

Fernanda Resende Rodrigues

Fatores relacionados à resiliência entre idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso

Uberaba

2018

FERNANDA RESENDE RODRIGUES

FATORES RELACIONADOS À RESILIÊNCIA ENTRE IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre

Uberaba, _____ de _____ de 2018.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Marciana Fernandes Moll
Universidade de Uberaba

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela vida, por permitir que oportunidades surgissem em minha trajetória, por minha proteção diária e minha fé nos momentos que necessitei.

Aos meus pais, **Sebastião e Leiner**, minhas referências de vida, pela motivação, incentivo e amor. Sem vocês não teria alcançado este objetivo.

Às minhas filhas, **Cristal e Maria Flor** que com seu amor e carinho, contribuíram para a realização deste meu sonho.

Ao meu esposo, **Divino**, pelo apoio nos momentos mais difíceis.

À Professora Doutora **Darlene Mara dos Santos Tavares**, orientadora desta pesquisa, pela disponibilidade, dedicação e ensinamentos, tornando este meu objetivo realizável. A você, meu respeito e admiração.

Aos membros da banca, Profa. Dra **Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves** e Profa. Dra **Marciana Fernandes Moll**, pelo acolhimento e pelas grandes contribuições neste trabalho e no meu crescimento.

Ao professor **Vanderlei Jose Haas**, pelos ensinamentos e paciência na orientação desse estudo.

À amiga **Eronita**, por estar sempre presente e disponível. Obrigada por ajudar a fazer esse trabalho acontecer.

À amiga **Nayara**, o meu profundo obrigado e o mais sincero desejo de um dia poder retribuir toda a ajuda que me prestou.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro.

Aos **idosos** da zona urbana do município de Uberaba que consentiram em participar desta pesquisa, pelo carinho e contribuição na construção do conhecimento.

*“Na manhã infinita as nuvens surgiram como a loucura numa
alma
E o vento como o instinto desceu os braços das árvores que
estrangularam a terra...
Depois veio a claridade, os grandes céus, a paz dos campos...
Mas nos caminhos todos choravam com os rostos levados para
o alto
Porque a vida tinha misteriosamente passado na tormenta.”*

(DE MORAES, 1935)

RESUMO

RODRIGUES, Fernanda Resende. **Fatores relacionados à resiliência entre idosos**. 2018. 94f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

O processo de envelhecimento é permeado por adversidades que podem afetar o bem-estar dos idosos. Entretanto, há potencialidades que se constituem em mecanismo mediador dessas questões, como a resiliência, que reflete a capacidade em lidar com situações críticas apesar dos desafios. Estudos sobre essa temática são essenciais na pesquisa gerontológica para subsidiar o desenvolvimento de políticas direcionadas ao envelhecimento. Objetivou-se analisar a resiliência dos idosos da comunidade de Uberaba, MG; descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde dos idosos da comunidade de Uberaba, MG; mensurar o escore de resiliência total e por sexo desses idosos; verificar a associação das variáveis sociodemográficas e de saúde na resiliência total e por sexo desses idosos. Estudo quantitativo, analítico e transversal realizado com 808 idosos residentes em Uberaba-MG. Utilizaram-se os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody, Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25; Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional. Procedeu-se à análise descritiva e a regressão linear múltipla, tendo como desfecho o escore de resiliência ($p \leq 0,05$). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, parecer nº 2.053.520. Predominaram idosos do sexo feminino (66,7%), faixa etária 60|-79 anos (42,1%), com escolaridade (50,4%), morando acompanhados (81,6%) e com renda individual mensal de até um salário mínimo (56,3%); com autopercepção de saúde positiva (82,80%); independentes para atividades básicas de vida diária (ABVD) (78,18%) e para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (82,46%); maior participação nas atividades avançadas de vida diária (AAVD) (80,63%); com até 4 morbidades (80,01%); sem indicativo de presença de sintomas depressivos (82,49%). A média do escore total de resiliência foi 78,06 pontos ($\pm 16,66$). Na análise entre os sexos, o escore de resiliência para os homens ($81,53 \pm 14,09$) foi superior ao das mulheres ($76,32 \pm 17,57$). Variáveis que tiveram associação com a resiliência foram sexo

(masculino); autopercepção de saúde (positiva); participação nas AAVD (maior), número de morbidades autorreferidas (menor) e indicativo de presença de sintomas depressivos (menor). Conclusão: maiores escores de resiliência tanto para as mulheres quanto para os homens idosos foram associados a maior participação nas AAVD e ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos. Contudo, para as idosas, maiores escores de resiliência associaram também à autopercepção de saúde positiva, indicando necessidade de estratégias de intervenção específicas a cada sexo.

Palavras-chave: Idoso; Saúde do Idoso; Resiliência; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

RODRIGUES, Fernanda Resende. **Factors related to resilience among the elderly**. 2018. 94f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais state, Brazil, 2018.

The aging process is permeated by adversities that may affect the welfare of the elderly. However, there are potentialities that constitute themselves as mediating mechanism of these issues, such as resilience, which reflects the ability to deal with critical situations despite the challenges. Studies on this topic are essential in gerontological research to support the development of policies directed to aging. The aim was to analyze the resilience of the elderly living in Uberaba, MG, describe the sociodemographic characteristics and health conditions of these older adults; measure the score of total resilience and gender of these aged; verify the association of sociodemographic and health variables in overall resilience and gender of them. It is a quantitative, analytical and cross-sectional study, with 808 elderly residents in Uberaba-MG. The instruments used were: the Mini-Mental State Examination, Geriatric Depression Scale- short form, Katz Index, the Lawton and Brody scale, Connor-Davidson Resilience Scale Brazil-25; Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. A descriptive analysis and multiple linear regression were conducted, with the outcome of the resilience score ($p \leq 0.05$). This project was approved by the Ethics Committee in Research with Human Beings of UFTM, under opinion No. 2,053,520. Female elderly (66.7%) were predominant, aged 60|-79 years (42.1%), with education (50.4%), living with other people (81.6%) and individual monthly income up to one minimum wage (56.3%); with positive self-perceived health (82.80%); independent for basic activities of daily living (BADL) (78.18%) and instrumental activities of daily living (IADL) (82.46%); greater participation in advanced activities of daily living (AADL) (80.63%); with up to 4 morbidities (80.01%); with no indicative of depressive symptoms (82.49%). The mean of the total resilience score was 78.06 points (± 16.66). In the analysis between genders, the resilience score for men (81.53 ± 14.09) was higher than in females (76.32 ± 17.57). Variables that were associated with resilience were gender (male); self-rated health (positive); participation in AADL (higher) number of self-reported morbidities (lower) and indicative of the presence of depressive symptoms (lower). Conclusion: higher

resilience scores for both women and older men were associated with greater participation in AADL and absence of the presence of depressive symptoms. However, for older women, higher resilience scores also associated with positive self-perception of health, indicating the need for sex-specific intervention strategies.

Keywords: Elderly; Health of the Elderly; Psychological Resilience; Geriatric Nursing.

RESUMEN

RODRIGUES, Fernanda Resende. **Factores relacionados a la resiliencia entre ancianos**. 2018. 94f. Disertación (Maestría en Cuidados de la Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

El proceso de envejecimiento está impregnado por adversidades que pueden afectar el bienestar de los ancianos. Sin embargo, hay potencialidades que se constituyen en mecanismo mediador de esas cuestiones, como la resiliencia, que refleja la capacidad en lidiar con situaciones críticas a pesar de los desafíos. Los estudios sobre esta temática son esenciales en la investigación gerontológica para subsidiar el desarrollo de políticas dirigidas al envejecimiento. Se objetivó analizar la resiliencia de los ancianos de la comunidad de Uberaba, MG; describir las características sociodemográficas y las condiciones de salud de los ancianos de la comunidad de Uberaba, MG; medir el puntaje de resiliencia total y por sexo de estos ancianos; verificar la asociación de las variables sociodemográficas y de salud en la resiliencia total y por sexo de estos ancianos. Estudio cuantitativo, analítico y transversal realizado con 808 ancianos residentes en Uberaba-MG. Se utilizaron los instrumentos: Mini Examen del Estado Mental, Escala de Depresión Geriátrica Abreviada, Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Escala de Resiliencia de Connor-Davidson para el Brasil-25; Cuestionario Brasileño de Evaluación Funcional y Multidimensional. Se procedió al análisis descriptivo y la regresión lineal múltiple, teniendo como resultado la puntuación de resiliencia ($p \leq 0,05$). Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la UFTM, opinión nº 2.053.520. En el caso de las mujeres, se observó un aumento en la tasa de mortalidad materna, en el grupo de edad, un salario mínimo (56,3%); con autopercepción de salud positiva (82,80%); independientes para actividades básicas de vida diaria (ABVD) (78,18%) y para actividades instrumentales de vida diaria (AIVD) (82,46%); mayor participación en las actividades avanzadas de vida diaria (AAVD) (80,63%); con hasta 4 muertes (80,01%); sin indicación de presencia de síntomas depresivos (82,49%). El promedio de la puntuación total de resiliencia fue 78,06 puntos ($\pm 16,66$). En el análisis entre los sexos, el puntaje de resiliencia para los hombres ($81,53 \pm 14,09$) fue superior al de las mujeres ($76,32 \pm 17,57$). Las variables que tuvieron asociación con la resiliencia fueron sexo (masculino); autopercepción de salud (positiva); la participación en las AAVD (mayor), el número

de muertes autorreferidas (menor) e indicativo de presencia de síntomas depresivos (menor). Conclusión: mayores escores de resiliencia tanto para las mujeres y para los hombres mayores se asociaron la mayor participación en las AAVD y ausencia del indicativo de presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, para las ancianas, mayores escores de resiliencia se asociaron también a la autopercepción de salud positiva, indicando la necesidad de estrategias de intervención específicas a cada sexo.

Palabras clave: Ancianos; Salud del Anciano; Capacidad de resistencia; Enfermería Geriátrica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	43
Tabela 2 -	Distribuição de frequência das variáveis de condições de saúde dos idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	44
Tabela 3 -	Análise comparativa do escore de resiliência com as variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	45
Tabela 4 -	Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	46
Tabela 5 -	Análise comparativa do escore de resiliência para o sexo feminino com as variáveis sociodemográficas e de saúde, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	47
Tabela 6 -	Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idosos da comunidade, para o sexo feminino, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	48
Tabela 7 -	Análise comparativa do escore de resiliência para o sexo masculino com as variáveis sociodemográficas e de saúde, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	49
Tabela 8 -	Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idosos da comunidade, para o sexo masculino Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades básicas de vida diária

AIVD – Atividades instrumentais da vida diária

AAVD – Atividades avançadas da vida diária

BOMFAQ – Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional

CD-RISC-25BRASIL - Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25

CHAMPS - Physical Activity Questionnaire

DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GDS-15 - Escala de depressão geriátrica

PFEFFER - Questionário de Atividades Funcionais

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TEPT - Transtorno de estresse pós-traumático

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	ENVELHECIMENTO HUMANO E POPULACIONAL NO BRASIL E NO MUNDO.....	17
2.2	RESILIÊNCIA.....	18
2.2.1	Conceito de Resiliência	20
2.2.2	Fatores de Risco e de Proteção	22
2.2.3	Aplicações da Resiliência na área da Saúde e Intervenções de Enfermagem	24
2.2.4	Resiliência em Idosos	26
2.2.5	Aferição da Resiliência	28
3	JUSTIFICATIVA	30
4	HIPÓTESE	31
5	OBJETIVOS	32
6	MÉTODO	33
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
6.2	LOCAL DE ESTUDO.....	33
6.3	DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO.....	33
6.3.1	Crerios de inclusão e exclusão	33
6.3.2	Definição da amostra	33
6.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	34
6.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
6.5.1	Caracterização sociodemográfica	35
6.5.2	Mini Exame do Estado Mental	35
6.5.3	Capacidade Funcional	36
6.5.4	Escala de depressão geriátrica (GDS-15)	37
6.5.5	Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25 (CD-RISC-25BRASIL)	38
6.5.6	Autopercepção de saúde	40
6.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	40
6.6.1	Variáveis sociodemográficas	40
6.6.2	Indicativo de presença de sintomas depressivos	40

6.6.3	Número de morbidades autorreferidas	39
6.6.4	Autopercepção de saúde	40
6.6.5	Variáveis para capacidade funcional	41
6.7	COLETA DOS DADOS.....	41
6.8	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	42
6.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
6.10	ASPECTOS ÉTICOS	42
7	RESULTADOS	44
7.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG).....	44
7.2	RESILIÊNCIA ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG).....	45
7.3	VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À RESILIÊNCIA EM IDOSOS.....	46
7.3.1	Variáveis sócio demográficas e de saúde associadas à resiliência em mulheres idosas	48
7.3.2	Variáveis sócio demográficas e de saúde associadas à resiliência em homens idosos	50
8	DISCUSSÃO	52
8.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMIGRÁFICA E DE SAÚDE DOS IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG).....	51
8.2	RESILIÊNCIA ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG).....	56
8.3	RESILIÊNCIA E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DE IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG)	57
9	CONCLUSÃO	64
10	REFERENCIAS	65
	ANEXOS	76
	APÊNDICE	91

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenômeno mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) estima-se que a quantidade de pessoas em todo o mundo com 60 anos ou mais de idade seja de dois bilhões em 2050, o que representa 22% da população mundial (WHO, 2014). Dessa forma, o crescimento da população idosa é uma realidade, sendo necessário que exista um esforço para que essa fase da vida possa ser vivida como uma experiência positiva e não como um processo responsável por declínios e perdas (PINTO, 2015).

