o interesse crescente pelo estudo da resiliência, que surge, em parte, da importância que tal construto encerra ao nível da promoção da saúde e prevenção de doenças.

Sendo portanto um construto recente, a resiliência raramente era avaliada só por si, em vez disso, o que era avaliado eram os indicadores de resultados positivos, que eram descritos como evidenciando resiliência. Consequentemente, esta ausência de instrumentos limitava a capacidade para se identificar indivíduos resilientes ou com capacidade para o ser.

Neste sentido, Wagnild e Young (1993) desenvolveram um instrumento, que se apresenta como um dos poucos existentes, para a avaliação do construto supracitado. Segundo os autores, o objectivo da escala é identificar o nível de resiliência no

indivíduo, considerada como uma característica positiva da personalidade que promove a adaptação do indivíduo face a eventos de vida importantes.

Inicialmente, a escala foi desenvolvida a partir de um estudo qualitativo junto de 24 mulheres, seleccionadas pelo facto de se adaptarem com sucesso a situações de vida adversas. Após ter sido pedido a cada uma delas para descreverem a forma como se organizaram e lidaram com tais vivências, foram identificados, nas suas narrativas, cinco componentes inter-relacionados que compõem a resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e auto-suficiência. Posteriormente, e após avaliações preliminares (para melhor detalhe dos procedimentos consultar o artigo publicado por Wagnild e Young em 1993), as cinco componentes foram validadas e clarificadas através de revisão bibliográfica, verificando-se que os itens da escala, construídos posteriormente, possuíam validade de conteúdo, pois reflectiam cada uma das componentes.

Na sua forma original, o instrumento possui 25 itens, descritos de forma positiva com resposta tipo de Likert, com sete categorias de resposta: 1. Discordo completamente; 2. Discordo em grande parte; 3. Discordo parcialmente; 4. Neutro; 5. Concordo parcialmente; 6. Concordo em grande parte; e 7. Concordo completamente. Os scores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos a indicarem elevada resiliência.

Todavia, para que um instrumento possa ser utilizado não basta a validade dos construtos, é também necessário um rigoroso processo de adaptação e análise dos índices psicométricos. Assim sendo, na versão original os autores encontraram níveis adequados de consistência interna demonstrados por um *Alpha de Cronbach* de .91. Por sua vez, os valores dos coeficientes de correlação teste-reteste, atingem valores que se situam entre .67 e .84, o que sugere que a resiliência é estável ao longo do tempo

Ainda no que à sua versão original diz respeito, Wagnild e Young (1993) sugeriram dois factores para a escala, que se mostraram coerentes com as definições teóricas da resiliência. O primeiro factor, designado de competência pessoal engloba 17 itens, que sugerem independência, determinação, auto-confiança, resistência, controlo, perseverança e engenho. Por sua vez, o segundo factor inclui 8 itens, que sugerem adaptabilidade, flexibilidade, bem como uma perspectiva equilibrada da vida. No geral, estes itens reflectem a aceitação da vida e o sentido de paz perante a adversidade (aceitação de si mesmo e da vida).

Relativamente, à validação do instrumento para a população portuguesa não possuímos informação relativamente ao mesmo, já que o artigo de validação do mesmo ainda se encontra em processo de elaboração. Deste modo, neste trabalho a escala será utilizada como uma medida global de resiliência, à semelhança da Escala de BEP.

Fiabilidade das escalas

A consistência interna, também designada por fidelidade ou precisão, consiste em saber se um instrumento mede bem o que se pretende medir, ou seja, saber se este fornece resultados consistentes em várias medições com os mesmos sujeitos (conceito de estabilidade ou constância dos resultados) e se existe homogeneidade dos itens (consistência interna). O *Alpha de Cronbach* é uma das medidas para verificar a Consistência Interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo com igual número de itens (Almeida & Freire, 1997). Foi precisamente mediante a determinação do coeficiente *Alpha de Cronbach* que calculámos o grau de precisão ou de consistência interna da “Escala de Resiliência” e da “Escala de Bem-estar Psicológico”.

A “Escala de Resiliência”, apresentou uma fiabilidade muito boa, que nos é indicada por $\alpha=0,82$, tal como a “Escala de Bem-estar Psicológico”, que revelou um $\alpha=0,93$, o que é revelador de uma consistência interna igualmente muito boa, conforme consta nas tabelas 5 (em que se pode visualizar o *Alpha de Cronbach* associado a cada uma das escalas). Estes resultados parecem estar em conformidade com os referidos anteriormente, em que os vários estudos efectuados encontraram bons resultados ao nível da consistência interna das escalas.

Tabela 5

Consistência Interna da Escala de Resiliência (forma de 25 itens)

Escala de Resiliência	<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº itens
Escala Global	0,828	25

Tabela 6

Consistência Interna da Escala de BEP (forma de 84)

Escala de BEP	Alpha de Cronbach	Nº itens
Escala Global	0,931	84

Questionário de dados sociodemográficos (ANEXO III)

Relativamente aos conteúdos presentes no questionário de dados sociodemográficos, bem como à incidência em aspectos particulares dos mesmos, a selecção destes e não de outros conteúdos foi efectuada tendo em consideração a literatura consultada. De facto, podiam ser sido várias as variáveis a serem incluídas neste questionário, todavia, o tema em estudo, bem como as características e complexidade da população em causa, levou-nos a considerar tais factores como apresentando maior relevância e pertinência aos objectivos do estudo.

Vejamos então como se operacionalizam e codificam as variáveis manipuladas pelo investigador para conhecer o seu impacto numa outra variável, ou seja, na dependente(s).

As variáveis (1.) idade, (2.) género, (3.) escolaridade, (4.) estado civil e (5.) rendimentos mensais foram incluídas para efeitos exclusivamente descritivos. Além destas foram consideradas seis áreas de conteúdo, cada uma delas com uma ou mais variáveis, umas com uma natureza meramente descritiva (indicando-nos as condições em que actualmente se encontram os idosos), enquanto outras, além de descritivas, também são avaliativas e requerem uma categorização hierárquica (existem diferentes graus e pretendem diferenciar o significado e a valorização atribuída pelo sujeito à mesma).

As variáveis que em seguida se apresentam, por sua vez, constituíram objecto de análise, em conjunto com as variáveis dependentes (Resiliência e BEP).

6. Residência

O carácter voluntário ou não da mudança para uma instituição interessa-nos para efeitos descritivos. Já na segunda parte está em causa a satisfação ou não com a residência, ou seja, com a instituição em que o idoso se encontra inserido, sendo a opção de resposta codificada como Sim e Não.

7. Relações Sociais

7.1 Avaliação das relações em termos de apoio recebido

Aqui o que se pretende é obter a apreciação que cada idoso faz da qualidade do apoio recebido, estando as opções de resposta codificadas de 1 a 5 (1- Muito satisfatórias, 2- Satisfatórias, 3- Nem satisfatórias, nem insatisfatórias, 4- Insatisfatórias, 5- Insatisfatórias).

8. Actividades Desenvolvidas

Consideram-se várias actividades desenvolvidas [Físicas (ginástica, caminhadas, natação), 2- Recreativas (jogos de cartas, damas, malha), 3- Espectáculos (cinema, teatro, exposições), 4- Viagens e passeios, 5- Leitura (livros, jornais, revistas), 6- Rádio/Televisão, 7- Tricot/ Costura/ bordados, 8- Pesca/Caça, 9- Agricultura/Jardinagem)], dentro ou fora da instituição em que o individuo se encontra, com interesses tanto para o género masculino, como para o feminino. Interessa com esta variável procurar avaliar a frequência com que se praticam tais actividades, sendo a resposta do indivíduo codificada de 1 a 5, para cada uma das actividades referidas (1- Nunca; 2- Raramente, 3- Mensalmente, 4- Semanalmente, 5- Diariamente).

9. Saúde

9.1 Doenças diagnosticadas

9.2 Avaliação do estado de Saúde

A variável saúde foi operacionalizada, no sentido de se tomar conhecimento relativo à ausência ou não de doenças (para efeitos descritivos), estando sobretudo em causa a avaliação que o sujeito idoso faz do seu estado de saúde tendo em conta uma escala de 1 a 5 (1 – Muito Bom, 2 – Bom, 3 – Razoável, 4 – Insatisfatório, 5 – Muito Mau).

10. Fé e Religião

10.1 É religioso

10.2 Importância atribuída à fé

Interessa-nos sobretudo avaliar a importância atribuída à fé como um factor importante ou não na superação das dificuldades encontradas. As respostas são avaliadas em 5 categorias de resposta (1- Muito Importante, 2- Importante, 3- Importância média, 4- Um pouco Importante, 5- Nada Importante). O ser religioso ou não fornece-nos informação para efeitos descritivos.

11. Representações da Velhice

Pretendemos tomar conhecimento das representações que o idoso possui relativamente à velhice, pelo que temos 5 categorias de resposta, divididas entre representações positivas e negativas, formuladas a partir da literatura consultada e face às quais o idoso mostra o seu grau de concordância ou discordância, avaliado numa escala de tipo Lickert, com 5 opções de resposta (1- Concordo completamente, 2- Discordo ligeiramente, 3- Não concordo, nem discordo, 4- Concordo ligeiramente, 5- Discordo completamente).

3.3 Procedimentos

Tendo em conta as normas éticas e os cuidados deontológicos inerentes a qualquer estudo científico, foi efectuado um contacto precedente, pessoalmente, ou por telefone, com os responsáveis (provedores ou directores) das instituições

envolvidas. Posteriormente, e após autorização para a recolha dos dados, foram agendados dias e horas com maior disponibilidade para proceder à aplicação dos questionários. Após a marcação dos horários e datas previstas pelas instituições, procurou-se, como condição preferencial, que a administração dos instrumentos decorresse individualmente, num lugar disponibilizado para o efeito. Todavia, esta condição apenas foi possível numa única instituição, sendo que nas restantes a aplicação foi efectuada, ainda que individualmente, num espaço comum onde se encontravam os restantes idosos.

Todos os idosos foram seleccionados de forma intencional, tendo sido utilizados na sua selecção os seguintes critérios: ter no mínimo 65 anos de idade e encontrarem-se a tempo integral numa instituição de terceira idade. Em termos funcionais, e do ponto de vista físico e psíquico, definiram-se previamente como condições de exclusão, doenças incapacitantes, como por exemplo demências, psicoses ou quadros clínicos com patologias graves que impedissem o sujeito idoso de perceber e responder adequadamente e de forma consciente ao que era solicitado. Défices sensoriais, como problemas de visão ou audição, leves a moderados, não constituíram critério de exclusão, bem como dificuldades ao nível motor. As dificuldades em obter participantes com estas condições foram inúmeras, já que a maioria os idosos não se encontravam capacitados para responder ou, e ao contrário do que seria de esperar, foram os idosos mais capacitados que mostraram menos disponibilidade para o fazer.

Em seguida, foram abordados os idosos indicados pelos técnicos ou auxiliares como potencialmente disponíveis para colaborar na investigação (tendo em consideração os critérios referidos) e, junto de cada um, apresentaram-se as condições de aplicação, ou seja, sublinhou-se o carácter voluntário do estudo e a manutenção da confidencialidade dos dados obtidos, concretizada pela não divulgação de dados que façam referência a nomes de pessoas ou da própria instituição. No caso dos sujeitos que mostraram boa receptividade e aceitaram participar na investigação, foram explicados, sucintamente, os objectivos e instruções do estudo.

Tentou-se, sempre que possível que o preenchimento dos questionários fosse autónomo por parte do sujeito, no entanto, e mesmo nos idosos alfabetizados, as dúvidas relativas à interpretação dos itens e à tradução das respostas nos diferentes pontos de Lickert das escalas fizeram com que esta condição não fosse preenchida. Por esta razão, e também devido ao baixo nível de instrução dos idosos, a aplicação

dos instrumentos foi feita (lida) em voz alta pela responsável da investigação, individualmente com cada idoso, sendo os resultados anotados pelo investigador. Para facilitar a aplicação dos instrumentos de avaliação e criar um ambiente de maior proximidade, foi solicitado o nome ao idoso, assegurando sempre que este seria apenas para facilitar a comunicação e não iria servir para sua identificação no questionário.

Em relação à análise estatística dos dados, esta foi efectuada pelo programa informático SPSS 18.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). De forma geral, foi efectuada uma análise univariada (estatística descritiva), através da determinação dos indicadores das frequências absolutas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão) das medidas analisadas. Feita esta análise preliminar, procedeu-se à recodificação de algumas variáveis, nomeadamente a variável actividades desenvolvidas e das representações de velhice (que mantém a condição de variável ordinal, mas passa a assumir duas categorias em vez dos seis níveis iniciais, ou seja, as representações foram agrupadas em positivas e negativas). Além de recodificar algumas variáveis procedeu-se também à inversão dos dados da escala de BEP. Procedeu-se ainda à avaliação dos índices de validade das diferentes escalas envolvidas no estudo, calculando os coeficientes *Alpha de Cronbach*, de modo a aferir a consistência interna das escalas. Tendo em consideração, que este índice mede a homogeneidade de variância entre itens estabelecemos o valor de 0.60 como limite de aceitabilidade da fiabilidade de uma dimensão, pelo que valores acima de 0.70 e 0.80, representam, respectivamente, índices de consistência interna adequados e bons.

No teste de hipóteses, foram aplicados testes estatísticos inferenciais, com o intuito de compreender com base nos elementos observados, como as variáveis se associam ou predizem, consoante a sua natureza dependente ou independente. Assim, e com o intuito de medir a intensidade e significância da relação entre a Resiliência e o BEP, procedeu-se a uma regressão linear simples, bem como à análise do coeficiente de regressão padronizado. Para a análise do efeito de uma variável independente no valor total da Resiliência e do BEP, efectuámos uma análise de variância multivariada (MANOVA *one-way*). Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade das variâncias, foram avaliados e cumpridos, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e com o teste de Levene. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste foi inferior ou igual a 0,05 (ANEXO IV).

Para concluir, e com o intuito de reflectir acerca da predição de duas variáveis critério (Resiliência global e BEP global) considerando, simultaneamente, diversas variáveis predictoras, procedeu-se à operacionalização do modelo de regressão linear múltipla. Para a análise referida foram incluídas as variáveis operacionalizadas anteriormente, sendo o nível de significância da sùmula das análises estatísticas mantido em 5%. Os pressupostos deste método estatístico foram igualmente avaliados e cumpridos, nomeadamente a análise de erros ou resíduos (que inclui o pressuposto da distribuição normal dos resíduos e o pressuposto da independência dos resíduos) e a (quasi)ortogonalidade (ANEXO V).

