

MARIA JOSÉ DOS SANTOS VALADA

**A ARTE DA VIDA: CAMINHAR PELO
ENVELHECIMENTO COM RESILIÊNCIA E COM
QUALIDADE DE VIDA**

Orientador: Nuno Colaço

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia**

Lisboa

2011

MARIA JOSÉ DOS SANTOS VALADA

**A ARTE DA VIDA: CAMINHAR PELO
ENVELHECIMENTO COM RESILIÊNCIA E COM
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia

Lisboa
2011

Agradecimentos

A riqueza das aprendizagens e o enorme prazer, que tive ao longo desta minha primeira experiência de investigação, deve-se ao contributo de várias pessoas.

Os meus agradecimentos:

Ao Prof. Doutor Nuno Colaço, por toda a sua orientação e apoio e, pela forma peculiar de nos fazer refletir, pelo aperfeiçoamento da nossa compreensão psicológica e pela confiança nas nossas capacidades, permitindo-nos acreditar de que somos capazes. Proporcionou sempre aulas muito ricas em conhecimento ao partilhar a sua vasta sabedoria e experiência sempre com humildade, simpatia de forma muito empática.

À minha família pelo apoio incondicional para que fosse possível levar este meu projeto a bom porto.

Aos meus colegas de curso pela partilha de informação e amizade.

E finalizando, a minha gratidão para todas as pessoas que aceitaram participar neste meu estudo, por terem partilhado comigo as suas vidas, tendo sido as mesmas a minha fonte principal de interesse e sabedoria.

Resumo

O conceito de resiliência remete à capacidade do ser humano de responder aos acontecimentos da vida quotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo vital de desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi explorar a influência da resiliência na qualidade de vida nos idosos. Este estudo investigou a contribuição de cada domínio da qualidade de vida (físico, social, psicológico e ambiente) na Faceta Geral da Qualidade de Vida e em que extensão esses domínios explicam a Faceta Geral da Qualidade de Vida dos idosos. A amostra, de conveniência, foi constituída por 97 idosos residentes no Distrito de Santarém, Concelho do Cartaxo, com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos e uma idade média de 73.31 anos ($DP = 6.51$). Os resultados revelaram uma correlação direta e significativa entre a resiliência e a qualidade de vida, sendo que quanto mais altos os resultados de resiliência maior a qualidade de vida dos idosos inquiridos. Os resultados revelaram que existe uma relação entre a qualidade de vida e algumas variáveis demográficas.

Palavras-Chave: envelhecimento, resiliência, qualidade de vida

Abstract

The concept of resilience refers to the human capacity to respond to events of daily life in a positive way, despite the adversities they face throughout their life cycle development. The aim was to explore the influence of resilience on quality of life in the elderly. This study investigated the contribution of each of quality of life domain (physical, social, psychological and environmental) in the facet overall quality of life and in what extent these domains explain the Facet General Quality of Life of elderly. A convenience sample was composed of 97 elderly residents in the district of Santarém, Cartaxo County, aged between 65 and 85 years and a mean age of 73.31 years ($SD = 6.51$). The results revealed a direct and significant correlation between resilience and quality of life, being that the higher the results of resilience the better quality of life of older respondents. The results revealed that quality of life is related to some demographic variables.

Key words: aging, resilience, quality of life

Abreviaturas

APA – American Psychiatric Association

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

QdV – Qualidade de Vida WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

OMS – Organização Mundial de Saúde

Índice Geral

Introdução	7
Capítulo 1 – Resiliência	9
Capítulo 2 – Qualidade de vida	12
Capítulo 3 – Envelhecimento, Resiliência e Qualidade de Vida	15
Capítulo 4 – Metodologia	21
4.1 Participantes	21
4.2 Instrumentos	22
4.3 Procedimento	25
Capítulo 5 – Resultados	26
5.1 Apresentação das dimensões em estudo	26
5.2 Discussão	33
Conclusão	38
Referências bibliográficas	40

ANEXOS	i
Anexo 1 – Consentimento informado	ii
Anexo 2 – Escala Mini-Mental State Examination (MMSE)	iii
Anexo 3 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	vii
Anexo 4 – Escala de Resiliência (RS)	ix
Anexo 5 – Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	xi

Introdução

Os progressos da medicina preventiva ou curativa, assim como as condições de vida da população em geral, permitiram o prolongamento da esperança média de vida da maior parte dos indivíduos, consequentemente o aumento de idosos na população (Barreto, 2002). Entre 1960 e 2001 o fenómeno de envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Portugal está a envelhecer. A diminuição de nascimentos e o aumento da esperança média de vida tem vindo a mudar a estrutura populacional, o que traz diferentes implicações ao nível da necessidade urgente de políticas sociais que permitam fazer face a esta nova realidade e onde a saúde e o apoio social deverão ser reequacionados.

A presença da psicologia no campo da teoria e da investigação sobre o envelhecimento tem uma história recente quando comparada com os períodos da infância e da adolescência. Emergem estudos acerca das imagens sociais da velhice e dos acontecimentos de vida com ela relacionados e a forma como estes influenciam quer o envelhecimento individual, quer a identidade da pessoa idosa (Birren & Schroots, citados por Fonseca, 2006). Nas décadas de 50 e 60 do século passado, autores como Baltes, Birren, Erickson, Neugarten e Schaie realçam a necessidade de se olhar para a idade adulta e velhice e para a transformação ao longo da vida não só quanto à aparência física mas também quanto a outros aspetos como a vida social, interesses, relações com os outros, qualidades intrínsecas. Estudos que estavam até então centrados em fenómenos mentais como a percepção, memória, inteligência e personalidade são alargados às alterações do funcionamento individual quer a nível psicológico quer a nível social, não só relacionados com a idade mas também com situações de transição e adaptação. Segundo Baltes (1997) estudos longitudinais, específicos sobre a vida adulta e a velhice tiveram um grande impacto na descrição dos padrões evolutivos característicos da velhice e da capacidade de modificação do desempenho cognitivo em adultos e idosos, dando origem à Psicologia do Envelhecimento, caracterizada pela adoção de um enfoque de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan*).

O paradigma *lifespan* compreende o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e sócio-culturais do desenvolvimento, segundo as quais: 1) a arquitetura da ontogenia e a interação dinâmica entre fatores biológicos e culturais mudam ao longo da vida; 2) há diferente alocação de recursos ao longo da vida, que passa da ênfase no crescimento (na

infância) à ênfase na manutenção e na regulação das perdas (na velhice) e 3) ocorre atuação sistêmica de mecanismos de seleção, otimização e compensação no desenvolvimento e do envelhecimento bem sucedidos ou adaptativos (Baltes & Smith, 2003).

O modelo psicológico baseado em processos de otimização seleção com compensação implica fazer e ser o melhor possível com os recursos de que se dispõe, podendo potenciar-se o envelhecimento bem-sucedido, atualizarem-se as reservas de desenvolvimento das pessoas que envelhecem e fortalecer-se a resiliência psicológica.

O presente estudo propõe investigar algumas variáveis que atuam na promoção da resiliência e quais as que mais contribuem para uma maior qualidade de vida no idoso

A apresentação deste estudo seguiu os seguintes passos: Uma primeira parte de contextualização teórica, onde se abordam os conceitos de resiliência, qualidade de vida e envelhecimento. Na segunda parte são apresentados os participantes, as medidas e o modo como decorreu a investigação. Na terceira parte foram descritos os resultados estatísticos obtidos e na quarta parte procedeu-se à discussão desses resultados. Apresenta-se ainda uma conclusão ao trabalho.

As normas utilizadas para citações e referenciação bibliográfica, para a parte textual e para as tabelas foram as definidas pela American Psychological Association (APA) adaptadas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

CAPITULO 1 – A RESILIÊNCIA

As mudanças físicas, psicológicas e dos papéis sociais constituem-se como desafios da manutenção do bem-estar dos seres humanos.

A investigação científica tem procurado estudar muitos fatores que contribuem para o aumento do período vida da população, que vão desde as características genéticas, hábitos alimentares, saúde pública, entre outros, e o fator resiliência que pode contribuir também para o desenvolvimento humano sadio e positivo. Situações inesperadas e adversas, dando origem a traumatismos psicológicos, produzem efeitos diferentes, em sujeitos diferentes, são superadas por estes de forma diversa (Couvaneiro & Cabrera, 2009).

Baseado no conceito da Física e da Engenharia, o estudo do significado deste conceito em psicologia é recente e a sua compreensão envolve processos complexos que não permitem defini-los de modo unívoco. Os primeiros estudos, associavam a resiliência à invulnerabilidade e à invencibilidade, e através das quais se caracterizavam os indivíduos que, mesmo quando expostos à adversidade, conseguiam adaptar-se e manter o seu bem-estar e as suas competências.

Atualmente, a resiliência é definida como um processo que é desencadeado quando uma situação é avaliada como sendo de risco ao desenvolvimento, e produz resultados tão bons ou ainda melhores do que os obtidos na ausência de adversidade. A resiliência é revelada pela boa adaptação dos indivíduos ao seu contexto e à sua vida, mesmo diante de situações de risco (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996).