Atualmente, a porcentagem de idosos no Brasil, segundo dados do censo de 2010, é de 13,0% (IBGE, 2010). Estima-se que em 2025, a proporção representativa de idosos no país seja 14,3 (IBGE, 2016). A diminuição nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, assim como o aumento da esperança média de vida e as melhorias das condições, são alguns dos fatores que têm contribuído para o aumento da população idosa (PINTO, 2015).

Essa rápida transição demográfica gerou impactos na saúde em decorrência do aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visto que as pessoas idosas estão em uma faixa etária na qual estão mais susceptíveis a apresentarem essas doenças.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Conforme as pessoas envelhecem, as DCNT transformam-se nas principais causas de morbidades, incapacidades e mortalidade em todas as regiões do mundo (DRESCH et al., 2017).

Essas doenças podem propiciar um acúmulo de sequelas, desenvolvimento de incapacidades e perda da autonomia dos idosos, o que pode causar impactos múltiplos em termos de limitação à qualidade de vida e funcionalidade (LIMA et al., 2016).

Entretanto, o indivíduo pode ser capaz de enfrentar desafios, adaptar-se a uma estabilidade funcional frente aos acontecimentos estressantes, identificar oportunidades, adequar-se às limitações e crescer frente aos contratempos que surgirem (SILVA; ARAÚJO, 2015).

Não há uma existência humana completamente protegida das adversidades e incertezas da vida e na velhice avançada esses eventos negativos podem tornar-se ainda mais frequentes. Perda de familiares, incapacidades, vulnerabilidade biológica,

abandono, tensão nos papéis sociais desempenhados, declínio da funcionalidade física, perda de *status* social, proximidade crescente da morte, ansiedade e depressão em virtude da exposição a eventos críticos são exemplos de riscos aos quais os idosos podem estar submetidos (FONTES, 2015). Assim sendo, o idoso precisa ter atitudes positivas, dentre elas o autoconhecimento e a capacidade de aprender a viver consigo mesmo de forma satisfatória. A resiliência, nesse caso, poderia ajudar nessa adaptação para uma vida com mais qualidade (SILVA; ARAÚJO, 2015).

A resiliência é um construto que cada vez mais vem sendo discutido na literatura científica nacional e internacional.

Ela é compreendida como a capacidade humana de enfrentar e superar as adversidades, proporcionando ao indivíduo ser modificado por esses fatores potencialmente estressores, de tal forma que o mesmo se adapte a tais experiências traumáticas e/ou estressantes. (SILVA; ARAÚJO, 2015, p. 393).

Muitos indivíduos conseguem manter suas vidas ativas na terceira idade, fazendo uso de vários recursos, dentre eles, a resiliência. Isso desmistifica o estigma da velhice como uma etapa do ciclo vital permeado de inércia e sem nenhum desenvolvimento ou crescimento (TEIXEIRA et al., 2015).

Considerando-se, portanto, o aumento crescente de idosos, evidencia-se a necessidade de maior atenção acerca desse tema, relacionando-o a esta população, uma vez em que estão mais vulneráveis aos eventos adversos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO E POPULACIONAL NO BRASIL E NO MUNDO

A longevidade tem se mostrado como uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014). Esse fenômeno mundial de aumento progressivo da população idosa constituiu-se em conquista significativa da humanidade, mas também implicou em novas demandas sociais e econômicas, sendo um dos grandes desafios da saúde pública (CAMPOS; PECORA, 2015).

A população brasileira a partir de 1940 vivenciou um declínio da mortalidade, como consequência da transferência de tecnologias médico sanitárias dos países desenvolvidos. Posteriormente, essas mudanças foram acompanhadas de um aumento do número de idosos e da diminuição da fecundidade. Inicialmente, esse processo aconteceu nos grupos populacionais mais privilegiados economicamente e residentes nas regiões mais produtivas do país. Assim, a transição demográfica ocorreu de forma desigual entre grupos sociais (SANCHES; DA LUZ; SIMÃO-SILVA, 2017).

Essas mudanças, que vêm alterando a pirâmide etária brasileira, com estreitamento da base e alargamento do topo, refletem a estrutura de população mais envelhecida. Contudo, o envelhecimento é vivenciado de forma muito diferente nos países em desenvolvimento, em que a longevidade é um fenômeno recente (CAMPOS; PECORA, 2015).

Diante de tal realidade, deve-se considerar que o processo de envelhecimento humano possui suas peculiaridades e estabelece correspondência direta entre como as pessoas envelhecem e a representação de uma determinada cultura sobre o envelhecer (TEIXEIRA et al., 2015). A propagação de uma visão estereotipada da velhice ainda é arraigada na cultura ocidental, compreendendo-a como uma busca pautada na ideia de eterna juventude e com a negação de questões próprias dessa fase da vida (CAMPOS; PECORA, 2015).

Além disso, vivencia-se hoje uma descartabilidade das relações entre os indivíduos, o que resulta em uma exclusão social. As redes de apoio social têm sido experienciadas de forma efêmera e marcadas pela indiferença em relação aos laços afetivos, inclusive os de família. Isso pode conduzir a situações de desamparo social

e criar novas crises. Laços sociais duradouros podem fornecer ajuda em tempos de dificuldades, favorecendo a superação. São, portanto, protetores e promotores de resiliência (JULIANO; YUNES, 2014).

Além disso, envelhecer no mundo contemporâneo caracteriza-se tanto por um aspecto singular, cuja experiência de vida de cada pessoa foi vivida de forma exclusiva e única; quanto se assinala também por um lado universal, por envolver, principalmente, mudanças inerentes ao desenvolvimento humano natural. Entretanto, a forma como cada sujeito vive esse envelhecimento, relaciona-se diretamente com o contexto social, histórico e cultural que percorreu de forma única a trajetória de sua vida (TEIXEIRA et al., 2015).

Assim, a significação atribuída ao envelhecer sofre forte impacto de valores contraditórios vigentes nos dias de hoje, uma vez que tais concepções rejeitam a existência de uma velhice feliz e saudável (TEIXEIRA et al., 2015). Outros estudos, no entanto, demonstram que o período da velhice apesar disso, pode ser vivido com qualidade de vida e que muitos idosos avaliam estar satisfeitos com o modo de vida que levam, o que pode ser atribuído ao seu grau de resiliência (NADAF, 2013; OLIVEIRA; ROCHA, 2016).

Como o processo de envelhecimento humano está permeado por várias hostilidades, a velhice pode ser caracterizada por um período promissor para a investigação de fatores e processos de resiliência e vulnerabilidade. O estudo deste construto tem recebido maior atenção com o aumento da quantidade de pessoas idosos, acarretando uma maior preocupação acerca de assuntos que se relacionam a essa população (TEIXEIRA et al., 2015).

2.2 RESILIÊNCIA

Por volta da década de 70 e 80, pessoas que eram expostas a importantes adversidades e, apesar disso, conseguiam permanecer saudáveis, passaram a ser objeto de estudo de vários pesquisadores e denominadas, inicialmente, de “invulneráveis”. Esse termo foi substituído, posteriormente, por “resilientes” (TEIXEIRA et al., 2015).

A resiliência diz respeito a um padrão de adaptação positiva, dependente da eficácia da atuação de recursos pessoais e sociais, na presença de eventos estressantes ou acumulativos ao funcionamento biológico, psicológico e social do

indivíduo, e ao seu desenvolvimento (FONTES, 2015). Este fenômeno, provavelmente tão antigo quanto à humanidade, foi a maneira encontrada por muitos povos para resistir às inúmeras dificuldades que marcaram a história da evolução da humanidade (JULIANO; YUNES, 2014).

Vários campos do conhecimento tem dispensado atenção à resiliência. Isso se dá tanto pelo seu interesse na compreensão dos fatores, processos e efeitos, quanto também em relação às contribuições humanas, sociais e epistemológicas tanto na área da saúde quanto da educação (RANGEL; SOUSA, 2014).

Estudo de revisão estimou que a presença de resiliência altera-se amplamente na população em geral, independentemente da idade, variando em torno de 25 a 80%, dependendo do contexto do estudo e dos instrumentos de medição (WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011). Diferentes abordagens de medidas podem levar a inconsistências relacionadas à natureza de potenciais fatores de risco e processos de proteção, e em prevalências (WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011).

Na China, em estudo feito com uma amostragem de funcionários de fábricas, verificou-se que a resiliência pode ser um recurso psicológico positivo para combater sintomas de depressão e ansiedade (WU; TAN; LIU; 2017). Constatou-se que pessoas com maior resiliência, têm maior tolerância ao estresse e melhor enfrentamento de adversidades e frustrações. Revisão de literatura realizada na Espanha reforça esse achado, verificando relação positiva entre resiliência e recuperação de sintomas depressivos em adultos (ARAUJO; TEVA; PAZ, 2015).

Outro estudo de revisão observou que a maioria das abordagens desse tema enfatizam crianças em risco; adolescentes e veteranos militares que tiveram exposição prolongada a traumas, ambientes sociodemográficos difíceis ou outros estressores crônicos (MACLEOD et al., 2016). No entanto, com o aumento da expectativa de vida, surgiu um crescente campo de pesquisa sobre o conceito de resiliência entre idosos e seu papel no envelhecimento bem-sucedido (MACLEOD et al., 2016).

Além disso, essa mesma revisão de literatura mostrou que idosos com idade igual ou superior a 85 anos experimentam alto nível de bem-estar e qualidade de vida tanto quanto aqueles que são mais jovens (MACLEOD et al., 2016).

Em outro estudo, realizado na Escócia, foi encontrado que indivíduos resilientes têm uma melhor sobrevivência em anos do que indivíduos não resilientes. Aqueles do grupo resiliente foram 25% menos propensos a morrer dentro de 10

anos da pesquisa em comparação com indivíduos não resilientes (ELLIOTT et al., 2014).

No entanto, nos países em desenvolvimento existe uma considerável escassez de estudos referente a essa temática. Os pesquisadores enfatizaram muito as adversidades extremas e pouco examinaram os percalços mais comuns no cotidiano (BENNETT et al., 2016). Enquanto em outros países, a resiliência já é utilizada em várias áreas do conhecimento científico, no Brasil o avanço dos estudos vem se desenvolvendo vagarosamente. Em nosso país, o conceito passou a ser utilizado somente no final da década de 90. Até esse período, a resiliência não fazia parte do vocabulário coloquial ou científico brasileiro (NASCIMENTO; CALSA, 2016).

Observa-se também que no processo de resiliência não se mantém a característica de retornar ao estado anterior. Cada pequeno evento adverso produz alguma mudança no indivíduo, permitindo o seu amadurecimento psíquico, social e cognitivo. Isso não resulta na eliminação do problema, mas sim, em dar-lhe um novo significado (KNOST, 2012).

2.2.1 Conceito de Resiliência

Originária do latim, a palavra *resilio* significa “retornar a um estado anterior” e o termo resiliência era bastante usado nas ciências exatas, como a Física e Engenharia, no início do século dezenove. Os estudiosos dessa área utilizavam o termo resiliência para designar a capacidade de um material sofrer uma ação externa de energia podendo chegar a apresentar alguma deformação. No entanto, no caso do material resiliente, ainda que sofresse deformidades, voltava ao seu estado original após a retirada do agente externo, sem demonstrar alteração em sua estrutura, uma vez que seu potencial máximo de resiliência não havia sido ultrapassado (KNOST, 2012).

Transportado para o campo das Ciências Humanas na área da Psicologia, resultou numa nova compreensão acerca desta capacidade. Iniciadas com a observação de formas positivas de conduta de crianças e/ou grupos de indivíduos que viveram em condições adversas, as pesquisas estenderam-se para o estudo das reações psicológicas diante de situações traumáticas. Passou-se então a utilizar o termo “invulnerabilidade” para explicar o fato de que as crianças, apesar de

prolongados períodos de adversidades apresentavam saúde emocional (BARLACH; FRANÇA; MALVEZZI, 2008).

O termo Invulnerabilidade, no entanto, foi contestado posteriormente uma vez que “os pressupostos de inexistência de limites para suportar o sofrimento e de imunidade por parte das crianças não correspondiam aos resultados empíricos encontrados” (BARLACH, FRANÇA, MALVEZZI, 2008, p 102).

O termo resiliência então passou a ser adotado como referência, revelando-se mais apropriado para descrever os fenômenos, uma vez que sugeria certo grau de elasticidade diante da pressão/tensão, como nos materiais, sem pressupor a invencibilidade (BARLACH, FRANÇA, MALVEZZI, 2008).

Assim, a resiliência passou a ser usada para denominar uma característica da vida humana em que o indivíduo pode responder de forma positiva às adversidades e superá-las, sem voltar, no entanto, ao seu estado inicial (SILVA JUNIOR, 2015).