4. Apresentação e análise dos resultados

Estatística descritiva da Resiliência e do BEP

Pela análise da tabela 7, é possível verificar que os sujeitos da amostra obtêm, ao nível da resiliência global scores moderadamente elevados, com uma média de 5,08 (e um $sd=0,74$).

Observando a mesma tabela, podemos igualmente observar scores relativamente elevados em termos de BEP global apresentado pelos idosos deste estudo, com uma média de 4,39 (e um $sd=0,57$).

Tabela 7

Estatística Descritiva da Resiliência e BEP globais dos idosos institucionalizados

Escala de Resiliência	Média	Desvio Padrão
Resiliência geral	5,08	0,74
Escala de Bem-estar Psicológico	Média	Desvio Padrão
BEP geral	4,39	0,57

Verificação de Hipóteses

Hipótese 1: A Resiliência e o BEP estão, em idosos institucionalizados, positiva e significativamente correlacionadas, exercendo a resiliência uma influência significativa ao nível do BEP.

A regressão linear simples indica-nos que a Resiliência explica cerca de 46% (R^2 ajustado=0,462, $F(1,53)=47.4$, $p<0.001$) da variância observada no BEP global. O modelo de regressão é, portanto, significativo, ou seja, a resiliência (preditor) tem um contributo significativo (não nulo) na explicação da variância do BEP global. É ainda

possível olhar para o coeficiente de regressão padronizado que, no caso da regressão linear simples, corresponde ao coeficiente de correlação de Pearson e que nos fornece informação relativa à associação entre os dois construtos. Neste caso, verificamos uma correlação positiva forte, estatisticamente significativa ao nível de significância $\alpha = 0,05$ ($\beta = 0,687$; $p=0,000$), o que significa que os construtos variam no mesmo sentido, ou seja, valores elevados de uma variável estão associados a valores elevados da outra variável e valores baixos de uma variável estão associados a valores baixos da outra variável). A correlação indica, portanto, que se rejeita H_0 , ou seja, este resultado indica que indivíduos com maiores níveis de resiliência tendem a apresentar níveis mais elevados de BEP global e vice-versa (Tabela 8).

Tabela 8
Regressão linear simples da Resiliência e BEP globais

	Resiliência			
	<i>R</i> ² _a	β	F	<i>p</i>
BEP	0,462	0,687	47,444	0,000

β : Coeficiente de regressão estandardizado; *p*: Nível de significância; *R*²_a: Coeficiente de determinação ajustado

Hipótese 2: As representações positivas da velhice e a satisfação com o apoio recebido apresentam valor preditivo significativo na Resiliência dos idosos institucionalizados.

A análise de regressão linear múltipla permite-nos conhecer o contributo específico de cada domínio de análise, tal como podemos verificar na tabela seguinte:

Tabela 9

Regressão linear múltipla das variáveis preditoras de Resiliência global

Variáveis	Resiliência global	
	β	Sig.
Satisfação com a mudança	-,284	,013
Satisfação com o apoio fornecido	,293	,011
Avaliação do estado de saúde	,309	,006
Importância atribuída à fé	,066	,558
Representações Positivas	,393	,017
Representações Negativas	,119	,454
F		6,681
R2		,455
R2a		,387

β : Coeficiente de regressão estandardizado; p : Nível de significância;

* $p < 0,05$

Verificou-se pelos valores descritos anteriormente que as variáveis independentes, no seu conjunto, explicam cerca de 40% (R^2 ajustado=0.387, $F(6,48)=6,68$, $p < 0.001$) da variância observada na resiliência global. De igual modo, é possível verificar que as variáveis que assumem um menor peso na predição da variável critério parecem ser as representações negativas da velhice ($\beta=0,119$; $p=0,454$) e a importância atribuída à fé ($\beta=0,066$; $p=0,558$), para $\alpha=0,05$.

Observando a tabela 9, denotamos que as restantes variáveis permanecem com um contributo expressivo (todas significativas a um nível de significância inferior ao definido – $p < 0,05$), surgindo assim como variáveis preditivas de resiliência. Assim, as variáveis satisfação com a residência ($\beta=-0,284$, $p=0,013$), satisfação com o apoio recebido ($\beta=0,293$, $p=0,011$), avaliação do estado de saúde ($\beta=0,309$) e representações positivas da velhice ($\beta=0,393$, $p=0,017$) parecem emergir como preditoras significativas da resiliência geral dos idosos. Embora não se constatem níveis elevados de intensidade (os acréscimos de p -value são pouco elevados, à excepção, se assim o podemos considerar, da avaliação do estado de saúde, cujo

nível de significância é o mais baixo) entre os factores preditivos de resiliência, podemos talvez considerá-los numa ordem de valorização, ou seja, segundo a sua capacidade explicativa: *avaliação do estado de saúde*> *satisfação com o apoio recebido*> *satisfação com residência*> *representações positivas da velhice*. É importante que se refira que o coeficiente de regressão estandardizado para a variável *satisfação com mudança de residência* apresenta um valor negativo, indicando que essa associação actua no sentido inverso, isto é, à medida que uma variável aumenta, a outra diminui (ou vice-versa). Deste modo, e ainda que outras variáveis se apresentam como tendo um valor preditivo significativo, aceitamos, com uma probabilidade de erro de 5%, a hipótese colocada de que as representações da velhice e o apoio social se encontram entre os principais preditores de resiliência.

Hipótese 3: A avaliação do estado de saúde e a satisfação com a residência apresentam valor preditivo significativo no BEP dos idosos institucionalizados.

A análise de regressão linear múltipla permite-nos conhecer o contributo específico de cada domínio de análise, tal como podemos verificar na tabela seguinte:

Tabela 10
Regressão linear múltipla das variáveis predictoras de BEP global

Variáveis	BEP global	
	β	Sig.
Satisfação com a mudança	-,350	,003
Satisfação com o apoio fornecido	,285	,014
Avaliação do estado de saúde	,123	,267
Importância atribuída à fé	,059	,606
Representações Positivas	,332	,045
Representações Negativas	-,020	,901
F	6,391	
R ²	,444	
R ² _a	,375	

β : Coeficiente de regressão estandardizado; p : Nível de significância;

* $p < 0,05$

Verificou-se pelos valores descritos anteriormente que no seu conjunto as variáveis explicam cerca de 40% (R^2 ajustado=0.375 $F(6,48)=6.39$, $p < 0.001$) da variância observada no BEP global. De igual modo, é possível verificar que a variável que assume um menor peso na predição da variável critério parece ser as representações negativas da velhice ($\beta = -0,020$; $p = 0,901$), seguindo-se a importância da atrin à fé ($\beta = 0,59$; $p = 0,606$) e a avaliação do estado de saúde ($\beta = 0,123$; $p = 0,267$), também elas com uma relação não significativa com o BEP dos idosos, para $\alpha = 0,05$.

Observando a tabela 10, denotamos que as restantes variáveis permanecem com um contributo expressivo (todas significativas a um nível de significância inferior ao definido – $p < 0,05$), surgindo assim como variáveis preditivas BEP. Assim, as variáveis satisfação com a residência ($\beta = -0,350$, $p = 0,003$), satisfação com o apoio recebido ($\beta = 0,285$, $p = 0,014$) e representações positivas da velhice ($\beta = 0,332$, $p = 0,045$) parecem assumir a maior responsabilidade na predição da variável critério, apresentando uma relação forte significativa com o BEP global. Portanto, a maior importância preditiva residiu nas variáveis satisfação com a residência, satisfação com o apoio recebido e representações positivas da velhice. Embora não se constatem níveis elevados de intensidade (os acréscimos de p -value são pouco elevados, à excepção se assim o podermos dizer das representações positivas da velhice, que apresentam um nível de significância muito próximo de 0,05) entre os factores preditivos de BEP global, podemos talvez considerá-los numa ordem de valorização, ou seja, segundo a sua capacidade explicativa: *satisfação com a residência > satisfação com o apoio recebido > representações positivas da velhice*. É importante referir que o coeficiente de regressão estandardizado para a variável satisfação com mudança de residência apresenta, tal como aconteceu na hipótese anterior, um valor negativo, indicando que essa associação actua no sentido inverso, isto é, à medida que uma variável aumenta, a outra diminui (ou vice-versa). Deste modo, e apesar da satisfação com a mudança de residência aparecer entre os principais de BEP, em conjunto com a satisfação com o apoio recebido e as representações positivas da velhice, também é um facto de que a variável percepção do estado de saúde não apresenta uma associação linear significativa. Assim sendo, com uma probabilidade de erro de 5%, rejeitamos, pelo menos parte, da hipótese colocada inicialmente.

Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados da escala de Resiliência e de BEP, em função do envolvimento em actividades.

É possível afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que o BEP global não varia significativamente com o envolvimento em actividades por parte do idoso, uma vez que o valor da correlação de Pearson ($r=0,135$), não é estatisticamente significativo, o que nos é indicado pelo $p\text{-value} = 0,324$, para $\alpha = 0,05$. Todavia, a partir da observação dos resultados da análise correlacional, em que é considerado o BEP com cada actividade especifica, é possível denotar uma correlação fraca negativa, ($r=0,309$; $p=0,02$, para $\alpha = 0,05$) entre a actividade “Viagens e Passeios” e os níveis de BEP dos idosos, sendo que as restantes actividades não apresentam relação linear com o BEP global ($p>0,05$), tal como podemos verificar na tabela que se segue:

Tabela 11
Correlações de *Pearson* entre o BEP global e o envolvimento em actividades

	BEP global	Actividades gerais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Resiliência geral	--	,135	,169	,089	-,234	,309*	,141	-,007	-	,030	,229	-,135
Actividades gerais		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1. Actividades físicas			--	,178	,042	,240	0,244	-,171	-	,239	,143	,284*
2. Actividades recreativas				--	,365**	,093	,516**	,126	,171	,201		,339*
3. <i>Espectáculos culturais</i>					--	,076	,072	,135	,178	,336*		,341*
4. Viagens e Passeios						--	,073	,049	-	,026		,038
5. Leitura							--	,225	,182	,205		,009
6. Rádio/Televisão								--	,009	,055		,078
7. Tricot/costura									--	-,053		-,076
8. Agricultura										--		-,026
9. Pesca/caça												--

** $p<0,01$; * $p<0,05$

Por sua vez, e relativamente à Resiliência global, é possível afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que esta não varia significativamente com o envolvimento em actividades por parte do idoso, uma vez que o valor da correlação de Pearson ($r = -0,217$), não é estatisticamente significativo, o que nos é indicado pelo *p-value* $0,111 > \alpha = 0,05$. Contudo, e quando analisadas individualmente, a expressão dos coeficientes de correlação de Pearson, duas actividades em particular reflectem associações fracas com a Resiliência global, nomeadamente as “Actividades recreativas” ($r=0,320$; $p=0,021$), bem como as “Viagens e passeios” ($r=0,299$; $p=0,027$), sendo que as restantes actividades não oferecem contributos significativos ($p>0,05$), tal como nos mostra a tabela 12.

Tabela 12
Correlações de *Pearson* entre a resiliência e o envolvimento em actividades

	Resiliência geral	Actividades gerais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Resiliência geral	--	-,217	,199	,310*	-,091	,299*	,084	,020	-	-,026	-,024	-,061
Actividades gerais		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1. Actividades físicas			--	,178	,042	,240	0,244	,171	-	,239	,143	,284*
2. Actividades recreativas				--	,365**	,093	,516**	,126	,171	,201		,339*
3. <i>Espectáculos culturais</i>					--	,076	,072	,135	,178	,336*		,341*
4. Viagens e Passeios						--	,073	,049	-	,026		,038
5. Leitura							--	,225	,182	,205		,009
6. Rádio/Televisão								--	,009	,055		,078
7. Tricot/costura									--	-,053		-,076
8. Agricultura										--		-,026
9. Pesca/caça												--

** $p<0,01$; * $p<0,05$

Portanto, e ainda a expressão do coeficiente r de Pearson tenha sido mais notória com as variáveis “Actividades recreativas” e “Viagens e passeios”, isto é, ainda que se tenham verificado correlações fracas com algumas actividades em particular e as variáveis dependentes (Resiliência global e BEP global), os resultados sugerem que o envolvimento geral em actividades, *per sí*, não contribui para a Resiliência e BEP no idoso institucionalizado, levando-nos a aceitar H_0 e a rejeitar H_1 , ou seja, rejeitar a hipótese inicialmente estabelecida de que o envolvimento em actividades se associava positiva e significativamente com a Resiliência e BEP globais.

Hipótese 5: Os resultados da escala de Resiliência e BEP, dos idosos institucionalizados, associam-se positivamente com a importância atribuída à fé e religião

Para confirmar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nos resultados da Escala de Resiliência e de BEP, em função da importância atribuída à fé, efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA *one-way*). Tal análise, sobre os construtos resiliência geral e BEP, permitiu concluir que a variável “importância atribuída à fé” não produziu um efeito significativo no conjunto destas variáveis dependentes ($F=0,781$, $p>0.05$, Traço de Pillai= 0,344). Os valores obtidos são apresentados no quadro 13.

Tabela 13

MANOVA *one-way* para as diferenças na Resiliência geral e BEP geral, em função da importância atribuída à fé

Efeito		F	Sig.	Observed Power*
Importância atribuída à fé	Pillai,s Trace	0,781	,621	,344
	Wilks's Lambda	0,765	,634	,337
	Hotelling's Trace	0,750	,647	,329
	Roy's Largest Root	0,893	,475	,263
Factores	Variáveis dependentes	F	Sig.	Observed Power*
Importância atribuída à fé	Resiliência global	0,840	,506	,249
	BEP global	0,872	,487	,258

* $\alpha=0,05$

Não se verificando uma associação estatisticamente significativa nos resultados gerais de resiliência e BEP, em função da importância atribuída à fé, seremos levados a aceitar H0 e a rejeitar H1, ou seja, a rejeitar a hipótese inicialmente colocada. Deste modo, e tendo em consideração que não se obtiveram efeitos significativos, considerámos não ser pertinente efectuar uma maior discriminação dos resultados, por recurso a posteriores ANOVAs *one-way*, com o respectivo teste de comparações múltiplas (método *HSD* de *Tukey* para grupos com diferentes frequências).