A resiliência pode ser compreendida, assim, como o resultado do confronto o indivíduo e as circunstâncias específicas em que este se encontra, manifestando a qualidade da adaptação do indivíduo a situações ou eventos difíceis, designadamente, o manter-se bem, recuperar ou mesmo ser bem-sucedido frente às adversidades (Ryff et al., 1998). Deve ter em conta as variações individuais, que, num sentido positivo, uma pessoa assume em resposta ao risco. Alguns indivíduos são afetados negativamente pelo stresse e adversidades, enquanto outros conseguem lidar satisfatoriamente com tais acontecimentos. O mesmo indivíduo pode reagir bem ao risco em um certo momento da vida e, em outro, não conseguindo fazê-lo, obtendo, desse modo, resultados negativos. A resiliência é então compreendida como um tipo de fenómeno que leva a bons resultados apesar das ameaças à adaptação e ao desenvolvimento individual (Rutter, 1987; Mastem, 2001).

O fato de alguém se tornar resiliente ao longo da vida aumenta as capacidades de o continuar a ser, embora possa vir a desenvolvê-la em qualquer etapa da vida. A resiliência é uma estratégia adquirida e desenvolvida que permite ao indivíduo prosseguir a sua vida reconstruída após o trauma que o atingiu.

Os fatores internos que predisõem o sujeito para o desenvolvimento da resiliência são as características motivacionais e espirituais, as competências cognitivas, as sociais e as comportamentais, a estabilidade emocional e o bem-estar físico, ou seja, a existência de sonhos e os objetivos de vida, a determinação e a perseverança para a sua realização, a percepção de controlo sobre a própria vida, o sentimento de unicidade, de esperança, de otimismo, o nível de inteligência, o sucesso escolar e profissional, a consciência moral, o *insight*, a autoestima, a capacidade de planeamento e da avaliação das consequências comportamentais, a capacidade de resolução de problemas, a criatividade, a competência para relacionamento interpessoais e íntimos, a empatia, a felicidade, o uso de humor, a saúde física e a manutenção de qualidade de vida (Kumpfer, 1999). Estas características devem ser valorizadas no idoso dado que para estes existem inúmeros fatores que lhes induzem aspetos negativos, essencialmente ao nível cognitivo e social.

Michel Manciaux (in Pereira, 2006) salienta a importância concedida à cultura, à diversificação de atividades e à capacidade de conseguir quebrar algumas rotinas, à capacidade de fazer amigos e de manter amizades antigas, de desenvolver a vida espiritual e de ser capaz de parar e meditar acerca da vida como fatores responsáveis pela manutenção da resiliência no idoso.

Com o avançar da idade, a espiritualidade e a transcendência, o sistema de crenças, as ideais e os valores, podem contribuir para o reforço da resiliência e, por consequência, para superar as dificuldades Yunes (in Couvaneiro, 2009).

Caraterísticas individuais, como a autoestima e a auto-eficácia, bem como fatores sociais, como a rede de apoio social e a coesão familiar, são englobados no processo da resiliência, já que uma avaliação positiva e a convicção nas próprias capacidades para lidar com os desafios da vida podem, de fato, desempenhar um papel protetor para o indivíduo (Hardy et al., 2004; Rutter, 1987).

O julgamento que o indivíduo faz das suas capacidades para a realização de tarefas em diferentes domínios (cognitivo, comportamental) foi definido como auto-eficácia, indicando que o funcionamento efetivo requer não só competências, mas também crenças de sucesso e superação. Um baixo sentido de auto-eficácia leva à autoavaliação negativa que

afeta o funcionamento cognitivo e comportamental das pessoas. No idoso, ao perceber-se como menos eficaz, ele envolve-se em menos atividades e sente-se menos motivado para realizar aquelas com as quais já está adaptado (Bandura, 1997).

Nas pesquisas longitudinais aparecem outros fatores que distinguem indivíduos que apresentam respostas evolutivas que revelam resiliência tais como, temperamento afetivo e recetivo, maior grau de autocontrolo, famílias menos numerosas e com menos conflitos familiares. As características constitucionais e o ambiente estão relacionadas nos estudos da resiliência. Além disso o senso de autoconfiança para superar os obstáculos é indicado como um aspecto fundamental para vencer as adversidades. As características pessoais, têm mais destaque do que as ambientais embora estas também sejam salientadas (Werner, 1993; Werner & Smith, 1982).

Atualmente a abordagem do construto de resiliência permite conhecer e potencializar recursos pessoais e interpessoais que protegem o desenvolvimento das pessoas e sua capacidade construtiva, sendo um instrumento fundamental para a compreensão da busca de estratégias de promoção de qualidade de vida na velhice.

Com o objetivo de aumentar a capacidade de resiliência dos idosos Kahana, Kahana e Kercher (2003) apresentam um modelo de envelhecimento bem-sucedido baseado na pró-atividade. Este modelo visa aumentar a qualidade de vida dos idosos, onde estes através de atividades e fazendo uso dos seus recursos internos e externos desenvolvem a sua capacidade resiliente. Este modelo inclui estratégias tradicionais como os cuidados de saúde (o controle de peso, exercício físico), o suporte social de familiares e amigos e o empenho no planeamento de novos papéis nos quais o idoso desenvolva estratégias pró-ativas quer no uso de tecnologia (internet), aumento de conhecimentos, educação e espiritualidade.

Outro modelo para aumentar a capacidade de resiliência assenta na teoria social cognitiva (Bandura, 1997, 2001) que propõe o desenvolvimento de capacidades autorreguladoras como a auto monitorização, avaliação de auto eficiência, delimitação de objetivos, auto incentivos específicos, tomada de decisão, análise e soluções de problemas incluindo competências emocionais como empatia, comunicação, colaboração entre outras que contribuem para aumentar a eficácia pessoal do idoso para enfrentar e atuar preventivamente em relação ao stress provocado por doenças crônicas ou incapacitantes.

CAPITULO 2 – QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida nos indivíduos não depende só da saúde, dos bens materiais, das crenças, do meio ambiente, da realização pessoal mas também do otimismo, da superação de obstáculos da vida e da capacidade de superá-los, envolvido e envolvendo-se com os outros.

A expressão “Qualidade de Vida” foi empregue pela primeira vez pelo Presidente dos E.U.A., Lyndon Johnson, em 1964.

A qualidade de vida como uma das grandezas da vida humana, desejada e perseguida por todos os indivíduos desde a infância até à velhice (Barbosa & Ribeiro, 2000).

Tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, muito utilizado na atualidade, e no contexto de pesquisa científica em diferentes áreas do saber como sociologia, enfermagem, economia, educação, psicologia, entre outras.

O conceito de qualidade de vida não é simples, difere de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo poderá ser modificado no decorrer da sua vida: o que hoje considera qualidade de vida poderá não o ser passado algum tempo.

Um dos primeiros estudos elaborados sobre a qualidade de vida foram efetuados por Campbell, Converse e Rodgers (1976) os autores concluem que as relações entre as condições objetivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e, assim, a forma de se conhecer a experiência da qualidade de vida, será necessário ir diretamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida, assim, sendo a qualidade de vida está diretamente relacionada com a perceção que cada um tem de si e dos outros, do que o rodeia e pode ser avaliada por critérios do próprio indivíduo consoante as circunstâncias físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais, económicas em que o mesmo se encontra. A educação, a formação base, a atividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, as necessidades pessoais, a saúde entre outras levam a que os indivíduos vivam, sintam e compreendam o seu quotidiano. (Ribeiro, 2007).

Na perspetiva psicológica, os critérios de avaliação da qualidade de vida estão relacionados com a imagem corporal, a profissão, a capacidade de desempenho das atividades diárias, a mobilidade, a capacidade de manutenção de relações, a saúde, e outros aspetos pessoais que cada um acha fundamental para a qualidade de vida, estando estes relacionados com a perspetiva de cada indivíduo. A definição de qualidade de vida assim como os critérios para a sua avaliação são subjetivos e dependem de cada pessoa contudo a sua avaliação pode

contribuir para a procura de soluções que proponham uma melhor qualidade de vida quer no desenvolvimento social, económico, na família, no desenvolvimento humano pois a qualidade de vida é um processo que está em constante mudança (Sá, 1992)

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente e reflete a percepção que têm os indivíduos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas ou, ainda, que lhe estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, independentemente do seu estado de saúde física ou das condições sociais e económicas (OMS, 1998).

Relativamente à qualidade de vida na velhice para Neri (1993), a expressão pode ser entendida como sendo o bem-estar psicológico, percebido e subjetivo, um envelhecimento satisfatório ou bem sucedido.

Sendo uma dimensão subjetiva, uma vez que cabe a cada pessoa determinar qual é seu nível de qualidade de vida, sendo essa mesma pessoa quem estabelece o peso de cada um dos fatores ou dimensões que a compõem. Uma pessoa com uma velhice bem-sucedida consegue equilibrar as suas potencialidades e as suas limitações, o que lhe permite desenvolver mecanismos para lidar com as perdas inerentes ao próprio processo de envelhecimento, com diferentes graus de eficácia, adaptando-se às desvantagens e incapacidades que podem ocorrer na velhice, ou que ocorreram em fases precedentes (Neri, 1993, 1995).

Com vista à otimização da qualidade de vida no idoso, alguns modelos que tentam analisar o conceito de qualidade de vida, assim:

O modelo integrativo de qualidade de vida e de desenvolvimento pessoal na velhice (Neri, 1993), proposto por Ryff (1989). Esse autor propõe seis dimensões para explicar o bem-estar: 1) a auto-aceitação; 2) as relações positivas com os outros; 3) a autonomia; 4) o domínio sobre o ambiente; 5) o propósito de vida; e 6) o crescimento pessoal.

