



UFAM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

ANSIEDADE, RESILIÊNCIA E OTIMISMO EM IDOSOS

MARGARETH GALVÃO DOS SANTOS PRESA

MANAUS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI
MESTRADO EM PSICOLOGIA

MARGARETH GALVÃO DOS SANTOS PRESA

ANSIEDADE, RESILIÊNCIA E OTIMISMO EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração em Psicologia. Linha de Pesquisa Processos Psicossociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alice D'Ávila Becker

MANAUS

2014

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Presa, Margareth Galvão dos Santos Presa

P928a Ansiedade, resiliência e otimismo em idosos / Margareth Galvão dos Santos Presa, 2014.

98f. il. pt./br.

Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Amazonas.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Alice D'ávila Becker

1. Idosos - Otimismo 2. Envelhecimento 3. Ansiedade em idosos
I. Becker, Maria Alice D'ávila (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU(1997) 159.9:612.67(043.3)

MARGARETH GALVÃO DOS SANTOS PRESA

ANSIEDADE, RESILIÊNCIA E OTIMISMO EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração em Psicologia. Linha de Pesquisa Processos Psicossociais.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Alice D'Ávila Becker, Presidente
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho, Membro Titular
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Prof.^a Dr.^a Maria de Nazaré de Souza Ribeiro, Membro Titular
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

À minha família, suporte protetivo e
apoiador de todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Luis Alberto, que pela conjunção de forças da natureza, pude conhecer e compartilhar a vida. Obrigada pelo incentivo e apoio;

À minha filha Giselle, minha princesa querida, por fazer parte da minha vida e me inspirar na busca de meus objetivos;

À minha mãe que esteve e está sempre presente em minha vida e que desde cedo me conduziu no caminho que aprendi a trilhar com determinação e amor;

Ao meu pai (in memoriam) com quem aprendi desde cedo os caminhos do amor, honestidade, responsabilidade e força;

Aos meus irmãos e familiares que torceram por mais esta conquista em minha vida;

A minha orientadora Prof.^a Dra. Maria Alice Becker pela disponibilidade, apoio, incentivo e acreditar no meu potencial;

Aos professores Cláudia Sampaio e José Humberto Filho pelo convite a reflexão e contribuições na qualificação do projeto;

Aos colegas da turma do mestrado pela troca de ideias e momentos de crescimento. Penso em vocês com carinho!

À Secretaria de Estado de Saúde na pessoa do Secretário de Saúde Dr. Wilson Alecrim que autorizou a realização da pesquisa no CAIMI Dr. André Araújo;

À Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Amazonas – UnATI/UEA na pessoa do Prof. Dr. Euler Esteves Ribeiro que autorizou a realização da pesquisa neste local e a todos os funcionários que ajudaram para que eu pudesse concretizar a pesquisa;

Ao Programa Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3^a Idade Adulta da Universidade Federal do Amazonas- PIFPS-U3IA-UFAM na pessoa da Prof.^a Dra. Rita Maria Puga Barbosa, coordenadora geral do programa, pela concordância na realização da pesquisa junto aos alunos da terceira idade;

Ao Centro de Atenção à Melhor Idade - CAIMI Dr. André Araújo (fonte de inspiração) e em especial a diretora Verônica Virgínia Florêncio que não só possibilitou a realização da

pesquisa nesta unidade de saúde, mas que sempre compreendeu a importância do mestrado para meu desenvolvimento profissional. Meu muito obrigada!

Aos idosos que possibilitaram a realização da pesquisa. E em especial aos idosos do CAIMI Dr. André Araújo pelo interesse, carinho e apoio. Sem vocês este trabalho não teria sido possível;

As pessoas que me ajudaram na coleta de dados da pesquisa. Em especial à Evânia Tito pela colaboração e apoio;

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo;

Aos seres de luz, pela proteção em todos os momentos.

A vida tem duas faces:
positiva e negativa
O passado foi duro
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria
Que eu possa dignificar
minha condição de mulher,
aceitar suas limitações
e me fazer pedra de segurança
dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições
lutas e pedras
como lições de vida
e delas me sirvo
Aprendi a viver.

Cora Coralina

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem crescido nos últimos anos, despertando maior interesse dos estudiosos. É uma etapa da vida pouco estudada quando comparada com outras fases do desenvolvimento humano, gerando necessidade de maiores investigações. O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre ansiedade, resiliência e otimismo em idosos. Participaram 123 idosos com idade variando entre 60 e 86 anos, provenientes de três instituições que atendem a terceira idade. Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados sociodemográficos e da saúde, o Inventário de Ansiedade Geriátrica – GAI, a Escala de Resiliência para Adultos – RSA e o Teste de Orientação da Vida – TOV-R. Para a análise estatística dos dados foram realizados métodos descritivos e inferenciais. Os resultados evidenciaram relação estatisticamente significativa entre ansiedade, resiliência e otimismo nos idosos. Verificou-se que existe correlação positiva entre resiliência e otimismo e correlação negativa destes com a ansiedade. Os idosos do estudo apresentaram altos níveis de resiliência e otimismo e ansiedade normal acima da média.

Palavras-chave: idosos, ansiedade, resiliência, otimismo.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon that has grown lately, evoking great interest to scholars. It is a stage of life with few studies compared to other phases of human development, creating the need for further investigations. The aim of this study was to investigate the relationship between anxiety, resilience and optimism in the elderly. We had the participation of one hundred and twenty-three elderly between 60 and 86 years old from three institutions that cater to the seniors. The used instruments were a sociodemographic data and health questionnaire, the Geriatric Anxiety Inventory - GAI, the Resilience Scale for Adults - RSA and the Revised Life Orientation Test - LOT-R. For the statistical data analysis it was performed descriptive and inferential methods. The results evidenced a significative statistical relationship between anxiety, resilience and optimism in the elderly. It was verified that there is a positive correlation between resilience and optimism and negative correlation of these with anxiety. The elderly in this study showed high levels of resilience and optimism and normal anxiety above average.

Key-words : elderly, anxiety, resilience, optimism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis médios de ansiedade nos idosos das três instituições	54
Figura 2 – Variações dos níveis médios de ansiedade em função da escolaridade	55
Figura 3 – Variações dos níveis médios de resiliência em função da escolaridade	57
Figura 4 – Níveis médios da resiliência nos idosos das três instituições	58
Figura 5 – Variações dos níveis médios de otimismo em função da escolaridade	61
Figura 6 – Níveis médios do otimismo nos idosos das três instituições	62
Figura 7 – Correlação entre ansiedade e otimismo	63
Figura 8 – Correlação entre ansiedade e resiliência	65
Figura 9 – Correlação entre resiliência e otimismo	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes por sexo, idade, estado civil e número de filhos	50
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos participantes por escolaridade, moradia, religião, renda e atividade desenvolvida.....	51
Tabela 3 – Distribuição da frequência e porcentagem da percepção da saúde geral apresentadas pelos idosos	52
Tabela 4 – Médias e desvios-padrão da ansiedade dos idosos das três instituições	52
Tabela 5 – Pontuação, frequência e porcentagem da caracterização da ansiedade de acordo com seu ponto de corte	53
Tabela 6 – Médias e desvios-padrão da soma dos escores gerais da resiliência dos idosos das três instituições	56
Tabela 7 – Médias e Desvios-padrão dos seis fatores de resiliência dos idosos das instituições pesquisadas	58
Tabela 8 – Médias e desvios-padrão do otimismo dos idosos das três instituições	60
Tabela 9 – Distribuição dos idosos em função dos escores brutos no TOV-R	60
Tabela 10 – Correlações entre os seis fatores da RSA, o escores geral da RSA e a ansiedade	64
Tabela 11 – Correlações entre os seis fatores da RSA, o escores geral da RSA e o otimismo	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício da Prestação Continuada
CAIMI	Centro de Atenção Integral a Melhor Idade
DCV	Doenças Cardiovasculares
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
GAI	Inventário de Ansiedade Geriátrica
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIFPS-U3IA	Programa Idosos Feliz Participa Sempre – Universidade na Terceira Idade Adulta
PNI	Política Nacional do Idoso
RSA	Escala de Resiliência para Adultos
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOV-R	Teste de Orientação da Vida – Revisado
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2. Objetivos Específicos	20
3. REVISÃO TEÓRICA	21
3.1 Envelhecimento	21
3.2 Psicologia Positiva.....	26
3.3 Otimismo	27
3.4 Resiliência.....	31
3.4.1 Origens e Considerações Conceituais sobre Resiliência	31
3.4.2 Resiliência e Envelhecimento	34
3.5. Ansiedade.....	38
3.5.1 Modelo Cognitivo da Ansiedade Clínica e Não clínica.....	38
3.5.2 Ansiedade em Idosos	40
4 MÉTODO	43
4.1 Delineamento	43
4.2 Participantes.....	43
4.3 Instrumentos.....	44
4.3.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e da Saúde	44
4.3.2 Inventário de Ansiedade Geriátrica – GAI	44
4.3.3 Escala de Resiliência para Adultos – RSA	45
4.3.4 Teste de Orientação da Vida – Revisado – TOV-R	46
4.4 Procedimento de coleta dos dados	47
4.5 Procedimento de análise de dados	48
4.6 Aspectos Éticos.....	48

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1 Caracterização da Amostra	49
5.2 Ansiedade.....	52
5.3 Resiliência.....	56
5.4 Otimismo	60
5.5 Relação entre ansiedade e otimismo	62
5.6 Relação entre resiliência e ansiedade.....	63
5.7 Relação entre resiliência e otimismo	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	82
ANEXO A – Inventário de Ansiedade Geriátrica – GAI	82
ANEXO B – Escala de Resiliência para Adultos (RSA).....	83
ANEXO C – Teste de Orientação da Vida (TOV-R)	85
ANEXO D – Termo de Anuência – PIFPS-U3IA-UFAM	86
ANEXO E – Termo de Anuência – UnATI / UEA	87
ANEXO F – Termo de Compromisso – SUSAM.....	89
ANEXO G – Parecer do Comitê de Ética.....	90
APÊNDICES	94
APÊNDICE A – Questionário de Dados Sociodemográficos e da Saúde.....	94
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96

INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo em todo o mundo. Esse fenômeno é decorrente do declínio da mortalidade infantil, diminuição da morte de adultos por doenças infecciosas, melhoria das condições sanitárias e progresso médico-tecnológico (NERI; YASSUDA, 2004). Estes avanços têm elevado a expectativa média de vida da população brasileira que segundo o IBGE (2012) aumentou de 45,5 anos em 1940, para 74,08 em 2011. De acordo com projeções populacionais do IBGE (2013) baseadas no Censo de 2010, a expectativa média de vida do brasileiro deverá chegar a 81 anos em 2060.

No Brasil o fenômeno do envelhecimento tem ocorrido de forma acelerada em comparação com países desenvolvidos onde o mesmo aconteceu mais lentamente. Dados do Censo Demográfico de 2010 apontam que pessoas com idade de 60 anos ou mais representam 10,8% da população. Este percentual de acordo com o Censo de 2000 era de 8,5%, o que representa um crescimento relativo de 41% para este período (IBGE, 2011). Estima-se que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos acima de 60 anos, com um contingente que deve chegar a 32 milhões de pessoas (IBGE, 2013).

Diante destas realidades, houve sensibilização de âmbito político no que diz respeito as questões que envolvem a população idosa. Como exemplo, tem-se a Política Nacional do Idoso (PNI) aprovada em 1994, com vista a oferecer serviços mais adequados aos idosos (BRASIL, 1994) e a Lei nº 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso que define a faixa etária idosa às pessoas de 60 anos ou mais e que visa garantir direitos e estipular deveres a fim de proteger esta população (BRASIL, 2003).

Neri e Yassuda (2004) afirmam que as políticas de atendimento às necessidades dos idosos ainda são insuficientes quando se considera a desigualdade social existente no país, indicando que é preciso maiores investimentos e atenção às novas demandas e problemas que podem surgir. Ribeiro et al (2008) mencionam o desafio da transposição dos projetos de lei para o cotidiano da população devido a grande variação nas taxas de envelhecimento populacional.

Em face destes contextos é necessário ampliar a visão sobre o envelhecimento e a pessoa idosa para além dos aspectos negativos amplamente divulgados, tendo em vista que segundo Luz e Amatuzzi (2008) a velhice pode ser vivida de forma positiva e constituir-se como um período prazeroso que deve estar ligado à qualidade de vida.

O envelhecimento durante muito tempo foi visto de forma negativa. As pesquisas na área médica, por centrarem-se no envelhecimento biológico com foco na anatomia patológica, influenciaram a sociedade quanto a esse modo de perceber o idoso (SILVA, 2008), somado à crença de que as perdas aconteciam apenas na velhice, enquanto os ganhos ocorriam em fases anteriores do desenvolvimento, o que é uma inverdade, pois embora as perdas ocorram mais na velhice, elas, assim como os ganhos, ocorrem em todas as fases da vida (FREIRE & RESENDE, 2001).

O envelhecimento poderia ser identificado como um contexto de risco quando associado ao declínio das funções dos diversos órgãos, as perdas funcionais, emocionais, sociais e o aparecimento de algumas doenças. No entanto, alguns idosos conseguem viver bem apesar das dificuldades, apresentando comportamentos que podem ser classificados como resilientes em que as ameaças são interpretadas como passíveis de serem enfrentadas e superadas (LARANJEIRA, 2007).

O processo de envelhecimento, não é resultante apenas dos fatores biológicos, mas da interação destes com outras dimensões como a cronológica, funcional, psicológica, social e espiritual, as quais explicam aspectos do desenvolvimento e mostram as mudanças típicas pelas quais as pessoas passam, o que contribui para uma melhor compreensão sobre as diferenças encontradas entre os idosos. Deste modo, embora exista uma maior vulnerabilidade do organismo, no que diz respeito ao adoecimento e dificuldades funcionais com o avanço da idade, caberá a cada pessoa saber lidar com as mudanças típicas do envelhecimento de modo a minimizar as perdas e enfatizar os ganhos obtidos ao longo da vida, tendo a consciência de que os momentos de transição colocam a pessoa diante do risco e da oportunidade de mudar (MOTTA, 2004; REBELO, 2007).

Estudos recentes na área do envelhecimento demonstram que as doenças relacionadas à idade aparecem cada vez mais tarde, possibilitando declínio nos índices de incapacidade e adiamento da morbidade para idades mais avançadas. Desta forma as pessoas conseguem viver mais tempo com menos anos de incapacidade (BOWLING & DIEPPE, 2005). Além disso, segundo Neri e Yassuda (2004, p. 131) “as pessoas mais velhas podem ser mais eficazes no uso de processos adaptativos, mais capazes de compreender as possibilidades e limitações e de usar esse conhecimento para seu desenvolvimento pessoal”.

Neri e Yassuda (2004) afirmam também, que na velhice considerada normal, mesmo que apareçam doenças somáticas crônicas, estas quando controladas não impactarão negativamente na qualidade de vida e nem impedirão a funcionalidade física, mental, psicológica e social da pessoa idosa.

As atribuições sociais negativas sobre a velhice, os estereótipos que trazem a ideia de que a velhice está relacionada apenas com doença, infelicidade, improdutividade, dependência, fragilidade, incapacidade, rigidez para mudança, solidão, isolamento, esquecimento (REBELO, 2007), contrapõe-se a uma visão de envelhecimento bem sucedido que enfatiza um lado mais saudável e produtivo decorrente da constatação de que se pode manter uma vida produtiva mesmo com o avançar da idade (SNYDER & LOPES, 2008). Nesse sentido será importante a qualidade de sua interação com o meio, a manutenção do equilíbrio entre suas limitações e potencialidades e boas condições de saúde, educação, moradia, alimentação (LINHARES & COLS. 2003).

A saúde é entendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas como ausência de doença (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Assim sendo, a saúde ocupa um lugar de destaque por sua interferência na qualidade de vida e pelos estereótipos preconceituosos que a cercam. Nesse sentido, na velhice, assim como em outras fases da vida, podem ocorrer problemas emocionais e transtornos psicológicos. Dentre eles estão a depressão e a ansiedade. Enquanto a primeira tem merecido maior atenção e pesquisa, a segunda ainda carece de maiores investigações nesta faixa etária. Estudos têm demonstrado que o transtorno de ansiedade tem sido menos estudado, subdiagnosticado e subtratado no idoso em relação à depressão e demência (DIOGO, 2007; BYRNE, 2002; XAVIER e cols., 2001; ALWAHHABI, 2003).

Neste sentido torna-se relevante estudar os recursos psicológicos, as forças pessoais, que o idoso possa utilizar, bem como as estratégias de enfrentamento que possa adotar diante das situações adversas visando impedir e/ou interromper o desenvolvimento da ansiedade ou minimizar seus efeitos.

A ansiedade pode ser encontrada em um nível clínico e neste caso configura-se como um transtorno que prejudica o funcionamento saudável das pessoas ou em um nível não clínico ou normal em que a pessoa faz uma reavaliação mais elaborada de sua ansiedade levando a uma diminuição ou término da mesma, o que possibilitará motivação, atitudes construtivas e busca do bem-estar (CLARK & BECK, 2012).

Boniwell (2006) afirma que menor ansiedade pode ser percebida em pessoas otimistas que diante de problemas, situações difíceis e desafios apresentam-se com disposição e ânimo, passando, segundo Carver & Scheier (2002), a utilizar estratégias de enfrentamento voltadas à aproximação e não à fuga e buscando perceber o melhor nas situações.

Um modo de funcionar resiliente torna-se importante para que o idoso alcance e mantenha seu bem-estar. A resiliência entendida como uma habilidade de superar as adversidades, como um processo e não como uma característica fixa de uma pessoa, possui várias dimensões e diferentes combinações de capacidades que reunidas ajudarão alguém a ser resiliente e adaptar-se positivamente nos contextos de grande adversidade (INFANTE, 2005).

Um funcionamento otimista também poderá ajudar na saúde por ser considerado, segundo Seligman (2011), um fator protetor contra algumas doenças e por passar confiança de que os resultados que virão serão positivos (BONIWELL, 2006).

Levar em consideração os aspectos saudáveis que o idoso possa dispor, suas potencialidades, motivações, capacidades, competências pessoais, é também romper com os estereótipos negativos associados ao envelhecimento. Neste sentido, a psicologia positiva proporciona uma visão otimista do homem, ao enfatizar características do bem-estar como emoções positivas, interesse, propósito na vida, resiliência, autoestima, vitalidade e otimismo.

Experiências na área clínica com idosos possibilitam observações que demonstram as diferenças entre estas pessoas quanto ao modo de enfrentar e superar situações difíceis e problemáticas. Algumas delas parecem ter um modo de funcionar direcionado para expectativas mais positivas e embora sintam algum abalo físico e emocional não se deixam abater. Procuram ajuda em suas crenças religiosas, profissionais da saúde, grupos de atividades para a terceira idade. Por outro lado, outras, ao passarem por situações adversas, não conseguem enfrentá-las de uma forma saudável ou mesmo superá-las, chegando a apresentar comprometimento em sua saúde física e emocional.

Nesse limiar entre saúde e doença, possibilidades e limitações, forças e fraquezas, surgiu o interesse em pesquisar a respeito da relação entre a ansiedade, resiliência e otimismo em idosos e a buscar responder: O que leva alguns idosos, diante de situações difíceis e adversas, conseguirem enfrentá-las e superá-las enquanto outros demonstram maiores dificuldades no enfrentamento e superação, deixando-se, em certas ocasiões, sucumbir pelas adversidades?

Pesquisar sobre estes temas possibilitará conhecimentos mais aprofundados sobre esta fase do desenvolvimento humano, o que repercutirá em uma melhor compreensão, não só dos problemas que circundam a velhice e já amplamente divulgados, mas, principalmente, dos aspectos positivos e saudáveis, das forças que os idosos possam apresentar e que os ajudarão a buscar uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido foram levantadas algumas questões que direcionarão a pesquisa, quais sejam:

a) Como se apresenta a prevalência da ansiedade nos idosos que frequentam centros de atendimento e grupos da terceira idade? b) Que indicadores de resiliência os idosos apresentam? c) O otimismo contribui para o desenvolvimento da resiliência e o controle da ansiedade?

Com vista a responder a pergunta e questões norteadoras da pesquisa e cumprir com os objetivos propostos, a presente pesquisa distribui-se em Introdução, Objetivos, Revisão Teórica, Método, Análise e Discussão dos Resultados, Considerações Finais e as Referências Bibliográficas utilizadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a relação existente entre a ansiedade, a resiliência e o otimismo em idosos.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência da ansiedade em idosos.
- Identificar a prevalência da resiliência em idosos.
- Identificar a prevalência de otimismo em idosos.

3. REVISÃO TEÓRICA

3.1 Envelhecimento

Nos países desenvolvidos, o crescimento da população idosa foi ocorrendo de forma gradativa ao longo dos anos, havendo tempo para que os mesmos se adaptassem ao envelhecimento e suas consequências. No caso do Brasil que tinha uma população extremamente jovem, esse processo se deu muito rápido, quando entre as décadas de 40 e 60 houve um significativo declínio da mortalidade e no final da década de 60 iniciou-se um rápido declínio da fecundidade, levando a uma desestabilização de sua estrutura etária com estreitamento da base da pirâmide por idade e consequente envelhecimento populacional. (PASCHOAL, 1996; CAMARANO, 2006)

A mudança na demografia populacional e a longevidade que se apresenta como uma realidade reflete uma melhora nos parâmetros de saúde da população embora não igualitária e vem despertando mais interesse de estudiosos pela compreensão das necessidades, características e condições de vida dos idosos (LIMA-COSTA & VERAS, 2003; RESENDE e cols, 2011).

De acordo com Mercadante (1996), o envelhecimento é um fato natural e cultural, tendo em vista que o homem se desenvolve nos momentos históricos e sociais com a intervenção da cultura em que está inserido. Para que o envelhecimento seja compreendido não basta conhecer somente o aspecto biológico e as mudanças que vão ocorrendo ao longo do tempo. É necessário também conhecer a cultura em que se vive, a qual deve ser vista com suas mudanças, pois é dinâmica. Dessa forma a representação da identidade do idoso é um fenômeno que sofre alterações ao longo do tempo.

Camarano e Pasinato (2004) mencionam que o critério mais comum para a demarcação sobre o que é ser idoso, refere-se ao limite etário que conforme a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso consideram como na faixa etária idosa as pessoas de 60 anos ou mais (BRASIL, 1994, 2003). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosas as pessoas de 60 anos, caso residam em países em desenvolvimento e 65 anos se elas residem em países desenvolvidos. Além desse critério cronológico, são consideradas idosas, dentro de um contexto sociocultural, as pessoas que se diferenciam por sua aparência, força, funcionalidade, produtividade, fatores de personalidade, desempenho de papéis sociais primários (NERI, 2001).