A definição do termo, contudo, ainda hoje não é consensual entre os estudiosos. A resiliência é tratada ora como um traço da personalidade - como uma característica permanente, ora como um foco circunstancial - como um desfecho frente a uma adversidade, ou ainda como todas essas possibilidades (SOLANO, 2016).

Considerado um recurso estável, o construto refere-se a um conjunto de características que podem ser vistas como uma disposição da personalidade em resistir ao estresse. Essa abordagem centrada no indivíduo, no entanto, corre o risco de subestimar o papel de fatores externos (FONTES; NERI, 2015).

Em sua outra interpretação, quando analisada como uma perspectiva circunstancial, pode ser compreendida como um processo de enfrentamento de percalços (FONTES; NERI, 2015).

Pesquisadores mais profícuos no estudo desse construto advogam que uma pessoa resiliente assim se torna pela junção dessas duas forças: uma inata, provavelmente ligada a fatores cromossômicos, e uma ambiental, relacionada à existência de estressores (NOTARIO-PACHECO, 2014; CONNOR, DAVIDSON, 2003). Portanto, o melhor modelo para se conceituar resiliência, é o que contempla a interação entre fatores disposicionais e ambientais (SOLANO, 2016).

Dessa forma, a resiliência não pode ser explicada unicamente como um processo absoluto ou adquirido, mas sim como uma capacidade decorrente de um processo dinâmico e evolutivo que varia conforme as circunstâncias. Pode ser

percebida como um processo adaptativo face aos problemas, que pode ser alterado de um momento para outro (SEMEDO, 2016).

Assim, para esse estudo, será usada a definição de resiliência como um processo dinâmico de adaptação positiva em contexto de adversidades que se modifica ao longo do tempo, resultante de uma contínua interação entre as variáveis biológicas e socioculturais (SOLANO, 2016). Essa concepção considera a relevância da influencia dos fatores externos sobre esse construto, como já foi demonstrado em outro estudo (MAERCKERA; HILPERTA; BURRIA, 2016).

2.2.2 Fatores de Risco e de Proteção

Duas categorias de fatores probabilísticos envolvem a conceituação de resiliência: os *fatores de risco*, associados a padrões de adaptação negativa; e os *fatores de proteção*, que favorecem uma resposta positiva diante de contextos de risco (REPPOLD et al., 2012). Por isso, ao definir a resiliência, é importante especificar se está sendo vista como uma característica, um processo ou um resultado (SOUTHWICK et al., 2014).

A diversidade existente entre padrões de comportamento resiliente é resultante da combinação dos efeitos desses dois fatores. São eles que farão as respostas variarem a cada momento da vida (KNOST, 2012).

No processo de envelhecimento, algumas conjunturas tendem a representar um potencial risco para o idoso, como o sentido de inutilidade social, a morte de entes queridos; doenças e incapacidades; conflitos familiares; tensão nos papéis sociais e depressão em virtude da exposição a eventos críticos. (VIEIRA, 2016; FONTES, NERI, 2015).

Diante desse cenário são considerados fatores de risco os eventos negativos de vida que atuam sobre o indivíduo e, quando presentes, aumentam a probabilidade de a pessoa apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais (POLLETO, KOLLER, 2008).

Perante esses fatores, frequentemente é utilizado o termo vulnerabilidade, que designa a suscetibilidade das pessoas a desenvolver problemas e danos de saúde. Considera-se vulnerável uma pessoa cuja capacidade de realizar as atividades de vida diária ou para promover seu próprio cuidado está prejudicada por

alterações mentais, emocionais ou físicas. O conceito de risco em saúde, dessa forma, aparece interligado à vulnerabilidade (AGNE et al., 2016).

Apesar disso, existem influências que modificam as respostas aos riscos, consideradas fatores de proteção (POLLETO, KOLLER, 2008). Trata-se de variáveis que diminuem os impactos negativos dos fatores de risco, atuando sobre eles e produzindo melhoria do ajustamento. Sua atuação se dá pela alteração do significado que o perigo representa para o indivíduo (VIEIRA, 2016).

Esses fatores, no entanto, podem não apresentar efeito na ausência de um estressor, pois seu papel, mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento, é o de modificar a resposta em situações adversas (POLLETO, KOLLER, 2008). Dessa forma, o modo de atuação dos processos de proteção é considerado catalítico, uma vez que ao invés de terem um efeito próprio, modificam o de outras variáveis.

Estudar as características protetoras que se desenvolvem e que podem modificar o percurso pessoal do indivíduo diante das adversidades é essencial, pois estas têm relação estreita com o potencial da pessoa redefinir o curso de sua vida (SILVA; ARAUJO, 2015).

Cabe lembrar que tanto os fatores de risco quanto os de proteção são processos e não eventos estáticos. Juntos, constituem a integralidade da pessoa em processo de resiliência (POLLETO, KOLLER, 2008). Assim, devem ser compreendidos de acordo com a situação e o contexto, pois, dependendo das suas implicações específicas, podem constituir-se tanto como risco quanto como proteção (SCHUCK; DE ANTONI, 2014).

Além disso, cabe ressaltar aqui que existem estressores que são acontecimentos transitórios que obrigam a uma adaptação por parte do indivíduo e que exigem sua capacidade de resolver problemas (CÉSAR, 2015). Dessa forma, estresse pode ser entendido como um conjunto de alterações em resposta a um determinado estímulo capaz de colocá-lo sob tensão (TABOADA et al., 2006).

A relação das pessoas com esses eventos se dá em diferentes graus de intensidade, de forma que o impacto deles determine como são percebidos (POLLETO, KOLLER, 2008). Por conseguinte, a resiliência seria a capacidade do indivíduo em lidar com situações adversas, de modo que o estressor deixe de ser encarado como tal.

A resiliência entendida como um processo dinâmico de superação das adversidades da vida constitui-se de mecanismos desenvolvidos durante o percurso

de ser na vida. Assim, experimentar eventos supostamente negativos não necessariamente influenciará também de forma negativa a resiliência e, em muitos casos, a fortalecerá (CARDOSO et al., 2018).

2.2.3 Aplicações da Resiliência na área da Saúde e Intervenções de Enfermagem

No contexto da saúde, o conceito de resiliência utilizado em investigações e na práxis das ciências do cuidar de pessoas em condição crônica ainda é escasso (SILVA et al., 2012).

Em revisão de literatura percebeu-se que embora sejam numerosas as avaliações que enfatizam os vários aspectos específicos da resiliência, nenhuma fornece a informação necessária para projetar uma efetiva intervenção na área da saúde (MACLEOD et al., 2016).

Em outra revisão de literatura, foi identificado que estudos realizados nesta área são encontrados, em sua maioria, na literatura norte-americana e canadense. Seus investimentos e explorações sobre a temática têm colaborado na construção de saberes que habilitem usar o termo resiliência como tecnologia de cuidado humano (SILVA et al., 2015, CONNOR, DAVIDSON, 2003; ERIM et al., 2010).

A resiliência é um potencial para ajudar as pessoas a lidarem melhor com sua condição de saúde. Compreender os elementos pessoais do *ser* resiliente pode fazer com que esses sejam incorporados como mais uma possibilidade na práxis dos cuidados profissionais em saúde, em destaque a Enfermagem. Estas são questões que precisam ser revertidas nas intervenções dos cuidados profissionais às pessoas em condições crônicas (SILVA et al., 2015).

Com o intuito de destacar a saúde ao invés da doença, a resiliência é concebida no sentido de compreender os fatores e processos promotores de um desenvolvimento psicológico sadio, interessando, portanto conhecer quais os aspectos responsáveis por fortalecer e construir competências (MOREIRA, 2012).

Além disso, a resiliência na velhice tem sido associada a resultados relevantes, como redução de risco de depressão e mortalidade, melhores autopercepções do envelhecimento, aumento da qualidade de vida e comportamentos de estilo de vida melhorados (MACLEOD et al., 2016).

Há autores que defendem que o comportamento resiliente pode ser ensinado através de métodos cognitivos comportamentais, redução de estresse baseado na atenção, escrita expressiva e outras técnicas de relaxamento, como exercícios e massagens (SOTTILE et al., 2016; LEPPIN et al., 2014). Esses métodos promovem características de resiliência como otimismo, flexibilidade cognitiva, altruísmo e humor (SOTTILE et al., 2016).

Quanto mais conhecimento acerca da resiliência, mais existe potencial para integrar conceitos em campos relevantes da medicina, saúde mental e ciência. Esta integração está começando a promover uma mudança de paradigma muito necessária. Em vez de priorizar as consequências negativas do trauma, clínicos e pesquisadores poderiam ensinar métodos para melhorar a resiliência, favorecendo a prevenção de agravos (SOUTHWICK et al., 2014).

Em concordância com isso, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) conceitua o diagnóstico de enfermagem “*disposição para resiliência melhorada*” como padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa que é suficiente para otimizar o potencial humano e pode ser reforçado (NANDA, 2013.)

Por lidar de forma direta com as pessoas, o tema resiliência é de grande relevância aos profissionais de enfermagem, uma vez que tem a oportunidade de promover a saúde mesmo em situações e ambientes hostis (LEÃO et al., 2018).

A enfermagem, mediante o conhecimento técnico e científico, é capaz de auxiliar na reabilitação e de desenvolver o ensino-aprendizagem para o autocuidado. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que possibilitem aos indivíduos tornarem-se resilientes, adaptados psicologicamente frente às adversidades (MELO et al., 2015).

Ainda no âmbito da enfermagem, a formulação dos diagnósticos de promoção à saúde é necessária para ressaltar a disposição dos pacientes em alcançar um nível de bem-estar e, assim, ajudá-los a concretizar o potencial de saúde humana (MELO et al., 2015).

Além disso, reconhecer a contribuição da resiliência é indispensável para uma mudança de paradigma em ciências da saúde, deslocando a atenção da doença para as suas respostas adaptativas frente às adversidades no processo de viver humano. Os elementos pessoais do ser resiliente podem ser incorporados como

mais uma possibilidade na práxis dos cuidados profissionais em saúde, em destaque a Enfermagem (MELO et al., 2015).

A fim de desenvolver intervenções eficazes para melhorar a resiliência, é fundamental entender que os seres humanos são inseridos em famílias, famílias em comunidades e comunidades em sociedades e culturas. As intervenções visando qualquer um desses níveis afetarão funcionamento dos outros. Às vezes, a estratégia mais efetiva para aumentar a resiliência em um ponto específico pode envolver intervir em outro diferente (SOUTHWICK et al., 2014).

Em revisão de literatura, foram encontrados estudos sugerindo que a resiliência pode ajudar os idosos a alcançar uma melhor qualidade de vida, melhor saúde e envelhecimento bem-sucedido, apesar das adversidades que podem enfrentar (JESTE et al., 2013; SMITH, HOLLINGER-SMITH, 2015).

Dessa forma, intervenções para melhorar a resiliência podem ser administradas antes, durante ou após situações estressantes. Algumas intervenções podem ser mais eficazes em um ponto de tempo do que outro. Idealmente, intervenções devem ocorrer antes de eventos estressantes para que o indivíduo possa estar mais bem preparado para lidar com as adversidades (SOUTHWICK et al., 2014).

2.2.4 Resiliência em Idosos

Contrariamente aos indivíduos que passaram pela velhice em outros tempos, hoje, várias pessoas estão chegando a esta fase da vida, plenas de suas atividades sociais, culturais e até profissionais. Quando conseguem lidar com limitações decorrentes do envelhecimento, os idosos vivenciam uma velhice saudável e ativa (TEIXEIRA et al., 2015).

A experiência do envelhecimento bem-sucedido se relaciona não somente com uma vida ativa, mas também é produto do incremento da produção em ciência, tecnologia e práticas de atenção à saúde dos idosos. A Gerontologia visa o processo de envelhecimento bem-sucedido, contrariando o paradigma que considera a condição da velhice como um estigma de doença (OLIVEIRA; ROCHA, 2016).

Estudos sobre a resiliência e envelhecimento têm procurado investigar a superação perante situações estressantes na vida do idoso, que tornam essa população suscetível à vivência de sentimentos negativos (MAZO et al., 2016).

Assim, consideradas em conjunto, essas perspectivas de risco e desafios sugerem que é necessário aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo possa se manter (NASCIMENTO; CALSA, 2016).

Atualmente, resiliência constitui-se de uma área em rápido desenvolvimento dentro da Gerontologia, ficando evidenciadas suas implicações para a compreensão do desenvolvimento adulto de forma geral, para o bem-estar e envelhecimento bem-sucedido, bem como, para suas aplicações em programas sociais e políticas públicas (FONTES, 2015).

Em estudo realizado com idosos de um grupo de atendimento multidisciplinar, os resultados mostraram que o estado emocional positivo do idoso conduz a um melhor nível de resiliência, contribuindo para uma boa qualidade de vida. Isso ajuda na manutenção da sua saúde física e mental e na promoção do bem-estar, proporcionando prazer e benefícios para um envelhecimento saudável (SILVA et al., 2012).