O modelo proposto por Lawton (1989), descreve quatro dimensões conceituais: a) competência comportamental, que é a avaliação do funcionamento do indivíduo no tocante à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo, referenciada a parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais; b) condições ambientais, que são relativas ao contexto físico e ao construído pelo homem e têm relação direta com a competência comportamental; c) qualidade de vida percebida, que é subjetiva e relativa à

avaliação da própria saúde e do próprio funcionamento em qualquer domínio; e d) bem-estar subjetivo, que é relacionado à avaliação pessoal que o idoso faz do conjunto e da dinâmica das relações entre as três áreas precedentes.

O modelo proposto por Fernández-Ballesteros (1998) a autora relaciona dez áreas fundamentais para uma adequada avaliação de qualidade de vida de pessoas idosas: 1) saúde subjetiva; 2) autonomia; 3) atividade; 4) satisfação social; 5) apoio social; 6) satisfação com a vida; 7) nível de rendimentos; 8) serviços sociais; 9) recursos culturais; e 10) qualidade da casa, ou seja a opinião do sujeito em relação a sua casa, aos vizinhos, ao bairro e outros.

A velhice é considerada uma das fases do desenvolvimento humano, assim como a infância, adolescência, e a idade adulta. Na meta-teoria do ciclo de vida, o desenvolvimento é um processo multidirecional, multideterminado e multifacetado, estende-se por todo curso de vida. Envolve equilíbrio constante entre ganhos e perdas, e significa mudança adaptativa constante. (Baltes & Baltes, 1990).

CAPITULO 3 – ENVELHECIMENTO, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA

A “terceira idade” é a fase do desenvolvimento humano que vai concentrar mais investigações nos próximos tempos devido ao avanço da medicina e das melhores condições de vida a nível social, educacional, económico dado que cada vez as pessoas vivem mais tempo (Baltes, 1987, 1997, 2000). A meta-teoria deste autor tem como objeto de estudo o desenvolvimento psicológico do indivíduo desde o nascimento até à velhice distinguindo-se pelo fato de assumir que o desenvolvimento não termina na adolescência ou no início da vida jovem adulto, mas que se prolonga durante todo o ciclo de vida.

Quando se fala de envelhecimento, é importante considerar categorias de idade tais como: a) a idade biológica, que se refere ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, aos problemas de saúde que o afetam, já que capacidade de autoregulação do funcionamento dos sistemas diminui com o tempo; b) a idade psicológica, que se refere à aptidão que os sujeitos utilizam para se adaptarem às mudanças ambientais incluindo sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência, assim como competências que estão subjacentes ao controlo pessoal e à autoestima, e c) a idade sociocultural, como o conjunto específico de papéis sociais que as pessoas desempenham dentro da sociedade e da cultura onde se encontram (Fonseca, 2006).

Introduz-se ainda a noção de idade funcional, que parte do princípio de que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre estabilidade e mudança, entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que diminuem de eficácia, outras que estabilizam e outras que experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida, constituindo-se, assim como indicadores que permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório (Fernández-Ballesteros, 2002).

Baltes e Baltes (1990) defendem que todas as ocasiões de transição desenvolvimental comportam ganhos e perdas, mas que tudo depende de como o sujeito as experimenta e as integra no seu ciclo de vida. São propostos três princípios gerais a respeito da dinâmica biologia-cultura nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida: 1) a plasticidade biológica e a fidelidade genética declinam com a idade; 2) para que o desenvolvimento se estenda até às idades avançadas, são necessários progressos cada vez mais expressivos na evolução cultural e na disponibilidade de recursos culturais e 3) é limitada a eficácia da cultura para promover desenvolvimento e reabilitação das perdas e do declínio associados à

velhice: os mais velhos são menos responsivos aos recursos culturais, uma vez que a sua plasticidade comportamental e a sua resiliência biológica são menores (Baltes & Baltes, 1993). O desenvolvimento e o envelhecimento são afetados com a alocação de recursos nos diferentes momentos de vida caracterizados por percursos típicos como o crescimento na infância, a manutenção na idade adulta e a regulação de perdas na velhice levando à proposta da teoria de seleção, otimização e compensação (teoria SOC) (Baltes & Baltes, 1990). Os objetivos desta teoria, são descrever o desenvolvimento em geral e estabelecer como os indivíduos podem administrar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais, ou seja, saber como os indivíduos de todas as idades alocam os seus recursos internos e externos a essas três funções no sentido de maximizar ganhos e minimizar perdas.

Os gerontologistas procuram explicar o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, sob o ponto de vista biológico, psicológico e social. Procuram ainda explicar os problemas funcionais dos idosos, ou seja a sua maior ou menor capacidade para levarem uma vida independente da idade enquanto padrão de comportamento social. É consensual a ideia de que o envelhecimento é um fenómeno bio-psico-social (Bengtson & Schaie, 1999). Schroots e Birren (1980) defendem que o processo de envelhecimento apresenta três componentes: a) a biológica que reflete uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer, b) a social que tem a ver com os papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para a velhice e c) a componente psicológica que é definida pela capacidade de autorregulação do sujeito face ao processo de senescência.

Pode falar-se de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000):

- a idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico, já que cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se menos eficaz:

- idade social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade a qual é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país;

- idade psicológica são as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em respostas às mudanças do ambiente, inclui a inteligência, memória e motivação.

A existência de fatores capazes de minorar eventuais efeitos negativos ou disfuncionais do risco é um tema que desperta o interesse de investigadores das áreas da saúde mental e da psicopatologia. Dado serem capazes de protegerem o indivíduo frente à

adversidade, tais fatores são denominados como mediadores (buffers) ou protetores (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996; Pesce et al., 2004).

É importante salientarem-se os mecanismos e os processos protetores das variáveis e compreender de que forma elas atuam na redução do impacto da adversidade. Os fatores protetores só atuam ou têm efeito na presença de um fator de risco. Populações que não estão expostas a potenciais riscos só acionam os fatores protetores na ativação de fatores de risco. A forma de atuação dos processos de proteção é considerada catalítica, uma vez que ao invés de terem um efeito próprio modificam o de outras variáveis, neste caso, fatores de risco. Os mecanismos protetores reduzem o impacto do risco através da alteração do seu significado ou do perigo considerado pelo indivíduo. A redução ocorre pela alteração da exposição ou do envolvimento do indivíduo com o risco, pela redução das reações negativas decorrentes da exposição a ele, pela manutenção de autoestima e auto-eficácia e, ainda, pela criação de oportunidades para reversão dos efeitos do stresse (Rutter, 1987).

Os autores Masten e Garmezy (1985) identificaram os três principais fatores de proteção: 1) atributos disposicionais como a autoestima; 2) coesão familiar e ausência de conflitos; e, 3) disponibilidade de redes de apoio social que encorajem o indivíduo a lidar eficazmente com as adversidades.

Há um aumento da pesquisa sobre as variáveis promotoras de resultados funcionais em situação de risco, pelo papel fundamental que os mecanismos de proteção têm no restabelecimento do equilíbrio, perdido em consequência do risco. Entende-se que seja fundamental para os estudos sobre a qualidade de vida, explorar as relações entre os mecanismos de proteção e a resiliência em idosos, como por exemplo a influência da rede de apoio e dos efeitos no bem-estar psicológico dos idosos quando deparados com algumas adversidades (Pesce et al., 2004).

Os estudos epidemiológicos no âmbito da medicina, com o objetivo de identificar padrões de doenças em populações específicas, bem como fatores influentes nesses padrões, deram origem ao conceito de risco. As modificações e ampliações do conceito de risco emergiram a partir do momento em que os pesquisadores iniciaram a investigação deste termo sob perspectivas psicossociais, como a violência familiar e psicológica e as socioculturais, como a pobreza e analfabetismo. Pode-se afirmar que os fatores de risco são de natureza pessoal, social ou ambiental e ajudam ou aumentam a probabilidade de os indivíduos virem a sofrer de perturbações psicológicas. Os fatores de riscos estão associados a eventos de vida negativos os quais potenciam resultados disfuncionais e resultados indesejáveis em termos

desenvolvimentais. Quando ocorrem situações, de natureza social ou ambiental, elas serão ou não classificadas como fatores de risco dependendo da visão subjetiva do indivíduo, ou seja, do modo como ele percebe e atribui significado a essa situação ou evento, pelo que o que pode ser considerado como fator de risco para um indivíduo pode não ser considerado como tal para outro, ou pode ainda ser considerado de forma diferente para um terceiro (Yunes & Szymanski, 2001). Não é consensual o grau de influência do risco à resiliência. Argumenta-se por um lado que uma ocorrência stressante aguda tem impacto na resiliência, por outro lado defende-se a ideia do efeito cumulativo de diversos acontecimentos de risco e do seu grau de adversidade ao longo da vida que pode originar efeitos negativos no desenvolvimento (Pesce et al., 2004). Há algumas variáveis que têm sido associadas ao risco para o desenvolvimento adaptado dos seres humanos tais como a pobreza e o empobrecimento, as ruturas familiares, as doenças, as perdas de outros significativos e a violência física e psicológica. Podem ainda ser apontadas como aspetos negativos que geram risco para o desenvolvimento as atitudes discriminatórias e preconceituosas (Rutter, 1987).