Ainda quanto às faixas etárias, Veras (1994) delimita as seguintes: Jovens idosos (60 e 69 anos), meio idosos (70 a 79 anos), e idosos velhos aqueles com mais de 80 anos. Neri (2001, 2013) menciona que é comum também se falar em velhice inicial, velhice e velhice avançada. Entendendo-se como velhice a última fase do ciclo de vida e um produto das ações dos processos de desenvolvimento e envelhecimento, sendo delimitada por eventos de múltiplas naturezas como perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais.

O envelhecimento ou senescência é um processo universal da vida que afeta as pessoas de modo particular. É um fenômeno complexo inserido no processo de desenvolvimento, aprendizagem, amadurecimento e aperfeiçoamento humano. É multidimensional por envolver as dimensões biológica, cronológica, funcional, psicológica, social e espiritual. (LINHARES et al, 2003; SILVA, 2007; CALDAS & VERAS, 2008).

Em termos biológicos o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorre após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência (CALDAS & VERAS, 2008). Caracteriza-se pela perda progressiva da capacidade de adaptação e de reserva funcional frente às mudanças e que garante o correto funcionamento do organismo (MOTTA, 2004).

A dimensão cronológica é apenas um indicador que não retrata o real envelhecimento. Serve mais como um parâmetro para o planejamento de políticas de atenção ao idoso ou para gestão de serviços. Difere, portanto, da dimensão funcional que é o principal indicador da capacidade adaptativa do ser humano e que informa sobre a idade ou o envelhecimento funcional da pessoa, o que não depende da idade cronológica (CALDAS & VERAS, 2008).

A dimensão social refere-se a participação da pessoa idosa na sociedade. O envelhecimento social é o processo de mudança em papéis e comportamentos típicos dos anos mais tardios da vida adulta. (CALDAS & VERAS, 2004; NERI, 2001).

A dimensão psicológica refere-se tanto a relação entre a idade cronológica e as capacidades de percepção, aprendizagem e memória os quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro, quanto ao uso subjetivo da idade. Esse depende da avaliação que cada pessoa faz da presença ou ausência dos marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento em comparação com outras pessoas da sua idade (NERI, 2001).

A dimensão espiritual de acordo com Silva (2007) relaciona-se a uma renovação da interioridade, diante dos questionamentos levantados durante a última etapa da vida, bem como a descoberta de forças potenciais advindas do envelhecer. Boff (2001 apud

PEGORARO, 2009, p. 9) menciona que “a espiritualidade é uma das fontes primordiais, embora não seja a única, de inspiração do novo, de esperança alvissareira, de geração de um sentido pleno e de capacidade de autotranscendência do ser humano”.

Estas dimensões ajudam a compreender melhor o significado de ser “idoso” que não deve ser percebido apenas com sua idade e nem com seu processo biológico vinculado a declínio de capacidades físicas, fragilidades psicológicas e comportamentais, isolado do contexto, mas com capacidades de responder às necessidades do meio em que vive e de buscar novos objetivos pessoais. Deve-se, portanto, levar em consideração a heterogeneidade entre pessoas que convivem em um mesmo espaço social, provenientes de lugares e épocas diferentes (CAMARANO & PASINATO, 2004).

Os padrões diferenciados de envelhecimento e a busca em compreender os determinantes da longevidade com qualidade de vida, a qual abrange saúde física, psicológica, nível de dependência, relações sociais, crenças e relações com o meio ambiente, têm motivado os estudos sobre os aspectos positivos do envelhecimento também chamados de bem-envelhecer, envelhecimento positivo e envelhecer com qualidade (ASSIS, 2004; SNYDER & LOPEZ, 2008).

O envelhecer com qualidade engloba aspectos da teoria do bem-estar que segundo Seligman (2011) é constituída pela emoção positiva, engajamento, bons relacionamentos, sentido e realização, os quais são reforçados pelas forças pessoais. A correlação positiva entre esses elementos essenciais e outros adicionais como o otimismo, a autoestima, resiliência, vitalidade, autodeterminação, direcionarão a trajetória de vida da pessoa.

Rowe e Kahn (1998 apud SNYDER e LOPEZ, 2008) ao resumir as conclusões do estudo realizado pela Fundação MacArthur (*MacArthur Foundation Study of Successful Aging*) entre os anos de 1988 e 1996, propuseram que o bem-envelhecer é composto por três componentes principais: evitar a doença; envolver-se com a vida; manter alto funcionamento cognitivo e físico.

Evitar a doença e manter a capacidade funcional são importantes para um envelhecimento bem sucedido, mas precisam estar conectados com o envolvimento com a vida para que se configure uma velhice bem sucedida. O envolvimento com a vida engloba o apoio socioemocional (gostar e amar) e o instrumental (auxílio quando alguém está em necessidade). O apoio social tem mais força quando envolve o dar e receber. Pesquisas realizadas pela Fundação identificaram que com o passar do tempo as pessoas que tiveram mais vínculos sociais demonstraram um menor declínio em seu funcionamento (ASSIS, 2004; SNYDER & LOPEZ, 2008).

Ainda segundo Assis (2004) e Snyder & Lopez (2008), fazendo parte do envolvimento com a vida também se encontra a atividade produtiva a qual inclui: trabalho não remunerado, mas significativo como cuidar da casa, dos netos, de outros idosos ou desenvolver trabalhos na comunidade; participação em atividades de lazer; capacidade funcional e satisfação; contribuições para a economia com novos nichos de consumo; contribuições para a melhoria da saúde e trabalho remunerado.

As capacidades cognitivas e físicas dizem respeito ao potencial de uma pessoa, ao que ela pode fazer. No entanto vai além, pois envolve a atividade tanto no que diz respeito ao contato com outras pessoas quanto em atividades produtivas (ASSIS, 2004).

Os componentes cognitivos e emocionais, segundo Depp, Vahia & Jeste (2010 apud COSENZA e MALLOY-DINIZ, 2013), influenciam na saúde física e na manutenção da independência funcional e autonomia. O idoso com saúde emocional terá a percepção de que está envelhecendo bem ao lidar com as adversidades e conseguir adotar novos comportamentos que geram sensação de bem-estar. Depp et al.; Fiocco & Yaffe (2010 apud COSENZA e MALLOY-DINIZ, 2013, p.441), mencionam que “as intervenções para a estimulação cognitiva podem ajudar a promover a resiliência e aumentar a qualidade de vida e, portanto, o envelhecimento saudável”.

De acordo com Bowling & Dieppe (2005), o padrão descrito por Rowe e Kahn sobre o bem-envelhecer, embora muito divulgado, derivava das teorias biomédicas que enfatizavam, no geral, a expectativa de vida com baixa incapacidade física ou mental, indicando a maneira de se chegar a um envelhecimento saudável e não como ele deve ser. Ao seguir esses critérios apenas uma minoria de idosos teria um envelhecimento bem sucedido, o que levou ao redirecionamento de ênfase para satisfação com a vida, participação social e recursos psicológicos provenientes de uma abordagem psicossocial em que seria importante a autoestima, senso de eficácia e controle sobre a vida, com autonomia e capacidade de se adaptar às mudanças.

De acordo com Consenza e Malloy-Diniz (2013), embora existam critérios e indicadores do envelhecimento bem sucedido não se pode deixar de levar em consideração a opinião dos idosos sobre o próprio envelhecimento, pois nem sempre o que alguns estudiosos apontam como fora dos padrões de um envelhecimento saudável por critérios mencionados por Rowe e Kahn, por exemplo, são percebidos como tais pelos idosos. Fato constatado em pesquisa realizada na Califórnia com 867 idosos com mais de 65 anos, cujos resultados apontaram que mesmo apresentando doenças crônicas e dificuldades funcionais, os idosos se

consideravam bem-sucedidos no envelhecimento (STRAWBRIDGE et al., 2002 apud CONSENZA; MALLOY-DINIZ, 2013).

Baltes & Smith (2003 apud COSENZA e MALLOY-DINIZ, 2013) mencionam que o idoso diante das mudanças das condições de vida, tem uma tendência à boa adaptação e a apresentar uma visão otimista de seu estado de saúde. Reportam-se a teoria de otimização seletiva com compensação que na velhice relaciona-se ao bem envelhecer e apresenta importância especial, tendo em vista que o idoso precisa, selecionar alternativas e objetivos, otimizar o uso de recursos para atingir estes objetivos, buscar novos meios para compensar as perdas ou declínio. Isto implica em ressignificar as mudanças que ocorrem em suas vidas.

A heterogeneidade no envelhecimento dificulta a concordância sobre o conceito do que seja “bem-sucedido”. No entanto algumas características são consideradas relevantes, tais como: satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, participação social ativa, alta capacidade funcional/independência e adaptação positiva. (TEIXEIRA & NERI, 2008). Estas somadas a saúde biológica, saúde mental, bom desempenho cognitivo e produtividade, são consideradas, segundo Caldas e Veras (2008), indicadores da qualidade de vida na velhice.

A adaptação positiva que o idoso vai conseguindo ter diante das adversidades, conduz ao conceito de resiliência, o qual também está ligado ao envelhecimento bem sucedido. Cosenza e Malloy-Diniz (2013), mencionam resultado de pesquisa realizada na Califórnia por Lamond e Colaboradores em 2008, em que altos índices de resiliência correlacionaram-se com o bem-estar emocional, o otimismo, o autoconceito de envelhecimento bem sucedido, o envolvimento social e menos queixas cognitivas.

O envelhecimento saudável de qualidade dependerá da interação das pessoas com seu meio, bem como do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades. (LINHARES, 2003). Dessa forma, estar inserido no meio e participar de grupos, contribui no aumento da qualidade de vida, para que os idosos melhorem sua autoestima, sua auto percepção, seu entusiasmo com a vida, sintam-se motivados para buscar novas atividades, ampliando suas possibilidades de inserção social. Resgatam desta maneira o seu bem-estar (BITTAR & LIMA, 2011).

Perceber o idoso em seus aspectos saudáveis, como forças e virtudes, mesmo reconhecendo as vulnerabilidades referentes ao envelhecimento biológico, promove uma visão positiva. Este é o enfoque da psicologia positiva, a qual destaca o funcionamento saudável do ser humano e a constante busca pela superação em relação às adversidades da vida.

3.2 Psicologia Positiva

O movimento da psicologia positiva iniciou em 1998 quando o psicólogo Martin Seligman assumiu a presidência da *American Psychological Association* (APA) e começou a escrever sobre a necessidade de mudança de foco por parte da psicologia, que após a Segunda Guerra Mundial passou a enfatizar nos seres humanos, mais os aspectos patológicos do que os saudáveis. Os psicólogos deixaram em segundo plano, as missões iniciais da psicologia, relacionadas a tornar a vida das pessoas mais produtiva e feliz e a identificar e cultivar talentos em detrimento da cura das doenças mentais e do interesse em pesquisar sobre as fraquezas humanas na busca de possibilitar o alívio do sofrimento humano (PALUDO; KOLLER, 2007).

De acordo com Snyder e Lopez (2008), os profissionais que atuaram dentro do modelo das patologias desenvolveram diagnósticos e tratamentos para as doenças mentais e problemas como transtorno do pânico, fobias, entre outros, contribuindo para uma compreensão e descrição do funcionamento do ser humano em uma época em que havia a necessidade de reparar os danos e prejuízos causados pelas guerras. No entanto, o ser humano precisa ser visto em sua totalidade, ser compreendido em enfoques negativos e positivos. Como mencionam Paludo e Koller (2007), a psicologia positiva não nega a importância em se estudar e tratar as patologias e os aspectos desagradáveis e negativos da natureza humana, mas reforça a necessidade em investigar os aspectos saudáveis, as qualidades positivas, as forças e virtudes do ser humano e que são relevantes como agentes protetores e preventivos nas doenças mentais.

Com estes objetivos, Seligman e Csikszentmihalyi escreveram, em uma edição especial da revista *American Psychologist* em 2000, a respeito da insuficiência de estudos relativos aos aspectos virtuosos e as forças pessoais por parte da psicologia e sobre a importância de ampliar as experiências subjetivas, relacionadas ao contentamento e satisfação com o passado, felicidade no presente e esperança e otimismo para o futuro (PALUDO e KOLLER, 2007; NIEMIC & WEDDING, 2012).

A psicologia positiva é o estudo científico das forças e virtudes do ser humano, das condições e processos que contribuem para o florescimento das pessoas, grupos e instituições. É uma ciência dos aspectos positivos como a felicidade, o bem-estar e o florescimento (SHELDON & KING, 2001; GABLE & HAIDT, 2005; BONIWELL, 2006).

As forças e virtudes do caráter delineadas e estudadas por Seligman e Peterson conduzem a uma vida de prazer, engajamento e significância e auxiliam na compreensão das

qualidades psicológicas. Esses autores propuseram três níveis conceituais do caráter, quais sejam: (1) virtudes, compreendidas como características fundamentais, universais valorizadas por alguns filósofos morais, pensadores religiosos e pessoas do cotidiano; (2) características positivas como ingredientes psicológicos ou caminhos pelos quais as virtudes são mostradas e (3) temas situacionais que são hábitos específicos que levam as pessoas a manifestarem forças em determinadas situações. As seis virtudes são: Sabedoria e Conhecimento; Coragem; Humanidade; Justiça; Temperança; Transcendência. Essas contêm 24 forças ou qualidades, dentre as quais: criatividade, vitalidade, amor, imparcialidade, humildade, esperança/otimismo, humor, espiritualidade (SNYDER e LOPEZ, 2008; NIEMIC e WEDDING, 2012).

O florescimento (*flourishing*) compreendido por Keys e Haidt (apud PALUDO e KOLLER, 2007) como um modo de funcionar ideal em que aspectos biológicos, psicológicos e sociais se desenvolvem de modo saudável e positivo, é considerado atualmente por Seligman (2012), o objetivo da psicologia positiva, que tem como tema central o bem-estar. Esse para ser alcançado precisará da emoção positiva, do engajamento, relacionamento, sentido e realização, os quais são sustentados pelas seis virtudes e vinte e quatro forças pessoais.

Para que o ser humano venha a florescer, deverá apresentar como características essenciais as emoções positivas, o engajamento, interesse, sentido, propósito e três das seis características adicionais representadas pela autoestima, otimismo, resiliência, vitalidade, autodeterminação, relacionamentos positivos.

Dessas características serão abordadas, com mais detalhes, o otimismo e a resiliência.

3.3 Otimismo

O otimismo foi definido por Carver & Scheier (1985 apud SNYDER & LOPEZ, 2008), como uma tendência estável a acreditar que coisas boas acontecerão, em vez de coisas ruins. Refere-se, portanto, a uma expectativa generalizada de resultados positivos a cerca do futuro (CARVER, SCHEIER & SEGERSTROM, 2010).

Dentro desta perspectiva, uma das diferenças que se pode encontrar nas pessoas é quanto ao modo como apresentam expectativas a respeito de seu futuro, as quais podem ser positivas ou negativas. Assim, o otimista apresenta uma confiança de que os resultados que virão serão positivos, enquanto o pessimista apresenta dúvidas e hesitação quanto aos

resultados, o que o leva a antecipar eventos futuros com uma maneira de pensar negativa (BONIWELL, 2006).

Segundo Carver & Scheier (2002), diante de problemas, situações difíceis e desafios, as pessoas apresentam uma variedade de emoções que vão da excitação, disposição e ânimo para ansiedade, depressão, medo. Essas parecem estar relacionadas ao grau de otimismo e pessimismo das pessoas e às suas expectativas em relação ao futuro o que interferirá na forma com que enfrentarão as situações de suas vidas, podendo obter sucesso ou fracasso. Essa forma de compreender o otimismo tem suas raízes na teoria motivacional expectativa-valor, em que o comportamento é organizado em torno da busca de objetivos. Assim, quanto mais importante é o objetivo para a pessoa, maior o seu valor motivacional. Nesse sentido, se a pessoa tiver confiança que conseguirá alcançar suas metas, entrará em ação e continuará se esforçando mesmo diante de grandes adversidades.

Segundo Carver & Scheier (2002), as expectativas são fundamentais nas teorias sobre o otimismo, mas há pelo menos duas maneiras de se pensar sobre expectativas e como medi-las. Uma delas desenvolvida por esses autores e baseada na teoria de autorregulação do comportamento, investiga a cerca das expectativas que as pessoas possuem sobre acontecimentos que ocorrerão no futuro, se os resultados serão bons ou ruins.

Para essa forma de avaliar o otimismo Carver & Scheier desenvolveram o *Life Orientation Test* (LOT) que mais tarde sofreu modificações com a eliminação dos itens não relacionados às expectativas, passando a ser denominado de *Life Orientation Test Revised* - LOT-R (CARVER & SCHEIER, 2002; LARANJEIRA, 2007). No Brasil, após validação, esse teste recebeu o nome de Teste de Orientação da Vida - TOV-R (BANDEIRA et al, 2002).

O modelo de avaliação proposto por Carver & Scheier para o estudo do otimismo está sendo adotada nesta pesquisa.

A outra abordagem de se pensar e avaliar o otimismo é mencionada por Peterson & Seligman (1984 apud CARVER & SCHEIER, 2002) e baseia-se no pressuposto de que as expectativas das pessoas para o futuro derivam de suas visões sobre as causas dos eventos que ocorreram no passado. Nessa perspectiva as pessoas passam a adotar um estilo explicativo otimista ou pessimista para explicar as causas e influências de acontecimentos positivos e negativos anteriores.

De acordo com Peterson & Steen (2002); Boniwell (2006) e Seligman (2011) ao adotarem um estilo explicativo pessimista, as pessoas utilizam explicações internas, estáveis e globais para os eventos ruins e explicações externas, instáveis e específicas para os bons. Por

outro lado, ao adotarem um estilo explicativo otimista utilizam explicações externas, instáveis e específicas para eventos ruins e internas, estáveis e globais para os bons.

Snyder & Lopez (2008) mencionam que na atribuição externa, busca-se a influência de outras pessoas e do ambiente na produção de resultados ruins; na atribuição instável ou variável, interpretam os acontecimentos como se tivessem pouca possibilidade de voltar a acontecer e em uma atribuição específica, limitam o resultado ruim a uma área e não a outras.

Esse estilo explicativo ou atributivo, segundo Snyder & Lopez (2008) foi utilizado por Martin Seligman como base de sua teoria do otimismo aprendido. Seligman queria investigar o modo como as pessoas que não ficavam impotentes interpretavam os eventos ruins. Descobriu que as pessoas se distanciam dos resultados negativos de importância que ocorreram no passado ao adotarem um estilo explicativo otimista para estes eventos negativos.

A teoria da impotência aprendida, segundo Seligman (2011, p. 204) é “definida pelo fato de que nada do que você faça altera o evento”. De acordo com experimentos realizados em laboratórios, animais e pessoas tornam-se passivos e desistem diante de adversidades depois de terem passado por situações ruins que não puderam modificar.

Seligman (2011) passou a refletir a respeito dos efeitos que a impotência aprendida podia ocasionar no corpo das pessoas, buscando identificar se o estado psicológico de impotência poderia prejudicar a saúde e vitalidade causando danos ou no outro oposto, um estado de domínio poderia fortalecer as pessoas. No primeiro caso depara-se com uma pergunta voltada ao patológico, enquanto que no segundo aos eventos benéficos abordados pela psicologia positiva. O interesse no que pode dar errado com as pessoas para o que pode dar certo, assim como descobertas de que algumas pessoas se mostravam impotentes mesmo sem ter passado por experiências ruins anteriormente, enquanto outras mesmo diante de eventos estressores e adversos não se tornavam impotentes, levou ao campo denominado de otimismo aprendido em que utilizou as bases do estilo atributivo.

Ainda segundo Seligman (2011), a compreensão sobre o que levava as pessoas a não se tornarem impotentes diante dos eventos ruins relacionava-se a forma como interpretavam estes eventos. De acordo com estudos em laboratório e observações fora dele, pessoas otimistas eram consideradas aquelas que conseguiam se recuperar mais rapidamente das situações adversas pelas quais passavam, tendo pensamentos positivos e de superação. Por outro lado, as pessoas pessimistas tinham pensamentos negativos, de descrédito quanto à superação, não conseguindo se recuperar dos fracassos.

Seligman recomenda, de acordo com Boniwell (2006), que as pessoas monitorem seus pensamentos e atitudes automáticas e contestem explicações pessimistas, buscando identificar crenças e explicações alternativas para os fracassos.

Snyder e Lopes (2008) mencionam que para se avaliar o otimismo aprendido foram criados questionários. O utilizado em adultos denomina-se Questionário de Estilo Atributivo (*Attributional Style Questionnaire*, ASQ) e o utilizado com crianças Questionário de Estilo Atributivo para Crianças (*Children's Attributional Style Questionnaire*, CASQ). Também foram desenvolvidas técnicas de análise de conteúdo, denominada de Análise de Conteúdos de Explicações Verbais (*Content Analysis of Verbal Explanation*, CAVE).

As duas abordagens, tanto a desenvolvida por Michael Scheier e Charles Carver como a de Martin Seligman e colaboradores, apresentam diferenças importantes. Enquanto uma mede variáveis relativas à própria expectativa (eventos do futuro), a outra avalia as causas (atribuições). Mas ambas tem auxiliado nas investigações sobre a natureza e função do otimismo e pessimismo na vida das pessoas (SCHEIER & CARVER, 2002).

De acordo com Boniwell (2006), as pesquisas em psicologia positiva têm encontrado vantagens em se adotar uma postura predominantemente otimista diante das situações da vida. Dentre elas: pessoas otimistas experimentam menos sofrimento ao se depararem com adversidades, apresentando menores índices de ansiedade e depressão; adaptam-se melhor a eventos negativos; não desistem facilmente diante de situações difíceis; ao enfrentarem fatores de estresses assumem uma postura focada na solução de problemas; tendem a usar estratégias de enfrentamento voltadas à aproximação e não à negação; apresentam maior cuidado com sua saúde física.

Boniwell (2006) chama a atenção, no entanto, que dependendo da situação deve haver um equilíbrio entre as atitudes otimistas e pessimistas, tendo em vista que um otimismo cego pode resultar em subestimação de riscos, em descuido e expectativas irrealistas.

Os diversos estudos realizados sobre otimismo levaram Seligman (2011) à conclusão de que o otimismo está diretamente relacionado a saúde, ao bem-estar, a proteção contra doenças cardiovasculares (DCV) e infecciosas e apresenta um efeito benéfico no câncer quando o mesmo não é muito grave. Neste sentido, o otimismo passa a ser considerado como um fator protetor contra algumas doenças.

Joop e Rott (2006, apud FONTES, 2010, p.14) ao estudarem os efeitos da autoeficácia e otimismo em relação à felicidade e ao bem estar em idosos centenários de 99 a 110 anos com debilidades na saúde e cognição, encontraram que os idosos se sentiam felizes apesar das limitações físicas e cognitivas decorrentes do envelhecimento e que “as crenças de

autoeficácia e otimismo contribuem para atenuar o impacto das perdas, atuando como recursos protetores do envelhecimento”. Estes recursos apoiam a resiliência.