Em revisão da literatura, foi constatado que a resiliência na velhice tem sido associado à redução do risco de depressão e mortalidade, melhor auto percepção do envelhecimento, e aumento da qualidade de vida (MACLEOD et al., 2016).

Além disso, essa mesma pesquisa demonstrou que níveis mais elevados de resiliência estão associados ao aumento da idade, sugerindo que os mais jovens não são sempre tão resilientes quanto aqueles que são mais velhos (MACLEOD et al., 2016).

Outro estudo sobre o construto verificou que idosos colombianos que vivem em situação de pobreza são, na sua maioria, resilientes apesar dessa condição. Isso demonstra que a combinação coletiva dos níveis individual, comunitário e social foi que promoveu essa resiliência (BENNETT et al., 2016). Esse achado corrobora com outra investigação realizada com mulheres idosas, onde foi identificado um elevado grau de resiliência, embora tivessem que sobreviver com uma baixa renda mensal individual e familiar (SILVA; ARAUJO, 2015).

Investigação realizada com uma amostra de crianças escocesas nascidas em 1936 para verificar seu nível de resiliência aos 77 anos indicou associação longitudinal entre resiliência e confiança, que pode ser atribuída aos complexos mecanismos que operam ao longo da vida. Os resultados sustentam a hipótese de que o estresse pode ajudar a construir a resiliência na vida adulta e demonstra que a

resiliência pode ser mediadora de outras influências sobre saúde e bem-estar na velhice (HARRIS et al., 2016).

Estudos ligados aos potenciais de saúde sugerem que a resiliência na velhice pode ajudar alcançar uma melhor qualidade de vida, melhor saúde e uma melhor auto percepção do envelhecimento, apesar das adversidades que os idosos podem enfrentar (SMITH; HOLLINGER- SMITH, 2015; JESTE et al., 2013).

Perspectivas recentes sugerem que a obtenção de resiliência deve ser o cerne do processo de envelhecimento. As características psicológicas e físicas combinadas a esse construto tem o potencial de impactar o processo de envelhecimento bem sucedido (JESTE et al., 2013).

Assim, o desenvolvimento do processo de resiliência possibilita ao indivíduo conquistar mais qualidade de vida, bem-estar psicológico e flexibilidade, adotando soluções positivas frente aos desafios com os quais se depara nesse estágio do ciclo vital. Envelhecer com qualidade de vida, será, pois, um dos principais desafios desse milênio (OLIVEIRA; ROCHA, 2016).

2.2.5 Aferição da Resiliência

Observa-se nos últimos anos, uma expansão de escalas elaboradas para apreender o construto resiliência. Em revisão realizada em 2015, apenas duas foram traduzidas, adaptadas e validadas para o português brasileiro (KNOST, 2012). Primeiramente a “Escala de Resiliência de Wagnild e Young” (WAGNILD, YOUNG, 1993), validada em 2005 no Brasil (PESCE et al., 2005) e a “Escala de Resiliência de Connor-Davidson Cd Risc 10” (LOPES; MARTINS, 2011). A população alvo da primeira, no entanto, é jovem, com média de 15 anos (PESCE et al., 2005). É interessante que haja uma escala para pessoas de diversos estratos etários (SOLANO, 2016).

Muitas das estratégias utilizadas para avaliar a resiliência não demonstram evidências de confiabilidade (GURGEL et al., 2013). Estudo de revisão realizado mostrou que apesar da expansão da elaboração de escalas, o construto ainda é avaliado por meio de poucos instrumentos validados. As pesquisas baseiam-se em perspectivas teóricas diversas e muitas associam a resiliência exclusivamente à qualidade de vida. Assim, os estudos de validação da resiliência ainda são escassos na literatura (GURGEL et al., 2013).

Em outro estudo de revisão das escalas de mensuração foi levantado que somente na CD-RISC, as mudanças ao longo do tempo foram examinadas. Além disso, nesse mesmo estudo, foi constatado que muitas das escalas de medidas tinham algumas informações faltantes sobre as propriedades psicométricas (WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011).

Revisão da literatura abrangente das escalas de resiliência sugeriu que a CD-RISC está potencialmente entre as melhores classificações psicométricas e de qualidade de medição dessa temática (MACLEOD et al., 2016).

Os autores da CD-RISC desenvolveram uma escala mais ampla que as demais, e compreendem a resiliência enquanto um construto que se modifica ao longo do tempo, resultante de um processo contínuo de interação entre as variáveis biológicas inatas e as variáveis socioculturais, e não apenas como um traço de personalidade, inerente ao indivíduo. Essa concepção de resiliência enquanto resultante de um processo dinâmico parece ter mais adeptos entre os pesquisadores da área (SOLANO, 2016).

Assim, por ser um instrumento com ampla utilização em pesquisas internacionais (LOPES; MARTINS, 2011) e com boas características psicométricas optou-se nesse estudo pelo uso da *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), desenvolvida por Connor e Davidson (2003) e validada no Brasil em 2016, por Solano (SOLANO, 2016).

3 JUSTIFICATIVA

A maior parte dos estudos sobre resiliência estão relacionados às situações que envolvem estresse pós-traumático ou estresses de grandes proporções (MAERCKERA, HILPERTA, BURRIA, 2015; MILLER, BROCKIE, 2015). Assim, esse estudo se diferencia uma vez que consideram relevantes inclusive os pequenos contratempos presentes nessa fase da vida.

Todas as pequenas mudanças envolvidas devem ser consideradas quando se fala em resiliência (CAMPOS, PECORA, 2015). Entender como os idosos reagem diante dessas situações cotidianas inerentes à velhice pode contribuir para o esclarecimento das complexidades que abrangem esse construto (MACLEOD et al., 2016).

Dessa forma, conhecer os fatores que favorecem um comportamento resiliente, favorece a compreensão de processos promotores de um desenvolvimento psicológico sadio (MOREIRA, 2012).

Além disso, até o momento, os estudos realizados no Brasil, foram utilizando-se de escalas que foram validadas com uma população mais jovem (SOLANO, 2016). A escala utilizada nesse estudo foi validada entre adultos e idosos, e isso poderá trazer um resultado mais fidedigno.

Dentre as escalas disponíveis para aferir o construto resiliência, apenas duas foram traduzidas, adaptadas e validadas para o português brasileiro (PESCE et al., 2005; SOLANO, 2016). No entanto, os questionários usados na escala validada por Pesce e colaboradores, foram apresentados em sala de aula, sendo a população-alvo muito jovem e hígida (adolescentes com idade média de 15 anos) (SOLANO, 2016).

Para esse tipo de estudo, realizado com idosos, é pertinente que a escala de resiliência tenha como alvo pessoas de diversos estratos etários, o que diferencia esse aos anteriores (SOLANO, 2016).

Outro fato a ser considerado é a escassez de publicações científica sobre essa temática no Brasil, o que dificulta identificar de que maneira pessoas idosas podem enfrentar de maneira eficaz e adequada os desafios com os quais se deparam. Assim, esse estudo poderá contribuir para um melhor entendimento da resiliência frente aos desafios enfrentados na velhice.

4 HIPÓTESE

Os maiores escores de resiliência entre idosos da comunidade estão associadas ao sexo feminino; faixa etária acima dos 80 anos; à existência de companheiro (a); à maior escolaridade; menor renda; à independência para as ABVD e AIVD; ser mais ativo nas AAVD; à ausência de sintomas indicativos de depressão, ao maior número de morbidades autorreferidas e a melhor autopercepção de saúde.

Em relação às mulheres idosas, os maiores escores de resiliência estão associados a faixa etária acima dos 80 anos; à não ter companheiro (a); à maior escolaridade; menor renda; à independência para as ABVD e AIVD; ser mais ativo nas AAVD; à ausência de sintomas indicativos de depressão, ao maior número de morbidades autorreferidas e a melhor autopercepção de saúde.

Em relação aos homens idosos, os maiores escores de resiliência estão associados a faixa etária acima dos 80 anos; à existência de companheiro (a); à maior escolaridade; menor renda; à independência para as ABVD e AIVD; ser mais ativo nas AAVD; à ausência de sintomas indicativos de depressão, ao maior número de morbidades autorreferidas e a melhor autopercepção de saúde.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a resiliência dos idosos da comunidade de Uberaba, MG.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I) Descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde dos idosos da comunidade de Uberaba, MG;

- II) Mensurar o escore de resiliência total e por sexo dos idosos;

- III) Verificar a associação das variáveis sociodemográficas e de saúde com a resiliência total e por sexo, dos idosos.

6 MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, do tipo inquérito domiciliar; analítico, transversal e observacional, que integra um projeto maior, intitulado “*Envelhecimento ativo, funcionalidade global e qualidade de vida de idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais*”.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na zona urbana do município de Uberaba, pólo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, Minas Gerais. De acordo com dados estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), advindos de sinopse do último Censo, no ano de 2010, o referido município, detém população estimada de 330.361, sendo que 36.703 (11,10%) são idosos (IBGE, 2018).

6.3 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta pelos idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba (MG).

6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no presente estudo aqueles com 60 anos ou mais de idade e que residiam na zona urbana do município de Uberaba (MG).

Foram excluídos os idosos que estivessem institucionalizados; com problemas de comunicação como surdez não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala; com declínio cognitivo sem informante para responder ao Questionário de Atividades Funcionais (PFEFFER) e escore final maior ou igual a seis pontos no PFEFFER (ANEXO F).

6.3.2 Definição da amostra

Foi utilizada a amostra por conglomerado em múltiplo estágio.

6.3.2.1 Procedimentos para amostragem conglomerado em múltiplos estágios

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2 = 0,02$ em um modelo de regressão linear múltipla com 10 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,2$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 13, introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de $n=806$. Considerando uma perda de amostragem de 15% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista será $n= 926$.

Para a seleção dos idosos, foi considerado no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município por meio de amostragem sistemática, organizando uma listagem única dos setores, mas identificando o bairro a que pertence. A quantidade de setores censitários urbano no município de Uberaba (MG) é de 404, foram selecionados 202. O intervalo amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula: $IA=Ncs/ncs$; onde Ncs é o número total de setores censitários e ncs o número de setores censitários sorteados.

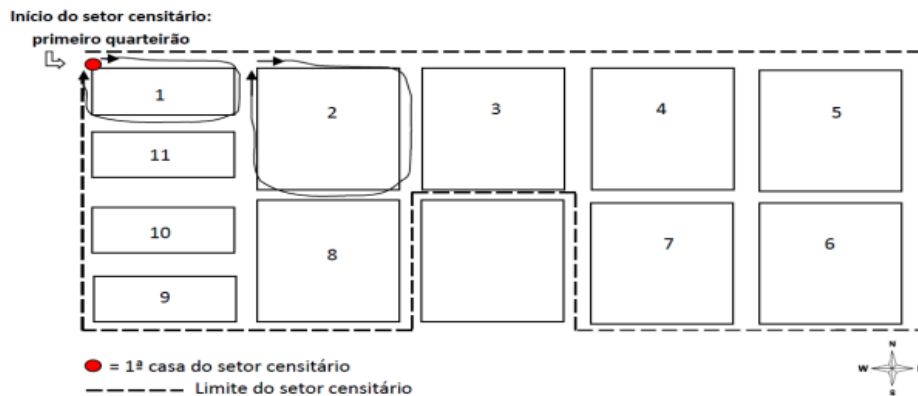
O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais conforme o IA; a listagem dos setores foi ordenada por ordem numérica crescente, para fins do sorteio. No segundo estágio, o número de idosos a ser entrevistado segundo cálculo amostral (808) foi dividido pela quantidade de setores censitários do município (202), de tal forma que se obteve um valor aproximadamente semelhante dentro de cada setor censitário. A quantidade de domicílios/idosos em Uberaba (MG) foi de quatro idosos por setor censitário.

6.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para o início da coleta, as ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS), versão 17.0, e sorteada aleatoriamente a rua na qual foi iniciada a busca do idoso. A coleta de dados iniciou-se na primeira residência da rua seguindo-se em sentido horário até o final do setor censitário. Foram visitados todos os domicílios sequencialmente,

conforme Figura 1, até obter quatro idosos por setor que atenderem aos critérios de inclusão.

Figura 1 - Mapa da seqüência de coleta de dados dentro de cada setor censitário



Fonte: Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM, 2016

Foram selecionados dez entrevistadores, com experiência prévia em coleta de dados, os quais foram treinados quanto ao preenchimento e a forma de aplicação dos instrumentos e a forma de abordar o entrevistado. Os entrevistadores anotaram as intercorrências (ausências, recusas e outras) em planilha de campo. Reuniões sistemáticas foram realizadas entre o pesquisador e entrevistadores para treinamento, acompanhamento e orientações.

Os supervisores de campo conferiram cada entrevista a fim de verificar o preenchimento e consistência dos itens, garantindo o controle de qualidade. Reuniões sistemáticas também foram realizadas entre o pesquisador e os supervisores para treinamento, acompanhamento e orientações.

6.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

6.5.1 Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica foi realizada por meio do instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (ANEXO B).