5. Discussão dos Resultados

Com este estudo procurámos, de certo modo, preencher a lacuna existente na literatura do idoso, no que à relação entre resiliência e BEP diz respeito. De igual modo, procurámos avaliar a relevância de diferentes variáveis consideradas sobre o grau de resiliência e BEP do sujeito idoso em contexto institucionalizado. Tratam-se de construtos com um enfoque recente no domínio da velhice (principalmente no que há resiliência diz respeito) mas com um interesse e importância cada vez maiores. É cada vez mais crescente o número de autores, estudos e instituições, cuja filosofia reconhece a importância do BEP na população idosa (Keyes et al., 2002; Ryff & Singer, 2008). Por sua vez, a resiliência pode ser considerada pedra basilar na vida do ser humano, podendo, inclusive, constituir uma capacidade desejável por todos os indivíduos, uma vez que apela a comportamentos que os orientem na direcção do sucesso e na resolução das imprevisibilidades, promovendo o seu funcionamento eficaz.

A revisão de literatura confluiu no sentido de se considerar a importância das competências adaptativas no alcance de uma velhice bem sucedida e, conseqüentemente, do BEP. Além disso, constituiu, igualmente, reforço para inicialmente termos preconizado uma possível e significativa (cor)relação positiva entre os construtos supracitados, o facto de, sob um ponto de vista relacional, estes se encontrarem muito próximos. Vejamos um pouco melhor, sem cair no erro de nos tornarmos repetitivos. A resiliência actua perante a adversidade, consiste na capacidade para responder efectivamente, recuperar e restabelecer o equilíbrio depois de mudanças negativas (Luthar & Brown, 2007; Waugh, Fredrickson & Taylor, 2008), possibilitando e promovendo o bem-estar do indivíduo. Neste sentido, vimos que de facto existe uma correlação positiva e significativa entre os construtos (na medida em que quando um aumentava, o outro também sofria elevação) e que a resiliência apresenta um peso importante no BEP do idoso institucionalizado. Este último aspecto, em conjunto com as médias elevadas de resiliência e BEP observadas, pode, de certo modo, indicar-nos que o bem-estar surgirá como um forte indicador da adaptação dos idosos. Como refere Davies (1996), o sucesso na adaptação às situações adversas é um importante indicador de bem-estar. Neste sentido, Paúl (1992) refere que o BEP é também encarado como um indicador de adaptação à condição de idoso, com variações associadas a factores de ordem física e ambiental. A resiliência promove forças emocionais (*insight*, optimismo) e cognitivas (colocar os

problemas em perspectiva), que actuam na situação adversa, maximizando o BEP entre aqueles que se encontram em risco (Lightsey, 2006; Luthar & Brown, 2007). Por outro lado, e numa relação de dualidade, a confiança em si, ou se preferirmos o acreditar nas suas próprias forças e capacidades (domínios presentes no BEP), bem como o facto do idoso se sentir bem e motivado para empreender esforços na busca dos seus objectivos, já por si permite perceber mais forças e produzir adaptação.

Avançando um pouco mais na hipótese colocada inicialmente, provavelmente, seria de esperar resultados diferentes dos encontrados, sobretudo no que se refere ao bem-estar, já que, e como se verificou na revisão de literatura, a institucionalização exige uma adaptação por parte do sujeito idoso, sendo que, por vezes, as consequências dessa mudança não parecem ser as mais positivas. Todavia, os dados mostram-nos precisamente o oposto, tanto o BEP, quanto a resiliência dos idosos parecem estar presentes, o que nos leva a considerar que os idosos deste estudo realizam uma apreciação global positiva das suas vidas, bem como que possuem habilidades para fazer uso das suas capacidades internas e externas para enfrentar as dificuldades. Estes resultados parecem estar de acordo com os obtidos por vários autores que demonstram a ausência de declínio no bem-estar com a idade (Baltes & Mayer, 1999; Brandstadter & Wentura, 1995; Keyes et al., 2002; Ryff, 1989; Ryff, Kwan & Singer, 2001).

A perspectiva eudaimónica implica a percepção de envolvimento existencial com os desafios da vida. A pessoa deve saber integrar a experiência no conhecimento de si própria, evoluindo com confiança e realizando-se. De facto, é esta experiência pessoal, ou se quisermos dizer esta maturidade, que se vai adquirindo que fornecem ao indivíduo possibilidades de transformação. Rabelo e Neri (2005) referem que o idoso possui capacidade para organizar o seu ambiente de maneira a maximizar os aspectos positivos e a minimizar os negativos. Deste modo, e tal como refere Fonseca (2004), parece que independentemente do carácter mais ou menos stressante dos acontecimentos, os indivíduos idosos são sempre agentes activos, não estando por isso «condenados» a sofrer de forma passiva um eventual impacto negativo destes sobre as suas vidas. Portanto, talvez possamos afirmar que de facto tanto o BEP, como a resiliência não decrescem necessariamente com a idade e, estando a resiliência fortemente relacionada com o BEP, podemos considerar que actua no sentido de atenuar os efeitos negativos das situações adversas nestes idosos.

Num outro momento procurou-se avaliar se as variáveis “satisfação com o apoio recebido” e “representações positivas da velhice” actuariam como principais

preditoras do comportamento adaptativo, ou seja, da resiliência. A conclusão a que avaliação dos resultados nos permitiu chegar, parece ser clara ao mostrar-nos que, embora estas variáveis tenham de facto um valor preditivo, elas não se encontram “sozinhas” quando se trata de prever a resiliência no idoso. Quer isto dizer, que também as variáveis “avaliação do estado de saúde” e “satisfação com a residência” contribuem de forma significativa para a predição da variável dependente nesta amostra de idosos.

Os resultados, permitiram-nos observar uma relação negativa e significativa entre a resiliência e a satisfação com a residência. Tal conclusão, permiti-nos efectuar algumas considerações, como seja acreditar que, possivelmente, e apesar de haver uma certa congruência no que se refere à percentagem de elementos que se encontra satisfeito com a mudança, a institucionalização pode representar um período de crise ou, se preferirmos, uma situação adversa perante a qual o indivíduo se encontra. Como foi possível verificar aquando da revisão de literatura relativa ao construto, vimos que a resiliência apenas se observa face a situações adversas. De facto, pesquisas (Hochhalter et al. 2010; Luthar & Cicchetti, 2000) demonstram que face a uma situação negativa o sujeito faz uso das suas características resilientes, de modo a adaptar-se às mudanças constantes e a recuperar rapidamente, ou seja, o recurso às capacidades resilientes apenas surge quando são necessários para enfrentar ou adaptar-se às circunstâncias menos positivas. Neste ponto, podemos considerar que a institucionalização pode sim representar uma situação mais exigente, face à qual é necessário regular os recursos, de modo a efectuar uma recuperação rápida e eficiente. Luthar e colaboradores (2000), discutem este aspecto referindo que à medida que novos desafios e vulnerabilidades vão surgindo na vida, as forças também vão emergindo. Assim sendo, parece que o facto de não estarem satisfeitos com a residência não significa o adoptar de uma atitude passiva. Pelo contrário, parece existir por parte destes idosos uma activação dos recursos, de modo a recuperar ou manter a sua condição equilibrada e a sentirem-se bem. Igualmente, podemos também considerar nesta atitude activa, se assim a podemos considerar, que existe um esforço para adaptar o comportamento, de modo a participar e a pertencer ao novo ambiente, aceitando algo que é inalterável e que constitui agora a sua realidade (Ryff, 1982; Waugh et al., 2008).

O idoso parece integrar as suas necessidades e as pressões sociais, tendo em conta o que é melhor para ele, em busca da resolução do conflito. Verificamos claramente que aqui se sobrepõe a vertente positiva do último estágio da teoria de

Erickson, bem como uma certa motivação para compensar a ausência do seu lar, em busca da satisfação nesta nova casa. De igual modo, um envelhecimento óptimo pelo indivíduo se envolver com os desafios com que encontra nesta fase da vida. Assim sendo, talvez possamos dizer que estes idosos, resilientes, evidenciam uma vontade para continuar, para se sentir bem e manter a estabilidade psicológica, confiando nas suas capacidades para superar a situação e aceitando a sua nova condição, não de um modo passivo, ou seja, de mera conformidade, mas antes activo, adaptando-se a ela adequadamente.

A resiliência, tal como se verificou, é tipicamente pensada como uma combinação de diversos factores, que servem ou permitem ao sujeito crescer no meio da adversidade (Luthar & Cicchetti, 2000; Masten & Obradovic, 2008), talvez por isso possamos compreender a razão porque existem mais variáveis envolvidas na predição da resiliência, como é o caso da “avaliação do apoio recebido”, da “avaliação do estado de saúde” e das “representações positivas da velhice”. Relativamente à primeira variável independente, a perda de recursos, e sobretudo a percepção de perda dos mesmos, pode alterar igualmente a percepção que o indivíduo tem acerca das suas próprias capacidades (Collins & Smyer, 2005). Vejamos. Ainda que confrontado com uma situação negativa o apoio recebido, neste caso a satisfação com o mesmo, pode significar que lhes é transmitida confiança e segurança para lidar com os problemas que geralmente surgem nesta fase da vida (Góis et al., n.d.). Estes resultados parecem ser corroborados por Netuveli e seus colaboradores (2008), que, no seu estudo, observaram que a variável que esteve consistentemente relacionada com a resiliência foi o suporte social, avaliado em termos de ter pessoas em quem se possa confiar e oferecer ajuda, sobretudo em períodos de crise. Também Góis e os seus colegas (n.d.), numa análise bibliográfica sobre a resiliência e o apoio social na velhice, concluíram que este factor se apresenta como importante na promoção da resiliência em adultos idosos, podendo igualmente proporcionar um envelhecimento activo.

Por sua vez, Sluzki (1997) e Valla (2000), confirmam que o apoio social permite a superação de acontecimentos vulneráveis, tais como a perda de alguém próximo ao idoso ou perda do papel social ou mesmo a institucionalização, contribuindo, igualmente, para a manutenção da saúde dos sujeitos. De igual modo, Fonseca (2004) e Rabelo e Neri (2005) defendem a importância que este factor desempenha no uso mais rico e saudável das capacidades adaptativas. Neste sentido, também Davies (1996), considera que o suporte social, a par do *coping* e o controle percebido,

constituem as variáveis mais significativas envolvidas na adaptação do indivíduo. Consideramos ainda a pesquisa de Hildon, Smith e Netuveli (2010), cujo objectivo foi examinar a relação entre resiliência e adversidade, concluindo que as habilidades individuais, somadas ao suporte social, constituem os factores necessários para propiciar a resiliência e a estabilidade, já que o apoio social pode reduzir significativamente os efeitos das adversidades.

A satisfação com o apoio recebido, que tanto pode ser fornecido por familiares e amigos, como pelo próprio grupo de pares e técnicos dentro da instituição, parece pois facilitar ou auxiliar o idoso a enfrentar as situações. Como refere Silva (2007), a capacidade de construir uma vida saudável, ainda que num contexto adverso e ameaçador para o seu bem-estar, resulta de um processo interactivo, entre o ser humano e o ambiente. Assim sendo, face a situações que se apresentam como possíveis factores de risco ou acontecimentos visto pelos idosos como stressantes, a necessidade de apoio social aumenta, de modo a auxiliar o indivíduo nesses acontecimentos. É, portanto, necessário entender que o idoso necessita de apoio e suporte social, factor que aqui parece apresentar-se como protector e adaptativo, ou seja, como promotor da resiliência, a qual, por sua vez, é responsável pela produção de uma velhice bem sucedida (Góis et al., n.d.).

A “percepção do estado de saúde”, apesar da maioria dos idosos do nosso estudo ter doenças diagnosticadas, parece, igualmente ser um factor preditor de resiliência. Por um lado, parece existir aqui uma certa contradição, pois seria de esperar que o facto de possuírem doenças, conduzisse os idosos a uma percepção mais deteriorada do seu estado, o que não foi o caso. No entanto, este achado é consistente com o reconhecido fenómeno de que adultos mais velhos fazem avaliações excessivas ou se preferirmos sobrestimam a saúde relatada, em relação às medidas "objectivas" do seu estado de saúde (Clark et al., 2010). Os mesmos autores, e sob estas circunstâncias, referem que não parece haver uma correlação clara entre resiliência e saúde auto-relatada ou percebida. Todavia, no nosso estudo, parece ser clara a relevância que uma boa percepção do estado de saúde adquire quando se trata de fazer uso das capacidades resilientes. Consideramos, portanto, que mais que estar doente o que importa é sentir-se ou não doente e, neste caso, esse sentimento de boa saúde pode ajudar o idoso a dotá-lo de forças físicas e psicológicas para enfrentar as situações. Estes resultados, indicam-nos que o indivíduo se sente bem com a sua saúde, o que vai de encontro ao referido por Jahoda (1999). A autora, tal como verificámos no primeiro capítulo, compreende a saúde como um estado de bem-

estar, muito mais do que a simples ausência de doença, ao mesmo tempo que nos fornece um significado do funcionamento mental positivo e crescimento humano.

Estando a resiliência claramente implicada no alcançar de uma velhice bem-sucedida e verificando-se a relevância que a percepção do estado de saúde tem junto da resiliência, talvez possamos compreender os resultados obtidos por Cupertino e colaboradores (2006), cujos idosos referiram que a manutenção da saúde é fundamental para um envelhecimento saudável. Sabendo-se que o processo de envelhecimento pode trazer consigo alterações de ordem orgânica, que implicam uma necessidade de adaptações e compensações para um maior equilíbrio entre ganhos e perdas, compreende-se pois porque uma avaliação positiva possa ser fulcral para não se deixar “abater”.