3.4 Resiliência

3.4.1 Origens e Considerações Conceituais sobre Resiliência

A resiliência é um dos aportes teóricos que estuda as capacidades e habilidades humanas e que se evidencia nos contextos de risco e adversidades em que as forças e virtudes pessoais aparecem favorecendo o reconhecimento e desenvolvimento das potencialidades humanas. (PALUDO; KOLLER, 2007).

Segundo Masten (2001), a resiliência é um fenômeno comum que está presente na vida das pessoas e que aparece apenas quando enfrentam situações difíceis, desafiadores ou adversas. Ela menciona também que este fenômeno resulta, em sua maioria, de um funcionamento dos sistemas adaptativos básicos do ser humano.

Ao revisitar a história encontra-se que resiliência é um conceito originado da física e que desde o final do século XIX vem sendo utilizado por esta ciência e pela engenharia. Nesses campos refere-se a “capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente” (YUNES, p.77). Dentro desta visão este material mesmo sendo deformado, após a retirada do agente externo que o modificou voltava a seu estado inicial sem demonstrar alterações tendo em vista que seu potencial máximo de resiliência não havia sido ultrapassado (YUNES, 2003; POLETTO & KOLLER, 2008).

Nas ciências sociais, e especialmente na psicologia, a resiliência que vem sendo estudada há aproximadamente quarenta anos, tomou uma direção diferenciada das ciências exatas, pois diferente do que ocorria na física, a pessoa após passar por situações estressantes e adversas não voltará ao seu estado original como se nada tivesse acontecido. Ao contrário, passará por mudanças que permitirão um desenvolvimento e amadurecimento psíquico, social e cognitivo. Buscará enfrentar as adversidades, superá-las, utilizando de criatividade na busca de respostas novas para situações aparentemente sem saída. O processo de resiliência na ciência psicológica, portanto, mostra-se muito mais complexo do que nas ciências exatas (YUNES, 2003; POLETTO & KOLLER, 2008; RODRIGUEZ, 2005; PAULA COUTO, 2007).

Os primeiros estudos sobre resiliência surgem inicialmente com crianças e adolescentes, a partir da necessidade de se compreender as causas e evolução da

psicopatologia. Chamava a atenção dos pesquisadores o fato de que crianças que conviviam em situações adversas e que tinham grande probabilidade de desenvolverem problemas de aprendizagem, de comportamento ou alguma patologia, não os desenvolviam, mantendo-se em um nível considerado saudável em seu processo de desenvolvimento e consideradas, portanto ajustadas e adaptadas. A princípio, pesquisadores consideraram estas crianças como invulneráveis por resistirem ao estresse e a adversidade, o que gerou muitas controvérsias em função de passar a ideia de que as crianças seriam imunes a qualquer tipo de desordem, independente das circunstâncias (RUTTER, 1985; ZIMMERMAN & ARUNKUMAR, 1994; INFANTE, 2005).

Ainda segundo Rutter (1985) e Zimmerman & Arunkumar (1994), o termo invulnerabilidade passou a ser questionado quanto a sua aplicação, pois se relaciona a um conceito absoluto em que as características individuais, os fatores ambientais, o contexto não estariam sendo levados em consideração diante de situações estressantes. Traz, portanto, a concepção de um atributo fixo da pessoa, como se a mesma fosse intocável e sem limites para superar o sofrimento. Por outro lado, o conceito de resiliência é relativo e dinâmico e diz respeito a habilidade de superar as adversidades não significando que a pessoa sairá de uma determinada situação estressante e adversa, ilesa. Nestes aspectos os dois termos se afastam.

A resiliência vem sendo estudada de diferentes formas por pesquisadores, o que também contribui para falta de consenso quanto aos conceitos. Infante (2005) aponta a existência de duas gerações no estudo da resiliência. Os de primeira geração tinham como objetivo descobrir os fatores de risco e os protetores que estão na base da adaptação positiva em crianças que vivem em condições de adversidade. Muitos destes pesquisadores se identificaram com o modelo triádico de resiliência que organiza os fatores resilientes e de risco em grupos de atributos individuais, aspectos da família e características dos ambientes sociais dos quais as pessoas fazem parte. Os de segunda geração ampliaram o tema resiliência tanto para a noção de processo onde a superação das adversidades ocorre mediante a dinâmica existente entre os fatores de risco e de resiliência, como para a busca de modelos que promovam resiliência de forma efetiva quanto aos programas sociais. Esta geração teve como pioneiros Michael Rutter que propôs o conceito de mecanismos protetores e Edith Grotberg com a noção de dinâmica da resiliência onde os fatores resilientes provenientes dos níveis de suporte social (eu tenho), das habilidades (eu posso) e da força interna (eu tenho e eu sou) são organizados dentro de um modelo triádico que interagem entre si de forma dinâmica.

Dentre os vários conceitos encontrados a respeito de resiliência, o de Luthar é, segundo Infante (2005, p.26), o que representa melhor a segunda geração, o qual considera

resiliência como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade”. De acordo com esta definição, para que ocorra resiliência é necessária a presença da adversidade que pode estar relacionada a vários fatores de risco ou a uma situação em particular, a ocorrência do processo que implica na interação entre os diversos fatores de risco e de resiliência e a adaptação positiva relacionada ao alcance de expectativas sociais esperadas para certas etapas do desenvolvimento e a inexistência de desajustamentos, ambas levando em consideração o contexto e a cultura onde a pessoa está inserida. Deste modo se não houver uma adaptação positiva após o risco ou adversidade, podemos considerar que não ocorrerá o processo de resiliência.

Infante (2005) também menciona que a noção de processo descarta a concepção de resiliência como um traço de personalidade e um atributo pessoal e passa a considerar que a responsabilidade por uma adaptação positiva não é exclusiva da criança, por exemplo, mas de todo um contexto onde está inserida o qual abrange a família, escola, comunidade, sociedade que devem possibilitar um desenvolvimento mais pleno desta criança.

As pesquisas em resiliência, segundo Infante (2005) tem contribuído para a mudança na forma como se percebe o ser humano, hoje visto mais com suas potencialidades e recursos internos e externos, que tem deixado para trás uma visão centrada nas necessidades e doenças. Um ser capaz de procurar seus próprios recursos e sair fortalecido e transformado pelas adversidades. Nesse sentido, uma pessoa resiliente, segundo Hiew e colegas (2000 apud GROTBORG, 2005, p. 19), consegue “diminuir a intensidade do estresse, os sinais emocionais negativos como ansiedade, depressão ou raiva, ao mesmo tempo que aumenta sua curiosidade e saúde emocional”.

A criatividade de acordo com Rodriguez (2005), também auxilia na busca de alternativas diferentes no enfrentamento das adversidades e tem no humor um recurso sustentador da subjetividade, do laço social e da identidade coletiva atuando como um fator promotor da resiliência com benefícios à saúde.

Segundo Carvalho (2009), o maior número de pesquisas sobre resiliência ainda são encontradas nas fases da infância e adolescência, onde começaram. Mas aos poucos passou a abranger a família, a fase adulta e mais recentemente a velhice. Essas últimas ainda em pequena quantidade em comparação com as primeiras. Porém, de acordo com Consenza & Malloy-Diniz (2013), já é percebido um interesse pela compreensão da resiliência como um construto psicológico importante nos idosos, especialmente quando se sabe que o envelhecimento costuma seguir-se de adversidades e que como um processo dinâmico possibilita a adaptação e o enfrentamento das situações adversas.

Com objetivo de pesquisar sobre resiliência em adultos, encontram-se na literatura alguns instrumentos. Um deles desenvolvido por um grupo de noruegueses – Odin Hjemdal, Oddgeir Friberg, Jan Rosenvinge e Mônica Martinussen foi denominada de *Resilience Scale for Adults* (RSA). Esses pesquisadores tinham o interesse em desenvolver uma escala que incluísse os recursos de proteção representados por atributos psicológicos e disposicionais, pelo suporte e coesão familiar e pelos sistemas de suporte externo. Assim o fizeram, baseando-se nos fatores protetores identificados por pesquisas em resiliência (HJEMDAL, 2009).

Após estudos a RSA foi aperfeiçoada até chegar na versão atual composta por seis fatores: Percepção de Si Mesmo, Futuro Planejado, Competência Social, Estilo Estruturado, Coesão Familiar e Recursos Sociais. Essa nova versão foi traduzida e validada para o português e será adotada nesta pesquisa. A RSA, segundo Hjemdal et al (2006 apud Carvalho, 2009) demonstrou boa capacidade preditiva em relação a sintomas psiquiátricos. Dessa forma, pessoas saudáveis com elevados escores na escala, apresentam menor tendência a desenvolver sintomas psiquiátricos quando diante de acontecimentos estressantes, do que pessoas saudáveis com escores mais baixos.

3.4.2 Resiliência e Envelhecimento

O aumento do número da população de idosos tem despertado maior interesse em compreender melhor a fase de desenvolvimento da velhice, onde são identificadas muitas mudanças nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Esse interesse que até pouco tempo centrava-se nos aspectos negativos do envelhecimento, com ênfase nas doenças, incapacidades e perdas, começou a modificar. Hoje, embora ainda em pequena quantidade, já se encontram pesquisas enfocando o lado positivo, os recursos e as potencialidades existentes entre os idosos (PAULA COUTO, 2007; SANTOS, 2009).

O estudo sobre resiliência, compreendida por Grotberg (2005, p.15) como “A capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”, possibilita um novo olhar sobre os idosos e suas capacidades. O envelhecimento que poderia ser considerado um contexto de risco, passa a ser visto como possibilidades de enfrentamento e crescimento e a resiliência como um fator relevante capaz de diminuir os efeitos negativos do risco para que o idoso mantenha seu nível de bem-estar (PAULA COUTO, 2007).

Segundo Infante (2005) a resiliência vista como um processo e não como um traço ou atributo pessoal existirá na medida em que a pessoa perceba determinada situação como adversa, busque meios de minimizar seus efeitos mediante o enfrentamento e consiga uma adaptação positiva diante dos fatores de risco ou adversidades. A resiliência, de acordo com Grotberg (2005), dependerá também da interação de vários fatores internos e externos, além da maneira particular de cada um perceber, interpretar e dar sentido aos acontecimentos a sua volta. Deste modo algumas pessoas serão afetadas negativamente pelos fatores estressores enquanto outras conseguirão lidar satisfatoriamente com eles.

Segundo Pesce et al (2004), os fatores de risco relacionam-se a eventos negativos de vida e são considerados como obstáculos ao nível individual ou ambiental que aumentam a vulnerabilidade de uma pessoa para resultados negativos em seu desenvolvimento. Atualmente os fatores de risco devem ser vistos como um processo e não de maneira estática, tendo em vista que não será apenas uma variável a responsável por gerar resultados negativos nas pessoas, mas o número total dos fatores de risco, o momento e período de tempo de exposição ao risco, o contexto e como a pessoa percebe e dá sentido a estes eventos. Deste modo um evento pode ser percebido como estressor ou de risco para uma pessoa em um momento, mas em outro ser interpretado como um desafio. Assim como pode ser percebido de maneira diferente por pessoas diferentes.

Autores discutem a respeito da quantidade de eventos negativos de vida que são necessários para afetar a capacidade de resiliência de uma pessoa, bem como sobre o acúmulo dos eventos e a cronicidade das adversidades. Rutter (1981 apud PESCE et al, 2004, p. 136) ao aprofundar essa questão menciona que “eventos agudos podem provocar efeitos negativos em curto prazo, mas nem sempre em longo prazo” e que pessoas expostas a eventos estressores crônicos têm mais dificuldade em lidar com os eventos agudos quando os mesmos acontecem.

Segundo Poletto e Koller (2008), alguns pesquisadores têm associado determinadas variáveis ao risco, como: pobreza, perda de pessoas significativas, doenças, rupturas familiares e violência física e psicológica. É importante mencionar, no entanto, que embora estas variáveis sejam prejudiciais, só se constituirão em risco dependendo do comportamento e de como os processos de risco operarão seus efeitos sobre a pessoa, assim como a maneira com que serão interpretados por elas.

Os fatores de proteção, também denominados de *buffers* (mediadores) recebem esta denominação por protegerem as pessoas das adversidades. Será necessário serem acionados apenas quando a pessoa perceber situações como representando riscos para sua vida. Segundo

Rutter (1985, p. 600), os fatores protetores são “influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação”. É o modo como uma pessoa lida com transições e mudanças de sua vida a partir do sentido que dá às experiências. Refere-se ao sentimento de bem-estar, autoeficácia e esperança.

Masten e Gamerzy (1985 apud POLETTTO e KOLLER, 2008) afirmam que existem três fatores protetores relevantes para o desenvolvimento, a saber: Atributos disposicionais da pessoa (autonomia, autoestima, bem-estar subjetivo, orientação social positiva, competência emocional, inteligência e representação mental de afeto positivo); Rede de apoio social (recursos individuais e institucionais que encorajem e reforcem a pessoa a lidar com as circunstâncias da vida); Coesão familiar (ausência de negligência, possibilidade de administrar conflitos, presença de laços afetivos no sistema familiar ou em outros contextos que ofereça suporte emocional e atenção por parte do principal prestador de cuidados).

Rutter (1987 apud PESCE *et al.*, 2004) menciona que o processo de proteção tem por função diminuir o impacto do risco o que modifica a exposição da pessoa a uma situação adversa; reduzir as reações negativas após a exposição ao risco; estabelecer e manter a autoestima e autoeficácia; criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse. Rutter argumenta, no entanto, que os fatores de proteção só atuarão ou terão efeito na presença de risco.

De acordo com Laranjeira (2007), a utilização das noções de risco e proteção deve ser feita com cuidado e atentando-se para o contexto qualitativo e relacional onde se desenvolve, pois um fator que em determinado momento é tido como protetivo pode ser percebido, em outro momento, como adverso. É o que ocorre com o suporte familiar que pode ser considerado protetivo, mas também de risco quando se abandona ou se negligencia o idoso.

A pesquisa sobre resiliência identifica fatores de vulnerabilidades os quais podem ser compreendidos segundo Barchifontaine (2006) e Neves (2007) apud Rodrigues e Neri como:

O estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação diminuída, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, saúde, recursos, força, ou outros atributo (2012, p. 2130).

Na velhice existe um risco maior em desenvolver vulnerabilidades biológicas, sociais, psicológicas, tendo em vista o declínio biológico natural do processo de envelhecimento. Porém, apesar desse declínio, o idoso, ao interagir com fatores ambientais

representados por contextos socioeconômicos, culturais, de saúde, renda e dependendo da qualidade dessa relação e de como interpreta os acontecimentos a sua volta, poderá conseguir enfrentar as dificuldades, apresentando um funcionamento resiliente (LARANJEIRA, 2007; RODRIGUES & NERI, 2012).

Conclusão semelhante pode ser encontrada no estudo de Zeng & Shen (2010), em que mesmo tendo acumulado ao longo dos anos condições negativas como deterioração da saúde, luto de familiares, os idosos mais resilientes e com maior capacidade e potencial para lidar com os desafios e adversidades conseguem enfrentá-los e superá-los. Esses autores demonstraram, portanto, que a capacidade de resiliência reduz o risco de mortalidade, contribuindo significativamente para a longevidade mesmo em idades mais avançadas entre os nonagenários e centenários, após o controle de variáveis como a saúde e estado cognitivo. A resiliência correlaciona-se com uma melhor saúde física e psicológica, e tem como associados a ela, o otimismo e a flexibilidade.

Aldwin e cols (apud BATISTONI, 2009, p.19) em suas pesquisas “demonstraram que os idosos são geralmente mais resilientes e eficientes do que os adultos mais jovens em suas respostas de enfrentamento ao estresse psicológico”. Zeng & Shen (2010) mencionaram que seus estudos forneceram forte evidência de que após o ajuste de fatores de saúde, os centenários são mais resilientes do que idosos de outra faixa etária da população de idosos. Estes autores lançam a hipótese de que a resiliência possa reforçar a função positiva do sistema imunológico e de certo gen(s) ou melhore os efeitos negativos de outro gen(s), porém há necessidade de mais pesquisas que comprovem estas relações.

Ong *at al* (2006 apud ZENG & SHEN, 2010) encontraram em suas pesquisas que as pessoas resilientes são mais propensas a manterem emoções positivas que promovem resiliência, recuperação do estresse, o que contribui para maior saúde e longevidade. Fredrickson (2001 apud KUYKEN, PADESKY & DUDLEY, 2010) menciona que a pessoa ao experienciar estados emocionais positivos de alegria, orgulho, felicidade, interesse, amor, o seu repertório de crenças e estratégias resilientes aumentam.

Essas descobertas são significativas não só cientificamente visando uma melhor compreensão do fenômeno da resiliência entre idosos, mas também pela relevância política, que possibilita a criação de leis que favoreçam o idoso, bem como a divulgação de pesquisas que contribuam para desvinculação da velhice como uma fase essencialmente negativa do desenvolvimento. Estimular e evidenciar as habilidades e competências pessoais, as forças e virtudes, os aspectos saudáveis do idoso, bem como os aspectos positivos do envelhecimento,

possibilitará um envolvimento mais saudável com a vida (ZENG & SHEN, 2010; SNYDER & LOPEZ, 2008).

A resiliência está ligada ao crescimento e desenvolvimento humano, ao bem-estar e melhora da qualidade de vida. É eficaz não apenas para o enfrentamento das adversidades como também para a promoção da saúde mental e emocional. Nesse sentido, uma pessoa resiliente consegue, como mencionado por Hiew e colegas (2000 apud GROTBORG, 2007), diminuir os sinais emocionais negativos da ansiedade.

3.5. Ansiedade

3.5.1 Modelo Cognitivo da Ansiedade Clínica e Não clínica

A ansiedade será abordada com base no modelo cognitivo proposto por Aaron Beck que vem acompanhando a evolução das ciências cognitivas e contribuindo para o aumento da pesquisa básica sobre o processamento da informação a respeito do modelo cognitivo da ansiedade, o qual foi reformulado em relação ao modelo original e refinado pelo próprio Aaron Beck e por David Clark.

Segundo Norris (2005 apud CLARK & BECK, 2012), mais recentemente a ocorrência do aumento da violência, dos crimes e desastres naturais tem gerado um clima social de medo e ansiedade que afeta negativamente a saúde.

Barlow (2002 apud CLARK & BECK, 2012, p. 16-17), definiu a ansiedade como:

emoção orientada para o futuro, caracterizada por percepções de incontrolabilidade e imprevisibilidade sobre eventos potencialmente aversivos e um desvio rápido da atenção para o foco dos eventos potencialmente perigosos ou para a própria resposta afetiva do indivíduo a esses eventos.

Para uma melhor compreensão Clark e Beck (2012, p.17) definem ansiedade como:

um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo (isto é, modo de ameaça) que é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas são consideradas altamente aversivas porque são concebidos como eventos imprevisíveis, incontroláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo.

As pessoas em seu dia-a-dia passam por diferentes situações que gerarão formas de sentir e se comportar específicas. Porém, não será o evento em si que levará às emoções e aos comportamentos, mas sim os pensamentos que tem a respeito da situação. Ou seja, os pensamentos influenciam nos sentimentos. Neste sentido apresentar ou não ansiedade

dependerá da interpretação que as pessoas fazem das situações (KNAPP e col. 2008; CLARK & BECK, 2012).

A ansiedade, embora seja considerada uma emoção perturbadora, é também uma experiência comum que quando mantida em certo nível de controle permite a pessoa se motivar, ter atitudes construtivas e agir objetivando seu bem-estar. Neste sentido, Clark & Beck (2012) diferenciam ansiedade normal ou não clínica da ansiedade anormal ou clínica em que identificam-se vários problemas como as fobias, os ataques de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo.

De acordo com o modelo cognitivo da ansiedade, nas síndromes clínicas a ansiedade é iniciada quando a pessoa avalia um evento interno ou externo como ameaçador a seu interesse vital e de bem-estar. A ansiedade clínica consiste, portanto, em uma avaliação primária da ameaça em que existe uma superestimação do perigo que aciona processos comportamentais, fisiológicos e cognitivos primitivos que compõe um sistema de defesa do organismo, mas que passa a ser prejudicial diante de erros no processamento cognitivo da ameaça. Segue-se a esta avaliação primária, uma reavaliação elaborada secundária em que ocorre um aumento da percepção de ameaça, e em que a capacidade de enfrentar o perigo percebido e a identificação de aspectos de segurança das situações são subestimados pela pessoa. Neste modelo clínico existe, portanto, a ampliação e inadequação de vulnerabilidade pessoal proveniente de um sistema de processamento de informação (atribuição de significados) deficiente, o qual interpreta situações neutras como ameaçadoras. A pessoa se vê vulnerável a perigos, frágil diante dos mesmos, incapaz ou com pouca capacidade para enfrentar o que percebe como perigo. O que vincula a vulnerabilidade à ansiedade e mostra a presença de um senso de impotência aumentada (CLARK & BECK, 2012).

Ainda segundo Clark & Beck (2012), os sentimentos de ansiedade podem ser intensificados quando a autoeficácia é percebida como baixa e a expectativa de resultado se mostra negativa. Ambas segundo o modelo cognitivo situa-se em um nível secundário de avaliação. Neri & Yassuda (2004, p.129) também mencionam que “baixo senso de autoeficácia pode levar a ansiedade e depressão e moldar atribuições de causalidade irrealistas.”

Autoeficácia, de acordo com Bandura (1982 apud SCHULTZ & SCHULTZ, 2012, p. 308), refere-se ao “senso de autoestima ou valor próprio, o sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar os problemas.” Ainda segundo Bandura (1986 apud NERI e YASSUDA, 2004), corresponde às crenças que direcionarão o comportamento das pessoas.

De acordo com o modelo cognitivo apresentado por Clark & Beck (2012), a ansiedade normal apresenta diferenças cognitivas em relação a ansiedade anormal. Dentre elas destacam-se: a pessoa percebe estímulos como negativos, mas não os superestima, ocorrendo uma sensibilidade mais equilibrada diante de estímulos negativos e positivos. A ameaça é avaliada mais de acordo com a realidade e a atenção não está direcionada apenas a ela, levando a menos erros cognitivos. Além disso, o estado de excitação autonômica mesmo sendo desconfortável, não é considerado ameaçador e os pensamentos e imagens ansiosos apresentam-se em menor quantidade e evidência, levando a respostas de enfrentamento mais elaboradas.

Na ansiedade normal ou não clínica segundo Clark & Beck (2012), a pessoa faz uma reavaliação mais elaborada da ansiedade que leva a uma diminuição ou término da mesma. Nesta fase a estimativa inicial da ameaça é diminuída, ocorre um melhor processamento de sinais de segurança, maior capacidade de acessar e utilizar o modo de pensamento construtivo, a preocupação é mais controlada, reflexiva e orientada ao problema, existe um foco nos pontos fortes, uma autoeficácia elevada e expectativas de resultado positiva. A pessoa acredita em seus recursos pessoais e capacidade de enfrentar às ameaças percebidas.