O envelhecimento da população trará, no futuro, mudanças profundas em todos os setores da sociedade. Neste sentido, destaca-se a importância científica e social de se investigar sobre as condições interferem no bem-estar na senescência e propor ações e políticas na área da saúde, que respondam às necessidades da população que envelhece (Fleck, Charchamovich & Trentini, 2003). A associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O conceito de qualidade de vida constitui-se como um dos principais indicadores a ter em atenção no momento de avaliar a condição de vida dos idosos (Castellón, 2003). A qualidade de vida do idoso compreende diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, produtividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (Santos et al., 2002). Salienta-se que a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos varia na medida em que variam os fatores determinantes no envelhecimento bem sucedido: serviços sociais e de saúde, características comportamentais, meio físico, características sociais e económicas (Paúl, 2005).

Considera-se que a maior ou menor qualidade de vida dos idosos está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem, ou seja, os ingredientes da qualidade de vida associada ao envelhecimento, dependem do estilo de vida

adotado e de condições pessoais muito particulares, como a posição social, a idade ou o sexo (Fernández-Ballesteros, 1998). Já para Figueira, Figueira, Mello e Dantas (2008) a qualidade de vida diminui com a idade, à medida que as perdas de autonomia, a participação em atividades e a participação social vão diminuindo também.

Para se chegar ao conceito de qualidade de vida, enquanto indicador de adaptação ao envelhecimento, tem de se ter em consideração outros aspetos indicadores dessa mesma adaptação, tais como o do Bem-Estar Psicológico, sobretudo se o interesse a explorar for a dimensão psicológica do envelhecimento (Paul et al., 2005).

O bem-estar dos idosos depende de numerosos fatores, não só externos como também internos. O grau de satisfação vai resultar do êxito de um processo adaptativo contínuo às transformações que se sucedem. A qualidade de vida da pessoa que envelhece é naturalmente afetada pelas perdas e carências que a atingem, mas o efeito perturbador desses eventos depende essencialmente do significado que lhes atribui (Barreto, 2002).

No que diz respeito à resiliência, no envelhecimento para Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009), esta caracteriza-se pela capacidade do ser humano em responder às situações da vida diária de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, resultando na combinação entre a capacidade do indivíduo e do seu ambiente familiar, social e cultural. A este respeito Rutter (1987) diz-nos que a resiliência seria o resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, o que se apresenta como algo complexo, visto que estes podem atuar tanto com fatores de proteção para o indivíduo como de risco. Assim, alguns indivíduos, em determinado momento da sua vida, podem apresentar-se resilientes e em outros não, pois, se as circunstâncias mudam, a resposta da pessoa também pode ser modificada. Dessa forma, qualquer pessoa, em algum momento da sua vida, pode mostrar-se resiliente, uma vez que a resiliência não é um construto universal aplicável a todas as áreas do funcionamento humano, tratando-se de um processo muito dinâmico, multifatorial e multidimensional. A presença de situações adversas estão ligadas ao conceito de resiliência em que o indivíduo responde bem diante do risco, sendo capaz de superar e encontrar estratégias para lidar com a situação de forma positiva conservando as marcas da experiência vivida extraíndo algo de positivo atribuindo-lhe novo significado. (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Koller et al. (2008), observam que a autoestima positiva está claramente ligada à resiliência, sendo um importante fator de proteção. O indivíduo com uma autoestima positiva diante do risco tem maior probabilidade de adotar uma postura resiliente, o que se configura como muito importante para o desenvolvimento da

adaptabilidade, segurança, autonomia e criatividade para superar a adversidade. A autoestima estaria, então, entre os fatores individuais de proteção, a qual pode influenciar o aparecimento de outros fatores protetores em algum momento da vida do indivíduo.

O objetivo de estudo e a presente investigação propõem explorar a relação entre a resiliência e a qualidade de vida no idoso. Neste sentido espera-se que: a) no idoso elevados índices de independência na resiliência estejam fortemente relacionados à qualidade de vida física; b) no idoso elevados índices de capacidade de adaptação na resiliência estejam fortemente relacionados com a qualidade de vida do ambiente; c) no idoso elevados índices de resolução de ações e valores na resiliência estejam fortemente relacionados com a qualidade de vida das relações sociais; d) no idoso a resiliência e elevados índices de auto-confiança e capacidade de adaptação estejam fortemente relacionados com a qualidade de vida psicológica e e) no idoso elevados índices de determinação na resiliência estejam fortemente relacionados com a qualidade de vida psicológica.

Espera-se ainda compreender de que forma algumas variáveis demográficas influenciam a resiliência e a qualidade de vida, nomeadamente, o gênero, a idade, o estado civil, a escolaridade e o estado de saúde.

CAPÍTULO 4 - MÉTODO

4.1 Participantes

Na amostra, deste estudo de conveniência, participaram 97 idosos residentes no Distrito de Santarém, Concelho do Cartaxo, com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos ($M = 73.31$; $DP = 6.51$).

Na maioria os participantes eram do sexo feminino, tinham o ensino primário ou o ensino superior, eram casados ou viúvos e relataram ser doentes (ver Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		x2
	(N=26)		(N=71)		
	N	%	N	%	
Escolaridade					4.666
Não sabe ler nem escrever	1	3.8	4	5.7	
Sabe ler e escrever	1	3.8	5	7.1	
1º a 4º ano	11	42.3	24	34.3	
5º a 6º ano	5	19.2	6	8.6	
7º a 9º ano	2	7.7	13	18.6	
10º a 12º ano	3	11.5	6	8.6	
Estudos universitários	3	11.5	12	17.1	
Estado civil					6.539
Solteiro	1	3.8	3	4.2	
Casado	17	65.4	27	38.0	
União de facto			4	5.6	
Separado	1	3.8	6	8.5	
Divorciado	1	3.8	4	5.6	
Viúvo	6	23.1	27	38.0	
Doente					0.34
Sim	13	50.0	37	52.1	
Não	13	50.0	34	47.9	

Tabela 1 (Cont.)

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		t
	(N=26)		(N=71)		
	M	DP	M	DP	
Idade	73.58	6.094	73.21	6.695	.244

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para qualquer variável demográfica.

Foram excluídos os sujeitos com incapacidade de comunicação oral e escrita e défice cognitivo significativo, avaliado através do Mini Mental State Examination (MMSE), (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) (Adaptação Portuguesa: Guerreiro, 1993) e com depressão, avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Yesavage et al., 1983), Versão Portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral,(2003).

4.2 Instrumentos

Questionário Socio-demográfico

O questionário foi usado na recolha de dados sócio demográficos sendo importantes para a caracterização da amostra, e constituído por idade, data de nascimento, género, escolaridade, estado civil, profissão, local de residência e estado de saúde.

Escala da Resiliência

A Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993) é um dos instrumentos utilizados para medir a resiliência, avaliada por níveis de adaptação psicossocial positiva face a eventos de vida importantes (Pesce et al., 2005). Ela é composta por 25 itens com resposta tipo *Likert* que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala têm uma amplitude teórica entre 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência (Pesce et al., 2005).

No Brasil, a Escala de Resiliência foi adaptada recentemente por Pesce et al. (2005). O estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com uma amostra de 997 alunos, com idades entre 12 e 19, de ambos os sexos e matriculados em escolas públicas do município de São Gonzalo (RJ). Para a etapa de teste-reteste uma amostra não probabilística reduzida de 203 alunos da amostra total ($N = 997$) respondeu ao instrumento. A adaptação realizou-se com base nos seguintes critérios para a aceitação de equivalência entre instrumentos: equivalência conceitual, equivalência de itens, equivalência semântica,

equivalência operacional, equivalência de mensuração (consistência interna expressa pelo *alpha* de Cronbach), coeficiente de correlação intraclass para variáveis contínuas e estatística *kappa* ponderado (para variáveis de escala ordinal), validade de conteúdo, validade de construto, análise fatorial e equivalência funcional (Pesce et al., 2005).

Os resultados do estudo de adaptação revelaram que quanto à equivalência conceitual e de itens, o instrumento original é pertinente para a cultura brasileira. Originalmente, Wagnild e Young (1993) sugeriram dois fatores (competência pessoal e aceitação de si mesmo e da vida) para a escala, que se mostraram coerentes com as definições teóricas da resiliência. Para a equivalência semântica, foram feitas duas traduções e retraduições independentes. Houve bons resultados nas duas retraduições quanto à concordância dos itens com a escala original, sendo que nenhum dos itens foi avaliado como completamente alterado, e somente um, em uma das retraduições, foi considerado como muito alterado. Quanto à equivalência de mensuração, a consistência interna medida pelo *alpha* de Cronbach para uma amostra de 203 participantes foi de 0.85 e para a amostra total de 997 pessoas, de 0.80 (em comparação a 0.91 da versão original). Para a avaliação da confiabilidade intra-observador, foi feito um estudo em que os participantes responderam ao instrumento duas vezes (teste - reteste) com intervalo de dez dias. O valor do *kappa* variou entre discreto (0.00 a 0.20) e moderado (0.40 a 0.60), com um intervalo de confiança de 95%. O valor do coeficiente de correlação intraclass da escala foi de 0.746 ($p < 0.001$). Três profissionais especializados no tema foram solicitados a analisar a adequação dos itens do instrumento na mensuração de resiliência da escala em português (validade de conteúdo) e confirmaram que a resiliência tem abrangência teórica conceitual nessa versão. Na versão original, os autores encontraram altos índices de correlação da escala de resiliência com satisfação na vida, saúde física e baixo nível de depressão. No estudo brasileiro (Pesce et al., 2005), no que concerne à validade de construto, a escala correlacionou-se direta e significativamente com autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg, 1989), supervisão familiar, satisfação de vida (Escala de Satisfação com a Vida de Diener et al., 1985) e apoio social (Escala de Apoio Social de Shebourne & Stewart, 1991), com $p < 0.01$. Uma correlação inversa foi encontrada com a violência psicológica (Escala de Violência Psicológica de Pitzner & Drummond), com $p < 0.01$.