6.5.2 Mini Exame do Estado Mental

A avaliação da cognição dos idosos foi realizada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). O MEEM fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Seguirá os seguintes pontos de corte: ≤ 13 para analfabetos, ≤ 18 para escolaridade média (de um a 11 anos) e ≤ 26 para alta escolaridade (superior a 11 anos) (BERTOLUCCI et al., 1994) (ANEXO A).

Se o idoso apresentou declínio cognitivo na avaliação pelo MEEM, foi solicitada a participação do acompanhante, denominado de informante, ou seja, que sabe oferecer informações sobre o idoso. Ao informante foi aplicado o Questionário de Atividades Funcionais PFEFFER (ANEXO F) (BRASIL, 2007). Se o idoso não apresentou informante (cuidador/familiar) no momento da entrevista, esta foi encerrada. Essa escala possui 11 questões que avaliam a capacidade do idoso em realizar determinadas atividades. Possui um escore máximo de 33 pontos e verifica a presença e severidade do declínio cognitivo a partir da avaliação da funcionalidade e necessidade de assistência de outras pessoas. A aplicação do PFEFFER associada ao MEEM indica a presença mais grave de declínio cognitivo quando o escore for igual ou superior a seis pontos (BRASIL, 2007). No presente estudo, se o resultado no PFEFFER for inferior a seis pontos, a entrevista se procedeu com o idoso, sendo as informações complementadas, se necessário, pelo informante. Caso o escore final tenha sido igual ou maior que seis, a entrevista foi encerrada.

6.5.3 Capacidade Funcional

A capacidade funcional foi avaliada por meio da realização das ABVD, utilizando-se o Índice de Katz, elaborado por Katz (1963) e adaptado à realidade

brasileira (KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008). O instrumento (ANEXO C) investiga seis áreas de funcionamento relacionadas ao autocuidado: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. Cada uma das questões possui três opções de resposta (de 1 a 3). Neste estudo, a primeira e segunda respostas foram categorizadas como independência e a terceira resposta como dependência. O instrumento permite classificar o idoso em: independente para as seis funções; dependente em uma função; dependente em duas funções; dependente em três funções; dependente em quatro funções; dependente em cinco funções; dependente em seis funções (LINO et al., 2008).

A classificação da dependência apresenta variações na literatura (DUARTE; ANDRADE, LEBRAO, 2007), porém uma classificação usada é a de Katz e Akpom (1976) que varia de 0 a 6, onde: 0= independente em todas as seis funções; 1= independente em cinco funções e dependente em uma função; 2= independente em quatro funções e dependente em duas; 3= independente em três funções e dependente em três; 4= independente em duas funções e dependente em quatro; 5= independente em uma função e dependente em cinco; e 6= dependente em todas as seis funções.

Também foram mensuradas AIVD por meio da Escala de Lawton e Brody (1969), adaptada no Brasil (LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008), que é composta por sete itens com escore que varia de sete a 21 pontos. Considerará dependência total quando a pontuação final for sete, dependência parcial de oito a 20 pontos e independente quando o idoso obtiver 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (ANEXO D).

As AAVD foram avaliadas por meio de treze perguntas de natureza social. As respostas possíveis são: nunca fiz, parei de fazer, ainda faço (RIBEIRO; NERI, 2012) (ANEXO E). Para o presente estudo, foi calculado o número total de atividades que o idoso relatar ainda fazer. Os participantes foram classificados em dois grupos: mais ativos, com maior participação nas AAVDS ou menos ativos, de acordo com sua pontuação nesse total. Serão considerados como mais ativos aqueles que realizarem quatro ou mais atividades e, como menos ativos, os idosos que relatarem realizar três ou menos atividades (OLIVEIRA et al., 2015).

6.5.4 Escala de depressão geriátrica (GDS-15)

O indicativo de presença de sintomas depressivos foi mensurado por meio da Escala de depressão geriátrica (GDS-15), (ANEXO G). Esta escala é utilizada para rastreio de depressão e foi proposta por Yesavage em 1986 e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), sendo constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não). Para este estudo, foi considerado indicativo de presença de sintomas depressivos quando ocorrer escore superior a cinco (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

6.5.5. Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25 (CD-RISC-25BRASIL)

Para mensuração da resiliência foi utilizada a Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25 (CD-RISC-25BRASIL), (CONNOR, DAVIDSON, 2003; SOLANO, 2016). A CD-RISC-25BRASIL (ANEXO H) é uma escala de autoclassificação, embora, quando necessário, um assistente pode ler cada declaração para o indivíduo e registrar a resposta.

A escala de Connor- Davidson de Resiliência (CD-RISC) foi criada por Connor e Davidson em 2003, e é composta por 25 itens, todos os quais carregam um intervalo de respostas de 0 a 5 pontos, da seguinte forma: não é verdade (0), raramente verdadeiro (1), às vezes verdadeiro (2), muitas vezes verdadeiro (3), e verdade quase o tempo todo (4), o que totaliza 100 pontos. Embora os índices mais altos indiquem maior resistência, não há uma pontuação de corte entre alta e baixa resiliência (GULBRANDSEN, 2016).

Dentro do tema resiliência é a escala que mais tem recebido refinamentos, adaptações culturais, e estudos de validação atualmente. Sua confiabilidade e validade foram estudadas em populações na América do Norte, Europa, África e Ásia (SOLANO, 2016).

A escala é avaliada com base na forma como o sujeito se sentiu no último mês. A pontuação da escala baseia-se na soma do total de todos os itens, pontuações mais altas refletem maior resiliência (SOLANO, 2016). Esses 25 itens originalmente, são divididos em cinco fatores: (1) Competência pessoal, padrões elevados, e tenacidade; (2) Confiança nos próprios instintos, tolerância a afeto negativo e efeitos de fortalecimento do estresse; (3) Aceitação positiva da mudança, e as relações seguras; (4) Controle; e (5) Influências espirituais (BAASCH; AMORIM;

CRUZ, 2015). Na versão validada no Brasil, os itens foram divididos em quatro fatores: Tenacidade; Adaptabilidade e tolerância; Amparo e Intuição. A dimensão Espiritualidade que havia na escala original foi descartada. No entanto, ela aparece nos demais fatores de forma coerente (SOLANO, 2016).

A escala CD-RISC foi validada no Brasil em 2016, e recebeu apenas essa mudança da escala original na sua versão retro traduzida. A existência de escalas de resiliência adaptadas e validadas para o contexto cultural brasileiro pode trazer benefícios futuros, na medida em que esses instrumentos sejam utilizados para responder diversas questões de pesquisa (SOLANO, 2016).

Originalmente, a CD-RISC foi administrada a seis grupos populacionais distintos, totalizando 806 indivíduos: população geral americana (n=577), pacientes de cuidados primários (n=139), pacientes psiquiátricos ambulatoriais (n= 43), pessoas de um estudo de ansiedade generalizada (n= 24) e duas amostras de transtorno de estresse pós-traumático (n = 22). A versão final da escala apresentou provas de boa confiabilidade (LOPES; MARTINS, 2011).

Para a fase de adaptação transcultural no Brasil, 65 pacientes adultos ou idosos foram abordados nas salas de espera ambulatorial para transtornos de ansiedade ou para consultas pré-anestésicas de cirurgias eletivas de um hospital de ensino. Para a validação, foram abordados pacientes em salas de espera de clínicas ambulatorias para desordem de personalidade limítrofe, distúrbio de estresse pós-traumático e dor crônica, e acompanhantes adultos de pacientes de consulta pré-anestésica. Se esses indivíduos apresentassem leitura e audição deficientes ou deficiência cognitiva, a entrevista era interrompida e o indivíduo excluído do estudo (SOLANO et al., 2016).

A CD-RISC é direcionada para responder a cada declaração com referência ao mês anterior, entendendo que, se uma situação particular não surgiu neste momento, a resposta deve ser determinada pela forma como a pessoa pensa que teria reagido (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

Observa-se um crescimento insigne da literatura sobre o uso da CD-RISC, com o seu uso em diferentes países, incluindo China, África do Sul, Coreia e Irã. Uma ampla variedade de populações tem sido estudada, incluindo amostras da população geral, sobreviventes de traumas diversos, adolescentes, idosos, pacientes em tratamento para transtorno de estresse pós-traumático, membros de diferentes etnias e culturas. As propriedades psicométricas da CD-RISC foram

plausíveis em todos os estudos, mas a estrutura fatorial encontrada tem sido variada (LOPES; MARTINS; 2011). Na China, por exemplo, a CD-RISC foi preciso ser adaptada em uma nova versão, onde foi produzida uma estrutura de 3 fatores (tenacidade, força, e otimismo) que se encaixava na comunidade chinesa (WU; TAN; LIU, 2017).

6.5.6 Autopercepção de saúde

A autopercepção de saúde foi mensurada por meio de questões pertencentes ao Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) (ANEXO J) (RAMOS et al., 1998).

6.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

6.6.1 Variáveis sociodemográficas

Sexo (feminino e masculino);

Faixa etária (60|-|79 e 80 anos ou mais);

Estado conjugal (com companheiro (a); sem companheiro (a));

Escolaridade: (sem escolaridade (0 anos de estudo); com escolaridade (1 ano de estudo ou mais));

Arranjo de moradia (mora acompanhado (a); mora só);

Renda individual mensal (<1; ≥1).

6.6.2 Indicativo de presença de sintomas depressivos

Sim ou não

6.6.3 Número de morbidades autorreferidas

Nenhuma; 1 |-|4; 5 ou mais. Para efeito da análise de regressão linear essa variável foi dicotomizada em 0 a 4; 5 ou mais.

6.6.4 Autopercepção de saúde

Positiva (muito boa/boa); Negativa (regular, ruim e muito ruim).

6.6.5 Variáveis para capacidade funcional

ABVD: dependente e independente;

AIVD: dependente total/parcial e independente;

AAVD: menor participação e maior participação nas AAVD.

6.7 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida no período de Maio de 2017 a Junho de 2018. Durante a entrevista foram dadas orientações quanto aos instrumentos e o sistema de pontuação. Cada item foi lido ao idoso que pontuava a resposta que julgava adequada para si. Quando o item era de difícil entendimento, se esclarecia a dúvida e caso persistisse, este seria relido quantas vezes fossem necessárias. O código (99) foi usado nas questões consideradas pelos idosos como não aplicáveis ou aquelas que o mesmo recusasse a responder.

Os instrumentos foram aplicados por entrevistadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, que receberam treinamento quanto à abordagem do idoso, preenchimento dos instrumentos (questionários) e aplicação dos testes físicos. Os entrevistadores ficaram responsáveis pelas anotações de informações sobre a coleta e intercorrências como recusas, problemas na identificação do endereço, declínios cognitivos ou outros.

As entrevistas feitas foram entregues para uma pessoa responsável pelo controle e repasse das mesmas para o supervisor. Reuniões foram realizadas entre os entrevistadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, a fim de que se mantivesse a consistência e padronização na forma de coleta dos dados, através de orientações e esclarecimentos.

Ressaltam-se alguns cuidados que foram tomados no momento da entrevista: não interferir na escolha das respostas do entrevistado, não discutir as questões, não comentar o significado ou a escala das respostas e usar jaleco, crachá e roupas adequadas durante as entrevistas. Ao término, foi verificado atentamente se porventura alguma questão tenha ficado sem resposta e se somente uma alternativa

foi marcada para cada questão. Todas as entrevistas foram revisadas e sempre que houve dúvidas ou necessidade de complementar os dados, os entrevistadores retornaram à residência dos idosos para as devidas correções.

6.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Conforme as entrevistas foram realizadas, procedeu-se a revisão e a codificação. Foi construída uma planilha eletrônica, no programa *Excel*[®] e os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistência entre as duas bases de dados. Quando houveram dados inconsistentes foram verificados, na entrevista original, e realizou-se sua correção. O banco de dados foi importado para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*[®] versão 22.0.

6.9 ANÁLISE DOS DADOS

Para atender aos objetivos I e II foi realizada análise descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

Para verificar a associação das características sociodemográficas e de saúde com o escore de resiliência (objetivo III), foi realizada análise bivariada preliminar, empregando-se o teste t *Student*. Considerou-se como variáveis de interesse: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda individual mensal, arranjo de moradia, autopercepção de saúde, indicativo de presença de sintomas depressivos, ABVD, AIVD e AAVD. As variáveis de interesse que atenderam o critério de inclusão estabelecido ($p \leq 0,10$) foram introduzidas no modelo de regressão linear múltipla, tendo como desfecho o escore de resiliência. Este estudo considerou um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de $p \leq 0,05$.

6.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob parecer nº 2.053.520.