3.5.2 Ansiedade em Idosos

A ansiedade nos idosos, de acordo com Skinner e Vaughan (1985 apud OLIVEIRA e cols., 2006) relaciona-se as limitações que acometem esta faixa etária e que são experienciadas como negativas e ameaçadoras levando a antecipação de inabilidades e dúvidas sobre habilidades intelectuais. Apresenta-se segundo Bryant (2010 apud STELLA, 2012) com uma heterogeneidade de sintomas significativos devido a associação com comorbidades clínicas gerais.

A ansiedade apesar de ser comum entre os idosos tem sido subestimada, subdiagnosticada, pouco tratada e estudada especialmente quando comparada com a depressão e as demências (BYRNE, 2002; ALWAHHABI, 2003). Este fato de acordo com Diogo (2007) talvez decorra da apresentação atípica da ansiedade apresentando-se mais com distúrbio do sono e tensão motora do que antecipação apreensiva, bem como da associação errônea dos sintomas ansiosos com características típicas do envelhecimento e da insuficiência de escalas e instrumentos validados para esta população, levando segundo Byrne (2002) a necessidade do desenvolvimento de escalas adequadas para medir a ansiedade generalizada em idosos.

Segundo Dugas e Robichaus (2009) quando pessoas são diagnosticadas com o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), 90% delas apresentarão algum outro diagnóstico do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*), sendo os mais comuns a depressão, o transtorno de ansiedade social e o pânico. Corroborando com este dado, estudo realizado por Xavier et al (2001) encontrou nos idosos de 80 anos ou mais uma prevalência de 10,6% de TAG de acordo com os critérios do DSM-IV. O transtorno estava associado a maior frequência simultânea de diagnóstico de episódio depressivo maior, a maior frequência de depressão menor e a um maior número de sintomas depressivos, quando medidos pela escala de sintomas depressivos GDS (Escala de Depressão Geriátrica). Byrne (2002), Oliveira e cols (2006) e Almeida (2011) também encontraram relação entre a ansiedade em idosos e a depressão. Contrastando com resultados, Wetherell e cols (2005) identificaram que a prevalência de um estado misto, ansiedade-depressão, é inferior a prevalência da depressão ou dos transtornos de ansiedades em separado, ou seja, sem comorbidade.

Oliveira e cols. (2006) utilizando a escala Beck para ansiedade, encontraram uma incidência de sintomas ansiosos considerados mais graves em instituição de longa permanência para idosos (média de 30,2) em comparação com dois outros grupos investigados, provenientes de um centro da terceira idade (média de 7,7) e um posto de retirada de medicamentos (média de 6,4) que tiveram uma incidência leve. Justificam essa incidência elevada nos idosos que vivem nas instituições de longa permanência, como decorrente do sentimento de abandono e instabilidade em relação ao futuro por parte dessa população.

Gonçalves (2011) em estudo sobre a ansiedade, depressão e declínio cognitivo em idosos institucionalizados encontrou que os idosos analfabetos e com escolaridade inferior a quatro anos apresentaram mais sintomas ansiosos e depressivos e maior declínio. A média de sintomas ansiosos avaliada pela escala GAI (Inventário de Ansiedade Generalizada) nos idosos analfabetos foi de 13,04. O estudo não identificou relação preditiva entre a escolaridade e a ansiedade.

Yassuda (2008) ao realizar um estudo sobre queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade, chegou a conclusão de que não havia relação entre queixas mnemônicas e o grau de escolaridade em idosos. Essas queixas não se correlacionaram com o desempenho cognitivo. Porém encontrou associação positiva entre a frequência de esquecimento e os sintomas de ansiedade.

De acordo com Wetherell e cols (2005), a ansiedade em idosos está associada com comprometimento da qualidade de vida, funcionamento psicossocial e maiores taxas de

mortalidade. Estudo realizado por Almeida (2011) identificou que os sintomas ansiosos eram mais elevados entre os idosos que apresentavam um índice reduzido de atividade social e lazer, uma maior auto percepção de solidão e pior auto percepção de saúde.

Stella (2012, p.549) menciona que “o exercício físico regular e sistematizado pode contribuir para a redução dos níveis de sintomas da ansiedade”, o que foi confirmado em um estudo realizado na cidade de São Paulo por Cassilhas e cols. (2010) o qual encontrou como resultado que o exercício físico de resistência e regularmente praticado aparece como uma estratégia não farmacológica para a redução dos níveis de ansiedade em idosos.

Segundo Byrne (2002), dificilmente as pessoas procuram os serviços médicos devido a ansiedade por desconhecerem que pode se tratar de um problema que precisa ser melhor investigado e tratado. Quando buscam ajuda ocorre mais devido aos sintomas somáticos do transtorno de ansiedade do que algum nível de incapacidade que possa estar ocorrendo. Essa falta de conhecimento leva as pessoas a percorrerem vários especialistas até que sejam adequadamente diagnosticadas e tratadas. Esse fato leva a que, segundo Wittchen et al (2001 apud LIMA & OLIVEIRA (2005), menos de 10% dos pacientes recebam um tratamento adequado para seu problema.

É importante a ocorrência de uma avaliação clínica e laboratorial mais detalhada de idosos com ansiedade, no sentido de investigar sobre possíveis doenças que possam coexistir com este transtorno (STELLA, 2012).

Segundo Pachana et al (2007), embora os sintomas de ansiedade e transtornos de ansiedade sejam prevalentes entre os idosos, existe uma carência de instrumentos amplamente aceitos para medir a ansiedade dimensional em idosos normais e com problemas de saúde mental. Esta constatação, levou Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley e Arnold a desenvolverem uma escala curta para medir sintomas comuns de ansiedade em pessoas idosas, denominada de *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI). Este instrumento após adaptação transcultural começou a ser conhecido no Brasil e foi utilizado nesta pesquisa.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Tratou-se de uma pesquisa de campo transversal, com descrições quantitativas acerca das prevalências e correlações dos três construtos estudados, quais sejam: ansiedade, resiliência e otimismo.

4.2 Participantes

Participaram deste estudo 123 idosos com idade entre 60 e 86 anos ($M = 69,68$ anos $DP = 6,08$), sendo 111 do sexo feminino (90,2%) e 12 do sexo masculino (9,8%), residentes na cidade de Manaus, Estado do Amazonas.

Todos os participantes estavam inseridos em grupos vinculados a uma das seguintes instituições que prestam serviços aos idosos: 48 do Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) Dr. André Araújo, vinculado a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), sendo 43 mulheres e 5 homens; 36 da Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI, vinculada a Universidade do Estado do Amazonas – UEA, dos quais 37 eram mulheres e 2 homens e 39 do Programa Idoso Feliz Participa Sempre – Universidade na 3ª idade adulta (PIFPS-U3IA), vinculado a Universidade Federal do Amazonas – UFAM, sendo 31 mulheres e 5 homens.

Os idosos da pesquisa foram escolhidos pelo método de amostragem não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão e exclusão dos participantes que integram esta pesquisa foram:

Critérios de Inclusão na Amostra

- Ter 60 anos ou mais; frequentar atividades em um dos locais escolhidos para a realização da pesquisa; não apresentar comprometimento que o impossibilite de responder aos instrumentos da pesquisa.

Critérios de Exclusão do Estudo

- Pessoas que desistiram de participar da pesquisa e pediram para que seus dados fossem removidos; protocolos preenchidos de forma imprecisa; comprometimento dos dados colhidos devido a alguma condição de saúde física ou emocional; interrupções por terceiros por ocasião da aplicação dos instrumentos, interferindo na atenção e compreensão das perguntas.

Os dados sociodemográficos dos 123 idosos estão descritos nos resultados.

4.3 Instrumentos

Para a obtenção dos dados foram aplicados quatro instrumentos descritos a seguir.

4.3.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e da Saúde (APÊNDICE A)

Foi criado com o objetivo de coletar informações quanto às variáveis sociais, demográficas e de saúde, detalhando o perfil dos idosos participantes da pesquisa. Utilizou-se um grupo de 12 questões gerais divididas em 21 itens sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, atuação profissional, renda, saúde, religiosidade e atividades frequentadas pelos idosos.

4.3.2 Inventário de Ansiedade Geriátrica – GAI (ANEXO A)

O *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) foi desenvolvido por Pachana e colaboradores em 2007 na Austrália com objetivo de avaliar os sintomas comuns de ansiedade na população idosa em vários contextos geriátricos e comunitários. Quanto aos parâmetros psicométricos a escala apresentou coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 para população normal em idade avançada e 0,93 para população psicogeriátrica. A validade concorrente do instrumento se mostrou satisfatória e a aferição de fidedignidade pelo método teste-reteste foi considerada excelente, apresentando também boa estabilidade temporal. Foram determinados para sua população-alvo os valores de 10/11 como ponto de corte para indicar a presença do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) conforme definição do DSM-IV-TR e o ponto de corte 8/9 para identificar pacientes com algum transtorno de ansiedade ainda não demonstrado (PACHANA, et al 2007).

Este mesmo instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro e colaboradores (2011) demonstrando elevada confiabilidade teste-reteste (ICC=0,995) e consistência interna (Cronbach=0,96), bem como uma boa validade concorrente ao *State Anxiety Inventory* ($r=0.631$, $p<0.001$), à *Geriatric Depression Scale* ($r=0.860$, $p<0.001$) e à *General Health Questionnaire* ($r=0.763$, $p<0.001$). O ponto de corte adotado foi o mesmo definido por Pachana e colaboradores.

No Brasil o GAI foi traduzido e adaptado semanticamente para o português brasileiro por Martiny e cols (2011) como a primeira fase para a validação do instrumento.

O inventário é composto de 20 itens com respostas dicotômicas (Concordo, Discordo). Cada resposta “Concordo” equivale a 1 ponto, correspondendo um resultado superior a 8/9 pontos à presença de sintomas de ansiedade grave (potencialmente patológicas).

O instrumento pode ser administrado de forma autoaplicada ou com aplicação individual, tanto oral como por meio de lápis e papel, permitindo que diante de alguma incapacidade do sujeito da pesquisa em responder sozinho ao instrumento, a aplicação do GAI possa ser feita por um profissional de saúde.

4.3.3 Escala de Resiliência para Adultos – RSA (ANEXO B)

A *Resilience Scale for Adults* (RSA) tem por objetivo medir a resiliência em adultos. Foi desenvolvida na Noruega por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen baseada nos fatores protetores identificados nas pesquisas com resiliência. Os autores, após introduzirem modificações e melhorias no instrumento, mediante sucessivos estudos de validação, chegaram a uma versão final da escala composta de seis fatores (HJEMDAL et al, 2009).

A escala foi adaptada e validada para a população brasileira por Hjemdal, Roazzi, Dias e Vikan (2009). É composta de 33 itens estruturados em uma escala de sete pontos, em formato de diferencial semântico, na qual cada item é organizado como um *continuum*, cujos opostos apresentam alternativas de resposta com conteúdo positivo e negativo. Os escores variam entre 33 e 231, com pontuações médias variando entre um e sete. Altos escores indicam altos níveis de resiliência. Após o processo de adaptação e validação para o português, a estrutura fatorial foi confirmada, mostrando-se capaz de mensurar seis fatores, cujos alfas de Cronbach variam de 0,56 a 0,79.

Os seis fatores com os itens correspondentes e o significado dos mesmos são: 1) Percepção de si mesmo (itens 01, 07*, 13, 19*, 25, 29*) - confiança nas próprias capacidades, autoeficácia e visão positiva e realista de si mesmo; 2) Futuro planejado (02, 08*, 14*, 20) - visão otimista do próprio futuro, certeza de que pode ser bem-sucedido, habilidade de planejamento e estabelecimento de metas; 3) Competência social (03*, 09, 15*, 21, 26*, 30) - habilidade em iniciar contatos verbais e ser flexível em interações sociais, criar novas amizades e sentir-se à vontade em ambientes sociais, estilo de interação pró-social; 4) Estilo estruturado (06*, 12, 18*, 24) - capacidade de organização do próprio tempo, tendência ao estabelecimento de objetivos e prazos e à manutenção de regras e rotinas; 5) Coesão familiar (04, 10*, 16, 22*, 27, 31*) – comunhão de valores e visão de futuro, união, lealdade e simpatia mútua entre os familiares; 6) Recursos sociais (05, 11*, 17, 23*, 28*, 32, 33*) -

suporte social oferecido por pessoas que não fazem parte do núcleo familiar (amigos e colegas), propiciando sentimento de coesão, simpatia, encorajamento e apoio em situações difíceis. Convém observar que os itens assinalados com um asterisco são considerados de forma invertida para a contagem dos escores.

4.3.4 Teste de Orientação da Vida – Revisado – TOV-R (ANEXO C)

A escala LOT (*Life Orientation Test*) foi criada por Scheier e Carver (1985). Posteriormente foi traduzida e validada para o português brasileiro por Bandeira e colaboradores (2002), sob a denominação de Teste de Orientação da Vida (TOV). Trata-se de uma escala para medir o otimismo em termos de expectativas em relação a eventos futuros. Foi revisada por Scheier, Carver e Bridges em 1994 passando a ser conhecida como LOT-Revisado (LOT-R).

Para a validação da versão brasileira, Bandeira e colaboradores (2002) utilizaram a versão canadense-francesa do TOV a qual foi traduzida, adaptada e validada por Beckou et al (1999). Esta versão apresentou qualidades psicométricas satisfatórias.

O teste TOV foi submetido a uma revisão, na qual foram eliminados itens que não se relacionavam a processos de expectativas, tornando-se um teste mais curto e homogêneo que apresentou propriedades psicométricas adequadas de validade preditiva e consistência interna satisfatória. A versão revisada passou a denominar-se TOV-R.

A versão brasileira também apresentou qualidades psicométricas satisfatórias. A correlação positiva foi significativa ($r = 0,61$, $p < 0,001$) entre os dados do teste-reteste, demonstrando que o Teste de Orientação da Vida possui estabilidade temporal ou fidedignidade para medir o construto de orientação da vida. A consistência interna foi satisfatória (α de Cronbach=0,68). A estrutura dimensional identificou a presença de apenas um fator.

O TOV-R contém 10 itens. Dentre estes itens encontram-se três afirmativas positivas (itens 1, 4 e 10), três afirmativas negativas (itens 3, 7 e 9) e quatro questões neutras (2, 5, 6 e 8). As questões neutras não são incluídas na análise dos dados, pois não visam analisar o construto de orientação da vida.

Ao responder o questionário, o sujeito deve avaliar cada afirmativa em uma escala tipo Likert de 5 pontos, com gradações de 0 a 4 e marcar um “x”, conforme o seu grau de concordância ou discordância em relação à mesma. Nesta escala os valores possuem a

seguinte correspondência: 0=discordo totalmente, 1=discordo, 2= neutro, 3= concordo e 4 concordo totalmente. Para a análise estatística dos dados, os escores dos itens negativos do teste precisam ser invertidos de modo que todos os valores próximos a 4 indiquem sempre um maior grau de expectativa otimista do sujeito em relação à vida. Após a inversão dos escores dos itens negativos, pode-se calcular o índice global de grau de otimismo através da soma dos seis itens.

4.4 Procedimento de coleta dos dados

Três instituições frequentadas por idosos foram contatadas e explicado a seus diretores o objetivo e a metodologia da pesquisa. Após a assinatura dos termos de anuência e compromisso (ANEXOS D, E e F) iniciou-se o contato com os idosos para explicar os motivos da pesquisa, bem como garantir o sigilo sobre a identidade e as respostas dos mesmos. Os idosos foram abordados individualmente ou em pequenos grupos, enquanto esperavam para começarem suas atividades nos ambientes das instituições ou depois das mesmas. Quando havia consentimento em participar da pesquisa, era agendado um dia e horário entre aqueles que o idoso realizava atividade na instituição. Nos casos em que os idosos deixavam de comparecer, fazia-se um novo contato marcando nova data e horário. Se novamente não compareciam, não mais se entrava em contato.

Optou-se pela aplicação individual dos instrumentos devido à incapacidade ou dificuldade de leitura e interpretação das questões, por problemas de visão ou baixa escolaridade. Os instrumentos foram aplicados após a leitura e assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) na seguinte ordem: Questionário de Dados Sociodemográficos; Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI); Escala de Resiliência para Adultos (RSA) e Teste de Orientação da Vida (TOV-R).

A opção pela aplicação dos instrumentos em apenas um dia na sequência Questionário-GAI-RSA-TOV-R, foi escolhida após a realização de três entrevistas-piloto. O estudo piloto teve o objetivo de verificar o tempo médio e a melhor ordem de aplicação dos instrumentos, identificar as questões que precisariam de maiores explicações, bem como o possível cansaço dos participantes.

O estudo piloto possibilitou descobrir que a duração média das entrevistas seria de uma hora. O tempo das entrevistas variou entre os participantes de 45 minutos à 1 hora e 10 minutos.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe de pesquisa composta pela

pesquisadora e mais quatro integrantes (duas alunas de psicologia da FAMETRO, uma aluna do Mestrado em Psicologia da UFAM e uma fisioterapeuta do CAIMI Dr. André Araújo), por um período de três meses (de setembro a dezembro de 2013). Antes do início do trabalho de campo a equipe foi treinada quanto à compreensão das questões dos instrumentos e os aspectos metodológicos e éticos da pesquisa.

4.5 Procedimento de análise de dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel e tratados estatisticamente por meio do Pacote Estatístico R (R Core Team, 2013) e pelo SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 21.0.

Para a análise estatística foram utilizados métodos descritivos (frequências, médias, desvios-padrão) e métodos inferenciais (correlação e regressão), conforme explicitados na análise e discussão dos resultados.

4.6 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento deste estudo foram respeitadas as normas e diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da UFAM sendo submetido online por meio da Plataforma Brasil para ponderações. Foi aprovado, conforme protocolo de nº 394.074 com data de 13 de setembro de 2013 (ANEXO G).

Utilizou-se durante a pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos participantes, além das autorizações institucionais pertinentes a realização da pesquisa.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção apresenta os resultados obtidos no estudo da relação entre as variáveis: ansiedade, resiliência e otimismo em idosos. A apresentação e a discussão desses resultados são desenvolvidas de forma conjunta, com o objetivo de proporcionar uma compreensão dos mesmos e facilitar as conexões com as abordagens teóricas mencionadas nas seções anteriores.

Os primeiros resultados referem-se aos dados sociodemográficos e de saúde que caracterizam a amostra. Posteriormente, apresentam-se as discussões dos resultados de cada uma das três variáveis do estudo a respeito de suas prevalências e relações com alguns dados sociodemográficos e da saúde. Finalmente, são apresentadas as discussões a respeito das correlações entre as três variáveis do estudo (a ansiedade, a resiliência e o otimismo).

Como a amostra do estudo foi constituída em sua maioria por pessoas do sexo feminino, as análises são realizadas pelo número total dos participantes do estudo sem comparações de gênero.

5.1 Caracterização da Amostra

Os dados relativos ao Questionário sociodemográfico e de saúde foram analisados mediante a estatística descritiva. O objetivo desta análise é identificar o perfil da amostra do estudo com relação à idade, número de filhos, sexo, escolaridade, estado civil, religião, renda e atividades.

A amostra está constituída por 123 pessoas com idades compreendidas entre 60 e 86 anos ($M = 69,68$ anos, $DP = 6,08$), sendo 39,8% casados, 11,4% separados, 12,2% solteiros e 36,6% viúvos. Apresentaram uma média de filhos de 4,54 ($DP = 3,09$).

Conforme demonstrado na Tabela 1, em relação ao sexo, a amostra foi constituída em sua maioria por mulheres ($n = 111$). Os homens corresponderam a 9,8% da amostra ($n = 12$). Tal fato pode ser explicado por existir maior frequência de mulheres nos grupos da terceira idade.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes por sexo, idade, estado civil e número de filhos

Sexo	N	Idade (*)	Estado Civil				Média de filhos (*)
			casado	separado	solteiro	viúvo	
Homens	12	70,5 (6,77)	66,7%	25%	0%	8,3%	5,83 (3,02)
Mulheres	111	69,59 (6,03)	36,9%	9,9%	13,5%	39,7%	4,40 (3,51)
Geral	123	69,68 (6,08)	39,8%	11,4%	12,2%	36,6%	4,54 (3,09)

Fonte: pesquisa de campo

(*) Desvio Padrão

Como demonstrado na Tabela 2, no que diz respeito à escolaridade, 29,3% tem de 0 a 4 anos de estudo, o que corresponde ao antigo ensino primário; 31,7% de 5 a 8 anos correspondente ao antigo ensino ginásial; 28,5% de 9 a 11 anos relativo ao antigo científico e 10,6 % apresentam nível superior.

A minoria dos idosos (17,1%) mora só, seguido de 26,8% que moram com uma pessoa, geralmente cônjuge, filho ou neto. Todos os participantes pertencem a alguma religião, sendo a Católica a mais frequente com 78,9%, ficando a Evangélica em segundo com 12,2% e 8,9% distribuídos entre as demais religiões.

A fonte de renda provém em sua maioria da aposentadoria ou do Benefício da Prestação Continuada (BPC), sendo que 45,5% recebem entre um salário mínimo e um salário e meio, seguido de 21,1% que recebem entre dois salários mínimos e dois e meio salários; 9,7% dos idosos não possuem renda própria, dependendo financeiramente do marido ou filhos.

Todos os idosos praticam uma ou mais atividades nos locais que frequentam. A maioria, conforme descrito na Tabela 2, realiza atividades físicas como ginástica, caminhada, hidroginástica, dança, musculação (89,4%) e atividades mentais como leitura, palestras, cursos, jogos, crochê, bordado, pintura, confecções de arranjos de flores e bonecas (89,4%). As atividades terapêuticas como terapia de grupo, oficina da memória, grupo do equilíbrio, técnica de auto percepção são praticadas por 28,5% dos idosos e as atividades de lazer por 99,2%. Esse percentual é elevado porque além dos passeios e viagens, inclui-se nessa categoria assistir a programas de televisão e ouvir rádio em suas residências.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos participantes por escolaridade, moradia, religião, renda e atividade desenvolvida.

Dados sociodemográficos	N	%
Escolaridade		
0 a 4 anos	36	29,3
5 a 8 anos	39	31,7
9 a 11 anos	35	28,5
Curso superior	13	10,6
Moradia		
Mora só	21	17,1
Mora com 1 pessoa	33	26,8
Mora com 2 pessoas	23	18,7
Religião		
Católica	97	78,9
Evangélica	15	12,2
Outras	11	8,9
Renda por idoso		
Nenhuma	12	9,7
1 a 1 e meio salário mínimo	56	45,5
2 a 2 e meio salários mínimo	26	21,1
Atividades nos grupos da terceira idade		
Física	110	89,4
Mental	110	89,4
Terapêutica	35	28,5
Lazer	122	99,2

Fonte: pesquisa de campo

Conforme demonstrado na Tabela 3, em relação à percepção sobre a própria saúde 50,4% dos participantes a consideraram regular, 31,7% boa, 13,8% muito boa e 4,1% entre ruim e muito ruim. Talvez este resultado esteja relacionado ao fato de que 93,5% dos participantes tenham algum tipo de doença dentre as quais se destacam: pressão alta (56,9%), osteoporose ou osteopenia (32,5%) doenças gastrointestinais (31,7%), artrite ou artrose (20,3%).