Como no estudo original, foram mantidos apenas os fatores que explicassem a variância total em mais de 5%. A partir desse critério, encontraram-se três fatores que explicaram 32.8% da variância na rotação *oblimin* e 39.9% na rotação ortogonal varimax com normalização de Kaiser. Os resultados para a adaptação brasileira diferiram daqueles

encontrados por Wagnild e Young (1993). A partir dos fatores obtidos da rotação ortogonal varimax, os autores abdicaram dos fatores originais (competência pessoal e aceitação de si e da vida). Na versão brasileira os fatores distribuíram-se em três, sendo o principal, que explicou 20.6% da variância total, composto por itens relacionados à resolução de ações e valores. O segundo fator explicou 6.7% da variância total, composto por itens relacionados à independência e à determinação. O terceiro fator explicou 5.5% da variância total, composto por itens relacionados à auto-confiança e à capacidade de adaptação a situações (Pesce et al., 2005). Por fim, quanto à equivalência funcional, os índices de equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e de mensuração entre a versão original e a brasileira foram satisfatórios apesar das limitações encontradas (Pesce et al., 2005).

O WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref) é um instrumento de avaliação da qualidade de vida (QdV) desenvolvida em 1994 pelo World Health Organization Quality of Life. Com o objetivo de permitir a utilização do instrumento na população portuguesa e após contato estabelecido com a OMS, foram realizadas diversas tarefas correspondentes às etapas e procedimentos definidos pela OMS no protocolo internacional de validação de instrumentos os autores Canavarro et al., em 2006, validaram a versão portuguesa.

É uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjectiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como em indivíduos saudáveis. A estrutura do instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambientais.

Cada um dos domínios é composto por facetas da qualidade de vida que sumariam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem. Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida.

A medida tem 26 itens e os fatores: domínio físico, domínio psicológico, relações sociais, ambiente e faceta geral da qualidade de vida.

O Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein, & McHugh, (1975); Versão Portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994). É uma medida objetiva e breve que avalia de forma estruturada algumas funções cognitivas tais como: a orientação temporal e espacial, memória de retenção e evocação, atenção e cálculo, atividades ligadas a linguagem e praxia construtiva bidimensional, podendo ser aplicada em 5 a 10 minutos. No total são 30 itens, com pontuação de 0 e 1. Para a identificação de demência o ponto de corte considerado e a transição 21/22.

E necessário ter em atenção que os resultados obtidos são afetados pelo nível de instrução dos indivíduos (Botelho, 2000). Nesse sentido, foi validada uma versão portuguesa, onde constam palavras e expressões comuns na linguagem nacional, e para a qual foram calculados três pontos de corte, de acordo com a escolaridade dos indivíduos: analfabetos – 0 a 15 pontos (com demência), 16 a 30 pontos (sem demência); 1 a 11 anos de escolaridade – 0 a 22 pontos (com demência), 23 a 30 pontos (sem demência); mais de 11 anos de escolaridade – 0 a 27 pontos (com demência), 28 a 30 pontos (sem demência).

A *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS) de Yesavage et al., (1983), Versão Portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, (2003). Avalia o grau de depressão atual do sujeito e que é correntemente utilizada na prática clínica, embora esteja apenas adaptada para a população portuguesa. Esta escala é constituída por 30 itens, com resposta dicotômica de sim e não. A pontuação é calculada com base no somatório de respostas sim e no somatório das respostas não (é atribuído 1 ponto para cada resposta sim e 1 ponto para cada resposta não). O grau de depressão assenta nos seguintes valores de corte: = 0-10 Ausência de depressão; =11-20 Depressão Ligeira e = 21-30 Depressão Grave.

4.3 Procedimento

Para aplicação das escalas solicitou-se autorização aos respetivos autores.

Os participantes foram contactados pessoalmente nas suas residências, em várias freguesias do concelho do Cartaxo, Distrito de Santarém, e esclarecidos sobre o estudo a fim de poderem aceitar ou não integrá-lo tendo os participantes que aceitaram colaborar com a pesquisa assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

A aplicação dos instrumentos foi feita de uma só vez e individualmente, aplicando-se o Mini-Mental State Examination (MMSE), (Anexo 2), Escala Geriátrica da Depressão (GDS), (Anexo 3), Escala de resiliência, (Anexo 4) e WHOQOL-BREF, (Anexo 5). A duração dos encontros individuais teve a duração aproximada de 45 minutos.

A recolha de dados foi efetuada entre os meses de fevereiro e abril de 2011 e foi feita pela autora.

Os dados foram inseridos e analisados com a ajuda do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 17* onde foi feito um levantamento das estatísticas descritivas a fim de caraterizar a amostra em análise e considerando as seguintes variáveis: qualidade de vida e resiliência.

CAPÍTULO 5 - RESULTADOS

5.1 Apresentação das dimensões em estudo

Para averiguar a fidelidade das dimensões “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Resolução de ações e valores”, “Independência e determinação e “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” foi analisada a consistência interna, sendo os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Fidelidade das Dimensões em Estudo

	α de Cronbach	Correlação média inter- item	Amplitude da correlação item-total
Qualidade de Vida			
Faceta Geral da Qualidade de Vida	.58	.466	.466 - .466
Domínio Físico	.85	.454	.377 - .804
Domínio Psicológico	.77	.364	.376 - .633
Domínio Relações Sociais	.56	.298	.128 - .549
Domínio Ambiente	.77	.313	.107 - .735
Resiliência			
Resolução de ações e valores	.86	.353	.200 - .762
Independência e determinação	.58	.188	.127 - .437
Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações	.21	.158	.242 - .413

As dimensões “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio Ambiente e Resolução de ações e valores” apresentam uma boa consistência interna, com valores α de *Cronbach* que variam entre .77 (Domínios Psicológico e Ambiente) e .86 (Resolução de ações e valores).

Devido ao número reduzido de itens que as compõem (Nunnally, 1978), as dimensões “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Relações Sociais” e “Independência e determinação” apresentam uma consistência interna adequada, com valores α de *Cronbach* que variam entre .56 (Domínio Relações Sociais) e .58 (Faceta Geral da Qualidade de Vida e Independência e determinação).

A “Dimensão Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” não apresentaram consistência interna aceitável .21, pelo que os resultados obtidos através destas dimensões não poderão ser generalizados.

Com o objetivo de verificar se as dimensões “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Resolução de ações e valores”, “Independência e determinação e “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” seguem a distribuição normal foi utilizado o teste de Kolmogorov-Sminorv. A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 3 – Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov	p
Qualidade de Vida		
Faceta Geral da Qualidade de Vida	2.759	.000
Domínio Físico	1.502	.022
Domínio Psicológico	1.771	.004
Domínio Relações Sociais	2.259	.000
Domínio Ambiente	.906	.384
Resiliência		
Resolução de ações e valores	1.744	.005
Independência e determinação	.922	.362
Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações	.955	.321

A maioria das dimensões em estudo não cumprem o critério da normalidade ($p > .05$), pelo que se optou pela utilização de testes não-paramétricos.

Para verificar a existência de diferenças para as variáveis “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Resolução de ações e valores”, “Independência e determinação e “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” entre géneros foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 4 – Diferenças entre Géneros

	Sexo Masculino (N=26)	Sexo Feminino (N=71)	z
	M Rank	M Rank	
Qualidade de Vida			
Faceta Geral da Qualidade de Vida	44.63		-.986
Domínio Físico	48.88		-.025
Domínio Psicológico	45.98		-.645
Domínio Relações Sociais	45.92		-.679
Domínio Ambiente	45.06		-.840
Resiliência			
Resolução de ações e valores	41.56	51.73	-1580
Independência e determinação	40.58	52.08	-1.790
Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações	39.10	52.63	-2.113*

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” ($Z = -2.113$; $p = .035$). Os resultados mostram que as mulheres apresentam maior auto-confiança e capacidade de adaptação a situações do que os homens.

Com o objetivo de analisar a existência de diferenças para as variáveis “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Resolução de ações e valores”, “Independência e determinação e “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” entre estados civis foi utilizado o teste de Mann-Whitney, apresentando a Tabela 5 os resultados obtidos.