Por último, foi possível observar o papel preditivo que as representações positivas da velhice têm junto da resiliência. Em termos gerais, pôde verificar-se na amostra uma visão positiva da velhice. Ainda que se aceite a ideia de que de facto existem aspectos menos positivos, a velhice, de um modo geral, não é considerada como sinónimo de doença, valorizando-se aspectos que possam amenizar as perdas, como a sabedoria, a possibilidade de desempenhar novos papéis e ser útil. Apesar destes resultados não parecerem corroborar os do estudo de Araújo e seus colaboradores (n.d.), que mostraram um predomínio de representações negativas acerca da velhice, eles encontram-se em relativa consonância com os obtidos por Cupertino e colaboradores (2006), cuja análise de conteúdo da opinião dos idosos sobre envelhecimento saudável demonstram baixa incidência de opiniões considerando o envelhecimento como patológico. Tais resultados, vão de encontro às definições de envelhecimento saudável defendidas pela psicologia do envelhecimento, demonstrando modificações nos paradigmas relativas à velhice, enquanto fase de perdas e declínios.

Um olhar positivo sobre o que a velhice representa pode permitir realizar uma avaliação igualmente positiva da sua própria condição e das capacidades que o idoso ainda detém, para lidar com as situações difíceis com que se confronta. Além disso, o perceber a velhice como algo que não apresenta apenas aspectos desfavoráveis, pode significar aceitação de si e da vida, ou seja, aceitação de que a velhice faz parte do ciclo vital e, como tal, existem ganhos e limitações reais, como em qualquer outra etapa, posicionando-se de um modo também mais activo e positivo face aos desafios. Fonseca (2004) refere inclusive que o conhecimento de si próprio se torna mais rico em resultado do aumento da aceitação de si e das situações, diminuindo a distância

entre o *self ideal* e o *self actual*, o que permitirá que o idoso se adapte mais facilmente à sua condição.

A respeito dos efeitos negativos dos estereótipos, na manutenção de uma auto-percepção positiva, e porque o ageísmo se constitui como um facto de risco, Piquart (2002) sugere que tais estereótipos não levariam à deterioração do *self* ou então que a sua influência seria mínima na percepção que os idosos têm de si. Pelo contrário, relativamente à percepção que os idosos têm dos idosos em geral, tais estereótipos já teriam um impacto negativo. Ainda que possamos viver numa sociedade que muitas vezes discrimina o indivíduo idoso, talvez possamos concluir, através destes resultados, que o idoso não se identifica com os estereótipos de que a sua condição de velho pode ser alvo e, como tal, estes não terão o impacto negativo previsto na sua auto-percepção.

Avançando um pouco mais na discussão dos resultados obtidos, e à semelhança do que aconteceu com a resiliência, procurámos saber quais os preditores do BEP global nos idosos. Como referem Ryff (1995) e Neri (2004), existem vários aspectos que se podem apresentar como promovendo o bem-estar na velhice, nomeadamente a saúde, tanto física, quanto mental, envolvimento em actividades, competências sociais, situação socio-económica, continuidade de papéis sociais e das relações com amigos, entre outros. Deste modo, na proposta original, e tendo em conta a bibliografia consultada, considerámos as variáveis “percepção do estado de saúde” e a “satisfação com a residência”, como sendo os principais preditores de BEP global nos idosos institucionalizados. A pesquisa permitiu aceitar apenas parte desta hipótese, ou seja, permitiu verificar que entre os factores mais importantes para a predição do BEP, em idosos institucionalizados, se encontra de facto a “satisfação com a residência”, mas também as “representações positivas da velhice e a “satisfação com o apoio recebido”, não se observando, todavia, um peso significativo da variável “percepção do estado de saúde”, ainda que esta tenha sido a última variável a ser excluída. Assim, e ainda que tenha alguma influência por comparação com as variáveis supracitadas, o seu peso decresce. Como refere Almeida (2008), parece existir uma tendência para se sobrevalorizar aspectos relacionados com a saúde, sendo que no entanto o que mais conta, quando se avaliam aspectos relacionados com o bem-estar e qualidade de vida no idoso, parece ser as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas.

Ainda que exista a possibilidade de serem menos numerosas na sua composição estrutural, o que parece ser relevante é antes a satisfação relativa a esse

apoio, que é fornecido tanto por familiares, como por amigos. Neste ponto, Capitanini e Neri (2008) sugerem que, funcionalmente, as redes sociais de idosos são mais efectivas e eficazes na promoção do seu bem-estar. Assim sendo, estes resultados parecem fazer todo o sentido e corroboram os também encontrados por McAuley e colaboradores (2000), que observaram a importância que o suporte social desempenha na melhoria do bem-estar geral dos sujeitos, contribuindo para um aumento na sua satisfação com a vida, bem como para a redução dos sentimentos de solidão. Neste sentido, Júnior e Tavares (2005), no seu estudo, verificaram, igualmente, que nas suas respostas os idosos enfatizavam a importância das redes sociais e boa convivência alcançada, como significativos para seu bem-estar.

Ryff e Singer (1998) e Ryff e colaboradores (2001), por sua vez, salientam também a importância da qualidade das relações com os outros como uma componente fulcral no funcionamento óptimo do ser humano, realçando no seu estudo o efeito que as relações humanas positivas têm nas emoções dos sujeitos. Por sua vez, Paúl (1992) conclui que a qualidade do apoio recebido pelo idoso, mais do que qualquer outro aspecto, é determinante do bem-estar, confirmando-se assim o valor preditivo que esta variável exerce sobre o BEP global.

Outro factor que mostrou funcionar como preditor do BEP foi a “satisfação com a residência”, no entanto os resultados mostram-nos, à semelhança do que aconteceu com a resiliência, uma relação inversa e significativa entre o BEP global e a variável independente referida. Todavia, estes resultados embora à partida possam parecer paradoxais, a realidade é que parecem ter um significado com sentido. Convém, primeiramente, levar em consideração o referido por Smith, Bahelt, Maier e Jopp (2002), ou seja, estes autores propõem que, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, é possível manter um senso positivo de bem-estar. Neste sentido, também Neri (2001) salienta que, perante uma situação desagradável, como a institucionalização, o idoso consegue activar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas, mantendo assim o seu equilíbrio. Deste modo, e tendo em consideração os resultados obtidos nos preditores de resiliência, podemos depreender que este bem-estar é o resultado de uma adaptação bem conseguida, isto é, ainda que possam não estar satisfeitos com a residência onde se encontram ou estarem a perceber a situação como negativa, os idosos deste estudo parecem estar a adaptar-se bem às mudanças inerentes a este processo de transição, ficando claro que o bem-estar parece depender também muito da capacidade de adaptação do idoso à sua nova condição. Contudo, é importante não esquecer os factores de ordem social e

individual que aparecem como tendo grande influência sobre o BEP (Baltes & Baltes, 1990). Deste modo, a não satisfação com a residência como preditiva de BEP não pode estar, no nosso entender, apenas relacionada com uma adaptação bem sucedida. Se de facto essa adaptação se verificou, de modo a manter o idoso satisfeito, então julgamos que o uso da sabedoria (dimensão positiva da saúde mental, que permite ir além das perdas) merece aqui algum destaque. Como refere Waugh e colaboradores (2008) parte de se ser capaz de se adaptar está relacionada com a habilidade de se utilizar os recursos adequadamente e de acordo com as situações em que eles são necessários. Assim sendo, talvez possamos hipotetizar, que o uso da sabedoria nesta fase da vida permitiu a estes idosos identificar e efectuar uma combinação eficaz dos recursos (internos e externos) em direcção dos objectivos pretendidos, ou seja, duma adaptação positiva e, conseqüentemente, do conseguir sentir-se bem.

Parte do ser capaz de se adaptar e fazer uso dos recursos actuais e das experiências anteriores de modo eficaz para enfrentar a situação permite-nos falar em sabedoria. De facto, podemos considerar que os idosos deste estudo parecem ser capazes de julgar da melhor forma, de avaliar e de sentir a sua situação equilibradamente e de agir de forma ponderada de modo a sentirem-se bem. Este nível de funcionamento humano parece estar associado a múltiplas características positivas tais como a maturidade, integridade do ego, capacidade de aceitar as limitações da vida, suas incertezas e contradições da velhice, a capacidade de aceitar o declínio e a morte (Barros, 2005). A sabedoria pode, de facto, ser relevante na aceitação da condição do idoso, como algo que faz parte do desenvolvimento, bem como encontrar significado na vida e especificamente na adversidade. Hochhalter e colaboradores (2010) referem, por exemplo, que os idosos, ao contrário dos jovens adultos, apresentam comportamentos e escolhas indicativas do processo de resiliência, pois adquiriram experiência de vida suficiente para se extrair informações que podem traduzir-se em resultados positivos e que lhes permitem encontrar significado na adversidade. Neste sentido, estes resultados podem ser justificados tendo em linha de conta o estágio final do desenvolvimento do ego (integridade *versus* desespero), inserido na perspectiva de Erikson e que integra aspectos como integração emocional, aceitando um ciclo de vida como algo que tinha de ser. Assim sendo, e citando Barros (2005, p. 165) o individuo sábio consegue “ultrapassar o dilema Eriksoniano da última etapa da vida fazendo com a “integridade” prevaleça

sobre o “desespero”, aceitando a inalterabilidade do passado, as limitações do presente e o declínio da morte.”

No que à aceitação da sua condição diz respeito, podemos ainda lembrar Neugarten (1968), que refere padrões consistentes em aceitar o passado, mantendo as funções, evitando perdas e assim chegar a um acordo com a própria trajectória de vida. Além disso, o idoso encontra-se no espaço com um grupo de pares, com o qual pode partilhar os seus receios e alegrias, verificando que não é único naquela situação. Por outro lado, talvez estes resultados se justifiquem através do processo de interioridade, ou seja, a atenção do idoso não recai tanto sobre questões externas, mas antes efectua uma viragem para o seu interior, de modo a atingir a integração emocional (Neugarten, 1968; Keyes et al., 2002; Ryff, 1982).

De igual modo, os resultados permitiram-nos observar o papel relevante que as representações positivas desempenham na vida do idoso, mostrando-se, esta variável, como um importante preditor do BEP global. A avaliação positiva que o idoso possui acerca do que é ser velho, parece pois ser determinante para que ele se sinta bem. Através das representações positivas, o idoso mantém atitudes positivas acerca da própria velhice e também de si, o que pode, possivelmente, habilitá-lo para aceitar as suas limitações e sentir segurança na comunidade em que está inserido.

Tomados em conjunto, os resultados até aqui referidos parecem, em termos gerais, ser consensuais com a literatura e entre os construtos, revelando que as variáveis com maior valor preditivo são as mesmas, tanto no caso da resiliência, como do BEP, à excepção da variável “percepção do estado de saúde”, que, embora tenha revelado um peso significativo como preditora da resiliência, no caso do BEP ela foi a última variável a ser excluída. Por sua vez, as “actividades desenvolvidas”, a par das “representações negativas da velhice” e da “importância atribuída à fé”, foram aquelas que menor contributo forneceram. Deste modo, e ainda que não possamos extrair conclusões relativas ao modo como os estereótipos negativos ou a discriminação contra os idosos (ageísmo) afectam a percepção que o idoso tem de si e da velhice em geral, talvez possamos considerar que o facto das representações negativas, terem sido excluídas inicialmente, e no caso de realmente se verificar a sua influência no modo como o idoso se percebe a si próprio (o que não parece ser o caso), estas podem ser consideradas como um factor de risco que coloca em causa as capacidades adaptativas e o BEP do idoso.

Num outro momento, procurou-se avaliar a importância da prática de actividades sobre os dois principais construtos em análise (resiliência global e BEP

gobal). Preconizou-se, inicialmente, que a adaptação do indivíduo ao ambiente institucional e o sentir-se bem com a vida em geral, passa também por ajudá-lo a mantê-lo activo (Barros, 2010) e que a ocupação dos períodos de solidão com actividades estimulantes e potenciadoras, que propiciem prazer mostraria-se uma estratégia favorável para minimizar os possíveis efeitos negativos da institucionalização, ocupando o tempo ocioso, estimulando a inter-relação com os seus pares e técnicos, entre outros benefícios. De igual modo, o envolvimento em actividades ao permitir a interacção com os outros que se encontram em situação idêntica e a partilha de experiências e de um momento de convívio, poderia fornecer suporte emocional. Por exemplo, Hildon et al. (2008), num estudo utilizando actividades da vida diária, concluíram que os participantes do estudo com resultados resilientes relataram quase o dobro do envolvimento em actividades de lazer, por comparação com o grupo mais vulnerável. Indivíduos que vivem com limitações várias, que os impedem de desenvolver actividades, podem ter menos oportunidades para estar satisfeitos com a vida, experienciar felicidade e adaptar-se mais facilmente às situações menos boas que a velhice traz consigo, o que, conseqüentemente, pode ter um efeito negativo sobre a sua qualidade de vida (Levasseur, Desrosiers & Tribble, 2008). Os mesmos autores, num estudo que teve como objectivo verificar em que medida a qualidade de vida, a participação e a percepção da qualidade do meio ambiente dos idosos, diferem de acordo com o nível de actividade que estes exercem. Concluíram que a satisfação e a qualidade de vida são maiores quanto maior é o nível de actividade. Estes resultados vêm ao encontro dos obtidos por Sequeira e Silva (2002), que verificaram que os idosos mais activos são também aqueles que apresentam níveis mais elevados de bem-estar, sentido-se úteis e capazes. Pelo contrário, os indivíduos com menos actividade revelaram uma atitude mais negativa face ao envelhecimento. Assim, e apesar de ser consensual o facto de que actividade física está positivamente associada à resiliência e ao bem-estar, os resultados obtidos neste estudo parecem ir na direcção oposta ao destes autores, levando-nos a concluir que a relação inicialmente preconizada é bastante ténue. Quer isto dizer, que os resultados vão encontro da não existência de uma relação de interdependência entre a variável independente (“actividades desenvolvidas”) e as duas variáveis dependentes, ou seja, a prática de actividades no geral não implica necessariamente elevada capacidade de resiliência e BEP. Tais resultados, encontram-se em consonância com os obtidos anteriormente, quando analisámos os principais preditores de resiliência e BEP, em que o envolvimento em actividades foi a variável também com menor peso

significativo. De igual modo, e no trabalho de Cupertino e colaboradores (2006), cujo objectivo foi examinar a definição de envelhecimento saudável, numa amostra de idosos da comunidade, buscando identificar as multi-dimensões percebidas pelos mesmos, estando as actividades, entre as categorias menos citadas.