Tabela 3 – Distribuição da frequência e porcentagem da percepção da saúde geral apresentadas pelos idosos

Categorias da saúde	F	%
Muito boa	17	13,8
Boa	39	31,7
Regular	62	50,4
Ruim	4	3,3
Muito ruim	1	0,8
Total	123	100,0

Fonte: pesquisa de campo

5.2 Ansiedade

A média geral da ansiedade para os 123 idosos mensurada pelo Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) foi 6,15 e desvio padrão de 5,58. Para as mulheres, a média foi de 6,12 e desvio padrão de 5,53 e para os homens 6,50 e desvio padrão de 6,32, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Médias e desvios-padrão da ansiedade dos idosos das três instituições

Sexo	Média	Desvio Padrão
Homens	6,50	6,32
Mulheres	6,12	5,53
Geral	6,15	5,58

Fonte: pesquisa de campo

A amplitude da Escala GAI varia de 1 a 20 pontos. Considerando o número total dos participantes (123) com relação à ansiedade, conforme demonstrado na Tabela 5, verificou-se que 81 idosos (65,9 %) não apresentaram Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), de acordo com o Ponto de Corte do instrumento GAI que é de 8/9 para algum transtorno de ansiedade ainda não demonstrado e 10/11 para TAG. Os 65,9 % apresentaram resultado de ansiedade normal, de acordo com a classificação de Clark e Beck (2012). Dezenove idosos (15,4 %) estão dentro dos dois Pontos de Corte (8/9 e 10/11) caracterizando algum transtorno de ansiedade ainda não demonstrado ou início do Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Vinte e três idosos (18,7%) apresentaram entre 12 a 20 pontos, acima do Ponto de Corte, caracterizando TAG. Dois idosos obtiveram a pontuação máxima possível da Escala GAI, ou seja, 20 pontos.

Tabela 5 – Pontuação, frequência e porcentagem da caracterização da ansiedade de acordo com seu ponto de corte

Pontos obtidos na Escala	Frequência	%	Caracterização da Ansiedade
Abaixo de 8	81	65,9	Ansiedade normal
Entre 8 e 11	19	15,4	Transtorno de Ansiedade ainda não demonstrado ou início do Transtorno de Ansiedade Generalizada
Acima de 11	23	18,7	Transtorno de Ansiedade Generalizada
Total	123	100,0	

Fonte: pesquisa de campo.

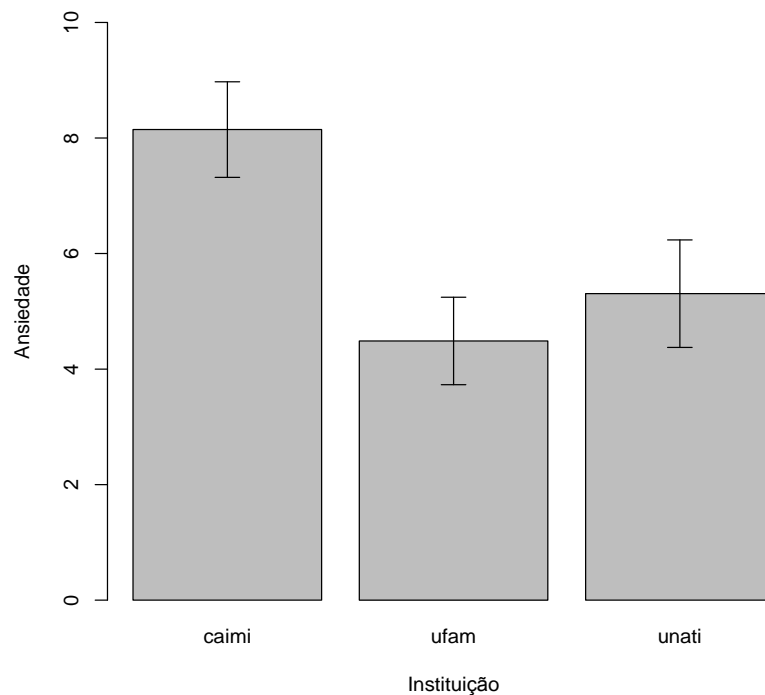
A prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) foi pequena quando comparada com a ansiedade identificada como normal encontrada nos idosos da amostra.

Ansiedade menor foi identificada em estudo realizado por Xavier et al (2011) que encontrou entre idosos de 80 anos ou mais uma prevalência de 10,6%. Em outros estudos a média da ansiedade foi maior que a identificada nesta pesquisa, como os de Gonçalves (2011) que encontrou na amostra pesquisada, pontuação média de ansiedade de 12,12 entre idosos de 65 a 100 anos utilizando a escala GAI e o estudo de Oliveira et al (2006) que, com outro instrumento, identificou média de 7,7 em idosos de grupos de centros da terceira idade e média de 30,2 em idosos institucionalizados.

Os idosos que frequentam os grupos da terceira idade praticam atividades físicas, mentais, terapêuticas, de lazer e também convivem com outros idosos, através de conversas e trocas de experiências. Esse fato pode ter contribuído para que os níveis de ansiedade da amostra pesquisada tenha apresentado uma prevalência baixa. Estes achados corroboram a pesquisa de Almeida (2011) que descobriu que pessoas com atividade social e de lazer reduzidas apresentaram sintomas ansiosos mais elevados. Também confirma os achados de Cassilhas e cols (2010) que demonstram que o exercício físico de resistência e regularmente praticado aparece como uma estratégia não farmacológica para a redução dos níveis de ansiedade em idosos.

Para comparar o nível de ansiedade nas três instituições, utilizou-se uma Análise de Variância (ANOVA) tendo como variável dependente o escore no GAI e como variáveis independentes as três instituições. A análise revelou um efeito principal de Instituição, [$F(2,120) = 5,59, p < 0,05$]. Ou seja, os idosos da instituição CAIMI apresentaram um nível significativamente mais alto de ansiedade ($M = 8,14, DP = 5,73$) quando comparados com os idosos da UnATI ($M = 5,30, DP = 5,57$), $t(82) = 2,27, p < 0,05$ e idosos da UFAM ($M = 4,48, DP = 4,72$), $t(85) = 3,19, p < 0,05$, como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Níveis médios de ansiedade nos idosos das três instituições



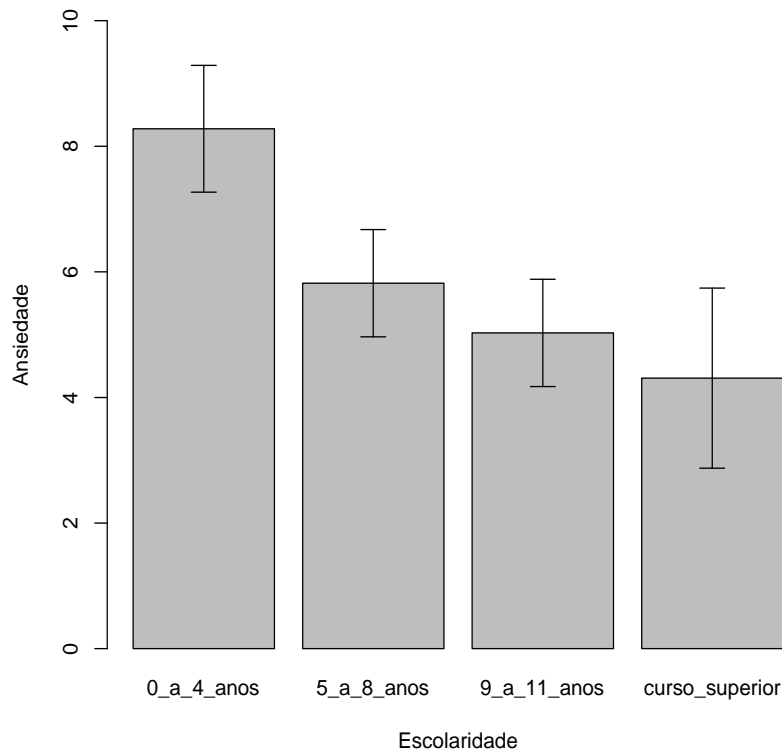
Fonte: pesquisa de campo

A ansiedade mais elevada na instituição CAIMI, deve-se, provavelmente, ao fato desta instituição prestar atendimento aos idosos a nível ambulatorial, ou seja, os idosos procuram inicialmente esta instituição para tratamento de saúde e depois, ao tomarem conhecimento pela equipe multidisciplinar das atividades desenvolvidas, alguns optam por participar das mesmas. Esse fato não ocorre com as outras instituições que tem por objetivo oferecer atividades aos idosos sem vínculo direto com o atendimento médico e psicológico.

Quanto à escolaridade, foi feita uma Análise de Variância tendo como variável independente os diferentes níveis de escolaridade. Os resultados mostraram que houve um efeito principal de escolaridade sobre a ansiedade, [$F(3,119) = 2,85, p < 0,05$], significando

que os idosos com menor nível de escolaridade apresentaram um nível significativamente mais alto de ansiedade quando comparado com os outros grupos (5 a 8 anos, 9 a 11 anos e nível superior), conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Variações dos níveis médios de ansiedade em função da escolaridade



Fonte: pesquisa de campo

Gonçalves (2011) identificou que idosos analfabetos e com escolaridade inferior a quatro anos apresentavam mais sintomas ansiosos e depressivos e maior declínio cognitivo. Yassuda (2008), no entanto, não encontrou relação significativa entre a ansiedade e a escolaridade. Porém, observou associação entre as queixas de memória e a ansiedade.

Pode-se supor que pessoas com baixa escolaridade apresentam menores condições de avaliar as situações da vida e a si mesmas, de forma crítica e condizente com a realidade, processando as informações de uma forma inadequada, elevando os níveis de ansiedade. No entanto, faltam dados que justifiquem essas afirmações, indicando a necessidade de novos estudos para melhor avaliar a relação entre baixa escolaridade e alta ansiedade.

5.3 Resiliência

A resiliência geral foi analisada pela soma dos pontos obtidos na Escala de Resiliência para Adultos (RSA) que varia de 33 a 231 pontos. Os idosos apresentaram um índice alto de resiliência na escala. Como indicado na Tabela 6, o escore médio geral foi de 183,12 e desvio padrão de 21,57. Os homens (n=12) apresentaram $M = 189,41$ e $DP = 16,07$ e as mulheres (n=111) apresentaram $M = 182,44$ e $DP = 22,03$.

Tabela 6 – Médias e desvios-padrão da soma dos escores gerais da resiliência dos idosos das três instituições

Sexo	Média	Desvio Padrão
Homens	189,41	16,07
Mulheres	182,44	22,03
Geral	183,12	21,57

Fonte: pesquisa de campo

O ponto médio da escala é 132 pontos. A menor pontuação obtida na amostra de 123 idosos foi 135. Então, podemos afirmar que todos os idosos apresentam-se resilientes. Este resultado indica que os idosos mesmo tendo passado por experiências difíceis ou desafiadoras ao longo de suas vidas, conseguiram um amadurecimento psíquico, social e cognitivo que possibilitaram um aprendizado sobre as maneiras particulares de enfrentar as adversidades.

Uma dessas dificuldades diz respeito à saúde em que mesmo apresentando algumas doenças de maior prevalência na fase da velhice como pressão alta, osteoporose, osteopenia, doenças gastrointestinais, artrite e que podem ser consideradas, segundo Poletto e Koller (2008), como variáveis ao risco, aprenderam a conviver com estas doenças, deram um novo sentido às dificuldades que apareceram e assim desconfiguraram-nas como risco, demonstrando sua resiliência.

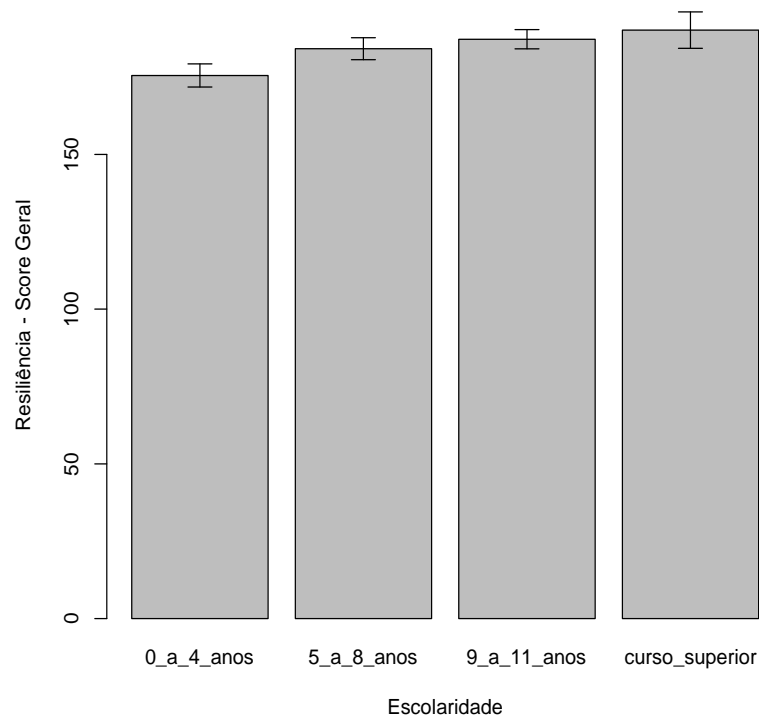
Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Zeng & Shen (2010) que afirmam que mesmo diante do acúmulo de condições negativas relativas a saúde e perdas afetivas, os idosos conseguem se manter resilientes.

Como observado na pesquisa, o fato dos idosos procurarem se manter em atividade ao participarem de grupos da terceira idade, indica a busca por um envelhecimento saudável em que além do exercício físico e mental, soma-se a interação com outras pessoas.

Ao comparar idade com resiliência, não foi encontrada correlação estatística entre ambas ($r = -0,05$; $p < 0,001$) contrariando estudos de Zeng & Shen (2010) que mencionaram a existência de forte evidência de que após ajustes nos fatores de saúde, os centenários são mais resilientes que idosos de faixas etárias mais baixas.

Conforme se pode observar na Figura 3, foi encontrada uma diferença marginalmente significativa entre grau de escolaridade e resiliência nos idosos estudados [$F(3,119) = 2,49$], indicando que neste estudo o nível de escolaridade não interfere na resiliência dos idosos.

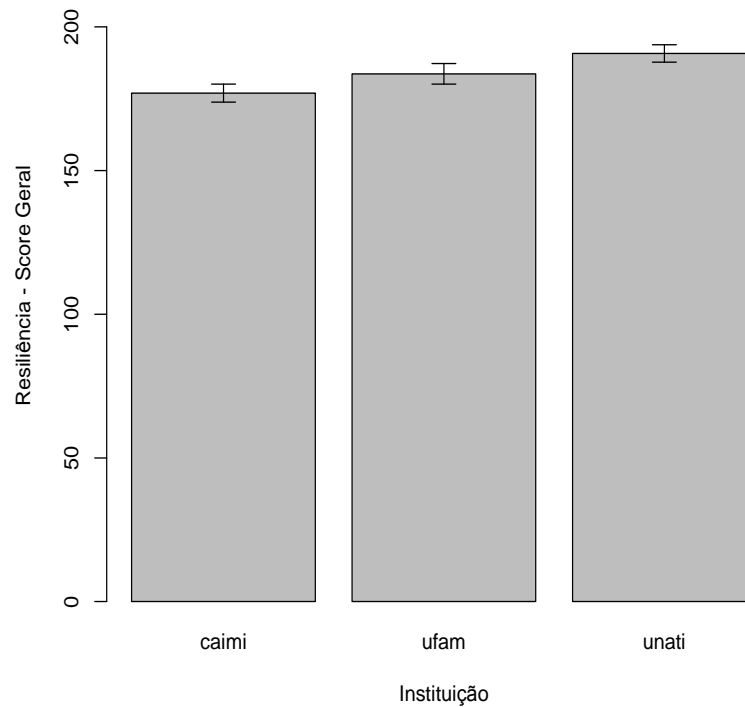
Figura 3 - Variações dos níveis médios de resiliência em função da escolaridade



Fonte: pesquisa de campo.

Com relação às instituições, a análise de variância (ANOVA) mostrou que houve um efeito principal, [$F(2,120) = 4,49$, $p < 0,05$]. Ou seja, os idosos da instituição UnATI apresentaram um nível significativamente mais alto de resiliência ($M = 190,77$, $DP = 18,21$) quando comparados com os idosos da instituição CAIMI ($M = 176,93$, $DP = 21,65$), [$t(82) = 3,09$, $p < 0,005$]. Quanto aos idosos da UFAM, não houve diferença significativa no nível de resiliência em comparação com os outros dois grupos, conforme indicado na Figura 4.

Figura 4- Níveis médios da resiliência nos idosos das três instituições



Fonte: pesquisa de campo

Para a análise dos seis fatores de resiliência, optou-se pelas médias dos pontos atribuídos aos itens de cada um dos seis fatores, os quais variam de 1 a 7. Escores mais altos indicam níveis mais elevados de resiliência. Na Tabela 7 encontram-se descritos os resultados referentes a essa análise.

Tabela 7 - Médias e Desvios-padrão dos seis fatores de resiliência dos idosos das instituições pesquisadas

Fatores da RSA	Média	DP
Percepção de Si Mesmo	5,80	0,98
Futuro Planejado	5,57	1,24
Competência Social	5,23	0,77
Estilo Estruturado	5,46	1,00
Coesão Familiar	5,15	0,82
Recursos Sociais	5,98	0,90

Fonte: pesquisa de campo

Houve pouca variação entre as médias dos seis mecanismos de proteção, haja vista que a menor média é 5,15 e a maior 5,98. Essas médias são altas, pois o máximo possível seria 7,0. Esses resultados indicam que os 123 idosos da amostra apresentam níveis elevados e homogêneos de resiliência em todos os seis fatores da escala RSA.

O maior escore foi observado no fator de Recursos Sociais ($M = 5,98$), significando que os idosos, em sua maioria, podem contar com amigos e pessoas fora do seu círculo familiar para encorajamento e ajuda nas situações difíceis.

O segundo maior escore foi a Percepção de Si Mesmo, indicando que os idosos confiam em suas capacidades, apresentam autoeficácia e uma visão realista e positiva a cerca de si mesmo. Deste modo diante de situações interpretadas como risco, apresentam recursos internos para lidar e superar estas situações.

O terceiro escore foi o fator Futuro Planejado, o qual apresentou maior oscilação em torno da média (desvio padrão maior) significando que os idosos apresentam uma visão otimista do futuro, possuem habilidade de planejamento e estabelecimento de metas claras e alcançáveis.

O quarto escore médio foi Estilo Estruturado, significando que os idosos costumam organizar o próprio tempo e manter regras e rotinas para suas vidas. Porém, talvez por acreditarem que não tenham muito tempo de vida, nem sempre apresentam objetivos claros e definidos a alcançar, preferindo viver um dia de cada vez. E quando os têm preferem estabelecê-los em curto prazo.

O quinto escore foi a Competência Social que apresentou menor oscilação em torno da média (desvio padrão menor), significando que a maioria dos idosos apresenta habilidade em iniciar contatos verbais, flexibilidade nas interações sociais, estabelecem novas amizades e sentem-se a vontade nos ambientes sociais. Essas habilidades são percebidas não apenas pelo interesse em participar das atividades oferecidas pelos locais que frequentam, mas também em formar rodas para conversarem antes, nos intervalos e ao final das atividades.

O sexto e menor escore médio foi no fator Coesão Familiar. Ainda assim é relevante ($M = 5,15$) e aparece como um mecanismo de proteção, significando que os idosos consideram sua relação familiar de qualidade em relação à comunhão de valores e visão de futuro, de união, lealdade e simpatia mútua.

5.4 Otimismo

Os idosos da amostra apresentaram um grau elevado de otimismo em termos de expectativas em relação a eventos futuros de acordo com o Teste de Orientação da Vida (TOV-R), o qual varia de 0 a 24 pontos. Como indicado na Tabela 8, a média geral para os 123 idosos foi 20,46 e o desvio padrão, 2,82. Os homens apresentaram $M = 21,0$ e $DP = 2,52$, enquanto as mulheres obtiveram $M = 20,40$ e $DP = 2,86$.

Tabela 8 - Médias e desvios-padrão do otimismo dos idosos das três instituições

Sexo	Média	DP
Homens	21,0	2,52
Mulheres	20,40	2,86
Geral	20,46	2,82

Fonte: pesquisa de campo

Conforme demonstrado na Tabela 9, a pontuação dos participantes variou de 8 a 24 pontos na escala em que o termo médio é 12. As maiores frequências ocorreram entre os escores 20 e 24 correspondente a 67,5% dos idosos, confirmando o otimismo elevado desta população.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos em função dos escores brutos no TOV-R

Escore Bruto	F	%
8	1	,8
13	1	,8
14	1	,8
15	2	1,6
16	5	4,1
17	7	5,7
18	14	11,4
19	9	7,3
20	18	14,6
21	12	9,8
22,0	17	13,8
23,0	20	16,3
24,0	16	13,0
Total	123	100,0

Fonte: pesquisa de campo

O grau elevado de otimismo nos idosos indica que eles mantêm expectativas favoráveis a cerca do futuro e acreditam que conseguirão ter êxito diante dos problemas, dificuldades e desafios.

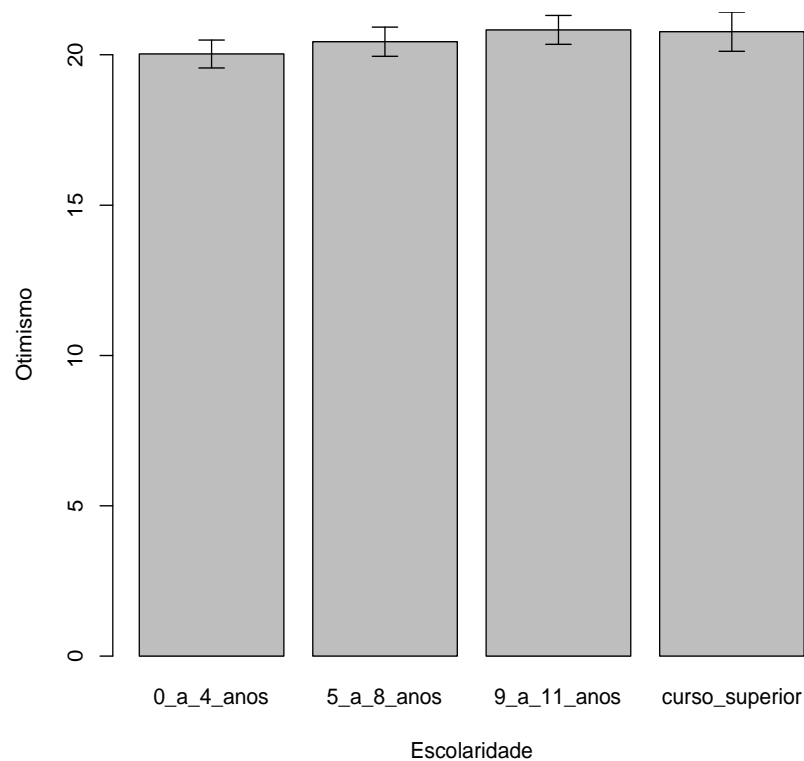
Esta maneira mais otimista de perceber a vida, somado a crença de que conseguirão alcançar seus objetivos, como mencionado por Hjelle, Belongia & Nasser, (1996 apud BANDEIRA et al 2002), possibilitam um empenho mais acentuado na busca destes objetivos.