Tabela 5 – Diferenças entre Estados Civis

	Com Cônjuge (N=48)	Sem Cônjuge (N=49)	z
	M Rank	M Rank	
Qualidade de Vida			
Faceta Geral da Qualidade de Vida	52.56	45.51	-1.316
Domínio Físico	54.58	43.53	-1.947

Domínio Psicológico	54.41	43.70	-1.888
Domínio Relações Sociais	52.50	45.57	-1.264
Domínio Ambiente	53.33	44.76	-1.510
Resiliência			
Resolução de ações e valores	53.61	44.48	-1.602
Independência e determinação	52.45	45.62	-1.198
Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações	54.05	44.05	-1.763

$p > .05$.

Não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com cônjuge e sem cônjuge para as dimensões da qualidade de vida e da resiliência.

Para estudar a existência de diferenças para as variáveis “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Resolução de ações e valores”, “Independência e determinação” e “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” entre doentes e não doentes foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A Tabela 6 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 6 – Diferenças entre Doentes e Não Doentes

	Doente (N=50)	Não Doente (N=47)	z
	M Rank	M Rank	
Qualidade de Vida			
Faceta Geral da Qualidade de Vida	32.17	66.90	-6.479***
Domínio Físico	33.22	65.79	-5.735***
Domínio Psicológico	37.44	61.30	-4.208***
Domínio Relações Sociais	40.32	58.23	-3.267***
Domínio Ambiente	40.39	58.16	-3.126**
Resiliência			
Resolução de ações e valores	39.34	59.28	-3.495***
Independência e determinação	41.50	56.98	-2.716**
Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações	42.48	55.94	-2.371*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes doentes e não doentes para todas as dimensões da Qualidade de vida, “Faceta Geral da Qualidade de Vida” ($Z = -6.479$; $p < .001$), “Domínio Físico” ($Z = -5.735$; $p < .001$), “Domínio Psicológico” ($Z = -4.208$; $p < .001$), “Domínio Relações Sociais” ($Z = -3.267$; $p = .001$) e “Domínio Ambiente” ($Z = -3.126$; $p = .002$) e para todas as dimensões da resiliência “Resolução de ações e valores” ($Z = -3.495$; $p < .001$), “Independência e determinação” ($Z = -2.716$; $p = .007$) e “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” ($Z = -2.371$; $p = .018$). Os resultados mostram que os participantes não doentes apresentam maior qualidade de vida (Faceta Geral da Qualidade de Vida, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Ambiente) e maior resiliência (Resolução de ações e valores, Independência e determinação e Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações).

Para estudar as relações entre a qualidade de vida e a resiliência foi utilizado o coeficiente de Spearman. A Tabela 7 mostra os resultados obtidos.

Tabela 7 – Correlações entre Qualidade de Vida e Resiliência

	Resiliência		
	Resolução de ações e valores	Independência e determinação	Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações
Qualidade de Vida			
Faceta Geral da Qualidade de Vida	.53***	.35***	.24*
Domínio Físico	.66***	.46***	.48***
Domínio Psicológico	.72***	.59***	.41***
Domínio Relações Sociais	.35***	.18	.09
Domínio Ambiente	.47***	.18	.18

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

A “Resolução de ações e valores” correlacionou-se de forma positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa com todas as dimensões da qualidade de vida, com valores de correlação que variam entre $r = .35$; $p = .001$ (Domínio Relações Sociais) e $r = .72$; $p < .001$ (Domínio Psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a resiliência em

termos de “Resolução de ações e valores”, maior é a qualidade de vida (Faceta Geral da Qualidade de Vida, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Ambiente).

A “Independência e determinação” correlacionou-se de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com as dimensões da qualidade de vida “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico” e “Domínio Psicológico”, com valores de correlação que variam entre $r = .35$; $p = .001$ (Faceta Geral da Qualidade de Vida) e $r = .59$; $p < .001$ (Domínio Psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a resiliência em termos de “Independência e determinação”, maior é a “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, o “Domínio Físico” e o “Domínio Psicológico”.

A “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações” correlacionou-se de forma positiva, fraca a moderada e estatisticamente significativa com as dimensões da qualidade de vida “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico” e “Domínio Psicológico”, com valores de correlação que variam entre $r = .24$; $p = .018$ (Faceta Geral da Qualidade de Vida) e $r = .48$; $p < .001$ (Domínio Físico). Os resultados mostram que quanto maior é a resiliência em termos de “Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações”, maior é a “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, o “Domínio Físico” e o “Domínio Psicológico”.

Para verificar a existência de associação entre a idade, escolaridade, qualidade de vida e resiliência foi utilizado o coeficiente de Spearman. A Tabela 8 mostra os resultados obtidos.

Tabela 8 – Correlações entre a Idade, Escolaridade e as Dimensões em Estudo

	Idade	Escolaridade
Qualidade de Vida		
Faceta Geral da Qualidade de Vida	-.38***	.39***
Domínio Físico	-.52***	.48***
Domínio Psicológico	-.48***	.41***
Domínio Relações Sociais	-.29**	.27**
Domínio Ambiente	-.38***	.51***
Resiliência		
Resolução de ações e valores	-.52***	.59***
Independência e determinação	-.41***	.29**

Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações	-.35***	.22*
--	---------	------

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A Idade correlacionou-se de forma negativa, moderada e estatisticamente significativa com todas as dimensões da qualidade de vida e da resiliência, com valores de correlação que variam entre $r = -.29$; $p = .004$ (Domínio Relações Sociais) e $r = -.52$; $p < .001$ (Domínio Físico e Resolução de ações e valores). Os resultados mostram que quanto mais novos são os participantes maior é a qualidade de vida (Faceta Geral da Qualidade de Vida, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Ambiente) e maior é a resiliência (Resolução de ações e valores, Independência e determinação e Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações).

A Escolaridade correlacionou-se de forma positiva, fraca a moderada e estatisticamente significativa com todas as dimensões da qualidade de vida e da resiliência, com valores de correlação que variam entre $r = .22$; $p = .029$ (Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações) e $r = .59$; $p < .001$ (Resolução de ações e valores). Os resultados mostram que quanto maior é a escolaridade dos participantes maior é a qualidade de vida (Faceta Geral da Qualidade de Vida, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Ambiente) e maior é a resiliência (Resolução de ações e valores, Independência e determinação e Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações).

Com o objetivo de verificar a existência de relação entre as dimensões da qualidade de vida foi realizada uma correlação através do coeficiente de correlação de Spearman, sendo os resultados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Correlações entre as Dimensões da Qualidade de vida

	Faceta Geral da Qualidade de Vida	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais
Domínio Físico	.71***			
Domínio Psicológico	.59***	.70***		
Domínio Relações Sociais	.33***	.38***	.55***	

Domínio	.44***	.59***	.45***	.41***
Ambiente				

*** $p \leq .001$.

A “Faceta Geral da Qualidade de Vida” correlacionou-se de forma positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa com todas as outras dimensões da qualidade de vida, com valores de correlação que variam entre $r = .33$; $p = .001$ (Domínio Relações Sociais) e $r = .71$; $p < .001$ (Domínio Físico). Os resultados mostram que quanto maior é a “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, maior é o “Domínio Físico”, o “Domínio Psicológico”, o “Domínio Relações Sociais” e o “Domínio Ambiente”.

O “Domínio Físico” correlacionou-se de forma positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa com as dimensões “Domínio Psicológico”, “Domínio Relações Sociais” e “Domínio Ambiente”, com valores de correlação que variam entre $r = .38$; $p < .001$ (Domínio Relações Sociais) e $r = .70$; $p < .001$ (Domínio Psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Físico”, maior é o “Domínio Psicológico”, o “Domínio Relações Sociais” e o “Domínio Ambiente”.

O “Domínio Psicológico” correlacionou-se de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com as dimensões “Domínio Relações Sociais” e “Domínio Ambiente”, com valores de correlação de $r = .55$; $p < .001$ e $r = .45$; $p < .001$, respectivamente. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Psicológico”, maior é o “Domínio Relações Sociais” e o “Domínio Ambiente”.

O “Domínio Relações Sociais” correlacionou-se de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com o “Domínio Ambiente”, com um valor de correlação de $r = .41$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Relações Sociais”, maior é o “Domínio Ambiente”.

5.2 Discussão

Para a discussão dos resultados encontrados neste estudo achamos pertinente partir da questão inicial, seguindo-se, para cada variável estudada, a análise da sua influência na qualidade de vida da população estudada.

O objetivo deste estudo era analisar a relação entre a resiliência e a qualidade de vida nos idosos e os resultados encontrados mostram-nos que:

Quanto maior é a resiliência em termos de Resolução de acções e valores, maior é a qualidade de vida (Faceta Geral da Qualidade de Vida, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Ambiente) constatando-se uma correlação positiva

entre a resiliência e a Resolução de ações e valores e qualidade de vida, dado que se uma está alta a outra também aumenta.

Verifica-se que quanto maior é a resiliência em termos de Independência e determinação, maior é a Faceta Geral da Qualidade de Vida, o Domínio Físico e o Domínio Psicológico. Assim quanto mais elevada está a Independência e determinação nos idosos inquiridos, maior a sua qualidade de vida na Faceta Geral da Qualidade de Vida, no Domínio Físico e no Domínio Psicológico.

Os resultados mostram que quanto maior é a resiliência em termos de Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações, maior é a Faceta Geral da Qualidade de Vida, o Domínio Físico e o Domínio Psicológico.