É possível justificar estes resultados, por um lado devido à saúde dos idosos, e, por outro, pelas características individuais da pessoa idosa. Ainda que neste caso concreto, a maioria dos sujeitos percepcione a sua saúde como sendo boa e apresentando-se cognitivamente capacitadas, o elevado número de idosos com patologias diagnosticadas é elevado, podendo advir daí uma maior dificuldade na participação nas actividades existentes. As características individuais, por sua vez, prendem-se sobretudo com aquilo que para o idoso é considerado importante na manutenção do seu bem-estar e que o pode auxiliar na sua adaptação. Quer isto dizer, que enquanto para alguns idosos envolver-se em actividades pode de facto ter um contributo positivo, para outros é precisamente o manter-se mais isolado e ficar alheado de todas essas tarefas que o faz experimentar grande satisfação. Assim, é essencial que se reconheça o que para o idoso tem sentido e significado, não apresentando a ambição de alterar o seu modo de existência. Portanto, tentar alterar estes comportamentos, que na realidade são indicativos de adaptação positiva ou bem sucedida, pode prejudicar a sua adaptação pessoal, sem que algo de positivo resulte dessa bem-intencionada intervenção (Simões, 1990). Neste sentido, também Martinez, Ramirez e Sierra (1992) estudaram os diversos factores influentes no bem-estar dos idosos, discutindo particularmente sobre a importância da actividade, havendo teorias que insistem mais no repouso ou na vida tranquila, enquanto outras acentuam a necessidade de algum trabalho para que o idoso se possa sentir feliz.

Desprovidos de qualquer teoria, mas dotados dos relatos dos idosos aquando da aplicação dos questionários, foi possível compreender que as pessoas com uma postura mais negativa em relação ao processo de envelhecimento, também referiam que não valia a pena participar em determinadas actividades ou fazer algo novo. É neste sentido, que nos parece ser importante uma educação permanente, de forma a responder às contínuas necessidades das pessoas, aceitando o outro na sua plenitude. Tratando-se de idosos estes aspectos são ainda mais importantes, já que as capacidades físicas vão declinando (com ritmos diferenciados) e requerem uma constante reavaliação da sua eficácia pessoal, bem como das suas competências. Além disso, é importante que entendamos com estes resultados que o idoso não é uma criança e que, estando no perfeito uso das suas faculdades mentais, tem

capacidades para efectuar escolhas. Por outras palavras, o idoso em pleno uso das suas habilidades mentais, possui capacidade para tomar decisões e por isso tem liberdade para decidir quais as actividades em que pretende ou não participar. É neste sentido, que Longer e Rodin (2000) demonstraram os efeitos positivos no estado e na saúde de idosos institucionalizados ao se aumentar o sentido de responsabilidade e de controlo das suas vidas, afirmando que os problemas ligados ao processo de envelhecimento podem estar na falta desse controle, quase sempre agravados pela institucionalização. Porém, e apesar destes resultados, em termos particulares verificou-se que algumas actividades se destacaram como fazendo variar significativamente o BEP e a resiliência, nomeadamente as actividades “Viagens e passeios” e “Actividades recreativas”. O que talvez nos possa indicar a importância de estar mais próximo do exterior, através de actividades ao ar livre, que os façam sentir mais activos e como ainda pertencendo à sociedade. De encontro ao que até agora foi referido, Laditka e colaboradores (2009) salientam que os idosos atribuem um elevado valor em manter o seu funcionamento físico, participando em actividades sociais e recreativas, sem descorar o sentimento de independência.

No que concerne à possibilidade da variável “fé e religião” actuar nas capacidades resilientes e no BEP dos idosos, considerou-se inicialmente que quanto mais importância fosse atribuída à fé, como algo que ajuda a ultrapassar as dificuldades do dia, acreditando que existe uma força que possa auxiliar o idoso, mais facilmente se percepcionavam forças para lidar de forma mais positiva com as situações negativas do dia-a-dia, bem como algo que influenciasse positivamente o BEP dos sujeitos idosos. Tal consideração, baseou-se em alguns estudos, tais como o de Ryff, Singer e Palmersheim (2004), que demonstraram que a religião se mostra associada ao bem-estar psicológico, ou seja, aos aspectos que contribuem para o ajustamento na velhice, como, por exemplo, as relações positivas com os outros, a auto-aceitação e o crescimento pessoal. Cardoso e Ferreira (2009), referem igualmente que a religião se tem destacado como uma variável capaz de contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos. Parece pois ser consensual o papel que a religião desempenha ao ajudar o indivíduo a enfrentar as várias situações de sofrimento e de dificuldade que surgem na vida, promovendo o seu bem-estar (Galek & Porter, 2010; Júnior & Tavares, 2005; Pargament, 1997). Contudo, e não obstante serem, na sua maioria indivíduos religiosos, cujas práticas não organizacionais se centram, segundo os seus relatos, na leitura da Bíblia e demais literaturas religiosas, momentos de oração, bem como o ouvir ou assistir

programas religiosos, a análise dos resultados evidenciou uma ausência de relação significativa entre as variáveis referidas, parecendo refutar a força das associações entre elas.

O BEP pode ser mais vulnerável à influência dos acontecimentos negativos, às mudanças do dia-a-dia, deste modo os efeitos da religião sobre tal construto poderiam ser dificultados. Por outro lado, talvez possamos considerar que os idosos deste estudo visualizam o bem-estar e encontram forças para superar as dificuldades por meio de outros factores, que para eles podem ser mais importante e desempenhar um papel mais importante, como por exemplo o apoio social ou a saúde, que tal como vimos têm valores preditivos significativos. Neste sentido, Ryff, Singer e Palmshem (2004), salientam que a religião pode, de facto, constituir uma importante fonte de ajuda e suporte nas vidas dos idosos, mas não ser construída como sendo suficiente para que a pessoa se sinta bem. Além disso, cada pessoa possui um perfil e interesses próprios, pelo que as soluções para os seus problemas podem vir sobre outras formas, sendo que o que pode ser importante para um pode não o ser para outro.

Não querendo extrair considerações que os resultados não nos ofereceram, visto não termos analisado os domínios das escalas, mas antes o valor global de cada uma, consideramos que, no caso do BEP, e porque ele se apresenta como um conjunto de dimensões, os idosos do presente estudo procuram sentir-se bem consigo mesmos, embora conscientes das suas limitações e capacidades (aceitação de si); consideram importante os relacionamentos interpessoais (relações positivas com outros), bem como moldar o seu ambiente (mesmo que este ofereça resistência), de forma a satisfazer as necessidades e desejos pessoais (domínio do meio). Do mesmo modo, o ser humano também procura um sentido de auto-determinação e autoridade pessoal, numa sociedade que muitas vezes deseja a submissão e a obediência (autonomia). Um esforço importante na busca por esta condição é encontrar significado nas direcções/propósitos de vida (objectivos de vida) e, por último, a realização do potencial de cada um, aproveitando ao máximo o talento e as capacidades individuais, em sustentação da individualidade dentro de um maior contexto social (crescimento pessoal) (Keyes & Ryff, 1998; Keyes et al., 2002; Ryff, 1985; Ryff & Singer, 2008).

CONCLUSÃO

Após leitura e compreensão deste trabalho julgamos ser agora possível extrair algumas conclusões. A velhice, não devemos iludirmo-nos, é caracterizada por diversos desafios físicos, sociais e psicológicos, que podem constituir uma ameaça ao *self*, diminuindo a sua resiliência, ou seja, a sua capacidade de adaptação a factores negativos e, conseqüentemente, ao bem-estar do idoso. (Baltes & Smith, 1995; Sousa & Figueiredo, 2003).

O presente trabalho, surge então no sentido de contribuir para uma visão mais positiva da saúde mental e do funcionamento psicológico do idoso, sendo o BEP e a resiliência temas importantes quando se trata de identificar qualidades e recursos que permitem à população mais envelhecida, ainda que encontrando-se num período crítico do desenvolvimento, superar as dificuldades e manter o equilíbrio e o seu bem-estar. As investigações que integram idosos institucionalizados, como refere Simões (1990), podem fornecer uma imagem mais negativa, levando-nos a considerar que são o grupo mais desfavorecido, tanto do ponto de vista físico, como social. De facto, foi possível verificar que a maioria dos idosos possui rendimentos baixos, sendo também na sua maioria analfabetos e com doenças diagnosticadas. No entanto, não podemos esquecer que aqui estão representados apenas uma pequena parcela desta população e, como tal, não devemos considerar que todos os idosos que estão em lares apresentam estas características, bem como também não podemos extrapolar, considerando que aqueles que se encontram nas suas próprias residências possuem condições mais favoráveis.

O idoso institucionalizado encontra-se, é uma realidade, mais tempo afastado da família, todavia esses aspectos não significam que se encontre mais fragilizado. Pelo contrário, o que os resultados nos revelaram foi que estes idosos apresentam boas capacidades de adaptação, uma integração satisfatória e bem-estar. Nesta amostra, tanto o BEP, quanto a resiliência, apresentam níveis acima da média. Quer isto dizer, que tanto a capacidade de resiliência, quanto o BEP parecem estar presentes nestes idosos, sendo seres activos, detentores de forças e capacidades significativas que lhes permitem lidar eficazmente com as múltiplas adversidades que possam advir. De igual modo, este trabalho permitiu-nos encontrar alguns factores, que já haviam sido referidos na literatura como desempenhando um papel importante junto desta população, embora, em alguns aspectos, tenhamos também obtido alguns resultados que refutam a literatura.

Quatro factores surgiram como estando fortemente associados com a resiliência e o BEP, nomeadamente a forma como o idoso representa a velhice, a satisfação com o apoio recebido, bem como a satisfação com a residência e a avaliação do estado de saúde. Tais factores parece ter um papel decisivo quando se trata de ajudar o indivíduo a colocar as situações em perspectiva ou realizar uma avaliação positiva das mesmas. Efectuando uma sùmula, verificámos que as representações sociais resultam das acções e das relações humanas, pelo que se as representações positivas da velhice desempenham um papel preditor, tanto ao nível da resiliência, como do BEP, então talvez possamos considerar que as atitudes que adoptamos perante o idoso e a forma como nos relacionamos com ele, condicionam a forma como este encara a velhice e todo o processo de envelhecimento. Contudo, e ainda que o presente trabalho não nos permita emitir conclusões nesse sentido, uma vez que não foi avaliado a base dessas representações, talvez possamos concluir que a sociedade devesse repensar o modo como atribui ao idoso uma condição de fracasso e de inutilidade, já que isso o pode situar numa condição em que é vítima de preconceitos e imagens pré-concebidas que só irão contribuir para o seu mal-estar. Pelo contrário, atitudes positivas irão favorecer a sua integração e fazê-lo sentir útil. A par desta situação, o apoio incondicional a esta população parece ser um factor igualmente preponderante na manutenção das suas capacidades resilientes e no BEP. Assim sendo, é importante que sobretudo a família não descure a existência de uma prática colaborativa, ou seja, é fulcral que não se assista a uma desresponsabilização por parte das mesmas relativamente ao idoso. Tal atitude, poderá levar a sentimentos de culpa por parte do idoso, levando-o a perceber-se como um cargo demasiado pesado junto daqueles que mais ama. Se a própria família considerar o idoso como inútil, como um “fardo”, é natural que o próprio idoso se percepcione como tal e não procure apoio quando necessita, sendo ainda mais difícil superar as situações adversas e alcançar o bem-estar pretendido. Assim, e uma vez que a satisfação com o apoio recebido se mostrou como uma condição importante, então deve existir um esforço cada vez maior por parte do familiares, amigos e todos aqueles que se encontram mais próximos do idoso para lhe fornecer o auxílio necessário nas horas de maior provação, bem como actuar no sentido de o inserir em momentos de confraternização, que possibilitem a partilha da alegria dos bons momentos.

Luthar e Brown (2007), defendem que as relações são elementos activos do ambiente que influenciam o desenvolvimento saudável do ser humano, já que incorporam as qualidades que melhor promovem as competências e o bem-estar.

Deste modo, a presença de familiares e amigos que forneçam um suporte satisfatório parece ser um factor importante na manutenção da saúde mental e do funcionamento psicológico positivo, pelo que a sua ausência, poderia constituir um risco.

Este apoio deve igualmente surgir de dentro da instituição, visto ser lá que o idoso passa a maior parte do seu tempo, devendo, por isso, existir pela parte dos técnicos um envolvimento importante em direcção da promoção das suas capacidades e do seu sentimento de bem-estar. Se a satisfação com a residência mostrou predizer substancialmente a resiliência e o BEP globais do idoso, então um importante trabalho de ajuda, paciência, educação permanente sobre as necessidades desta população, deverá ser feito ou deverá ser continuado, no sentido de se sobrepor consideravelmente, ou, preferivelmente, eliminando na sua totalidade, a prática de maus tratos e falta de compreensão para com as limitações que a velhice pode apresentar. Neste sentido, também a sociedade, ou se preferirmos, os responsáveis políticos e sociais, com poder para tal, deverão possuir um papel activo, efectuando avaliações objectivas às instituições e pessoal efectivo, procurando saber junto dos idosos as práticas que ali se produzem, como devem igualmente criar espaços e condições para que os idosos possam ser acolhidos com dignidade e autonomia. Todos nós sabemos, que a maior parte dos investigadores que se dedicam às questões que têm a ver com o envelhecimento, e acima de tudo com um envelhecimento de qualidade, referem que, sempre que seja possível, as pessoas idosas devem permanecer no seu próprio ambiente, devendo existir, por parte da entidades responsáveis, políticas que proporcionem apoio em todas as actividades, que eles não possam, por qualquer motivo, desenvolver. Vimos portanto que a promoção da resiliência e do BEP no idoso, implica que se reconheça a existência de uma rede complexa de inter-relações, influenciando e sendo influenciadas umas pelas outras e cujas actuações têm um sentido prático.

A avaliação do estado de saúde, por sua vez, ainda que se tenha distinguido como tendo uma forte influência apenas na capacidade de adaptação do indivíduo, deve ser considerada no sentido de nos indicar que, mais importante que o estar doente, é o sentir-se ou não doente pelo idoso que aqui faz a diferença, sendo que essa percepção pode ser influenciada pelos factores que referimos anteriormente, ou seja, as representações positivas e a satisfação com o apoio e ambiente em que o idoso se encontra. Portanto, este estudo veio reforçar alguns indicadores que, como vimos, aparecem ao longo dos estudo sobre resiliência e BEP como potenciais alvos de intervenção quando o objectivo é promover o envelhecimento bem sucedido.