Não foi encontrada correlação significativa entre a expectativa otimista e idade ($r = 0,01$). Na literatura podem-se encontrar depoimentos de idosos centenários que têm no otimismo um recurso para chegarem à longevidade como citado por Mussi (2012).

Joop e Rott (2006, apud FONTES, 2010) também mencionam que autoeficácia e otimismo contribuem para suavizar o impacto das perdas em idosos centenários, atuando como recursos protetores do envelhecimento.

Não foi encontrada diferença no nível do otimismo em função da escolaridade, como demonstrado na Figura 5.

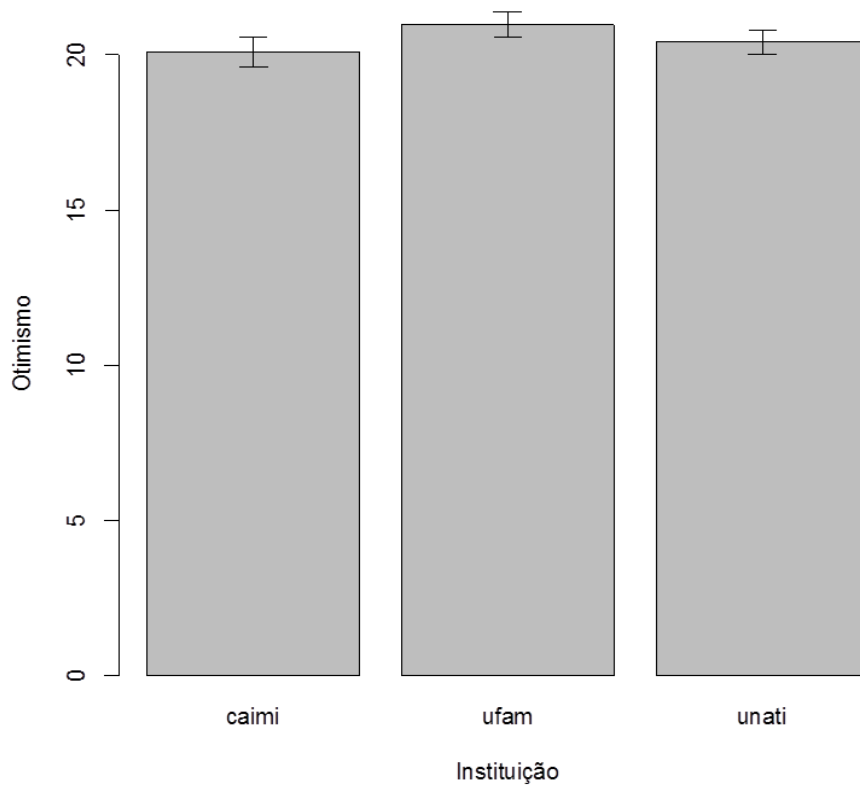
Figura 5 – Variações dos níveis médios de otimismo em função da escolaridade



Fonte: pesquisa de campo

Conforme a Figura 6, não foi encontrada diferença no nível de expectativa otimista dos idosos entre as três instituições pesquisadas, ou seja, o otimismo tende à igualdade entre os idosos das três instituições.

Figura 6 – Níveis médios do otimismo nos idosos das três instituições

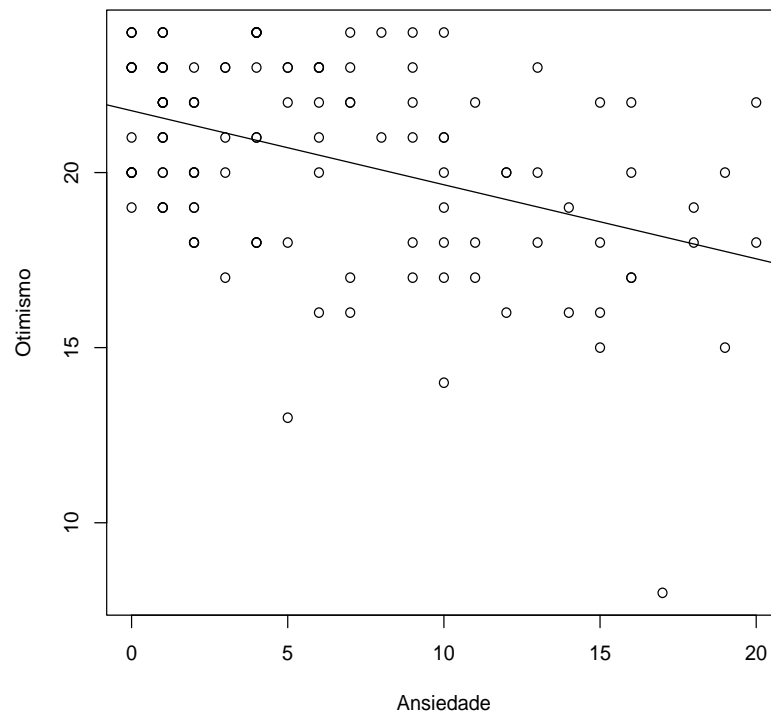


Fonte: pesquisa de campo

5.5 Relação entre ansiedade e otimismo

Com objetivo de examinar a relação entre a ansiedade e o otimismo, realizou-se a análise de correlação de Pearson envolvendo os escores gerais das duas variáveis. Os resultados evidenciaram uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa entre a ansiedade e o otimismo, ($r = -0,42, p < 0,001$). Esta correlação é identificada mediante o diagrama de dispersão, na Figura 7.

Figura 7 - Correlação entre ansiedade e otimismo



Fonte: pesquisa de campo

A partir deste resultado pode-se afirmar que idosos que apresentam um nível elevado de expectativa otimista apresentam índices baixos de ansiedade. Ainda assim, dentre os 23 idosos (18,7%) que apresentaram o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) encontram-se idosos otimistas, embora em menor quantidade.

Este resultado corrobora as pesquisas realizadas pela psicologia positiva citadas por Boniwell (2006), as quais indicam que as pessoas otimistas sofrem menos de ansiedade ao lidarem com situações difíceis na vida.

O otimismo apresentado pelos idosos indica que mesmo enfrentando problemas de saúde e outros relacionados a perdas afetivas e sociais, tendem a aceitar estes acontecimentos ao mesmo tempo em que acreditam que coisas boas acontecerão em suas vidas, afastando os sentimentos negativos como a ansiedade ao adotar um modo de pensar mais construtivo e coerente com a realidade.

5.6 Relação entre resiliência e ansiedade

O exame da relação entre resiliência e ansiedade foi feito através do coeficiente de correlação de Pearson envolvendo os seis fatores da resiliência (Percepção de Si Mesmo;

Futuro Planejado; Competência Social; Estilo Estruturado; Coesão Familiar e Recursos Sociais), seu escore geral e o escore geral da ansiedade.

Conforme demonstrado na Tabela 10, a resiliência geral correlacionou-se negativamente com a ansiedade geral ($r = -0,47$, $p < 0,001$). Os seus seis fatores também tiveram correlações significativas com a ansiedade.

Tabela 10 - Correlações entre os seis fatores da RSA, o escore geral da RSA e a ansiedade

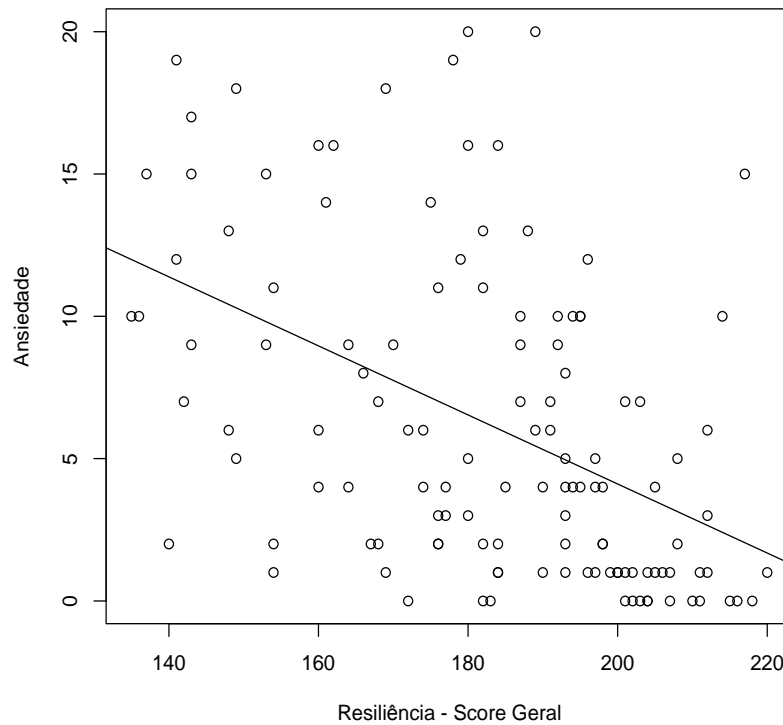
Fatores da RSA	Ansiedade
Percepção de Si Mesmo	-0,39***
Futuro Planejado	-0,41***
Competência Social	-0,27***
Estilo Estruturado	-0,29***
Coesão Familiar	-0,27***
Recursos Sociais	-0,32***
RSA Geral	-0,47***

Fonte: pesquisa de campo

Nota. *** $p < 0,001$

A correlação entre resiliência e ansiedade também pode ser visualizada mediante a figura 8, na qual se percebe que os idosos resilientes apresentam níveis baixos de ansiedade. Os idosos que têm Transtorno de Ansiedade Generalizada também apresentam níveis mais baixos de resiliência.

Figura 8 - Correlação entre ansiedade e resiliência



Fonte: pesquisa de campo

Idosos quando estão com nível de ansiedade elevado terão provavelmente mais dificuldade em iniciar contatos verbais, em se sentir mais a vontade diante de outras pessoas. No entanto, se apresentam resiliência, mesmo que seja baixa, tenderão a procurar romper esta barreira e estabelecer relações interpessoais.

Nos estados de ansiedade as pessoas consideram seus recursos de enfrentamento insuficientes. As informações são interpretadas mais em termos de fraqueza do que de força. (CLARK & BECK, 2012). Porém, quando os idosos passam a acreditar em seu potencial e capacidade, a terem uma visão positiva e realista deles mesmos, representadas pela percepção de si mesmo, tendem a ter pensamentos mais positivos, enfrentar as dificuldades e diminuir os níveis de ansiedade. Do mesmo modo, ao encontrarem pessoas fora do seu círculo familiar que os apoie e com as quais sintam que podem contar, também se sentirão mais capazes de enfrentar as dificuldades.

A resiliência geral é ancorada por cada um dos seis fatores que dependendo da situação surgem para ajudar no enfrentamento das adversidades. Assim percebe-se a dinamicidade da resiliência, conforme citada por Grotberg (2005).

Os resultados da pesquisa mostraram que pessoas com mais resiliência apresentaram menores níveis de ansiedade, o que se correlaciona com a menção feita por Hiewe e col. (2000 apud GROTBORG, 2005), de que pessoas resilientes ao serem capazes de enfrentar as adversidades, promovem sua saúde mental e emocional, diminuindo os sinais emocionais negativos como a ansiedade.

5.7 Relação entre resiliência e otimismo

O exame da relação entre resiliência e otimismo foi feita mediante a análise de correlação de Pearson envolvendo todos os fatores da resiliência, seu escore geral e o escore geral do otimismo.

A resiliência geral correlacionou-se positivamente com o otimismo geral ($r = 0,64$ $p < 0,001$), assim como os seis fatores. Todos apresentaram correlações positivas significativas.

A maior correlação ocorreu entre otimismo e os fatores percepção de si mesmo e futuro planejado. O valor da correlação mostrou-se baixa apenas no fator competência social, enquanto nos outros foi considerada moderada, conforme demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Correlações entre os seis fatores da RSA, o escore geral da RSA e o otimismo

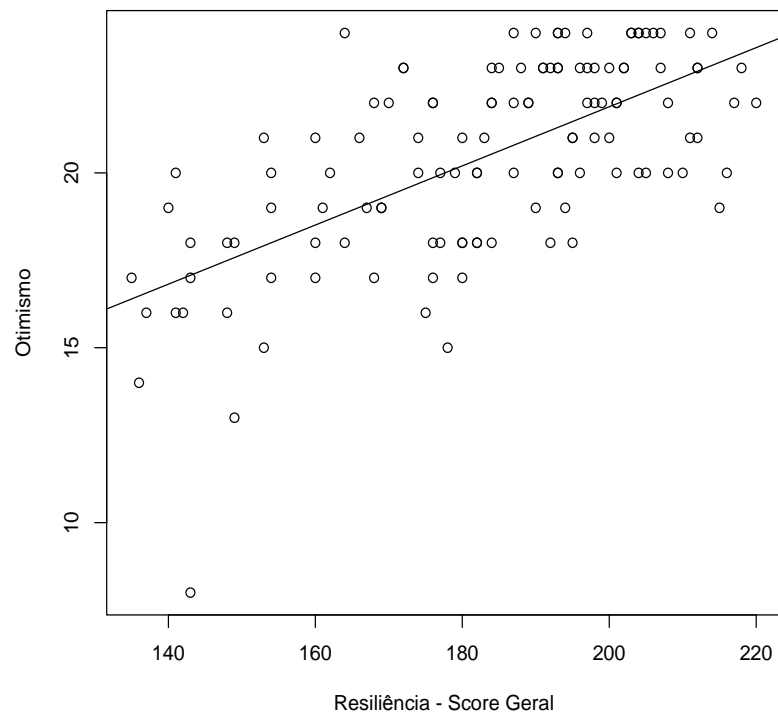
Fatores da RSA	Otimismo -TOV-R
Percepção de Si Mesmo	-0,55***
Futuro Planejado	-0,53***
Competência Social	-0,30***
Estilo Estruturado	-0,41***
Coesão Familiar	-0,42***
Recursos Sociais	-0,46***
RSA Geral	-0,64***

Fonte: pesquisa de campo

Nota. *** $p < 0,001$

A partir deste resultado pode-se afirmar que idosos com alta resiliência apresentam-se como mais otimistas. Idosos menos otimistas apresentaram resiliência mais baixa, mas ainda assim não deixam de ser resilientes como se percebe na Figura 9.

Figura 9 - Correlação entre resiliência e otimismo



Fonte: pesquisa de campo

Os resultados da pesquisa ao correlacionar positivamente o otimismo com a resiliência indicam que no geral os idosos com expectativa otimista direcionam suas vidas para obter resultados de sucesso (positivos), buscam solucionar seus problemas, acreditando em si mesmos, em suas capacidades. Procuram ver as situações de uma forma positiva, acreditando que conseguirão lidar com os problemas e superá-los. Estes resultados confirmam Martin Seligman (2011) quando menciona que as pessoas mais otimistas apresentavam pensamentos positivos de superação conseguindo se recuperar mais rapidamente das situações adversas. Resultados semelhantes também foram observados em pesquisa de Ong et al (2006 apud ZENG & SHEN, 2010), as quais encontraram que pessoas resilientes são mais propensas a manterem emoções positivas que promovem resiliência.

Ao levar em consideração a idade e problemas de saúde que apresentam, alguns idosos mencionaram não fazerem planos em longo prazo, mas a curto e médio prazo. Ainda assim, ao estabelecerem objetivos, acreditam que poderão realizá-los e empenham-se para tal, demonstrando uma visão otimista para com seu futuro, mesmo sabendo que terão que enfrentar situações difíceis relacionadas a aspectos externos e internos. Estes resultados encontrados reforçam o que Carver & Scheier (2002) mencionaram sobre a influência que a

expectativa para o futuro exerce na forma como as pessoas enfrentam as situações de adversidade e desafio e no sucesso com que lidam com elas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propôs-se a investigar a relação entre as variáveis: ansiedade, resiliência e otimismo em idosos. Para tal utilizou metodologia que possibilitou o alcance dos objetivos propostos.

Contemplando inicialmente os objetivos específicos, pode-se afirmar que foi possível alcançá-los seguindo a proposta metodológica. Perguntas de interesse sobre questões que envolvem os idosos, bem como as questões norteadoras que guiaram a pesquisa puderam ser respondidas, atentando-se para algumas limitações metodológicas. Em resposta a cada objetivo estabelecido, obtiveram-se as seguintes conclusões:

- A maioria dos idosos da amostra apresentaram ansiedade considerada normal, seguida do Transtorno de ansiedade ainda não demonstrado e por último, com uma menor incidência, o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Sendo que níveis maiores de ansiedade foram encontrados na Instituição CAIMI, provavelmente por ser das três instituições a que comporta um quadro de profissionais da área da saúde para atender aos idosos a nível ambulatorial. É interessante mencionar, embora não tenha sido objeto deste estudo, que idosos procuram a especialidade de clínico geral para relatar sobre os sintomas de ansiedade, sem saberem ao certo que se trata de um transtorno que merece um acompanhamento mais especializado, o que pode ser investigado com mais detalhes em estudos posteriores.

Outro aspecto a destacar é que os idosos que apresentaram maiores níveis de ansiedade apresentaram um nível de escolaridade menor. No entanto, há necessidade de mais informações que possibilitem ampliar essa discussão.

- Todos os idosos da amostra se mostraram resilientes. O nível foi elevado e pode ser percebido também pelos seis fatores de resiliência (Percepção de Si Mesmo, Futuro Planejado, Competência Social, Estilo Estruturado, Coesão Familiar e Recursos Sociais). Os mesmos funcionam como mecanismos protetores frente às adversidades. No estudo, seus resultados ficaram acima da média indicando que a superação das adversidades ocorre mediante a dinâmica entre os mecanismos protetores, as situações identificadas como de risco e o modo particular de cada pessoa interpretar os fatos e achar alternativas criativas para enfrentar as situações.

As médias altas nestes fatores demonstram um papel importante na superação das adversidades, pois indicam o modo como os idosos lidam com as situações e mudanças. Assim, de modo geral os idosos podem contar com o apoio de pessoas fora do seu círculo familiar, acreditam em suas capacidades de enfrentar desafios e superá-los, mantêm uma

visão otimista da vida, com a crenças de que conseguirão resolver os problemas. Neste sentido a religião tem um papel importante que ajuda a manter a crença em dias melhores diante das dificuldades. Os contatos sociais que os idosos estabelecem ao participarem dos grupos de atividades e das “rodas de conversas”, também são muito significativos e representam papel importante para a saúde e qualidade de vida, pois reforça a autoestima, a autonomia e autoeficácia e a possibilidade de novas relações. A organização do próprio tempo, com o estabelecimento de rotinas, auxiliam os idosos na condução de suas vidas. A relação com os familiares, de modo geral mostrou-se positiva. Encontram apoio quando necessitam e sentem-se bem no seio familiar.

- Os idosos apresentaram um grau elevado de otimismo. Portanto, esperam que acontecimentos bons ocorram em suas vidas. Apresentam pensamentos positivos e confiança em que mesmo diante de situações difíceis, coisas boas acontecerão.

Quanto a uma das questões norteadoras que envolvem o otimismo e que questiona se “o otimismo contribui para o desenvolvimento da resiliência e o controle da ansiedade”, o tipo de estudo (transversal) e os instrumentos utilizados não possibilitaram identificar relações causais entre as variáveis, mas apenas as correlações entre as mesmas. Assim, os resultados obtidos não permitem afirmar que o otimismo contribui para o desenvolvimento da resiliência e controle da ansiedade, mas permitem afirmar que pessoas otimistas apresentam alta resiliência e baixa ansiedade.

Com a metodologia utilizada foi possível atingir o objetivo do estudo que era de investigar a relação existente entre a ansiedade, resiliência e otimismo.

Identificou-se uma correlação positiva entre resiliência e otimismo e uma correlação negativa destes com a ansiedade. Ou seja, os idosos que apresentaram níveis elevados de resiliência também apresentaram níveis elevados de otimismo. Na maioria dessas pessoas, a ansiedade apresentou-se em nível considerado normal.

Os idosos que acreditam em suas capacidades de enfrentar e resolver problemas, que possuem uma visão positiva sobre eles e as situações, que buscam crescer com as adversidades, que acreditam que os objetivos traçados são possíveis de serem alcançados, refletem uma visão otimista do futuro e um comportamento resiliente.

Pode-se inferir que essa maneira positiva, consciente, centrada, dos idosos se posicionarem diante da vida, ajuda quando estão atravessando momentos difíceis. Ajuda inclusive no manejo da ansiedade, tendo em vista que ao perceberem que começam a manifestar um funcionamento inadequado quanto à interpretação deturpada de certas situações vistas como ameaçadoras, podem reverter o processo, acessando seu pensamento

construtivo, acreditando em sua capacidade de enfrentar as ameaças percebidas, e tendo uma expectativa de resultado positiva, controlando possíveis preocupações. Nesses casos, utilizam uma estratégia de enfrentamento e não de fuga, alcançando resultados positivos.

Embora não fosse objetivo do estudo comparar os idosos das três instituições pesquisadas, pode-se tecer alguns comentários a respeito dos mesmos. Chamou atenção que os idosos das três instituições mostraram-se resilientes, sendo que os idosos que frequentam a UnATI mostraram-se mais resilientes do que os que frequentam o CAIMI. Já os que frequentam a UFAM não demonstraram diferenças significativas em relação às outras duas instituições. Não se pode afirmar que este fato esteja relacionado com o nível de escolaridade que é maior na UnATI, tendo em vista que segundo análises estatísticas deste estudo, a escolaridade teve apenas um efeito marginal no nível de resiliência.

Os idosos do CAIMI apresentaram um maior nível de ansiedade em comparação com os idosos das outras instituições. Essa diferença talvez possa ser explicada pelo fato que os idosos do CAIMI, inicialmente o procuram para consulta médica. Depois, ao tomarem conhecimento das atividades existentes, alguns optam por frequentá-las.

Os idosos mostraram-se otimistas nas três instituições, sem que houvesse diferença significativa entre elas. No que diz respeito à escolaridade, esta não interferiu no nível de otimismo dos idosos.

Na literatura sobre resiliência, otimismo e ansiedade, predominam estudos com crianças, adolescentes e adultos jovens, o que torna relevante esta pesquisa com idosos, pois possibilita a ampliação de conhecimentos sobre esta população.