A população idosa estudada, encontrando-se numa fase da vida marcada por adversidades, mostra capacidade de adaptação a todas as mudanças inerentes ao envelhecimento, verificando-se que são os aspetos multifatoriais e não a idade condição para um desenvolvimento satisfatório. Estes resultados vão ao encontro de perspetivas defendidas por Koller e colaboradores (2008) ao indicarem que a resiliência revela positivamente a forma como os idosos vivem a sua velhice, sendo um recurso facilitador do desenvolvimento e ampliador das possibilidades de um envelhecimento bem-sucedido, com qualidade de vida, mesmo perante mudanças significativas, e potencia uma fase de crescimento e desenvolvimento no percurso do idoso.

Rutter (1987) afirma que sujeitos com auto-eficácia, estabelecimento e manutenção da autoestima, atividade criativa, redução de reações negativas em cadeia, diminuição de riscos e agentes stressores são mecanismos de proteção que levam a uma elevada resiliência permitindo aos sujeitos atribuírem novos significados conduzindo-os para uma vida mais ajustada.

Neste estudo foi possível verificar que quanto maior é a resiliência em termos de Independência e determinação, maior é a Faceta Geral da Qualidade de Vida, o Domínio Físico e o Domínio Psicológico. Estes resultados Poderão indiciar-nos que, a população idosa em estudo, consegue fazer uso de fatores de proteção que lhe permite reduzir os impactos inerentes ao seu envelhecimento, reduzir as reações negativas, estabelecer a autoestima e a auto-eficácia, e assim como saúde física e mental e assim serem detentores de uma boa qualidade de vida.

Já os resultados que encontramos no que concerne há resiliência em termos de Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações, quanto maiores, maior é a Faceta Geral da

Qualidade de Vida, o Domínio Físico e o Domínio Psicológico. Estes resultados poderão indicar que estes idosos conseguem utilizar os seus recursos e potencialidades para maximizar as capacidades e superar as perdas inerentes ao seu envelhecimento, fazendo adaptação biopsicossocial à sua realidade e reorganizando-se para prosseguir nos seus objetivos.

Ao analisarmos a Faceta Geral da Qualidade de Vida verificamos que é o Domínio Físico que mais contribui para a qualidade de vida destes idosos, seguido do Domínio Psicológico e do Domínio Ambiente, tendo o Domínio Relações Sociais menor contribuição.

Estes resultados poderão significar que estes idosos através da sua sabedoria, selecionam e otimizam as suas atividades que lhes dão a compensação para manterem um elevado nível de funcionamento, eficácia pessoal e um sentimento de velhice bem sucedida. A saúde, a manutenção de elevado nível de funcionamento cognitivo e de participação social permitem às pessoas conservar estratégias de adaptação bem sucedida.

O Domínio Ambiente também poderá ter tido influência nestes resultados já que a maioria dos idosos neste estudo têm habitação própria, têm acesso aos serviços de saúde, utilizam facilmente os transportes, sentem segurança e recebem as suas reformas, que são aspetos considerados fundamentais para a vida com qualidade.

A influência do Domínio Físico no Domínio Psicológico, no Domínio Relações Sociais e no Domínio Ambiente realça a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. Atualmente a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos. O envelhecimento saudável é visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica.

No nosso estudo quanto maior é o Domínio Psicológico, maior é o Domínio Relações Sociais e o Domínio Ambiente o que poderá estar relacionado com as localidades onde os idosos residem, onde o envelhecimento se faz de forma mais lenta, pois a perda do desempenho dos papéis funcionais não ocorrem de um dia para o outro, mas sim gradualmente. A proximidade e conhecimento entre os idosos são maiores. Há a participação dos idosos em grupos de terceira idade, quer sejam em associações, centros de dia ou em universidades de terceira idade que podem ser determinantes ou indicadores de bem-estar.

Um estado emocional positivo ligado a um sentimento de apoio social, minimiza as perturbações/doenças e tem um efeito direto sobre o bem-estar.

A autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas, os objetivos de vida e a aceitação de si podem ser consideradas como essenciais para o bem-estar psicológico (Ryff, 1989).

Os resultados deste estudo mostram uma relação positiva entre o Domínio Relações Sociais e o Domínio Ambiente. No concelho onde foi recolhida esta amostra as várias comunidades estão inseridas numa zona predominantemente agrícola e doméstica onde a maioria dos indivíduos ainda se mantêm ocupados neste tipo de tarefas. Ainda prevalece a convivência com familiares onde os idosos têm um papel a desempenhar e há a continuidade de relações informais com os amigos e vizinhos.

Quanto maior é o apoio social percebido menor será o mal-estar e será uma proteção que as pessoas têm para fazer face aos problemas do dia a dia. O apoio social tem efeitos positivos quer na saúde física que na saúde mental das pessoas.

As mulheres deste estudo têm melhores condições de estarem envolvidas e produtivas na vida social e familiar, pelo fato de terem a possibilidade de estabelecer fortes laços familiares, de amizade e uma produtividade doméstica, circunstâncias geralmente inacessíveis aos homens idosos por questões culturais. As mulheres idosas mesmo de classe baixa e média tendem a frequentar espaços específicos criados para se manterem ativas como, por exemplo, Universidades de Terceira Idade, grupos de hidroginástica, associações recreativas com atividades culturais (rancho folclórico), o que lhes permite afirmarem-se pela atividade, participação, independência e autonomia para gerir as suas vidas.

As mulheres continuam mais expressivas e envolvidas do que os homens, por causa de fatores sociais e aprendizagem social. Nesta área rural a mulher continua a prestar o cuidado à família, aos filhos, netos e até à vizinhança. Em virtude das normas sociais, o papel de cuidar é especificamente feminino. Quando jovens, as mulheres cuidam dos filhos. Na meia-idade e na velhice cabe-lhes cuidar dos maridos quando adoentados, dos pais ou sogros quando fragilizados e dos filhos e netos. O fato de as mulheres serem mais envolvidas e viverem mais tempo, de serem uma fonte de apoio, cabe-lhes o papel de cuidadoras e este fato acarreta encargos e benefícios.

Os resultados mostram que para estes idosos o estado civil não influencia a forma como vivenciam a qualidade de vida. Outros estudos já efetuados encontraram os mesmos resultados, mas outros como por exemplo o de Paúl e colaboradores (2004) concluiu que em pessoas casadas a qualidade de vida psicológica era mais elevada, resultados confirmados

pelos mesmos autores em 2005, que verificaram uma associação entre o estado civil e a qualidade de vida física, psicológica e social, sempre a favor dos casados.

A forma como os idosos percebem o seu estado de saúde interfere de forma significativa e preponderante na avaliação que fazem da qualidade de vida, sendo que a ausência de doença é indicador de maior qualidade de vida. Entendemos no nosso estudo que, não existindo doença, estes idosos não se sentem ameaçados na sua independência e autonomia e mostraram possuir recursos de resiliência que contribuem para que tenham uma maior qualidade de vida.

Aquando da aferição do instrumento WHOQOL-Bref, para Portugal, Canavarro colaboradores (2007) encontraram diferenças estatisticamente significativas em todos os Domínios, entre os indivíduos sem doença diagnosticada e com diagnósticos de doença.

Poderemos concluir pelos resultados, que os mais novos respondem melhor aos recursos de que dispõem, dado que podem ter maior plasticidade comportamental e a sua resiliência biológica ser maior. Vários estudos feitos nesta área, como por exemplo o de Paúl e colaboradores (2005), verificou que à medida que aumenta a idade, diminui a qualidade de vida em todos os domínios. Na investigação realizada por Baltes, (2001a) no *Berlin Age Study*, sobre as diferenças encontradas no funcionamento psicológico, entre os idosos que pertencem ao grupo etário da quarta idade e indivíduos mais novos verificou que os participantes com mais de 85 anos, muitos apresentavam declínios em múltiplas áreas psicológicas que indicavam uma redução no bem-estar subjetivo.

O processo de envelhecimento é complexo, indo desde o envelhecimento biológico ao envelhecimento social, e que leva a que cada indivíduo se vá moldando do ponto de vista psicológico. Esta adaptação implica o recurso de novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas para a compensação de perdas quando os recursos tendem a diminuir. As perdas sofridas ao longo da vida aumentam com mais anos vividos, bem como a probabilidade do aparecimento de doenças, a diminuição da autonomia e inclusive a morte.

Relativamente à relação entre a qualidade de vida e a escolaridade verifica-se que estas se encontram correlacionadas positivamente em todos os domínios.

Salientamos que pessoas com pouca escolaridade afirmam não ter grande capacidade de aprendizagem. À época da escolaridade dos inquiridos ou seja nos anos 20, 30 o acesso à educação escolar era restrito a setores sociais muito específicos e as pessoas que viviam em ambientes rurais faziam mais trabalhos físicos e ofícios desgastantes e com poucos acessos a serviços de saúde e condições habitacionais. No estudo levado a cabo por Paúl e

colaboradores (2004) também foram encontradas pontuações elevadas no Domínio Psicológico e Social da qualidade de vida em escolaridade mais elevada.

Conclusão

O envelhecimento varia de pessoa para pessoa, quer seja por questões físicas, quer seja pelo que o envelhecimento representa para cada pessoa. Fontaine (2002) diz que cada um de nós tem diversas idades.

Cada idoso tem uma história e é essa história que faz dele a pessoa que é hoje. A sua forma de estar, de sentir e o meio em que vive, dispondo de bons recursos, quer físicos, quer psicológicos, sociais e ambientais, permitem ao idoso ter qualidade de vida.