Assim, e porque o envelhecimento populacional se avizinha como um importante fenómeno social, ele obriga à reflexão e reconhecimento de que este período apresenta uma relevância cada vez maior, promovendo, sempre que possível a solidariedade inter-geracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente, aspectos estes que se encontram relacionados com os factores supracitados. Os contactos inter-geracionais positivos promovem a interacção, mas também a mudança de opiniões dos idosos sobre os jovens e vice-versa (Barnett, Scaramella, Neppl, Ontai & Conger, 2010; Souza & Chaves, 2005). Assim sendo, a implementação de projectos que alterem as representações dos mais novos sobre os mais velhos parece ser essencial, pois na sociedade actual o processo de envelhecimento biológico é agravado pelo envelhecimento sociológico, ou seja, os papéis impostos pela sociedade aos seres humanos, assim que estes atingem uma determinada idade cronológica, reforçam os estereótipos negativos que servem para descrever os idosos (Eiras, Azevedo, Soares, Paulino & Silva, 2004). Assim, as actividades inter-geracionais permitem a tomada de consciência das gerações mais novas dos problemas sociais, ao se confrontarem com a realidade do idoso na sociedade actual (Barnett et al., 2010).

Noutro sentido, e alargando a perspectiva crítica a esta investigação, consideramos que algumas limitações da pesquisa merecem, agora, atenção. Os objectivos a que nos propusemos no inicio deste trabalho, julgamos, agora que chegou o seu término, terem sido cumpridos, ainda que outras avaliações ou opções pudessem ter sido tomadas, bem como apesar das limitações que, claramente, este estudo apresenta. Eventualmente, uma limitação importante envolvida nesta investigação, e que faz com que os resultados aqui obtidos não possam ser generalizados, encontra-se relacionada com a pequena dimensão que a amostra do nosso estudo apresenta, isto apesar de se encontrar acima dos limites mínimos estabelecidos para que o estudo se possa considerar estatisticamente significativo (30 sujeitos). Ainda assim, consideramos que os resultados deste estudo são limitados quanto ao seu poder de generalização

Além disso, outra limitação inerente ao nosso estudo, e que pode ter enviesado as respostas, prende-se com a aplicação dos questionários, que foram, na sua totalidade, preenchidos pelo investigador. Ainda que o seu preenchimento tenha sido em função do relato do sujeito, tentando discriminar o máximo possível qual o ponto da escala de Lickert que seria mais adequado, tendo em consideração a resposta do sujeito, talvez este procedimento possa ter sido condicionado. Por um lado, pode

apresentar o risco acentuado de não ter ido precisamente ao encontro do que era a resposta do idoso, mas antes a resposta que o investigador interpretou. Além disso, a maioria dos questionários foram aplicados num espaço comum, pelo que as respostas dos sujeitos podem ter sido condicionadas pela desejabilidade social. Todavia, tais limitações não foram possíveis de ser contornadas, quer pelo nível de instrução demasiado baixo dos idosos, quer pela falta de salas disponibilizadas para a aplicação individual dos instrumentos.

Por outro lado, consideramos que o tempo de permanência na instituição pode também ter condicionado os resultados, bem como a diferença de idades. Julgamos que o indivíduo que efectuou a transição para a instituição num espaço de tempo recente poderá não apresentar a mesma capacidade de adaptação, bem como o mesmo bem-estar, que um idoso que se encontra há mais anos naquele contexto. De igual modo, a maturidade psicológica e a sabedoria poderá ter um efeito positivo sobre tais construtos, pelo que talvez um idoso com 65 anos, não apresentará as mesmas capacidades que o idoso de 90, por exemplo, correndo o risco de que, e também por se encontrar numa fase mais avançada e com maior declínio, o idoso mais velho possa, pelo contrário, apresentar níveis menos elevados desses domínios.

Mais pesquisa é certamente necessária para esclarecer aparentes resultados opostos, e lançar mais luz sobre o papel significativo das actividades e religião, tão fortemente consideradas como tendo um efeito positivo sobre as capacidades resilientes e bem-estar psicológico do indivíduo idoso. De igual modo, e ainda que neste trabalho tenhamos avaliado o BEP e a resiliência globais e não em termos dos domínios específicos que constituem as escalas de avaliação, não foi realizada qualquer análise factorial, pelo que também esse aspecto pode constituir uma limitação importante neste estudo. Igualmente, não podemos esquecer a subjectividade de algumas respostas, que se baseiam em percepções individuais, sendo que existem instrumentos de avaliação para que estas possam ser avaliadas com maior objectividade, como seja o caso da saúde e do suporte social, por exemplo. Consideramos ainda que algumas questões deveriam ter sido colocadas sob a forma de uma questão aberta, nomeadamente as representações da velhice, deixando que fosse o próprio idoso a dizer qual a sua percepção deste período e não que lhe “impuséssemos” a resposta.

Embora pesem as diversas limitações, a presente investigação representa, pois, um contributo adicional ao já dado por diversos investigadores, cooperando para que novas investigações sejam realizadas (nomeadamente em Portugal) e se

compreenda melhor a relevância do BEP e da resiliência, bem como os seus principais determinantes e processos inerentes, em todos os aspectos da vida diária do idoso e não só em contextos institucionais.

Em jeito de consideração final e prospectiva, e ainda que aquando das limitações tenhamos abordado o assunto, sugere-se agora a realização de algumas investigações futuras a realizar dentro da problemática em causa.

Os resultados do presente estudo têm um alcance descritivo e explicativo para a presente amostra, podendo ainda, com a devida cautela, generalizarem-se para outras amostras de idosos. Tal aspecto, pode também levar a que se considerem os resultados como exploratórios, sendo portanto necessários mais estudos na área para que se cheguem a resultados conclusivos. Neste sentido, e aceitando como verosímil a primeira limitação apontada a este estudo, revela-se a pertinência de que outros investigadores tomem em mãos os devidos instrumentos de medida e os apliquem numa amostra de maiores dimensões. Assim sendo, novos estudos devem ser conduzidos, junto de uma amostra mais ampla, para uma validação definitiva dos constructos e para maior segurança na análise dos resultados obtidos. Paralelamente, poder-se-ia alargar o estudo a idosos que se encontrem em centros de dia e que vivem nas suas próprias residências, efectuando um estudo comparativo entre estes e os idosos que se encontram a tempo inteiro numa instituição de terceira idade. Seria ainda desejável que mais estudos fossem realizados com indivíduos de origens sociais, económicas e culturais distintas das consagradas no trabalho aqui apresentado.

Considerando o que foi referido anteriormente relativamente ao tempo em que o idoso se encontra na instituição e à maturidade psicológica e sabedoria, uma das vias alternativas para se chegar a uma conclusão definitiva seria o recurso a estudos longitudinais, sendo os dados referentes às variáveis dependentes e independentes colhidos em momentos temporais distanciados. De igual modo, poderiam levar-se a cabo estudos que constituem-se fonte de fundamentação e identificação dos processos que se encontram na base da adaptação resiliente, o que permitiria avançar na teoria e na pesquisa, além de possibilitar a criação de estratégias dirigidas a promover resiliência e o bem-estar no idoso.

Sugerimos finalmente, o estudo do impacto de outros elementos que não foram foco deste estudo mas cujo papel pode também ser determinante na resiliência e BEP do idoso, nomeadamente a autonomia, a auto-estima e as características da personalidade. Por outro lado, as representações negativas da velhice, constituindo-se

como um estereótipo macrosistémico, ele pode ser um factor de violência psicológica contra o idoso. Se assim for, mais pesquisas sobre o tema são necessárias à compreensão e à descoberta de formas de reduzir o seu impacto na vida de idosos. Seria, igualmente, interessante analisar a importância que a sabedoria desempenha na capacidade resiliente do indivíduo, como uma importante condição para saber gerir e identificar os recursos existentes na direcção da resolução dos problemas. Não menos importante, seria verificar as relações entre os domínios que constituem a escala de BEP e as variáveis independentes (com recurso a instrumentos objectivos de avaliação das mesmas) utilizadas neste estudo, ou ainda entre os domínios da escala de BEP e os factores extraídos da escala de resiliência após análise factorial.



Bibliografia

Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A. Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 76, (4), 1-16.

Aguerre, C. (2002). Quels sont les facteurs psychologiques garants d'une vieillesse réussie? *Pratiques psychologiques*, 1, 15-27.

Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Allen, R. S., Haley, P. P., Harris, G. M., Fowler, S. N., & Pruthi, R. (2010). Resilience: Definitions, Ambiguities, and Applications. In B. Resnick, L. P. Gwyther & K. A. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes*. New York: Springer.

Almeida, L. & Freire, T. (1987). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Amparo, D. M., Galvão, A. C., Alves, P. B., Brasil, K. T., & Koller, S. H. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia*, 2, (13), 165-174.

Andrade, M. C. S. (1999). *A resiliência em resposta à pobreza: um estudo exploratório sobre os factores de risco e de protecção envolvidos na resiliência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.

Antonucci, T. C. (2001). Social Relations: an examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 427-445). Academic Press.

Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Carvalho, V. A. M. (n.d.). Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Eds). *Successful aging – Perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Smith, J. (1995). Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. In R. Sternberg (Ed.), *Wisdom, its nature, origins and development* (pp. 87-120). Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin aging study: Aging from* (pp. 70-100). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Barros, J. H. O. (2005). Sabedoria: Definição, dimensionalidade e educabilidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (2), 151-173.

Barros, J. H. O. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (2ª Ed.). Porto: Legis Editora/Livpsic.

Barten, M. A., Scaramella, L. V., Neppl, T. K., Ontai, L., & Conger, R. D. (2010). Intergenerational Relationship Quality, Gender, and Grandparent Involvement. *Family Relations*, 59, pp. 28-44.

Brito, R. C. & Koller, S. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Ed.). *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brissos, A. (1992). *Envelhecimento: Algumas Considerações do Ponto de Vista Sociológico*. Servir 40.

Bowlby, J. (1985). *Perda: Tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.

Brandtstadter, J., & Wentura, D. (1995). Adjustment to shifting possibility frontiers in later life: Complementary adaptive modes. In R. A. Dixon, & L. Bäckman

(Eds.). *Compensating for psychological deficits: Managing losses and promoting gains*, (pp. 83-105). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.

Brito, R. C. & Koller, S. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Ed.). *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cabrillo, F., & Cachafeiro, M. L. (s.d.). *A Revolução Grisalha* (J. C. Ramos trad.). Lisboa: Planeta Editora. (Obra original publicada em 1990).

Capitanini, M. E. S., & Neri, A. L. (2008). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In A. L. Neri & M. S. Yassuda (Orgs.). *Velhice Bem-Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (3ª Ed.). Campinas: Papyrus.

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Vialonga: Editora Coisas de Ler.

Cardoso, M. C., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (2), 380-393.

Carducci, B. J. (2009). *The Psychology of Personality*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Chipperfield, J. G., & Havens, B. (2001). Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 56 (3), 176-186.

Collins, A. L., & Smyer, M. A. (2005) The Resilience of Self-Esteem in Late Adulthood. *Journal of Aging and Health*, 17 (4), pp. 471-489.

Couto, M. C. P. (2007). Factores de risco e de protecção na promoção de resiliência no envelhecimento. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.

Cupertino, A. P., Rosa, F. H., & Ribeiro, P. C. (2006). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 20 (1), 81- 86.

Custódio, C. M. F. (2008). *Representações e Vivências da sexualidade no idoso institucionalizado*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.

Diener, E. & Ryan, K. (n.d). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Dowrick, C., Kokanovic, R., Hegarty, K., Griffiths, F., & Gunn, J. (2008). Resilience and depression: perspectives from primary care. *Health: An Interdisciplinary journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 4, (12), 439-452.

Edward, K. & Warelow, F. (2005). Resilience: When Coping Is Emotionally Intelligent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2 (11), 100-102.

Eiras, N. B., Azevedo, B., Soares, L. C., Paulino, L.F., & Silva, L.V. (2004). Reminiscências: Três encontros com a Intergeracionalidade.

Faigin, C. A., & Pargament, K. I. (2010). Strengthened by the Spirit: Religion, Spirituality, and Resilience Through Adulthood and Aging. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes* (pp. 163-180). New York: Springer.

Featherman, D. L., Smith, J., & Peterson, J. G. (1990). Successful aging in a post-retired society. In Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Eds). *Successful aging – Perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C. & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – estudo de validação para a população idosa portuguesa. *Psychologica*, 50, 373-388.

Fortes, A. C. G., & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. Em A. L. Neri, M. S. Yassuda & M. Cachioni (Orgs.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 51-70). Campinas, SP: Papirus.

Fortes, T. F., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26 (4), 455-463.

Fredrickson, B L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.

Freire, S. (2000). Envelhecimento bem sucedido e bem-estar psicológico. In A. Neri & S. Freire (Org.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Papirus Editora.

Galek, K., & Porter, M. (2010). A Brief Review of Religious Beliefs in Research on Mental Health and ETAS Theory. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 16, 58–64.

Góis, L. C. M., Gomes, T. G., Santos, L. M., Araújo, P. C., Ferreira, C. L., & Maia, E. M. (n.d.). Resiliência e apoio social: potenciais mecanismos de protecção e de adaptação na velhice.

Góis, L. C. M., Maia, R. C., Santos, L. M., Gomes, T. G., Mata, A. N. S., Ferreira, C. L., & Maia, E. M. C. (2010). *Resiliência e Apoio Social em Idosos: uma análise bibliográfica do tema*. 11º Congresso Virtual de Psiquiatria. Interpsiquis.

Hall, C. S., & Nordby, V. J. (2005). *Introdução à Psicologia Junguiana*. São Paulo: Cultrix.

Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (2), 257-262.

Harris, P. B., & Keady, J. (2008). Wisdom, resilience and successful aging: Changing public discourses on living with dementia. *Dementia*, 1, (7) 5–8.

Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health and Illness*, 30, 726–740.

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, 36–47.

Hochhalter, A. K., Smith, M. L., & Ory, M. G. (2010). Successful Aging and Resilience: Applications for Public Health and Health Care. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes*, pp. 15-29 New York: Springer.

Jacob, L. (2001). *A Velhice*. Dissertação de Mestrado, ISCTE, Lisboa.

Jahoda, M. (1999). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jang, S., Choi, Y., & Kim, D. (2009). Association of socioeconomic status with successful ageing: differences in the components of successful ageing. *Journal of Biosocial Science*, (41), 2, 207-219.