Este estudo apresentou algumas limitações que podem ser superadas em estudos posteriores. Uma delas refere-se à comparação entre gêneros, a qual não foi possível devido ao número reduzido de pessoas do sexo masculino, decorrente de serem poucos os frequentadores das instituições e também por se esquivarem em contribuir com a pesquisa. Outra, diz respeito à escolaridade, a qual pode ser melhor investigada visando compreender possíveis correlações com as três variáveis do estudo.

Em pesquisas futuras, sugere-se realizar estudos com idosos que não praticam atividades nos grupos da terceira idade a fim de comparar e identificar possíveis diferenças quanto aos resultados desta pesquisa.

Os resultados obtidos possuem alcance descritivo e explicativo para a amostra pesquisada. Portanto, embora possa ser generalizado para outras amostras de idosos, deve ser feito com cautela, devido ao seu poder limitado de generalização. Além disso, o delineamento transversal utilizado permite que se considerem os resultados como exploratórios.

O envelhecimento saudável não depende apenas do esforço e das escolhas que as pessoas fazem na vida, mas também das contingências que a vida impõe às pessoas. Vai além dos fatores biomédicos que leva a perceber a velhice como fracasso do corpo. Abrange os fatores psicossociais, as atividades que o idoso possa desenvolver e que o faz sentir-se valorizado em sua autoestima. O envelhecimento, a fase da velhice, faz parte de um modelo multidimensional que deve ser conhecido por todos, mas especialmente, pelos profissionais que trabalham com esta população.

O idoso não é só biológico, mas psicológico, social e espiritual. A relação que estabelece com o meio é fundamental. A percepção que tem de sua vida, das mudanças que vão ocorrendo e as aprendizagens que vai adquirindo, contribuem para uma ressignificação da própria vida. Cada um a sua maneira, pois a heterogeneidade entre idosos é fato. Sendo assim, cada pessoa vai encontrando a sua maneira de lidar com o passar do tempo, com as adversidades e superá-las.

Dentro desse contexto, encontram-se idosos com problemas crônicos de saúde, que consideram sua saúde regular, mas por terem uma visão otimista e atitudes positivas em relação a própria velhice, identificam na mesma não apenas o lado negativo, os problemas dela decorrentes, mas também as possibilidades. Aprendem a conviver com os problemas, a buscar solucioná-los ou amenizá-los e a sentirem satisfação por estarem vivos e visualizando objetivos a serem alcançados. Desta forma vão ajudando a mudar as concepções negativas da velhice, mostrando que podem assumir novos papéis na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. L. C. M. S. **Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados**. Lisboa, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2011. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1696/TESE%20LURDES%20final_Entregue.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 maio 2012.
- ALWAHHABI, F. **Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review**. Harvard Review of Psychiatry, v. 11, n. 4, p. 180-193, 2003. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/10673220303944>>. Acesso em: 25 maio 2013.
- ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro: FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseMonicaAssis.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.
- BANDEIRA, M. et al **Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R)**. Estudos de Psicologia, v. 7, n. 2, p. 251-258, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a06v07n2.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2013.
- BATISTONI, S.S.T. **Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos**. Psicologia em Pesquisa. Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 13-22, jul.-dez., 2009. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2009/09/v3n2a03.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2012.
- BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. **O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência**. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 101-118, set. 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10053>>. Acesso em 27 maio 2013.
- BONIWELL, I. **Positive Psychology in a Nutshell: A balanced introduction to the Science of optimal functioning**. London: PWBC, 2006.
- BOWLING, A.; DIEPPE, P. What is successful aging and who should define it? British Medical Journal, v. 331, n. 7531, p. 1548-1551, 2005. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1322264/>>. Acesso em: 18 fev. 2014.
- BRASIL. Lei nº8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Presidência da República, Casa civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF, 4 jan.1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm> Acesso em: 16 mar. 2013.

BRASIL, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Presidência da República, Casa civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF, 1 out. 2003. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm> Acesso em 16 mar. 2013.

BYRNE, G. J. A. **What happens to anxiety disorders in later life?** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 1, p. 74-80, 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8861.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. Promovendo a saúde do idoso na comunidade. In: SANTOS, I.; DAVID, H. M. S. L.; TAVARES, C. M. M. (Org.). **Enfermagem e campos de prática em Saúde coletiva**. São Paulo: Atheneu, 2008. p.41-48.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Características sócio-demográficas da população idosa. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Os novos idosos brasileiros: Muito além do 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Disponível em:

<<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoa-idosa/Livro%20Os%20novos%20Idosos%20Brasileiros%20-%20muito%20alem%20dos%2060.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

CAMARANO, A. A. Demografia do envelhecimento. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 41-4.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **Envelhecimento da população brasileira**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 725-733, mai.-jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CARVALHO, V. D. Resiliência e socialização organizacional de novos servidores: Um estudo transcultural. Natal: UFRN, 2009. Tese (Doutorado em Psicologia), Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Disponível em:

<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/8564/1/VirginiaDC_TESE.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. Optimism. In SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds). **Handbook of positive psychology**. New York: Oxford University Press, 2002. p. 231-243.

Disponível em: < <http://elearning.zaou.ac.zm:8060/Philosophy-Psychology/Handbook%20of%20Positive%20Psychology%20-%20Shane%20J.%20Lopez%202005.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; SEGERSTROM, S. C. **Optimism**. Clinical Psychology Review, v. 30, n.7, p. 879-889, 2010. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027273581000019X>>. Acesso em: 16 fev.2014.

CASSILHAS, R.C. et al. **Mood, anxiety, and sérum IGF-1 in elderly men given 24 weeks of high resistance exercise**. Perceptual and Motor Skills, v.110, n.1, p265-76, 2010.

Disponível em:

< <http://www.amsciepub.com/doi/abs/10.2466/pms.110.1.265-276>>. Acesso em 16 fev. 2014

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Ciência e prática**. Tradução Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2012. 640 p.

CONSENZA, R. M. & MALLOY-DINIZ, L. F. Envelhecimento saudável, resiliência cognitiva e qualidade de vida. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. (org.). **Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed. p.438-446, 2013.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO) EM 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 19 maio 2014

DIOGO, C.L.G. Transtorno de ansiedade no idoso. In: TERRA, N.L.; SILVA, R.; SCHIMIDT, O.F. (Org). **Tópicos especiais em geriatria II**. Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUCRS. Porto Alegre: EDIPUC, 2007.

DUGAS, M. J.; ROBICHAUD, M. **Tratamento Cognitivo-Comportamental para o Transtorno de Ansiedade Generalizada: Da ciência para a prática**. Tradução Monica Vidal e Antonia de Thuin. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva, 2009. 269 p.

FONTES, A. P. **Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span)**. Revista Kairós. São Paulo, n.7, p. 8-20, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/3917/2558>>. Acesso em: 29 maio 2012.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. Sentido de Vida e Envelhecimento. In: NERI, A. L. **Maturidade e Velhice: Trajetórias individuais e socioculturais**. São Paulo: Papyrus, 2001.

GABLE, S. L.; HAIDT, J. **What (and Why) Is Positive Psychology?** Review of General Psychology. v. 9, n. 2, p. 103–110, 2005.

GONÇALVES, A. R. B. M. **Declínio Cognitivo, Sintomas Ansiosos e Depressivos: estudo em idosos sob resposta social no Concelho de Coimbra**. Coimbra: ISMT, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, 2011. Disponível em: <<http://dspace.ismt.pt/bitstream/123456789/147/1/Ana%20Rita%20Gon%C3%A7alves.pdf>> Acesso em 01 mai. 2014.

GROTBERG, E. H. Introdução: Novas Tendências em Resiliência. . In: Melillo A.; Ojeda E. N.S. (Org). **Resiliência: descobrindo as novas fortalezas**. Tradução Valério Campos. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 15-22.

HJEMDAL, O. et.al. Exploring the psychometric properties of the Resilience Scale for Adults in a brasilian samples. In: ELIZUR, D. & YANIV, E. **Theory construction and multivariata analysis: Aplications of facet approach**. Israel: FTA Publications, 2009. part 4, p. 151-158.

INFANTE, F. A. Resiliência como um processo: Uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (Org). **Resiliência: descobrindo as novas fortalezas**. Tradução Valério Campos. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 23-38.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estudos e Pesquisa: Informação Demográfica e sociodemográfica, n. 28. Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, RJ: 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf. Acesso em: 16 mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2271>. Acesso em: 15 abr. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm. Acesso em 19 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. 2013. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2013/09/28/noticiasjornalcotidiano,3137628/brasil-tera-32-milhoes-de-idosos-aponta-estudo-do-ibge.shtml>

JESTE, D.V.; DEPP, C. A.; VAHIA, I. V. **Successful cognitive and emotional aging**. World Psychiatry. v. 9, n. 2, p.78-79, 2010. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912035/>. Acesso em: 22 mar. 2014

KNAPP, P. & Colaboradores. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed. 2008. 520 p.

KUYKEN, W.; PADESKY, C. A.; DUDLEY, ROBERT. Incorporação dos Pontos Fortes do cliente e desenvolvimento da resiliência. In: _____. **Conceitualização de Casos Colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental**. Tradução Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap.4.

LARANJEIRA, C. A. S. J. **Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura**. Psic.: Teor. e Pesq. v. 23, n. 3, p. 327-332, jul./set., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a12v23n3.pdf>. Acesso em 29 maio 2012.

LARANJEIRA, C. A. **Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R)**. Universitas Psychologica. Colombia, v. 7, n. 2, p. 469-476, mayo-ago., 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770213>. Acesso em: 25 fev. 2013

LIMA-COSTA M. F.; VERAS, R. **Saúde Pública e Envelhecimento**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-1, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001>.
Acesso em 17 mar. 2013.

LIMA, C. F.; OLIVEIRA, L.G. **A Perturbação da Ansiedade Generalizada**. Trabalho de licenciatura. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da cidade do Porto, 2005. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0018.PDF>>. Acesso em 18 fev. 2011.

LINHARES, et.al. **Perfil da Clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v16n2/a12v16n2.pdf>>. Acesso em 25 maio 2013.

LUZ, M. M. C.; AMATUZZI, M. M. **Vivências de Felicidade de Pessoas Idosas**. Estud. Psicol. Campinas, v. 25, n.2, p. 303-307, abr./jun., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000200014&lang=pt>. Acesso em 18 mar 2013.

MARTINY, C. et al. **Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)**. Rev. Psiq. Clín., v.38, n. 1, p. 8-12, 2011. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n1/pdf/08.pdf>> Acesso em 13 set. 2011.

MASTEN, A. S. **Ordinary magic: Resilience processes in development**. American Psychologist, v. 56, p. 227-238, Mar. 2001. Disponível em: <<http://homepages.uwp.edu/crooker/745-Resile/articles/Masten-2001.pdf>>. Acesso em 10 maio 2013.

MERCADANTE, E. Aspectos Antropológicos do Envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu. 1996. p. 73-76.

MOTTA, L. B. Processo do Envelhecimento. In SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 117-124.

MUSSI, L. H. **Atletas Olímpicos, atletas da vida. Recordistas do Longevidade**. Revista Portal de Divulgação, n. 27, a. 3, nov. 2012. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/302/302>>. Acesso em: 10 maio 2014.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001. 67 p.

NERI A. L.; YASSUDA, M.S. **Velhice Bem-Sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. 4.ed. Campinas,SP: Papirus, 2004. 224 p.

NERI, A. L. Conceitos e Teorias sobre o Envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. (org.). **Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. Porto alegre: Artmed. p. 17-42, 2013.

NIEMIEC, R. M.; WEDDING, D. **Psicologia Positiva dos Filmes: Usando filmes para construir virtudes e características fortes**. Tradução Sonia Strong. Barueri, SP: Novo Século Editora, 2012. cap.1.

OLIVEIRA, K. L. et al. **Relação entre ansiedade, depressão e desesperança em idosos**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p.351-359, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>>. Acesso em 27 maio 2012

PALUDO, S. S. ; KOLLER, S. H. **Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões**. *Paidéia*, v. 17, n. 36, p. 9-20, jan-abr. Ribeirão Preto-SP, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a02.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012

PACHANA, N. A. et al. **Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory**. *International Psychogeriatrics*, v. 19, n. 1, p. 103-114, 2007.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu. p. 313-23, 1996.

PATRICIO, K. P. et al. **O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400015&script=sci_arttext>. Acesso em 24 mar. 2013.

PAULA COUTO, M. C. P. **Fatores de Risco e Proteção na Promoção de Resiliência no envelhecimento**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) , Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11238/000606274.pdf?sequence=1>>. Acesso em 23 jul. 2012.

PAULO, D. L.V.; YASSUDA, M. S. **Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade**. *Rev Psiq Clín*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 23-6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a05v37n1.pdf>>. Acesso em 01 maio 2014.

PEGORARO, A. C. **Espiritualidade na Velhice: Um desafio para o campo religioso brasileiro**. *Revista Brasileira de História das Religiões – ANPUH*, Maringá (PR), v. 1, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pub.html>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

PESCE, R. P. et al. **Risco e Proteção: Um Equilíbrio Promotor de Resiliência**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v, 20, n. 2, p. 135-143, maio-ago. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2>. Acesso em 08 set. 2012.

PETERSON, C.; STEEN. Optimistic Explanatory Style. In SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, 2002. p. 244-256. Disponível em: < <http://elearning.zaou.ac.zm:8060/Philosophy-Psychology/Handbook%20of%20Positive%20Psychology%20-%20Shane%20J.%20Lopez%202005.pdf>>.

Acesso em: 11 maio 2013.

POLETTI, M.; KOLLER, S.H. **Contextos Ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção**. Estud. Psicol., Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-16, jul.-set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a09v25n3.pdf>>. Acesso em 08 set. 2012.

REBELO, H. **Psicoterapia na Idade Adulta Avançada**. Análise Psicológica, v.4, ano xxv, p.543-557, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n4/v25n4a01.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2011.

RESENDE, M. C. et al. **Saúde mental e envelhecimento**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n.1 p. 31-41, jan-mar. 2011
Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5315/6296>>
Acesso em 26 maio 2013

RIBEIRO, E. E. et al. **Projeto Idoso da Floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM, Brasil**. Rev. Bras. Geriat. Geront. v.11, n.3, p.307-326, 2008.

RIBEIRO, O. et al. **Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation**. Aging & Mental Health, v. 15, n. 6, p. 742-8, aug. 2011.

RODRIGUEZ, D. H. O humor como indicador de resiliência. In: Melillo A.; Ojeda E. N.S. (Org). **Resiliência: descobrindo as novas fortalezas**. Tradução Valério Campos. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 131-138.

RODRIGUES, N.O.; NERI A. L. **Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800023&lang=pt>. Acesso em 18 mar. 2013.

RUTTER, M. **Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance of psychiatric disorder**. British Journal of Psychiatry, 147, p. 598-611, 1985. Disponível em: <http://positiveemotions.gr/library_files/R/Rutter_Resilience_1985.pdf>. Acesso em 24 mar. 2013.

SANTOS, L. M. O. et al. **Resiliência e autoestima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/RN**. 2009. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT12/12.6.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2013.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar**. Tradução Cristina Paixão Lopes. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SHELDON, K. M.; KING, L. **Why Positive Psychology Is Necessary**. American Psychological Association, v. 56, n. 3, p. 216-217, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.psicosport.it/news/Articoli%20-%20Sheldon%20-%20Why%20Positive%20Psychology%20is%20necessary.pdf>>. Acesso em 11 maio 2013.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. Behaviorismo Social: O desafio cognitivo. In _____. **História da Psicologia Moderna**. 9.ed. Tradução Suely Sonoe Murai Cuccio. São Paulo: Cengage Learning, 2012. cap. 11. P. 308-9.

SILVA, A. I.; ALVES, V. P. **Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade**. Diálogos Possíveis, n. 14, p. 189-209, jan./jun. 2007.
Disponível em: <<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/14.pdf>>.
Acesso em 13 mar. 2013

SILVA, L. R. F. **Da Velhice à Terceira Idade: O percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan.-mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000100009&script=sci_arttext. Acesso em 4 mar. 2013.

SNYDER, C. R.; LOPES, S. J. **Psicologia Positiva: Uma abordagem Científica e Prática das Qualidades Humanas**. Tradução Roberto Catalho Costa. Porto Alegre: Artmed; 2008. 516 p.

STELLA, Florindo. Comorbidades Psiquiátricas: transtornos ansiosos. In: BOTTINO, C. M. C.; BLAY, S. L.; LAKS, J. **Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos do Humor em Idosos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. **Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida**. Psicol. USP. São Paulo, v. 19, n. 1, jan./mar. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100010&lang=pt>. Acesso em 18 mar. 2013.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume, 1994.

WETHERELL, J. L.; MASER, J. D. & VAN BALKOM, A. **Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, p. 401-402, 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2005.00545.x/pdf>>. Acesso em 25 maio 2013.

XAVIER, F. M. F. et al. **Transtorno de Ansiedade Generalizada em idosos com oitenta anos ou mais**. Rev. Saúde Pública, v. 35 n. 3. São Paulo, Jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102001000300013&script=sci_arttext>
Acesso em 12 jun. 2010

YUNES, M. A. M. **Psicologia Positiva e Resiliência: O foco no indivíduo e na família**. Psicol. Estud. Maringá, v.8, (num. esp.), p.75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em 27 maio 2012.

ZENG, Y.; SHEN, K. **Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity**. *Curr Gerontol Geriatr Res*. dez. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004383/>>. Acesso em 24 mar. 2013.

ZIMMERMAN, M. A. ARUNKUMAR. R. **Resiliency research: Implications for schools and policy**. Social Policy Report: Society for Research in Child Development. v. 8, n. 4, p. 1-

18, 1994. Disponível em: <<http://www.srcd.org/sites/default/files/documents/spr8-4.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2013.

ANEXOS

ANEXO A - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA – GAI

(Geriatric Anxiety Inventory, Pachana e Colaboradores, 2006)

Versão Brasileira Adaptada por C. Martiny, A. Silva, A. Nardi, N. Pachana, 2011

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Para algumas das afirmações que se seguem, pede-se a sua opinião sobre o que tem sentido durante a última semana. Se achar que o que está escrito se aplica ao seu caso, faça um (X) no espaço 'Concordo'. Se, pelo contrário, achar que o que está escrito não se aplica a sua situação, faça um (X) no espaço 'discordo'. Há ainda outras afirmações que indicam a frequência com que determinadas coisas lhe podem ter acontecido na última semana e pede-se, igualmente, que escolha a alternativa ('Concordo' ou 'Discordo') que estiver mais próxima do que se passou com você. Responda, por favor, a todas as afirmações. Não existem respostas certas ou erradas para estas afirmações porque as pessoas são diferentes umas das outras. O importante é responder de acordo com aquilo que sentiu (ou se passou com você) na última semana.

		Concordo	Discordo
01	Me preocupo em grande parte do tempo.		
02	Acho difícil tomar uma decisão.		
03	Sinto-me agitado com frequência.		
04	Acho difícil relaxar.		
05	Frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações.		
06	Pequenas coisas me aborrecem muito.		
07	Frequentemente sinto como se tivesse um "frio na barriga".		
08	Penso que sou preocupado.		
09	Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais.		
10	Frequentemente me sinto nervoso.		
11	Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso.		
12	Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações.		
13	Me vejo como uma pessoa nervosa.		
14	Sempre espero que o pior irá acontecer.		
15	Frequentemente me sinto tremendo por dentro.		
16	Acho que minhas preocupações interferem na minha vida.		
17	Minhas preocupações frequentemente me oprimem.		
18	Às vezes, sinto como se tivesse um grande nó no estômago.		
19	Perco coisas por me preocupar demais.		
20	Frequentemente me sinto chateado.		

ANEXO B – ESCALA DE RESILIÊNCIA PARA ADULTOS (RSA)

(Resilience Scale for Adults (RSA))

INSTRUÇÕES: Agora, por favor, leia cuidadosamente as afirmações abaixo e indique o quanto você geralmente, ou durante o último mês, tem sentido e pensado em relação a você mesmo e em relação a pessoas que são importantes para você. Coloque um X no espaço correspondente que melhor descreve como você se sente.

1. Quando algo imprevisto acontece	eu geralmente me sinto desorientado	1	2	3	4	5	6	7	eu sempre encontro uma solução
2. Os meus planos para o futuro são:	difíceis de concretizar	1	2	3	4	5	6	7	concretizáveis
3. Eu gosto de estar	com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	sozinho
4. Na minha família, a concepção do que é importante na vida é	bastante diferente	1	2	3	4	5	6	7	a mesma
5. Assuntos pessoais	eu não posso discutir com ninguém	1	2	3	4	5	6	7	eu posso discutir com amigos e familiares
6. Eu funciono melhor quando	eu tenho um objetivo a alcançar	1	2	3	4	5	6	7	eu vivo um dia de cada vez
7. Os meus problemas pessoais	eu sei como solucioná-los	1	2	3	4	5	6	7	são impossíveis de solucionar
8. Eu sinto que o meu futuro	é promissor	1	2	3	4	5	6	7	é incerto
9. Poder ser flexível em relações sociais	algo que eu não me importo com	1	2	3	4	5	6	7	é importante para mim
10. Eu me sinto	muito bem com a minha família	1	2	3	4	5	6	7	não me sinto bem com a minha família
11. Aqueles que me encorajam	são amigos e familiares	1	2	3	4	5	6	7	ninguém me encoraja
12. Quando vou fazer algo	me atiro direto nas coisas sem planejar	1	2	3	4	5	6	7	prefiro ter um plano
13. Nos meus julgamentos e decisões	tenho frequentemente incertezas	1	2	3	4	5	6	7	Acredito firmemente
14. Os meus objetivos	eu sei como atingi-los	1	2	3	4	5	6	7	eu estou incerto sobre como atingi-los
15. Novas amizades	tenho facilidade em me vincular	1	2	3	4	5	6	7	tenho dificuldades em me vincular
16. A minha família caracteriza-se por	desunião	1	2	3	4	5	6	7	boa união
17. A solidariedade entre os meus amigos	é ruim	1	2	3	4	5	6	7	é boa
18. Eu tenho facilidade para	organizar o meu tempo	1	2	3	4	5	6	7	perder o meu tempo
19. A crença em mim	me ajuda em períodos difíceis	1	2	3	4	5	6	7	pouco me ajuda em períodos difíceis
20. Os meus objetivos para o futuro são	vagos	1	2	3	4	5	6	7	bem pensados
21. Fazer contato com novas pessoas	é difícil para mim	1	2	3	4	5	6	7	eu tenho facilidade

22. Em momentos difíceis	a minha família mantém uma visão positiva do futuro	1	2	3	4	5	6	7	a minha família tem uma visão negativa do futuro
23. Quando algum membro da minha família entra em crise	eu fico rapidamente sabendo da situação	1	2	3	4	5	6	7	eu sou um dos últimos a ficar sabendo da situação
24. Regras e rotinas fixas	faltam no meu dia-a-dia	1	2	3	4	5	6	7	facilitam o meu dia-a-dia
25. Em adversidades eu tenho tendência a	ver as coisas de um jeito ruim	1	2	3	4	5	6	7	ver de um modo bom para que eu possa crescer
26. Quando estou na presença de outras pessoas	tenho facilidade em rir	1	2	3	4	5	6	7	não consigo rir
27. Em relação a outras pessoas, na nossa família nós	nos apoiamos pouco	1	2	3	4	5	6	7	somos leais
28. Eu tenho apoio	de amigos e familiares	1	2	3	4	5	6	7	não tenho apoio de ninguém
29. Acontecimentos na vida que para mim são difíceis	eu consigo lidar com eles	1	2	3	4	5	6	7	eu estou em constante estado de preocupação
30. Iniciar uma conversa interessante, eu acho	difícil	1	2	3	4	5	6	7	fácil
31. Na minha família nós gostamos	de fazer coisas em conjunto	1	2	3	4	5	6	7	de cada um fazer algo por si próprio
32. Quando preciso	eu não tenho nunca alguém que pode me ajudar	1	2	3	4	5	6	7	tenho sempre alguém que pode me ajudar
33. Os meus amigos/familiares próximos	valorizam as minhas qualidades	1	2	3	4	5	6	7	veem com maus olhos as minhas qualidades

(Developed by Odin Hjemdal and Oddgeir Friborg)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Local: _____

ANEXO C - TESTE DE ORIENTAÇÃO DA VIDA (TOV-R)

(Life Orientation Test - LOT-R, Scheier, Carver e Bridges, 1994)

Versão Brasileira Adaptada por Bandeira e Colaboradores

INSTRUÇÕES

Marque com um X as questões abaixo a respeito de você, indicando o seu grau de acordo, segundo a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
0	1	2	3	4

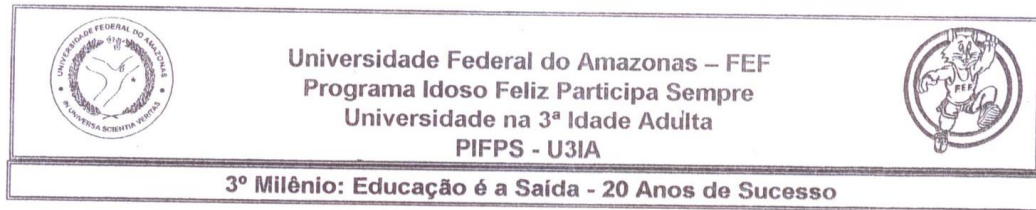
Seja o(a) mais sincero(a) possível e procure não deixar sua resposta a uma questão influenciar suas respostas às outras questões. Não há respostas certas nem erradas.

- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | É fácil para mim relaxar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Eu gosto muito da companhia de meus amigos e amigas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | É importante para mim manter-me em atividade. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Eu não me zango facilmente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas ruins. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Local: _____

ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA – PIFPS-U3IA-UFAM



TERMO DE ANUÊNCIA

Na qualidade de Coordenadora Geral do PIFPS-U3IA-FEFF-UFAM, declaro anuência a realização do Projeto de Pesquisa de Autoria da Mestranda em Psicologia PPGEP – UFAM Psicóloga Margareth Galvão dos Santos Presa, intitulado Ansiedade, Resiliência e Otimismo em Idosos orientado pela Profa. Dra. Maria Alice D'Ávila Becker, a realizar-se dentro do PIFPS-U3IA, o qual buscará informar e conseguir adeptos dentre os acadêmicos da 3ª Idade Adulta, conforme Critérios Éticos.

Manaus, 5 de junho 2013.

Rita Mana dos Santos Puga Barbosa
Prof.ª. Dra. Rita Mana dos Santos Puga Barbosa

Campus Universitário - Faculdade de Educação Física - Bloco "Idoso Feliz Participa Sempre"
Avenida General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 - Aleixo CEP. 69077-000 Manaus – AM
Telefax (092) 3305-4145 / 9116-1306

ANEXO E – TERMO DE ANUÊNCIA – UnATI / UEA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

À Universidade Aberta da Terceira Idade UnATI/UEA

Dr. Euler Ribeiro

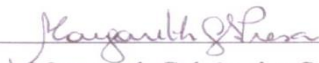
Diretor da UnATI

Estarei realizando uma pesquisa de mestrado que tem por objetivo investigar a ansiedade, a resiliência e o otimismo em idosos na cidade de Manaus. Este estudo prevê a participação total de 120 idosos que frequentam um dos três locais escolhidos para a realização da pesquisa conforme consta no projeto em anexo. Para tanto, solicito autorização para realizar esta pesquisa nesta instituição. A coleta de dados ocorrerá mediante a realização de entrevistas individuais e com respostas a quatro questionários/escalas a serem lidos pelo pesquisador que anotarás nos mesmos as respostas dos participantes.

Os participantes serão informados de que sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, tanto os participantes como os responsáveis pela instituição poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outro assunto relacionado a este estudo. Todos os cuidados serão mantidos para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes. O material desta pesquisa ficará sob a responsabilidade da pesquisadora. Dados individuais dos participantes que foram coletados no processo da pesquisa não serão informados às instituições envolvidas, mas deverá ser realizada uma devolução dos resultados às mesmas. Os procedimentos nesta pesquisa obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Mediante esta pesquisa espero contribuir com conhecimentos mais aprofundados sobre a fase da velhice no que diz respeito a ansiedade, resiliência e otimismo, bem como para uma melhor compreensão a respeito do enfrentamento das adversidades por parte dos idosos e dos aspectos positivos e saudáveis que eles possam apresentar.

Agradeço a colaboração desta instituição para a realização da pesquisa e coloco-me a disposição para esclarecimentos adicionais. A pesquisadora responsável por este estudo é a psicóloga Margareth Galvão dos Santos Presa que tem como orientadora a prof^a Dr. Maria Alice D'Ávila Becker da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Caso queiram contatar com a pesquisadora, poderá ser feito pelo telefone 99690074.

Manaus, 15 de maio de 2013



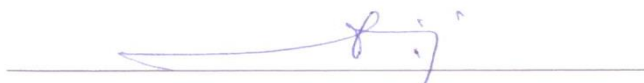
Margareth Galvão dos Santos Presa

Psicóloga Pesquisadora – CRP 20/107

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Ansiedade, Resiliência e Otimismo em Idosos”, sob a coordenação e a responsabilidade de Margareth Galvão dos Santos Presa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 16 de Maio de 2013



Nome – cargo
(carimbar)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
Prof. Dr. Euler Esteves Ribeiro
CRM 185 AM

ANEXO F – TERMO DE COMPROMISSO – SUSAM



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

TERMO DE COMPROMISSO Nº 001/2013-SUSAM que entre si celebram o ESTADO DO AMAZONAS, através da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, e o Sr(a) MARGARETH GALVÃO DOS SANTOS PRESA, na forma abaixo:

Aos 19 dias do mês de junho de 2013, nesta cidade de Manaus, na sede da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, situada a Av. André Araújo nº 701, Aleixo, presentes o ESTADO DO AMAZONAS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, doravante denominada simplesmente COMPROMITENTE, neste ato representado pelo seu titular Dr. WILSON DUARTE ALECRIM, brasileiro, casado, médico, portador da C.I. nº 454610 e CIC nº 005 521.782-68, domiciliado e residente nesta cidade na Rua Rio Madeira, nº 112 AP. 1202 – Nossa Senhora das Graças, CEP: 69053-030; e o(a) Sr(a) MARGARETH GALVÃO DOS SANTOS PRESA, portador(a) do C.I. nº 1084343-4 e CPF.279 507 862-72, domiciliada e residente nesta cidade na Avenida Desembargador João Machado nº 136 bl 5 B Ap 201 – Alvorada I, cep 69043-000 - Manaus/AM, doravante chamado COMPROMISSÁRIA e, tendo em vista o que consta nos Autos do Processo Administrativo nº 14488/2013 -SUSAM, doravante referido por PROCESSO e em consequência da Portaria nº 2792/2003-GSUSAM, na presença das testemunhas ao final nominadas, é assinado o presente TERMO DE COMPROMISSO, que se regerá, pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO - O presente Termo de Compromisso tem por objeto regular as atividades de pesquisa No Centro de Atenção Integral a Melhor Idade – André Araújo, para subsidiar única e exclusivamente a elaboração de dissertação de mestrado com aplicação de entrevistas individuais sobre Ansiedade, Resiliência e Otimismo na clientela daquela unidade de saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA: REGIME DE EXECUÇÃO – O trabalho de pesquisa será feito pessoalmente pelo COMPROMISSÁRIO junto à unidade de saúde anteriormente especificada

CLÁUSULA TERCEIRA: DA RESPONSABILIDADE DO COMPROMISSÁRIO – O COMPROMISSÁRIO assume nesta oportunidade, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, o compromisso de que em toda e qualquer publicação, total ou parcial, de trabalhos que se tenham utilizado os dados e informações coletados junto às instituições da Rede Estadual de Saúde, será incluído o crédito pela participação do Governo do Estado do Amazonas/SUSAM, bem como entregará mediante recibo, no prazo de 90(noveenta) dias a contar do término da trabalho, uma cópia encadernada do trabalho finalizado para compor o acervo da biblioteca da COMPROMITENTE

CLÁUSULA QUARTA: DO FORO – O foro do presente ajunte é o da Justiça Estadual da Capital, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

De tudo, para constar, foi lavrado o presente termo, em testemunhas abaixo, para que produza seus legais efeitos.

Manaus, 19 de junho de 2013.

WILSON DUARTE ALECRIM
Secretário de Estado de Saúde

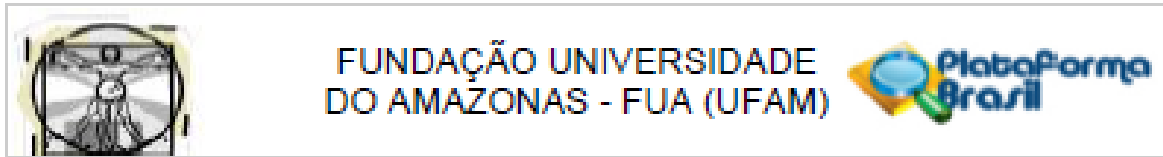
MARGARETH GALVÃO DOS SANTOS PRESA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
TESTEMUNHAS

a) R G Nº 10010 Daniel S. de Almeida

b)

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ansiedade, Resiliência e Otimismo em Idosos

Pesquisador: Margareth Galvão dos Santos Presa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19563213.9.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 394.074

Data da Relatoria: 28/08/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado apresentado pela pesquisadora Margareth Presa.

Resumo:

Esta pesquisa possui o objetivo de investigar a relação existente entre a ansiedade, a resiliência e o otimismo em Idosos. Os estudos iniciais sobre o Idoso centravam-se nos aspectos biológicos e na anatomia patológica o que reforçou uma visão negativa sobre a velhice, contrapondo-se a identificação de uma velhice mais saudável e produtiva encontrada entre os Idosos. Estes fatos somados a poucos estudos sobre a ansiedade,

resiliência e otimismo em Idosos, nos conduz a buscar compreender o que leva alguns Idosos diante de situações difíceis e adversas a conseguirem enfrentá-las e superá-las enquanto outros demonstram maiores dificuldades no enfrentamento e superação, deixando-se sucumbir pelas adversidades. Participarão deste estudo 120 Idosos com 60 anos ou mais que frequentam grupos da terceira Idade da cidade de Manaus. Para a coleta de dados serão aplicados individualmente um questionário de dados sociodemográficos e da saúde, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), a Escala de Resiliência para Adultos (RSA) e o Teste de Orientação da Vida (TOV-R). Os dados serão tratados estatisticamente por meio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Serão elaboradas estatísticas descritivas e Inferenciais das variáveis ansiedade, resiliência e otimismo, calculado a prevalência destas

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

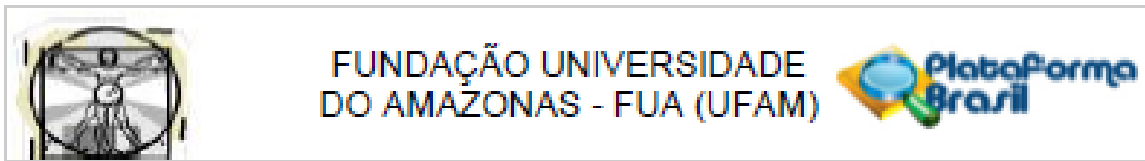
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 304.074

variáveis do estudo e realizadas correlações entre as mesmas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a relação existente entre a ansiedade, a resiliência e o otimismo em idosos.

Objetivo Secundário:

1- Identificar a prevalência da ansiedade em Idosos.2- Identificar a prevalência da resiliência em Idosos.3- Identificar a prevalência de otimismo em Idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não oferece riscos físicos. Quanto a riscos emocionais, podem ocorrer lembranças desagradáveis relacionadas a situações vividas. Nestes casos e se necessitar o participante terá a assistência adequada.

Benefícios:

Conhecer sobre o tema da pesquisa e compreender não apenas sobre as dificuldades e problemas que circundam a velhice, mas também a respeito dos aspectos saudáveis, das forças que os Idosos possam apresentar no sentido de enfrentar as situações adversas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa transversal, com descrições quantitativas acerca das prevalências e correlações dos construtos estudados.3.1. LocalA pesquisa será desenvolvida nos locais descritos a seguir, os quais prestam serviços aos Idosos.1-Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI)Dr. André Araújo vinculado a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM). Esta unidade de saúde presta serviços ambulatoriais a população de 60 anos ou mais por meio das especialidades de clínica geral, neurologia, gastroenterologia, oftalmologia, odontologia, fisioterapia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, terapia ocupacional além de oferecer atividades como ginástica, artesanato, oficina da memória, oficina do equilíbrio.2-Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, vinculada a Universidade do Estado do Amazonas - UEA, oferece cursos e oficinas livres ao Idoso, tais como dança, coral, teatro, informática, oficina da memória, ginástica da longevidade, pilates.3-Programa Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade adulta (PIFPS-U3IA), vinculado a Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Oferecem

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

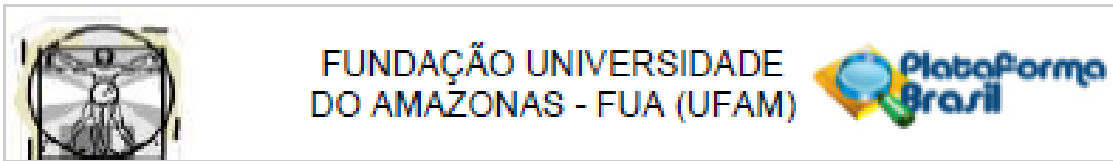
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 394.074

atividades como

caminhada ecológica, dança de salão, hidromotricidade, natação, educação física gerontológica.3.2 AmostraParticipação do estudo 120 Idosos com 60 anos ou mais de ambos os sexos que frequentam um dos locais escolhidos para a realização da pesquisa e que concordem em participar da mesma. Serão divididos igualmente entre os três locais. 3.3 Instrumentos: Para a coleta de dados serão aplicados os seguintes instrumentos:3.3.1

Questionário de Dados Sociodemográficos e da Saúde - (Anexo B) O questionário foi elaborado a partir de consultas à literatura da área do envelhecimento. Consta de 14 itens e tem por objetivo levantar informações sobre aspectos pessoais, escolaridade, atuação profissional, renda familiar, tipo de moradia, família, saúde, religiosidade, atividades de lazer dos Idosos que compõem a amostra.3.3.2 Inventário de Ansiedade Geriátrica - GAI - (Anexo C) O Geriatric Anxiety Inventory (GAI) foi desenvolvido por Pachana e colaboradores em 2007 na Austrália com objetivo de avaliar os sintomas comuns de ansiedade na população idosa em vários contextos geriátricos e comunitários. Quanto aos parâmetros psicométricos a escala apresentou coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 para população normal em idade avançada e 0,93 para população psicogerátrica. A validade concorrente do instrumento se mostrou satisfatória e a aferição de fidedignidade pelo método teste-reteste foi considerada excelente, apresentando também boa estabilidade temporal. Foram determinados para sua população-alvo os valores de 10/11 como ponto de corte para indicar a presença do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) conforme definição do DSM-IV-TR e o ponto de corte 8/9 para identificar pacientes com algum transtorno de ansiedade ainda não demonstrado (PACHANA, BYRNE, SIDDLE, KOLOSKI, HARLEY & ARNOLD, 2007).

CRONOGRAMA:Adequado

ORÇAMENTO:R\$980,00 - recursos próprios.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

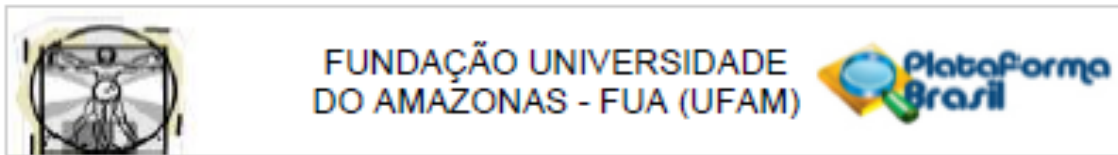
Critério de Inclusão:

Crítérios de Inclusão na Amostra Ter 60 anos ou mais; frequentar um dos locais escolhidos para a realização da pesquisa; não apresentar comprometimento que o impossibilite de responder aos instrumentos da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Crítérios de Exclusão do Estudo Pessoas que desistirem de participar da pesquisa e pedirem para

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 394.074

que seus dados sejam removidos, protocolos preenchidos de forma imprecisa, comprometimento dos dados colhidos devido a alguma condição de saúde física ou emocional, interrupções por terceiros por ocasião da aplicação dos instrumentos e que interfira na atenção e compreensão das perguntas.

Folha de rosto - campo da área temática - em branco; não existe opção na plataforma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - assinada pelo prof. Ewerton Castro, coordenador do programa de mestrado em Psicologia/UFAM

TCLE - adequado, na forma de convite e linguagem compatível.

Termos de anuência:

Foram apresentados 3 Termos, sendo:

Unati - autorizado pelo Dr. Euber Riberto, coordenador geral.

PIFPS - autorizado pela Dra. Rita Barbosa, coordenadora geral.

André Araujo - autorizado pelo Secretário da Saúde, Dr. Wilson Alecrim.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa de mestrado que atende na íntegra a Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 13 de Setembro de 2013

Assinador por:
Ana Paula Pessoa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cep@ufam.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DA SAÚDE

Nome :

Instituição: _____

1. Idade: _____

2. Sexo: 1-F () 2-M ()

3. Crença religiosa: 1-() Sim () 2- Não Se sim, qual: _____

4. Estado civil: 1() Casado 2() Viúvo 3() Separado 4() Solteiro

5. Filhos: 1-() Sim 2- () Não Número de filho(s): _____

6. Escolaridade:

1-() 0 a 4 anos 2-() 5 a 8 anos 3-() 9 a 11 anos 4-() Curso superior

7. Atuação Profissional

1() Ativo 2 () Desempregado/a 3 () Aposentado/a 4 () Aposentado com atividade
5 () Outros

7.1- Caso seja aposentado: **Tempo de aposentadoria:** _____

8. Renda

8.1. Valor da renda

0 () Sem renda 1() 1 salário mínimo 2() 2 salários mínimos 3() 3 salários mínimos
4() 4 salários mínimos 5() 5 salários mínimos 6 () 6 salários mínimos 7 () 7 salários mínimos
8() 8 salários mínimos

8.2- Proveniência:

1() Salário 2() Aposentadoria 3() Benefício da prestação continuada 4() Pensão
6 () Outros

8.3- Você é o principal responsável pelo sustento da família 1 () Sim 2 () Não

9. Moradia:

9.1. Tipo:

1() Casa própria 2() Casa alugada 3() Casa de filhos 4() Casa de familiares
5() Outra _____

9.2. Número de Pessoa(s) que mora(m) com você. _____

10- Relacionamento

Como avalia sua relação com os filhos?

1() Muito boa 2() Boa 3() Regular 4() Ruim 5 () Muito ruim

11. Saúde

11.1. Em geral considera que sua saúde é:

1() Muito boa 2() Boa 3() Regular 4() Ruim 5() Muito ruim

11.2. Tem ou teve algumas das doenças abaixo?

1 () Sim 2 () Não

Caso a resposta seja afirmativa, mencione qual.

1() Pressão alta 2() Diabetes Melitos tipo II 3() Acidente Vascular Cerebral

4() Osteoporose/Osteopenia 5() Doença cardíaca 6() Doença gastrointestinal (úlceras, gastrite, refluxo, hérnia de hiato) 7() Glaucoma 8() Catarata 9() Artrite, artrose

10() Próstata 11() Outra(s) _____

11.3. Usa medicação regularmente? 1 () Sim 2 () Não Para quê? _____

11.4. Já consultou ou consulta com psicólogo(a) 1() Sim 2() Não

Se sim, quando e por qual motivo?

12. Atividades

1() **Físicas** (ginástica, caminhada, hidroginástica, dança, musculação, etc)

2 () **Mentais** (leitura, palestras, cursos, jogos, atividades manuais como crochê, bordados, pinturas)

3 () **Lazer** (passeios e viagens, programas de rádio, programas de TV)

4 () **Terapêuticas** (Terapia de grupo, oficina da memória, grupo do equilíbrio, técnica de auto percepção)

Observações: _____

Data: _____ Local: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) para participar da Pesquisa Ansiedade, Resiliência e Otimismo em Idosos, sob a responsabilidade da pesquisadora Margareth Galvão dos Santos Presa, a qual pretende investigar a relação existente entre a ansiedade, a resiliência e o otimismo em idosos na cidade de Manaus-AM.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas individuais e com respostas a quatro questionários/escalas a serem lidos pelo pesquisador que anotará nos mesmos as suas respostas.

Os questionários serão aplicados em uma das dependências do local que está frequentando (Centro de Atenção Integral a Melhor Idade - CAIMI Dr. André Araújo, Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI ou Programa Idoso Feliz Participa Sempre – Universidade na 3ª Idade adulta) de forma individual em dia a ser combinado com o (a) senhor(a) e terão a duração média de 1 hora.

Sua participação nesta pesquisa não traz riscos ou complicações legais, talvez, apenas, a lembrança de alguns eventos diante da temática que será abordada. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ao participar desta pesquisa o senhor (a) não deverá ter nenhum benefício direto, mas estará contribuindo com informações que ajudarão a compreender como os idosos lidam com dificuldades que aparecem em suas vidas.

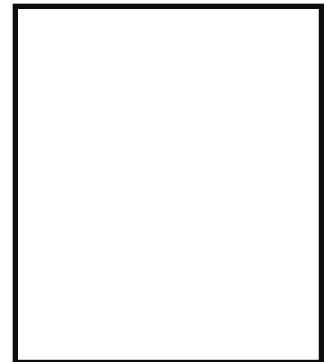
Se depois de consentir em sua participação o senhor (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço rua Camapuã, nº 108 – Cidade Nova II – CAIMI Dr. André Araújo (período da manhã) ou pelos telefones (92) 99690074 e (92) 33028150, ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone(92) 3305-5130.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ___/___/___



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Margareth Galvão dos Santos Presa - CRP-20/107
Pesquisador Responsável