Os participantes desta pesquisa foram contatados em seu domicílio, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

7 RESULTADOS

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG)

Verificou-se que do total de idosos entrevistados (808), a maioria era do sexo feminino (66,7%); com idade entre 60 a 79 anos (78,6%); sem companheiro (a) (58,3%); com escolaridade (83,2%); renda mensal individual maior ou igual a um salário mínimo (91,0%) e morava acompanhado (a) (81,6%) (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas dos idosos entrevistados.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	269	33,3
Feminino	539	66,7
Faixa etária (em anos)		
60 - 79 anos	634	78,5
80 ou mais	174	21,5
Estado Conjugal		
Com companheiro (a)	337	41,7
Sem Companheiro (a)	471	58,3
Escolaridade (em anos)		
Sem escolaridade	137	17,0
Com escolaridade	671	83,2
Renda (em salários mínimos)		
<1	73	9,00
≥1	735	91,0
Arranjo de moradia		
Só	149	18,4
Acompanhado (a)	659	81,6

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

O maior percentual de idosos é independente nas ABVD (92,8%); tem dependência parcial nas AIVD (72,5%); possui maior participação nas AAVD (73,8%); sem indicativo de presença de sintomas depressivos (76,5%); possui 5 ou mais morbidades (67,5%) e relatou autopercepção de saúde negativa (54,5%) (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta as condições de saúde dos idosos.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis de condições de saúde dos idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
ABVD		
Independente	750	92,8
Dependente	58	7,2
AIVD		
Dependência total	4	0,5
Dependência parcial	586	72,5
Independente	218	27,0
AAVD		
Maior participação	596	73,8
Menor participação	212	26,2
Indicativo de presença de sintomas depressivos		
Sim	190	23,5
Não	618	76,5
Número de morbidades autorreferidas		
Nenhuma	12	1,5
1 - 4	251	31,1
5 ou mais	545	67,5
Autopercepção de saúde		
Positiva	368	45,5
Negativa	440	54,5

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

7.2 RESILIÊNCIA ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG)

A média do escore total de resiliência entre os idosos foi 78,06 pontos ($\pm 16,66$). Para o sexo feminino, a média foi 76,32 ($\pm 17,57$) e para o masculino 81,53 ($\pm 14,09$).

7.3 VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À RESILIÊNCIA EM IDOSOS

As variáveis que atenderam ao critério estabelecido ($p \leq 0,10$) e foram submetidas a análise da regressão linear múltipla foram: sexo, estado conjugal, arranjo de moradia, autopercepção de saúde, AIVD, AAVD, número de morbidades autorreferidas e indicativo de presença de sintomas depressivos.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde, segundo escore de resiliência de idosos da comunidade de Uberaba (MG).

Tabela 3 - Análise comparativa do escore de resiliência com as variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	Média	Desvio Padrão (\pm)	P
Sexo			
Masculino	81,53	14,09	0,000
Feminino	76,32	17,57	
Faixa Etária (em anos)			
60 - 79anos	77,99	17,01	
80 ou mais	78,27	15,38	0,846
Estado Conjugal			
Com companheiro (a)	80,78	15,03	0,000
Sem companheiro (a)	76,10	17,50	
Escolaridade (em anos)			
Com escolaridade	78,33	16,82	0,301
Sem escolaridade	76,71	15,84	
Renda (em salário mínimo)			
<1	78,35	15,73	0,873
≥ 1	78,02	16,76	
Arranjo de Moradia			
Acompanhado (a)	78,75	16,18	0,023
Só	74,99	18,42	

Autopercepção de saúde			
Positiva	82,80	14,12	0,000
Negativa	74,08	17,58	
ABVD			
Independente	78,18	16,71	0,422
Dependente	76,36	16,13	
AIVD			
Independente	82,46	14,17	0,000
Dependente total/parcial	76,42	17,22	
AAVD			
Maior participação	80,63	15,32	0,000
Menor participação	70,82	18,15	
Número de morbidades autorreferidas			
0 a 4	80,01	15,90	0,020
5 ou mais	77,11	16,95	
Indicativo de presença de sintomas depressivos			
Não	82,49	13,09	0,000
Sim	63,63	18,78	

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Na regressão linear múltipla, as variáveis que associaram aos maiores escores de resiliência foram: sexo masculino, autopercepção de saúde positiva, maior participação nas AAVD, ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos e ter 0 a 4 de morbidades autorreferidas (Tabela 4).

Tabela 4 - Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	β	P
Sexo Masculino	0,096	0,004
Estado Conjugal (com companheiro)	0,008	0,812
Arranjo Moradia (mora acompanhado)	0,052	0,122
Autopercepção de Saúde Positiva	0,124	0,000
Independência nas AIVD	0,045	0,155
Maior participação nas AAVD	0,122	0,000
Ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos	0,402	0,000

Menor número de morbidades autorreferidas -0,077 **0,019**

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

7.3.1 Variáveis sócio demográficas e de saúde associadas à resiliência em mulheres idosas

Entre as idosas, as variáveis que atenderam ao critério estabelecido ($p \leq 0,10$) para análise da regressão linear múltipla foram: estado conjugal, arranjo de moradia, autopercepção de saúde, AIVD, AAVD e indicativo de presença de sintomas depressivos (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise comparativa do escore de resiliência para o sexo feminino com as variáveis sociodemográficas e de saúde, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	P
Faixa Etária (em anos)			
60 - 79 anos	76,36	17,93	
80 ou mais	76,17	16,28	0,919
Estado Conjugal			
Com companheiro (a)	78,31	16,63	0,076
Sem companheiro (a)	75,42	17,92	
Escolaridade (em anos)			
Com escolaridade	76,32	17,84	0,997
Sem escolaridade	76,31	16,36	
Renda (em salário mínimo)			
<1	78,13	15,73	0,347
≥1	76,04	17,83	
Arranjo de Moradia			
Acompanhado (a)	77,01	16,89	0,081
Só	73,09	20,22	
Autopercepção de saúde			
Positiva	81,78	14,80	0,000
Negativa	72,34	18,36	
ABVD			

Independente	76,55	17,63	0,248
Dependente	73,05	16,52	
AIVD			
Independente	81,11	15,60	0,000
Dependente total/parcial	74,70	17,91	
AAVD			
Maior participação	78,94	16,28	0,000
Menor participação	69,64	18,95	
Número de morbidades autorreferidas			
0 a 4	76,15	17,88	0,904
5 ou mais	76,37	17,49	
Indicativo de presença de sintomas depressivos			
Não	81,84	13,40	0,000
Sim	61,59	18,86	

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Na regressão linear múltipla, as variáveis que associaram aos maiores escores de resiliência entre as mulheres idosas foram: autopercepção de saúde positiva, maior participação nas AAVD e ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos (Tabela 6).

Tabela 6 - Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idosos da comunidade, para o sexo feminino, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	β	P
Estado Conjugal (com companheiro)	0,003	0,930
Arranjo Moradia (mora acompanhado)	0,066	0,088
Autopercepção de Saúde Positiva	0,099	0,012
Independência nas AIVD	0,036	0,348
Maior participação nas AAVD	0,107	0,006
Ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos	0,446	0,000

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

7.3.2 Variáveis sócio demográficas e de saúde associadas à resiliência em homens idosos

Entre os homens idosos, as variáveis que atenderam ao critério estabelecido ($p \leq 0,10$) para análise da regressão linear foram: estado conjugal, escolaridade, arranjo de moradia, autopercepção de saúde; AIVD; AAVD, número de morbidades autorreferidas e indicativo de presença de sintomas depressivos (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise comparativa do escore de resiliência para o sexo masculino com as variáveis sociodemográficas e de saúde, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	P
Faixa Etária (em anos)			
80 ou mais	82,69	12,30	0,490
60 - 79 anos	81,23	14,54	
Estado Conjugal			
Com companheiro (a)	83,24	12,82	0,014
Sem companheiro (a)	78,64	15,65	
Escolaridade (em anos)			
Com escolaridade	82,18	13,93	0,067
Sem escolaridade	77,71	14,63	
Renda individual mensal (em salário mínimo)			
<1	94,00		0,377
≥1	81,48	14,10	
Arranjo de Moradia			
Acompanhado (a)	82,34	13,96	0,062
Só	78,33	14,29	
Autopercepção de saúde			
Positiva	84,44	12,84	0,000
Negativa	78,33	14,75	
ABVD			
Independente	81,51	14,11	0,934
Dependente	81,77	14,21	
AIVD			

Independente	84,72	11,14	0,006
Dependente total/parcial	80,13	15,02	
AAVD			
Maior participação	83,75	12,80	0,000
Menor participação	73,80	15,68	
Número de morbidades autorreferidas			
0 a 4	83,41	13,08	0,022
5 ou mais	79,49	14,90	
Indicativo de presença de sintomas depressivos			
Não	83,61	12,49	0,000
Sim	70,60	16,92	

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018

Na regressão linear múltipla, as variáveis que associaram aos maiores escores de resiliência entre os homens idosos foram: maior participação nas AAVD e ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos (Tabela 8)

Tabela 8 - Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idosos da comunidade, para o sexo masculino Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	β	P
Estado Conjugal (com companheiro)	0,073	0,309
Arranjo Moradia (mora acompanhado)	0,009	0,900
Autopercepção de Saúde Positiva	0,105	0,078
Independente nas AIVD	0,050	0,402
Maior participação nas AAVD	0,170	0,006
Ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos	0,242	0,000
Número de morbidades autorreferidas	0,043	0,460

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

8 DISCUSSÃO

8.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG)

Pesquisas nacionais desenvolvidas entre idosos da comunidade encontraram predomínio do sexo feminino, o que corrobora com os achados desse estudo (FONTES et al., 2015, MELO et al., 2017, DOS REIS, MENEZES, 2017). Este fator, denominado feminização da velhice, reflete os hábitos gerais de cada sexo, em que a mulher geralmente está menos exposta aos fatores de risco de mortalidade, além de estar mais inserida em ações de prevenção e autocuidado (JORGE et al., 2017).

Além disso, a maior concentração de mulheres nas idades mais avançadas relaciona-se também à sobremortalidade masculina, fenômeno presente em quase todos os grupos etários, porém é mais evidente no grupo de idosos, considerando que menos homens atingem essa idade (MELO et al., 2017).

Semelhante à outra investigação de base populacional em uma região periférica no Nordeste do Brasil, a faixa etária predominante foi entre 60|-79 (PINTO JUNIOR et al., 2016). Também em estudo realizado com idosos adscritos a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Rio Grande do Sul/ Brasil, essa foi a faixa etária mais prevalente (GROSS et al., 2018).

Não ter companheiro foi predominante em estudo com idosos atendidos em um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso no norte de Minas Gerais, semelhante ao encontrado nessa pesquisa (CARNEIRO et al., 2017). Idosos sem companheiros apresentam maior tendência à incapacidade funcional (PEREIRA et al., 2017). Considerar esta evidência é pertinente para um entendimento adequado da situação geral do idoso na área da saúde. Ter um (a) companheiro (a) está associado a uma melhor qualidade de vida, principalmente no idoso, que pode apresentar limitações ou necessidades de auxílio (ROCHA et al., 2017).

Pesquisa realizada com idosos da comunidade residentes na área urbana de 100 municípios localizados em 23 estados brasileiros, identificaram que em relação à escolaridade, a maioria dos idosos tinha pelo menos um ou mais anos de estudo, o que corrobora com os achados desse trabalho (WACHS et al., 2016). De forma semelhante, outra investigação conduzida com amostra nacional representativa de

da Pesquisa Nacional de Saúde com 60 anos ou mais, identificou que a maioria dos idosos tinham algum nível de escolaridade (SILVA et al., 2017).

A baixa instrução retrata o difícil acesso à escola no momento em que os idosos estavam em fase escolar, quando a educação era informal e não obrigatória. Entre as décadas de 1930 até os anos 1950, o ensino fundamental era restrito a segmentos sociais específicos. Dessa forma, esse achado reflete a consequência desse acesso desigual (GROSS et al., 2018).

Além disso, o baixo nível de escolaridade pode aumentar a vulnerabilidade do idoso, uma vez em que pode aumentar as dificuldades referentes aos autocuidados de saúde, como o manuseio de medicamentos, seguimento de dietas, prescrições e outros (AGNE et al., 2016).

No entanto, esse fenômeno vem mudando nos últimos anos. As políticas públicas para essa faixa etária, a Lei 8842/1994 e o Estatuto do Idoso, Lei 10741/03 indicam o valor da criação de universidades abertas à terceira idade, pois a Educação é um preceito e direito constitucional (NADAF, 2013).

Condizente com o perfil de idosos da comunidade de uma pesquisa realizada no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, a maioria possui ganho mensal maior ou igual a um salário mínimo (GROSS et al., 2018). Por um lado, o recebimento de uma renda pode impulsionar os idosos a buscarem privacidade e independência, optando por morarem sozinhos. Por outro lado, uma renda recebida pelo idoso pode atrair familiares que buscam usufruir destes benefícios (PAULO; WANJMAN; HERMETO, 2016).

Baixa renda e baixos níveis de escolaridade são características da atual geração de idosos brasileiros, que tiveram pouco acesso à educação e dessa forma, poucas oportunidades de trabalho (FREITAS, 2018). Isto acaba por torná-los mais vulneráveis às condições de doenças, por associar-se a precárias condições de vida e acesso a serviços de saúde, o que gera maior desigualdade resultando na redução da qualidade de vida (FREITAS, 2018). No caso de uma doença crônica, por exemplo, muitas vezes os recursos materiais são necessários para se adaptar às mudanças nas circunstâncias da vida (MERTENS et al., 2012).