Johnson, J., & Bytheway, B. (1996). Ageism: concept ageing and later life. In J. Johnson & R. Slater (Eds.), *Ageing and Later life* (pp. 200-206). London: Sage Publications.

Joseph, J.M. (1994). *The resilient child: Preparing today's youth for tomorrow's world*. New York: Plenum.

Júnior, R. C. F., & Tavares, M. F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Comunicação, Saúde, Educação*, 9, (16), 147-58.

Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the Human Population Laboratory Studies. *American Journal of Epidemiology*, 125-206.

Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Leite, M.C. (2008). Socioeconomic Determinants of Psychological Well-Being: The Role of Income, Income Change, and Income Sources Over 29 Years. *Annual Epidemiology*, 18 (7), 531-537.

Kessler, R. C. (1982). A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress. *American Sociology Review*, 47-752.

Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (1998). Generativity in Adult Lives: social structural contours and quality of life consequences. In D. P. McAdams, & E. Aubin (Eds). *Generativity and Adult development: psychosocial perspectives on caring for and contributing to the next generation* (pp. 297-263). Washington, D. C.: American Psychological.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.

Khoury, H. T. T., & Günther, I. A. (2006). Percepção de Controle, Qualidade de Vida e Velhice Bem-Sucedida. In D. V. Falcão, & C. M. S. Dias (Orgs). *Maturidade e*

Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas (pp. 297-314). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Koenig, H.G. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213–224.

Laditka, S. B., Corwin, S. J., Laditka, J. N., Liu, R., Tseng, W., Wu, B., et al. (2009). Attitudes about aging well among a diverse group of older Americans: Implications for promoting cognitive health. *Gerontologist*, 49 (1), 30-39.

Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3, (23), 327-332.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and appraisal*. New York: Springer Publishing Co.

Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*, (6), 30, 1-12.

Lichtenfels, H., & Lichtenfels P. (2007). Resiliência: a capacidade de resistência e flexibilidade na velhice. In L. C. Hoch & S. M. Rocca (Eds.), *Sofrimento, Resiliência e Fé: implicações para as relações de cuidado* (pp. 102-112). São Leopoldo: Editora Sinodal.

Lightsey, O. R. (2006). Resilience, Meaning, and Well-Being. *The Counseling Psychologist*, 34, (1), 96-107.

Lima, M. P. (2004). Envelhecimento e perdas: como posso não me perder? *Psicologica*, 35, 133-145.

Luthar, S. S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Developmental Psychopathology*, 12 (4), 857–885.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct os Resilience : A

Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 3, (71). 543-562.

Luthar, S. S., & Brown, P. J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future *Development and Psychopathology*, 19 (3), 931-955.

Maslow, A. H. (1991). *Motivacion y Personalidad*. Madrid: Diaz de Santos, S.A.

Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editores.

Martinez, M., Ramirez, M., & Sierra, I. (1992). Consideraciones sobre el abordaje psicosocial de la vejez. *Apuntes de Psicología*, 34, 83-90.

Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum.

Masten, A. S., & Obradovic, J. (2008). Disaster Preparation and Recovery: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Ecology and Society*, 13, (1), 1-16.

McAuley, E., Blissmer, B., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Kramer, A. F. & Katula, J. (2000) Social relations, physical activity and well-being in older adults. *Preventive Medicine*, 31, 608–617.

Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 74-82.

Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golsban, S., Moore, D., Sitzer, D., & Jeste, D. (2006) Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 43–51.

Nelson, T. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 207-221.

Neri, A. L. (1993). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papirus.

Neri, A. L. *Palavras chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (Orgs.). (2004). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2005). Functional limitation in long standing illness and quality of life: Evidence from a national survey. *British Medical Journal*, 331, 1382-1383.

Netuveli, G., Blane, D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Wiggins, R. D. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing (Wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 357-363.

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Montgomery, S. M., Hildon, Z., & Blane, D. (2008). Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 987-991.

Neugarten, B.L. (1968). *Middle age and aging*. Chicago: University Press.

Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia. (Trabalho original de 2000).

Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação, 20 (2), 183-203.

Nussbaum, J. F., Pitts, M. J., Huber, F. N., Krieger, J. R. L., & Ohs, J. E. (2005).

Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 287-305.

Oliveira, M. A., Reis, V. L., Zanelato, L. S., & Neme, C. M. (2008). Resiliência: Análise das Publicações no Período de 2000 a 2006. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 754-767.

Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. (Comp.) (2004). *Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza.

Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Publications.

Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Porto: ICBAS.

Paúl, M. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psicologica*, 8, 61-80.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. C., & Carvalhaes, R. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143

Pinquart, M. (2002). Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28, 317-336.

Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A., & Schulz, R. (2009). Association of Enjoyable Leisure Activities With Psychological and Physical Well-Being. *Psychosomatic Medicine*, (71), 7, 725–732.

Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299.

Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos Psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 3, (10), 403-412.

Reichstadt, J., Depp, C. A., Palinkas, L. A., Folsom, D. P., & Jeste, D. V. (2007). Building blocks of successful aging: A focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 194–201.

Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Ruth, J. E., & Coleman, P. (1996). Personality and aging: Coping and management of the self in later life. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of aging* (pp. 308-322). San Diego, CA: Academic Press.

Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316–331.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21,119-144.

Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1-12.

Ryan, A. K., & Willits, F. K. (2007). Family Ties, Physical Health, and Psychological Well-Being. *Aging Health*, 19 (6), 907-920.

Ryff, C. D. (1982). Successful Aging: A Developmental Approach. *The Gerontologist*, 2, (22), 209-214.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069–1081.

Ryff C. D., Singer B., Love G.D., & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: defining features and dynamic processes. In Lomranz J, (Ed.), *Handbook of Aging and Mental Health: An Integrative Approach* (pp. 69-96). New York: Plenum Press.

Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C., & Wing, E. H. (1999). Forging Macro-Micro Linkages in Study of Psychological Well-Being. In C. D. Ryff & V. W. Marshall (Eds). *The Self and Society in Aging Processes* (pp. 247-278). New York: Springer Publishing Company.

Ryff, C. D., Singer, B. H., Wing, E., & Love, G. D. (2001). Elective Affinities and Uninvited Agonies: mapping emotions with significant others onto health. In C. D. Ryff & B. H. Singer (Eds.), *Emotion, Social Relationships, and Health*. Oxford: University Press.

Ryff, C. D., Kwan, C. M., & Singer, B. H. (2001). Personality and aging: Flourishing agendas and future challenges. In J. E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 477-499). San Diego, CA: Academic Press.

Ryff, C. D., Singer, B. H., & Palmersheim, K. A. (2004). Social inequalities in health and well-being: the role of relational and religious protective factors. In O. G.

Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 90-123). Chicago: The University of Chicago Press.

Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudamonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13–39.

Santos, L. M., Araújo, P. C., Gomes, T. G., Góis, L. C., Ferreira, C. L., & Maia, E. M. (n.d.). Resiliência e auto-estima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/RN.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (20), 505-516.

Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2005). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Pioneira Thomson.

Silva, M. J. & Varela, Z. M. (1999). O conceito de adaptação na terceira idade: uma aproximação teórica. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 3 (1), p. 25-29

Silva, J. C. B. (2007). “Desenvolvimento humano na velhice”: um estudo sobre as perdas e o luto entre mulheres no início do processo de envelhecimento.” Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 715-732.

Simões, A. (1982). Aspectos de Gerontologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, 39-92.

Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19, 207-234.

Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes aos idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 109-121.

Simões, A., & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 79-96.

Sluzki, C. E. (1997). De como a Rede Social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a Rede Social. In C. E. Sluzki (Org.), *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas* (pp. 67-85). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2003). (In)Dependência na População idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, 109-122.

Souza, J. N., & Chaves E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Disponível online: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a02v39n1.pdf>

Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Aging and Society*, 21, 183-202.

Stuart, I. H. (2000). *The Psychology of Ageing: na introduction*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Tavares, S. S., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2008). Saúde mental após aposentadoria. In A. L. Neri, M.S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: aspectos cognitivos e afetivos* (pp.91-110) Campinas: Papirus.

Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. In M. Manciaux (Org.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Tomasini, S. L. V. (2005). Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 76-88.

Timm, L.A. (2006). Qualidade de Vida no Idoso e sua Relação com o Lócus de Controle. Dissertação da Faculdade de Psicologia. Porto Alegre: PUCRS.

Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18, 3-8.

Valla, V. V. (2000). Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4 (7), 37-56.

Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-177.

Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal Research Personality*, 42(4), 1031–1046.

Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e Educação*, (pp. 13- 42). São Paulo: Cortez.

Zalbidea, M. A. (1993). La Autorrealización Humana según Maslow. In E. Quiñones, F. Tortosa, & H. Carpintero, H. (Eds.). *Historia de la Psicología* (pp. 489-494). Madrid: Ed. Tecnos.

ANEXO I

Escala de Bem-estar Psicológico – forma de 84 itens

Created with

 **nitro**^{PDF} professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

As afirmações que lhe vão ser apresentadas pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a).

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a) entre as seis respostas possíveis:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Discordo Completamente | 4 - Concordo Parcialmente |
| 2 - Discordo em Grande Parte | 5 - Concordo em Grande Parte |
| 3 - Discordo Parcialmente | 6 - Concordo Completamente |

Para dar a sua resposta a cada uma das afirmações, deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma delas. Registe o número que melhor corresponde à descrição de si próprio(a) em cada uma das afirmações.

Exemplo:

	Resposta (1,2,3,4,5 ou 6)
... Por vezes, sinto que as preocupações do dia-a-dia me esgotam.	3

Responder 3 significa que *discorda parcialmente* desta afirmação quando aplicada a si próprio(a).

Se respondesse 1 significaria que *discordava completamente* com o conteúdo da afirmação face a si próprio(a).

Se respondesse 6 significaria que *concordava completamente* com o conteúdo da afirmação face a si próprio(a).

...

Não tem limite de tempo, mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível. Responda com sinceridade; não há respostas boas ou más desde que elas expressem o que pensa, sente ou faz em cada caso.

Por favor responda a todas as afirmações.

EBEP*

NOME: **Idade:**

DATA DE NASCIMENTO:...../...../..... **Data-Aplicação:**...../...../.....

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:.....

ESTADO CIVIL:..... **Área de RESIDÊNCIA:**

Note Bem: Para dar a sua resposta a cada uma das afirmações a seguir apresentadas, deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma delas, observando as seguintes possibilidades:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 – Discordo Completamente | 4 – Concordo Parcialmente |
| 2 – Discordo em Grande Parte | 5 – Concordo em Grande Parte |
| 3 – Discordo Parcialmente | 6 – Concordo Completamente |

		Resposta (1,2,3,4,5ou6)
1.	Às vezes modifico a minha forma de agir ou de pensar de modo a ficar mais parecido(a) com aqueles que me rodeiam.	
2.	Em geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	
3.	Não estou interessado(a) em actividades que alarguem os meus horizontes.	
4.	Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa querida e afectuosa.	
5.	Sinto-me bem quando penso no que fiz no passado e espero vir a fazer no futuro.	
6.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	
7.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	
8.	Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo.	
9.	Em geral, sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.	
10	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	

(Continua)

* Versão das SPWB de C. Ryff (1989) adaptada para a população portuguesa (1997) por Mª Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL), Rosa Novo (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta

- 1 – Discordo Completamente 4 – Concordo Parcialmente
 2 – Discordo em Grande Parte 5 – Concordo em Grande Parte
 3 – Discordo Parcialmente 6 – Concordo Completamente

Resposta
(1,2,3,4,5 ou 6)

11.	Vivo a vida um dia de cada vez e na realidade não penso no futuro.	
12.	De um modo geral sinto-me confiante e bem comigo próprio(a).	
13.	Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem.	
14.	Não me adapto muito bem às pessoas e à sociedade à minha volta.	
15.	Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.	
16.	Sinto-me frequentemente sozinho(a) porque tenho poucos amigos íntimos com quem possa partilhar as minhas preocupações.	
17.	Tenho tendência a centrar-me no presente, porque o futuro quase sempre me traz problemas.	
18.	Sinto que muitas das pessoas que conheço conseguiram tirar mais partido da vida do que eu.	
19.	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	
20.	Sou bastante competente a gerir as diversas responsabilidades da minha vida quotidiana.	
21.	Não quero tentar novas formas de fazer as coisas; a minha vida está bem tal como está.	
22.	Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos.	
23.	Tenho uma ideia definida dos objectivos e do rumo que quero dar à vida.	
24.	Se tivesse oportunidade havia muitas coisas em mim que mudaria.	
25.	Para mim, é mais importante estar contente comigo próprio(a) do que ter a aprovação dos outros.	
26.	Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	
27.	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	
28.	É importante para mim ser um bom ouvinte quando os meus amigos mais chegados me vêm falar sobre os seus problemas.	
29.	As minhas actividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes.	