Neste nosso estudo percebemos que a resiliência, em todos os domínios (Resolução de ações e valores, Independência e determinação e Auto-confiança e capacidade de adaptação a situações) permite a estes idosos um processo de envelhecimento saudável, com qualidade de vida especialmente no que concerne ao Domínio Psicológico e Físico. Para Cowan, Cowan e Schulz (1996) a resiliência está relacionada com o fato de que a pessoa que desenvolve esta capacidade na vida, poder alcançar resultados mais positivos, o que não significa evitar os riscos, mas a capacidade de enfrentar e adaptar-se às adversidades.

Os idosos deste estudo, residentes em várias freguesias do concelho do Cartaxo, apresentam bons resultados de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-Bref. O domínio que mais contribuiu na Faceta Geral da Qualidade de vida foi o Domínio Físico, o que poderá ser explicado pelos idosos deste concelho ainda estarem associados às actividades agrícolas o que lhes permite uma boa locomoção.

Os resultados revelaram-nos que o sexo e a idade são importantes na avaliação que fazem da qualidade de vida, sendo que as mulheres e os mais novos apresentam mais qualidade de vida. Os idosos deste estudo que têm mais escolaridade apresentam vantagens em relação aos que têm menos instrução académica.

O presente estudo apresenta muitas limitações, nomeadamente a recolha de dados num concelho restrito e um pequeno número de participantes. Por este motivo, consideramos que estes resultados não podem ser generalizados para a população geral, embora alguns deles tenham ido ao encontro de outros estudos realizados com idosos, noutros locais e noutras circunstâncias. O tempo e a conveniência pessoal, levou-nos a optar por este tipo de amostra, dado haver prazos a cumprir e conseguir a amostra nem sempre se revela fácil.

A escolha da Escala de Resiliência de Pesce e colaboradores (2005) não se encontra aferida para a população portuguesa pelo que se sugere que em futuros estudos se procure adaptar e validar a escala de forma a poder-se avaliar a resiliência dos idosos e assim compreender quais as variáveis determinantes para um envelhecimento com qualidade de vida.

Contudo entendemos que o presente trabalho contribui para a compreensão de como esta população específica, através da resiliência e da qualidade de vida, atravessa este ciclo de vida.

Acreditamos que as perdas na capacidade da reserva biológica podem ser compensadas com ganhos na resiliência psicológica, sendo possível alocar reservas para evitar efeitos negativos ou patológicos causados pelo envelhecimento cabendo a todos os cidadãos a responsabilidade de promover condições para que os idosos tenham qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2001). *Manual de estilo de publicaciones de la APA*. (2ª ed.). Mexico: Editorial El Manuel Moderno.
- Amparo, D. M., Galvão, A. C. T., Alves, P. B., Brasil, K. T., & Koller, S. H. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e factores pessoais de protecção. *Estudos de Psicologia*, 13 (2), 165-174.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the Dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. Washington: American Psychological Association. Consultado em 18 de Fevereiro de 2011, em <http://www.mpiberlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Baltes/autobiog/index.htm>.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University Press.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1993). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman & Company.
- Barbosa, A., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.
- Barreto, J. (2002). *A velhice e o sentido da vida*. Brotéria, 150 (2).
- Barreto, Luschnier, Santos & Sobral (2003). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report” (GDS).

- Bengston, V. L., & Schaie, K. W. (1999). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Birren, E.J. & Schaie, K.W. (2007). *Handbook of the psychology of aging* (6th Ed.). New York: Elsevier Academic Press.
- Canavarro, M., et al (2007). WHOQOL-Bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.
- Couvaneiro, C. S. & Cabrera, J. P. (2009). *Este Tempo de Ser: Concepções de espaço e Tempo para um Envelhecimento Positivo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P. & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. Em E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.) *Stress, coping, and resilience in children and families* (pp. 01-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2 (1), 188-192.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Figueira, H., Figueira, J., Mello, D., & Dantas, E., (2008). Quality of life throughout ageing. *Acta Médica Lituânica*, 15 (3), 169-172.
- Fleck, M.P.A., Chachamovich, E. Trentini, C.M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R., (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, A.M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica* (2^a Ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, A., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Hardy, S.E., Concat, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics society*, 52 (2), 257-262.

- Instituto Nacional de Estatística (2007). *O envelhecimento em Portugal: Situação socio-demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE/DECP/Serviço de Estudos sobre a População.
- Kahana, E., Kahana, B. e Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28 (2), 155-80.
- Koller, S. H. et al. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e factores pessoais de protecção. *Estudos de Psicologia*, 13 (2), 165-174.
- Kumpfer, K.L. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework. In M.D. Glantz and J.L. Johnson (Eds.) *Resilience and Development: Positive Life Adaptions*, 179-224. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lawton, M. P.(1989). Medio ambiente y satisfacción de necesidades en el envejecimiento. In Carstensen e Edelstein. *El envejecimiento y sus trastornos*.(pp. 46-53) Barcelona: Matínez Roca.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in the developmental psychopathology. *Advances in clinical child psychology*, 8, 1-51.
- Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida e idade madura: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas (SP): Papirus. (pp.5-56).
- Noronha, M. G., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. & Centa, L, (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência saúde colectiva*, 14 (2), 497-506.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl e A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira et al.(2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 27-38.
- Pesce, R. et al.(2004). Risco e protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 20, (2), 135-143.
- Pesce, R., Assis, S. G., Avanci, J., Malaquias, J. & Oliveira, R. V. C. (no prelo). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência Cross-Cultural

- adaption, Reliability and Validilty of the Resilience Scale. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factores and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protetive mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D. & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Definig feature and dynamic processes. Em J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and menthal healt: An integrative approach* (pp. 69-96). New York: Plenum.
- Sá, E. (1992). Perspectiva psicológica. In *Cadernos de Bio-ética* (4) (pp. 38-42). Coimbra: Centro de estudos de bioética. Dezembro.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M.E.R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6), 757-764.
- Schroots, J. & Birren, J. (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability. In *Adaptability and Aging. Proceedings of 9th Internacional Conference of Social Gerontology*, (pp. 43-54).Quebec, Canada.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A Study of resilient children*. New York; MacGraw-Hill.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H.(2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In Tavares, J. (Org.). *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.

ANEXOS

Anexo 1

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSO

Estamos a realizar um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acima dos 65 anos de idade acham que está a sua qualidade de vida. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a questionários.

Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida: a sua saúde, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio ambiente.

Esta pesquisa está a ser feita no âmbito de uma tese de mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias e tem como responsável a aluna Maria José dos Santos Valada orientada pelo Professor Doutor Nuno Colaço, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Gostaríamos de deixar bem claro que o(a) senhor(a) deve ter toda a liberdade para interromper o questionário se desejar ou negar-se a responder, caso não esteja de acordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão usadas somente para esta pesquisa. A divulgação dos resultados será anónima e em conjunto com as respostas de um grupo de 90 pessoas.

Se o senhor(a) tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Data ____/____/____

Assinatura _____

ANEXO 2

Mini - Mental State

(Folstein, 1975)
(Adaptação Portuguesa: Guerreiro, 1993)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida.)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.”

Pêra _____

Gato_____

Bola_____

Nota:_____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”

27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota:_____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar.”

Pêra_____

Gato_____

Bola_____

Nota:_____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta.)

a. “Como se chama isto?” Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. “Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha-a sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.” Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; se for analfabeto ler a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

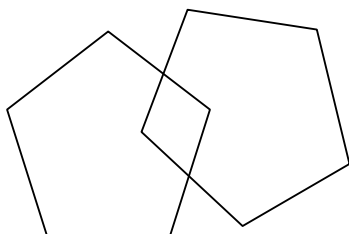
6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar o tremor ou rotação.

Nota: _____

Desenho

Cópia



(Máximo 30 pontos)

TOTAL: _____

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al.(1983) “Development and validation of a geriatric depression screening scale”
J. Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: _____ Idade _____ Data _____

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1.Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2.Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3.Sente a sua vida vazia?	S	N
4.Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5.Tem esperança no futuro?	S	N
6.Andar incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7.Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8.Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9.Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10.Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11.Fica muitas vezes inquieto(a)? E nervoso(a)?	S	N
12.Preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13.Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14.Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	S	N
15.Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S	N
16.Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17.Sente-se inútil?	S	N
18.Preocupa-se muito com o passado	S	N
19.Acha a sua vida interessante?	S	N
20.É difícil começar novas actividades?	S	N
21.Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22.Sente que para si não há esperança?	S	N
23.Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	S	N
24.Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25.Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N

26.Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27.Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28.Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29.Tem facilidade em decidir as coisas?	S	N
30.O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Pontuação:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0-10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30 = depressão grave

Nota: Esta escala foi concebida para auto-avaliação

O autor considera que a escala está no domínio público

ANEXO 4

Escala de Resiliência*

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando faço planos, eu levo eles até ao fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas e minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objectivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu posso frequentemente encontrar algo do que rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. A minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as	1	2	3	4	5	6	7

quais eu não posso fazer nada sobre elas.							
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

***Versão adaptada para o português da Escala da Resiliência de Wagnild e Young, 1993 (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias & Carvalhaes, 2005**

ANEXO 5

WHOQOL-Bref