É preciso lembrar que algumas conjunturas, como as citadas, tendem a representar um potencial risco para o idoso e por esse motivo deve-se estar atento ao impacto de como eles são percebidos na vida do indivíduo (POLLETO, KOLLER, 2008).

Idosos morando acompanhados foram predominantes em estudo com idosos da comunidade, assim como ao encontrado nessa investigação (BOLINA, TAVARES, 2016). Contudo, estudos internacionais também com idosos da comunidade no Japão e na China divergem desses achados (SAITO et al., 2014; SUN et al., 2011).

Muitos idosos que dispõem do apoio da família têm uma estrutura de enfrentamento melhor do que os que não têm. Laços familiares são importantes para o bem-estar e para a estabilidade emocional dos indivíduos, além de possibilitarem aos idosos permanecerem integrados aos seus contextos de vida. A demonstração de afetividade, cuidados e vínculos são essenciais para a manutenção da saúde psíquica dos idosos (LIMA et al., 2016).

Ademais, a importância do apoio de pessoas próximas no enfrentamento de situações adversas contribui para a redução da incidência de depressão e de transtorno do estresse pós-traumático em vítimas de violência, independente da intensidade das agressões (FORNARI; LABRONICI; 2018). Assim, há a necessidade de se manterem os vínculos afetivos entre os membros da família e os idosos, para que esses se sintam valorizados e vivam com dignidade (LIMA et al., 2016).

O suporte social, portanto, pode ser definido como um recurso de enfrentamento de eventos da vida, tanto por prevenir o estresse quanto por minimizar os seus efeitos (AVILA, 2016). Pode constituir-se como um fator de proteção para o enfrentamento do risco, desde que para isso, não restrinja a autonomia do idoso (PERIM et al., 2015).

Referente à autopercepção de saúde, os achados deste estudo divergem de pesquisa realizada em uma ESF e outras de base populacional em que prevaleceram maiores percentuais de idosos satisfeitos com a própria saúde (DRESH et al., 2017; BORGES et al., 2014; CONFORTIN et al., 2017). Nos últimos anos, a literatura científica tem apresentado uma crescente produção sobre esse tema, destacando sua associação com morbidade (MEDEIROS et al., 2016).

A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, além de ser um forte indicador de mortalidade. Pessoas que relatam sua saúde como sendo ruim, apresentam maior risco de mortalidade em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde ótima (MEDEIROS et al., 2016).

Investigação conduzida com idosos da comunidade também realizada no município de Uberaba, MG, evidenciou o predomínio de idosos independentes nas

ABVD, corroborando com os achados dessa investigação (AGRELI et al., 2017). A qualidade de vida na velhice é fortemente determinada pela manutenção da capacidade funcional e a sua independência caracteriza-se pela capacidade de executar as atividades de vida diária. Manter essa capacidade nos idosos está associado a um bom nível de bem-estar e satisfação (KHOURY, SA-NEVES, 2014).

Além disso, há que se considerar que com o aumento da expectativa de vida e com o avanço de pesquisas que buscam promover qualidade de vida na terceira idade, a prevalência de idosos mais ativos e independentes é cada vez maior (BARBOSA et al., 2014).

Estudo desenvolvido na Região Metropolitana de Belo Horizonte com idosos da comunidade evidenciou a predominância de idosos que apresentaram pelo menos uma incapacidade para as AIVD, semelhante ao encontrado nessa investigação (GONTIJO et al., 2016). A incapacidade na realização de alguma dessas atividades além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica em transtornos para ele e sua família, que terá que mobilizar maior tempo, energia e recursos financeiros para prover as demandas que surgirem (FONTES et al., 2015).

Com o envelhecimento a probabilidade de dependência nas AIVD torna-se maior, devido ao fato da capacidade de realizar tarefas envolver a integração de múltiplos sistemas fisiológicos que, gradualmente, entram em declínio (GASPAR, 2015). Hierarquicamente, as perdas ocorrem inicialmente nas AIVD e, posteriormente, nas ABVD, devido as primeiras exigirem maior integridade física e cognitiva (GASPAR, 2015).

Semelhante ao encontrado em estudo com idosos da comunidade, a maior participação nas AAVD foi prevalente nessa amostra, embora utilizando-se de outro instrumento de avaliação (SPOSITO; NERI; YASSUDA, 2016).

As AAVD podem indicar boa saúde física e mental, e a redução na sua participação pode sugerir início de declínio funcional, alterações cognitivas e fragilidade (OLIVEIRA et al., 2015).

A realização das AAVD tende a declinar com o envelhecimento devido ao surgimento de problemas de saúde e barreiras sociais enfrentadas na terceira idade. Além disso, o desempenho nessas atividades tende a ser menor em idosos em consequência do receio dos riscos (OLIVEIRA et al., 2015).

Outro fato a ser considerado é que a baixa participação nas AAVD está associada ao declínio mais rápido na função motora, maiores riscos para incapacidades e morte (SPOSITO; NERI; YASSUDA; 2016).

Diante disso, a Enfermagem pode usar de recursos como grupos de convivência para idosos, que devem se pautar em desenvolver habilidades para realizar funções diárias ou ainda, melhorar a aptidão física desses idosos. Desenvolver oficinas que reproduzam cenas cotidianas pode ser uma estratégia útil ao enfermeiro, com implicações nos modos de vida e na autoavaliação de saúde (SANTOS; SANTANA; BROCA, 2016).

Referente ao número de morbidades autorreferidas, dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, em que a maioria dos idosos relatou possuir cinco ou mais doenças (BARBOSA et al., 2014; NUNES et al., 2017). As limitações ou doenças podem interferir na independência e autonomia da pessoa idosa, o que, conseqüentemente, pode influenciar negativamente nas suas emoções, autoimagem e segurança (FRAZAO et al., 2018).

Nesse campo, a Enfermagem pode intervir, abordando sobre hábitos de vida e escolhas saudáveis. A educação em saúde pode ser uma estratégia útil, sendo uma possibilidade de intervenção na saúde do idoso (SANTOS; SANTANA; BROCA, 2016).

Estudo de base populacional realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, encontrou baixa prevalência de sintomas depressivos de forma similar ao encontrado nessa investigação (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Idosos que residem na comunidade tendem apresentar baixa prevalência de depressão (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017). Esse resultado, no entanto, diverge de outra pesquisa com idosos que encontrou prevalência dos sintomas depressivos, porém, utilizando de outro instrumento de rastreio (MATIAS et al., 2016).

8.2 RESILIÊNCIA ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG)

O escore de resiliência encontrado, na presente pesquisa, foi acima ao obtido entre idosos da comunidade na Coreia, que apresentou 50,26 (YOU; PARK, 2017) e na China, com média de 57,91 (LU et al., 2017).

O sexo feminino teve um escore de resiliência semelhante ao encontrado em outro estudo com idosas, cuja média da pontuação total foi de 75,7 (LAMOND et al., 2008).

Idosos da comunidade na Coreia também apresentaram escores menores do que os encontrados nesse estudo, referente ao idoso do sexo masculino, com média da pontuação total de 54,66 (YOU; PARK, 2017).

8.3 RESILIÊNCIA E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DE IDOSOS DA COMUNIDADE DE UBERABA (MG)

Assim como nesta pesquisa, investigação conduzida na Coreia verificou maiores escores de resiliência entre os homens idosos (YOU; PARK, 2017). Ser resiliente trata-se da capacidade de lidar com as adversidades de forma positiva, não eliminando o problema, mas ressignificando-o (PINTO et al., 2014). Conforme o modelo, culturalmente construído, e ainda vigente na sociedade atual, ser homem é aprender a ter independência desde a infância, lidando com as dificuldades sem pedir auxílio (PINTO et al., 2014). Este pode ser um dos fatores que ajuda a compreender o resultado obtido. Nesta perspectiva, o maior escore de resiliência entre os homens não advém somente das adversidades presentes no processo de envelhecimento e sim, permeando a trajetória da vida (PINTO et al., 2014).

Cabe destacar que os modelos socialmente construídos acabam por definir o que é ser homem e o que é ser mulher em determinada cultura e tempo. Assim, origina-se de uma rede de relações e influências sociais que englobam uma série de elementos socioestruturais, sendo o desenvolvimento do sexo calcado nestes padrões. As diferenças entre os sexos geram divergências nos modos de enfrentamento das situações difíceis da vida e, portanto, podem influenciar na resiliência (ROZEMBERG et al., 2014). Nesse contexto, é necessário que a Enfermagem esteja atenta as questões sociais e culturais nas quais os idosos estão inseridos. Desta forma, poderá compreender como a resiliência é construída nos homens idosos, favorecendo que o enfermeiro se aproxime dessa clientela e construa ações de cuidados voltadas para as suas reais necessidades (PINTO et al., 2014).

Ademais, mulheres contemplam um perfil de envelhecimento com menos qualidade de vida, pois ficam viúvas mais cedo, vivem mais tempo e dessa forma

também estão mais sujeitas a doenças próprias de idades mais avançadas, o que pode influenciar no seu nível de resiliência (GASPAR, 2015). Cabe ressaltar que esses fatores não determinam inexoravelmente o grau de resiliência de uma pessoa, no entanto, são condicionantes relevantes, traduzindo-se em fatores de risco (GASPAR, 2015).

Mulheres idosas também são mais propensas a limitações funcionais, por serem frequentemente portadoras de maior número de condições crônicas comparadas aos homens (BARBOSA et al., 2014). Embora vivam mais do que eles, elas relatam mais morbidades e problemas psicológicos e utilizam mais os serviços de saúde (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009).

Dessa forma, o maior escore de resiliência encontrado no sexo masculino, refuta a hipótese de que o sexo feminino é mais resiliente.

A autopercepção de saúde entendida como aspecto subjetivo e particular dos indivíduos e sua relação com outros aspectos do cotidiano pode orientar comportamentos e atitudes, particularmente no grupo populacional de pessoas idosas (DRESCH et al., 2017). Nesse estudo, a autopercepção de saúde esteve associada ao melhor escore de resiliência. Assim, é possível inferir que trata-se de uma variável que pode diminuir os impactos negativos dos fatores de risco produzindo melhoria do ajustamento, e conseqüentemente, melhorando a resiliência.

Em relação ao sexo, não foram encontradas associações entre resiliência e autopercepção de saúde no sexo masculino, ao contrário das mulheres. Homens são mais propensos às práticas curativas e menos aptos à prevenção, por existirem diversos estereótipos relacionados aos gêneros (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Além do mais, o processo de envelhecimento é marcado por diferenças no declínio físico e metabólico de homens e mulheres, fato que pode desencadear percepções diferenciadas em torno da própria saúde (BORGES et al., 2014).

Ser homem culturalmente está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características essas incompatíveis com a demonstração de fraqueza representada pela procura aos serviços de saúde (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014). Assim, frente aos cuidados com a própria saúde, os homens são menos proativos que as mulheres. Isso reflete na sua autopercepção de saúde, o que conseqüentemente, também impacta de forma distinta na sua resiliência (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Dessa forma, apesar de ter sido encontrado um maior escore de resiliência no sexo masculino, as adversidades enfrentadas no envelhecimento provoca alteração da percepção de sua identidade, uma vez que o seu imaginário de invulnerabilidade e virilidade é afetado (PINTO et al., 2014). Assim, esse aspecto comportamental pode influenciar na sua autopercepção de saúde, justificando o porque de, apesar de ser mais resiliente, o idoso do sexo masculino não teve autopercepção de saúde associada à resiliência (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012).

Em relação às Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) constituem-se de um conjunto de atividades de lazer realizadas no tempo livre, que incluem o voluntariado, atividades educacionais e participação social na comunidade e são, portanto, dependentes da motivação pessoal do indivíduo. As atividades de lazer representam um campo importante para ações preventivas que podem inclusive ajudar a postergar o declínio cognitivo (OLIVEIRA et al., 2015).

Investigação realizada com idosos em Campinas – SP, também verificou que aqueles que apresentavam maior participação nas AAVD tinham maiores escores de resiliência (FONTES et al., 2015). Em outra investigação com idosos da comunidade, foi verificado as mulheres tendem a apresentar maior participação nas AAVD (SPOSITO; NERI; YASSUDA, 2016).

A resiliência pode contribuir para a redução das dependências funcionais ou evitar que o grau de dependência possa ser ainda maior (LIMA et al., 2016). Estudos sugerem que pessoas com comprometimento funcional grave são mais propensas a apresentarem baixos escores de resiliência, em virtude de disporem de maior exposição ao estresse, desencadeando sintomas de ansiedade, depressão, raiva, baixa autoestima e isolamento social (FRAZAO et al., 2018; LIMA et al, 2016).

Além disso, as AAVD promovem o companheirismo e socialização, além de melhorarem a saúde física e mental. Dessa forma, podem ser percebidas como uma influência positiva no contexto das adversidades, favorecendo a resiliência (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012).

Neste estudo, idosos com menor número de morbidade associou-se a maiores escores de resiliência. Este achado refuta a hipótese proposta em que o maior número de morbidades estaria associado aos maiores escores de resiliência.