(Continua)

- 1 – Discordo Completamente 4 – Concordo Parcialmente
 2 – Discordo em Grande Parte 5 – Concordo em Grande Parte
 3 – Discordo Parcialmente 6 – Concordo Completamente

Resposta
(1,2,3,4,5ou6)

30.	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	
31.	Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	
32.	Se estivesse descontente com o meu modo de vida, tomaria medidas para o modificar.	
33.	Quando penso em mim, vejo que realmente não tenho melhorado muito como pessoa ao longo dos anos.	
34.	Quando preciso de falar não tenho muitas pessoas que estejam dispostas a ouvir-me.	
35.	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	
36.	Cometi alguns erros no passado mas sinto que, de um modo geral, as coisas correram pelo melhor.	
37.	Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer.	
38.	De um modo geral, tomo bem conta das minhas finanças e assuntos pessoais.	
39.	Na minha opinião, as pessoas são capazes de continuar a evoluir e a desenvolver-se em qualquer idade.	
40.	Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	
41.	Costumava definir objectivos para mim próprio(a), mas isso agora parece-me uma perda de tempo.	
42.	Às vezes modifico a minha forma de agir ou de pensar de modo a ficar mais parecido(a) com aqueles que me rodeiam.	
43.	Para mim é mais importante fazer parte de um grupo do que ficar de fora apegado(a) aos meus princípios.	
44.	Acho que é desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia.	
45.	Com o passar do tempo, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.	
46.	Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.	
47.	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	
48.	Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo.	
49.	Tenho confiança nas minhas opiniões mesmo quando são contrárias ao consenso geral.	
50.	Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	

(Continua)

Created with



download the free trial online at nitropdf.com/professional

- 1 – Discordo Completamente 4 – Concordo Parcialmente
 2 – Discordo em Grande Parte 5 – Concordo em Grande Parte
 3 – Discordo Parcialmente 6 – Concordo Completamente

Resposta
(1,2,3,4,5ou6)

51.	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	
52.	As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	
53.	Sou uma pessoa activa quando se trata de pôr em prática os planos que tracei para mim própria.	
54.	Invejo muitas pessoas pela vida que levam.	
55.	É-me difícil exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos.	
56.	O meu dia-a-dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado.	
57.	Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas.	
58.	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	
59.	Algumas pessoas andam pela vida sem rumo, mas eu não sou assim.	
60.	Provavelmente não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si própria.	
61.	Altero com frequência as minhas decisões, se os meus amigos ou familiares não estão de acordo comigo.	
62.	Fico frustrado(a) quando tento planear as minhas actividades diárias, porque nunca consigo fazer as coisas que me proponho fazer.	
63.	Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.	
64.	No que diz respeito às amizades, sinto-me frequentemente como se fosse um(a) estranha(a).	
65.	Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida.	
66.	Muitas vezes, quando acordo pela manhã, sinto-me desanimado(a) com a forma como tenho vivido a minha vida.	
67.	Não sou o tipo de pessoa que cede a pressões sociais para pensar ou agir de determinada forma.	
68.	Os meus esforços para encontrar o tipo de actividades e de relações pessoais de que necessito foram muito bem sucedidos.	
69.	Reconheço com agrado que as minhas opiniões têm mudado e amadurecido ao longo dos anos.	
70.	Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.	

(Continua)

Created with

1 – Discordo Completamente
 2 – Discordo em Grande Parte
 3 – Discordo Parcialmente

4 – Concordo Parcialmente
 5 – Concordo em Grande Parte
 6 – Concordo Completamente

Resposta
(1,2,3,4,5ou6)

71.	Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de frustração.	
72.	O meu passado teve altos e baixos mas, de um modo geral, não gostaria de o mudar.	
73.	Preocupa-me a forma como as outras pessoas avaliam as escolhas que tenho feito na minha vida.	
74.	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	
75.	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	
76.	Tenho dificuldade em abrir-me quando falo com os outros.	
77.	Sinto-me satisfeito(a) quando penso em tudo o que consegui na vida.	
78.	Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.	
79.	Avalio-me pelo que penso que é importante e não pelos valores que os outros pensam ser importantes.	
80.	Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado.	
81.	É bem verdade o ditado popular que diz “burro velho não aprende línguas”.	
82.	Tanto eu como os meus amigos sabemos ter compreensão pelos problemas uns dos outros.	
83.	Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	
84.	Toda a gente tem as suas fraquezas mas parece-me que eu tenho mais que a minha conta.	

FIM

ANEXO II

Escala de Resiliência – forma de 25 itens

Created with

 **nitro**^{PDF} professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

Por favor leia as seguintes frases. À direita de cada uma irá encontrar sete números que variam de "1" (discordo), a "7" (concordo).

Faça um círculo à volta do número que melhor representa como se sente relativamente a essa frase. Por exemplo, se discordar com a frase, faça um círculo em "1". Se tem um sentimento neutro, faça um círculo em "4", se concordar, faça um círculo em "7".

	Discordo							Concordo	
1. Quando faço planos, levo-os até ao fim.	1	2	3	4	5	6	7		
2. Normalmente desembaraço-me, de uma maneira ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7		
3. Consigo depender mais de mim próprio do que de qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7		
4. Manter-me interessado nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7		
5. Posso ficar por minha conta se for necessário.	1	2	3	4	5	6	7		
6. Sinto-me orgulhoso por ter conseguido coisas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7		
7. Costumo encarar as coisas com serenidade.	1	2	3	4	5	6	7		
8. Sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7		
9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7		
10. Sou uma pessoa determinada.	1	2	3	4	5	6	7		
11. Raramente pergunto a mim próprio de que serve tudo isto.	1	2	3	4	5	6	7		
12. Levo as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7		
13. Consigo ultrapassar situações difíceis porque tenho a experiência de dificuldades anteriores.	1	2	3	4	5	6	7		
14. Eu tenho auto-disciplina.	1	2	3	4	5	6	7		
15. Mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7		
16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.	1	2	3	4	5	6	7		
17. Acreditar em mim próprio ajuda-me a superar momentos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7		
18. Numa emergência, sou alguém com que as pessoas geralmente podem contar.	1	2	3	4	5	6	7		
19. Geralmente consigo analisar uma situação sob vários pontos de vista.	1	2	3	4	5	6	7		
20. Às vezes obrigo-me a fazer a fazer coisas, quer me apeteça quer não.	1	2	3	4	5	6	7		
21. A minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7		
22. Não fico a pensar nas coisas em relação às quais não há nada que eu possa fazer.	1	2	3	4	5	6	7		
23. Quando estou numa situação difícil, geralmente consigo encontrar uma saída.	1	2	3	4	5	6	7		
24. Tenho energia suficiente para fazer o que é necessário.	1	2	3	4	5	6	7		
25. Não faz mal se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7		

ANEXO III

Questionário de Dados Sociodemográficos

Created with

 **nitro**^{PDF} professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

De seguida encontrará várias questões às quais deverá responder de forma breve no espaço marcado na folha, ou marcar uma cruz (X) dentro do quadrado que mais se adequa ao seu caso.

1. Idade _____

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Qual o seu nível de escolaridade?

<4ºano 4ºano 5º-6º ano 7º-9º ano 10º-12º ano Licenc. Pós-Graduação

1

2

3

4

5

6

7

4. Estado Civil:

Casado(a)/União de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

Solteiro(a)

5. Rendimentos Mensais

(Considerar a renda em unidades de salário mínimo)

1 – Inferior a um salário mínimo

2 – Um salário mínimo

3 – Dois salários mínimos

4 – Três ou mais salários mínimos

6. Residência

6.1 A mudança de residência para uma instituição foi voluntária?

Sim

Não

6.2 Ficou satisfeito com a mudança?

Sim

Não

7. Relações sociais

7.1 Como avalia essas relações em termos de apoio fornecido (assinale a opção que melhor representa a sua opinião):

- 1- Muito satisfatórias
- 2- Satisfatórias
- 3- Nem satisfatórias, nem insatisfatórias
- 4- Insatisfatórias
- 5- Muito insatisfatórias

8. Atividades Desenvolvidas

Assinale com uma cruz a resposta que mais se adequa ao modo como habitualmente exerce as atividades, tendo em consideração a frequência com que são realizadas, assim como se são práticas que exerce acompanhado(a) ou não.

Atividades	Frequência				
	1.Nunca	2.Raramente	3.Mensalmente	4.Semanalmente	5.Diariamente
1- Física (Ginástica, caminhadas, natação)	1	2	3	4	5
2- Recreativas (Jogos de cartas, damas, malha)	1	2	3	4	5
3- Espectáculos Culturais (Cinema, teatro, exposições)	1	2	3	4	5
4- Festas, Viagens, Passeios	1	2	3	4	5
5- Leitura (Livros, jornais, revistas)	1	2	3	4	5
6- Rádio/Televisão	1	2	3	4	5
7- Tricot, costura, bordados	1	2	3	4	5
8- Pesca, caça	1	2	3	4	5
9-Agricultura	1	2	3	4	5

Created with

9. Saúde

Actualmente tem alguma doença diagnosticada? Sim Não

Na sua opinião, como avalia o seu estado de saúde actual?

- 1- Muito bom
- 2- Bom
- 3- Razoável
- 4- Insatisfatório
- 5- Muito mau

10. Fé e Religião

É religioso? Sim Não

Se respondeu **Sim**, assinale em que medida concorda com a seguinte afirmação:

A fé é importante para o ajudar a ultrapassar as dificuldades do seu dia-a-dia?

- 1- Nada Importante
- 2- Um pouco Importante
- 3- Importância média
- 4- Importante
- 5- Muito Importante

11. Representações de Velhice:

Assinale em que medida concorda ou não com as seguintes afirmações acerca daquilo que a velhice pode representar para si, tendo em conta a seguinte escala:

-
- 1. Discordo completamente; 2. Discordo ligeiramente; 3. Não concordo, nem discordo; 4. Concordo ligeiramente; 5. Concordo completamente**
-

A. Período marcado por doenças crónicas, perdas, solidão, alterações cognitivas (redução da memória, velocidade de pensamento e linguagem) e, conseqüentemente, declínio do desempenho na realização das tarefas. Não traz nada de positivo.	1	2	3	4	5
B. Período de saúde razoavelmente boa, em que as doenças não têm que ser incapacitantes ou automaticamente afectarem o funcionamento mental. Apesar da redução das forças físicas, estas podem ser compensadas com o cultivo da mente e do carácter.	1	2	3	4	5
C. Período em que surge a reforma e com ela a exclusão social e cessação das actividades, ausência de alternativas para ocupar o tempo.	1	2	3	4	5
D. Período de maior disponibilidade para vivenciar novas experiências, através da substituição de antigos papéis por novos. Há sempre a oportunidade de sermos úteis em diversos campos.	1	2	3	4	5
E. Fase de conhecimento e sabedoria, resultante de toda uma vida repleta de experiências.	1	2	3	4	5
F. Uma fase que faz parte do ciclo da vida, com ganhos e perdas como todas as outras.	1	2	3	4	5
G. Outra:					

DATA ____/____/____

ANEXO IV

Validação dos pressupostos de aplicação da
MANOVA one-way

Created with

 **nitro**^{PDF} professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

Observando a tabela 14 é possível concluir com uma probabilidade de erro de 5% que as duas variáveis dependentes possuem uma distribuição normal.

Tabela 14

Teste de distribuição normal – Kolmogorov- Smirnov (K-S)

	Importância atribuída à fé	K-S
		Sig.
Resiliência geral	Nada importante	.094
	Um pouco importante	.200
	Importância média	.200
	Importante	.200
	Muito importante	.200
BEP geral	Nada importante	.076
	Um pouco importante	.200
	Importância média	.200
	Importante	.200
	Muito importante	.200

Por sua vez, e analisando a tabela 15, podemos finalmente concluir que as covariâncias das variáveis dependentes são homogêneas, já que $p\text{-value} > \alpha = 0,05$.

Tabela 15

Teste de Homogeneidade das Variâncias - Levene

	Sig.
Resiliência geral	.162
BEP geral	.521

ANEXO V

Validação dos pressupostos do modelo de Regressão Linear Múltipla

Created with

 **nitro**^{PDF} professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

Hipótese 2

Análise de resíduos

1. Pressuposto da distribuição normal dos erros

Tabela 16

Teste de distribuição normal – Kolmogorov- Smirnov (K-S)

Resíduos não-standardizados	
K-S	0,566
Sig. exacto	0,868

* $p < 0,05$

Observando a tabela 16 é possível concluir que os resíduos apresentam distribuição normal. Sendo o *p-value* (exacto) de 0,759 e o teste de K-S com valores de 0,566, não rejeitamos a hipótese de que os erros seguem distribuição normal para os habituais níveis de significância ($\alpha = 0,05$).

2. Pressuposto da independência dos resíduos

Tabela 17

Estatística *d* de Durbin-Watson (*d*)

Resíduos	
<i>d</i>	1,940

Relativamente ao pressuposto da independência dos resíduos e sendo o valor de estatística $d=1,940$, os resíduos parecem ser de facto independentes. Com a

aproximação de d a 2, podemos concluir que não existe auto-correlação entre os resíduos (Tabela 17).

(Quasi)ortogonalidade

Tabela 18

Teste de validação da multicolinearidade

Variáveis Independentes	<i>T</i>	<i>VIF</i>
Representações Positivas	.447	2,238
Actividades gerais	.455	2,198
Importância atribuída à fé	.911	1,098
Avaliação do estado de saúde	.974	1,027
Satisfação com o apoio fornecido	.924	1,083
Satisfação com a mudança	.936	1,068

a. Variável dependente: Resiliência geral; T: Tolerância; VIF: Variance Inflation Factor

Através da análise da tabela 18, podemos verificar a ausência de multicolinearidade nas variáveis independentes, ou seja, elas são ortogonais, tal como podemos pelos valores de *VIF* inferiores a 10 ou mesmo a 5. Além disso, e observando os valores da Tolerância, podemos verificar que estes não se encontram próximos de 0.

Hipótese 3

Análise de resíduos

1. Pressuposto da distribuição normal dos erros

Tabela 19

Teste de distribuição normal – Kolmogorov- Smirnov (K-S)

Resíduos não-standardizados	
K-S	0,774
Sig. exacto	0,552

* $p < 0,05$

Observando a tabela 19 é possível concluir que os resíduos apresentam distribuição normal. Sendo o *p-value* (exacto) de 0,552 e o teste de K-S com valores de 0,774, não rejeitamos a hipótese de que os erros seguem distribuição normal para os habituais níveis de significância ($\alpha = 0,05$).

2. Pressuposto da independência dos resíduos

Tabela 20

Estatística *d* de Durbin-Watson (*d*)

Resíduos	
<i>d</i>	1,964

Relativamente ao pressuposto da independência dos resíduos e sendo o valor de estatística $d=1,964$, os resíduos parecem ser de facto independentes. Com a aproximação de *d* a 2, podemos concluir que não existe auto-correlação entre os resíduos (Tabela 20).

Created with

 **nitro**PDF[®] professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

(Quasi)ortogonalidade

Tabela 21

Teste de validação da multicolinearidade

Variáveis Independentes	<i>T</i>	<i>VIF</i>
Representações Positivas	.447	2,238
Actividades gerais	.455	2,198
Importância atribuída à fé	.911	1,098
Avaliação do estado de saúde	.974	1,027
Satisfação com o apoio fornecido	.924	1,083
Satisfação com a mudança	.936	1,068

b. Variável dependente: BEP geral; T: Tolerância; VIF: Variance Inflation Factor

Através da análise da tabela 21, podemos verificar a ausência de multicolinearidade nas variáveis independentes, ou seja, elas são ortogonais, tal como podemos pelos valores de *VIF* inferiores a 10 ou mesmo a 5. Além disso, e observando os valores da Tolerância, podemos verificar que estes não se encontram próximos de 0.