Situações estressantes na vida do idoso, como a convivência com comorbidades, torna essa população mais susceptível à vivência de sentimentos

negativos, o que pode afetar seu padrão de adaptação, conseqüentemente, sua resiliência (MAZO et al., 2016).

Nesse ponto, é possível a intervenção da Enfermagem desenvolvendo técnicas de ensino-aprendizagem para o autocuidado frente às DCNT. É necessário o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, que favoreçam a resiliência desses indivíduos (MELO et al., 2015).

Além disso, esses idosos devem ser capazes de autogerenciar seu cuidado de forma satisfatória. A habilitação para realizar este trabalho é afetada por características pessoais inter-relacionadas, como autoeficácia e resiliência. Identificar formas eficazes de promover o desenvolvimento dessas características pode melhorar a capacidade de enfrentamento em viver com condições crônicas (LEPPIN et al., 2014).

Em outra investigação foi encontrada influência nos escores de resiliência relacionada a fatores como o tipo de doença e o tempo (BOELL et al., 2016). O maior tempo de diagnóstico com uma morbidade acaba tendo maior impacto na vida das pessoas, levando a menores escores de resiliência (BOELL et al., 2016).

Também foi observado em outro estudo, que mesmo com a presença de DCNT, os idosos apresentaram algumas estratégias de enfrentamento. Isso foi fundamental para que conseguissem lidar e vencer os problemas acarretados por essas doenças, sobretudo, para o desenvolvimento de uma vida com melhor qualidade, apesar das limitações físicas (LIMA et al., 2016).

O enfoque das DCNT relacionado à resiliência realça a necessidade de compreender as características do indivíduo, com implicações internas e externas ao seu processo de viver-adoecer. Isso pode ser incorporado como mais uma possibilidade na práxis dos cuidados profissionais em saúde, destacando-se a Enfermagem (SILVA et al., 2017)

Reconhecer a contribuição da resiliência para a mudança de paradigma em ciências da saúde, deslocando o foco da doença para as potencialidades da pessoa, pode ajudar a encontrar respostas adaptativas no processo de viver humano. Dessa forma, podem-se trabalhar as potencialidades dos indivíduos em face ao enfrentamento da condição crônica de uma doença (SILVA et al., 2017).

Além do mais, é interessante que os profissionais de Enfermagem saibam identificar os aspectos que influenciam a resiliência da clientela assistida, de modo a

colaborar na adesão ao plano de cuidados de Enfermagem, favorecendo o enfrentamento da situação adversa das DCNT (SORIA et al., 2006).

Quando investigada a resiliência a sintomas depressivos percebe-se associação entre essas duas variáveis, o que corrobora ao encontrado em outros estudos (FONTES et al., 2015; VAHIA et al., 2010). Resultado semelhante foi encontrado entre idosos chineses em Singapura, que sugere a resiliência como um significativo fator de proteção contra a depressão (LI, THENG, FOO, 2015). Esse achado reforça o papel da resiliência como fator de proteção para depressão em idosos (VAHIA et al., 2010).

Pesquisa cujos sintomas depressivos foram rastreados identificou predomínio do sexo feminino (SANTOS et al., 2015). Tais sintomas são importantes aspectos a serem identificados precocemente em idosos, visto que a depressão é cercada de estigmas e preconceitos, e emerge com expressiva força e preocupação mundial (MATIAS et al., 2016).

A aplicação rotineira da escala de depressão geriátrica durante a consulta de enfermagem favorece a identificação dos possíveis casos de depressão entre os idosos, propiciando o diagnóstico precoce e o estabelecimento da terapêutica adequada (FERREIRA et al., 2013).

Além disso, a depressão também está associada à dificuldade de aceitação das limitações que podem ocorrer com a velhice. O indivíduo pode apresentar dificuldades em aceitar que esteja em uma nova situação que implique em mudanças das atividades que exercia anteriormente, da rotina e das limitações físicas impostas. Como não se adapta, busca a todo custo a condição de se sentir jovem de novo, o que também pode gerar sofrimento e angústia (OLIVEIRA ROCHA, 2016).

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor que pode acarretar a perda de autonomia e agravamento de comorbidades. O idoso com depressão apresenta redução significativa da qualidade de vida, o que confere importância ao diagnóstico e tratamento deste distúrbio. A depressão não está diretamente ligada ao envelhecimento, porém, com o avançar da idade, surgem particularidades que podem predispor o desenvolvimento de sintomas depressivos (MARQUES et al., 2017).

Embora as mulheres idosas tenham sido representadas com a mesma frequência do que os homens em estudos sobre resiliência, pouco se investigou

sobre as divergências referentes ao sexo na resiliência dos idosos (GULBRANDSEN, 2016). Em contraste, vários estudos destacaram diferenças distintas entre sexo e outros fatores de saúde e psicossociais. As descobertas destes estudos sugerem que existem diferenças nas adversidades enfrentadas na velhice, relacionadas ao sexo. Mulheres idosas têm maior longevidade, suportam maiores taxas de pobreza em idades mais avançadas e têm maior probabilidade de viver com condições crônicas de saúde (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; BARBOSA et al., 2014; GASPAR, 2015).

A proximidade do conceito de resiliência com a promoção da saúde constitui para os enfermeiros em oportunidade de se tornarem mobilizadores da resiliência, ou seja, pessoas emocionalmente solidárias com os idosos a quem prestam cuidados. O desafio de olhar o outro na sua dinâmica holística, procurando ver sua força interior, motivando o uso de recursos internos, esclarecendo, encaminhando e mobilizando recursos institucionais e comunitários, favorece o enfermeiro no seu desempenho, utilizando todo o seu saber profissional. Existem muitas estratégias que podem ser utilizadas para motivar à resiliência. Conhecer a cultura local e familiar além da perspectiva pessoal é fundamental, pois o que para uns é fator de proteção para outros pode ser fator de risco (AMARAL-BASTOS, 2013).

A enfermagem, mediante o conhecimento técnico e científico, é capaz de auxiliar a adaptação da pessoa idosa à sua condição de vida, além de desenvolver o ensino-aprendizagem para o autocuidado, buscando a melhora na qualidade de vida dessa população (MELO et al., 2015).

Em estudo com pessoas ostomizadas, foi identificado que a consulta de enfermagem é essencial quando se trata de readaptação, pois além de oferecer o suporte necessário para o tratamento, oferece um novo sentido, guiando o paciente para aceitação pela compreensão das alterações ocorridas (MELO et al., 2015). Esse mesmo suporte para enfrentamento pode ser oferecido à pessoa idosa, ajudando a superar as novas adversidades decorrentes do processo de envelhecimento.

A resiliência está associada à regulação emocional para enfrentamento das adversidades. Assim, um maior nível de resiliência vinculado ao envelhecimento pode refletir em uma maior adaptação dos sistemas cardiovascular e imune; em mais recursos cognitivos; em maior habilidade de buscar suporte social; em maior capacidade de adaptar-se aos eventos estressantes; em maior integração cognitiva

e afetiva; em melhores mecanismos de defesa e conseqüentemente, em mais satisfação com a vida (FONTES; NERI, 2015).

9 CONCLUSÃO

A média do escore de resiliência foi 78,06, sendo 76,32 para o sexo feminino e 81,53 para o masculino.

O maior escore de resiliência foi associada ao sexo masculino; autopercepção positiva de saúde, maior participação nas AAVD, ausência do indicativo de depressão e ter 0 a 4 de doenças autorreferidas. Estes achados refutam a hipótese proposta em relação aos maiores escores de resiliência entre idosos da comunidade estarem associadas ao sexo feminino; faixa etária acima dos 80 anos; à existência de companheiro(a); à maior escolaridade; menor renda; à independência para as ABVD e AIVD; ao maior número de morbidades autorreferidas.

Os maiores escores de resiliência tanto para as mulheres idosas quanto para os homens idosos foram associados a maior participação nas AAVD e ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos. Contudo, para as mulheres idosas as maiores escores de resiliência associaram também a autopercepção de saúde positiva.

Os resultados deste estudo indicam a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção preventivas específicas a cada sexo. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento que possibilitem a esses indivíduos aumentarem sua resiliência, respeitando, porém, suas individualidades.

Através da identificação dos fatores associados à resiliência nos idosos, é possível fornecer subsídios para novos estudos de planejamento e implementação, favorecendo o estímulo ou desenvolvimento de resiliência para enfrentar o novo contexto de vida no qual estão inseridos.

REFERENCIAS

- AGNE, T. et al. Vulnerabilidade e risco em saúde: percepção dos idosos. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v.18, n. 1, p.29-34, jan./mar. 2016.
- AGRELI, B. F. et al. Funcional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, v. 35, p. 48-58, 2017.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.
- AMARAL-BASTOS, M.O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem. **Revista ALADEFE de Educación e Investigación en Enfermería**, v.3, n.3, p.61-70, 2013.
- ARAUJO, L. F.; TEVA, I.; PAZ BERMÚDEZ, M. de la. Resiliencia en adultos: una revisión teórica. **Terapia psicológica**, Santiago, v.33, n.3, p. 257-276, dic. 2015.
- AVILA, M. P. W. **O papel da atividade física na associação entre resiliência e saúde mental em idosos**. 2016. 139f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.
- BAASCH, D.; AMORIM, L.; CRUZ, R.M. Qualidades Psicométricas de Instrumentos de Resiliência para Adultos. **Revista Borges**, v. 5, n. 1, p. 38-53, 2015.
- BARBOSA, B. R .et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.8, 3317-3325, 2014.
- BARLACH, L.; FRANÇA, A. C. L.; MALVEZZI, S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. **Interamerican Journal of Psychology**, San Juan, v.42, n. 1, p. 101-112, 2008.
- BARRETO, S.M. FIGUEIREDO, R.C Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 38-47, Nov, 2009.
- BENNETT, K.M. et al. Resilience amongst older Colombians living in poverty: an ecological approach. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, Dordrecht, v.31, n. 4, p.385-407, 2016.
- BERTOLINI, D.N.P.; SIMONETTI, J.P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out-dez, 2014.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOELL, J.E.W. et al. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e2786, 2016.

BODSTEIN, A.; LIMA V.V.A.; BARROS, A.M.A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastre: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.157-174, abr./jun. 2014.

BOLINA, A.F.; TAVARES, D.M.S. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e2737, 2016.

BORGES, A. M. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014.

BOTTON, A.; CÚNICO, S.D.; STREY, M.N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças Psicologia Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007. 192p.

CAMPOS, K.B.; PECORA, A.R. Envelhecer adoecendo: relatos de pacientes idosos internados no Hospital Universitário Júlio Muller, Cuiabá-MT **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 625-643, 2015.

CARDOSO, D.H. et al. Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: estratégias para promoção da resiliência/Women survivors of breast cancer: strategies for promoting resilience. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 474-484, 2018.

CARNEIRO, J.A. et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n. 4, p 780-785, jul/ago. 2017.

CESAR, P. C. A. S. B. **A resiliência como fator protetor para a autoestima e o bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados**. 2015. 77f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) -- Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa, 2015.

CONFORTIN, S.C. et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.26, n.2, p.305-317, abr/jun. 2017.

CONNOR, K.M., DAVIDSON J.R.T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2003.

DE MORAES, V. A MÚSICA DAS ALMAS. Rio de Janeiro, 1935.

DOS REIS, L.A.; MENEZES, T.M.O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 794-799, Brasília, jul/ago. 2017.

DRESCH, F.K. et al, Condição de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônica não transmissíveis em idosos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família. **Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v.2, n.9, p.118-129, jul./dez. 2017.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRAO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n. 2, p.317-325, jun. 2007.

ELLIOTT, A.M. et al. Resilience does matter: evidence from a 10-year cohort record linkage study. **BMJ Open**, v.4, n.1, p.1-8, 2014.

ERIM, Y. et al. Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.47, n. 3, p.342-349, 2010.

FABER, L.M.; SCHEICHER, M.E.; SOARES, E. Depressão, declínio cognitivo e polimedicação em idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 20, n. 2, p.195-210, 2017.

FERREIRA, P. C. S. et al. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, p. 197-204, 2013.

FREITAS, F.F Analise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, p. 905-911, 2018.

FRAZAO, M.C.L.O. et al. Resiliência e capacidade funcional de pessoas idosas com diabetes mellitus. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 19, e3323, 2018.

FONTES, A.P.; NERI, A.L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1475-1495, 2015.

FONTES, A.P. **Estratégias de enfrentamento, regulação emocional e bem estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência**. 2015. 155f. Tese (Doutorado em Gerontologia) -- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312506/1/Fontes_ArletePortella_D.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

FONTES, A.P. et al, Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro; v.18, n.1, p.7-17, 2015.

FORNARI, L.F.; LABRONICI, L.M. O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n.1, 2018.

FORTES et al. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.26, n.4, p.455-463, out/dez. 2009.

GASPAR, A.M.G. **Autonomia Funcional e Controle como Fatores de Coping, resiliente na velhice**. 2015. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2015.

GONTIJO, C.F. et al. Associação entre incapacidade funcional e capital social em idosos residentes em comunidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.3, p. 471-483, jul/set 2016.

GROSS,C.B. et al. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 209-226, 2018.

GULBRANDSEN, G. Measuring older women's resilience: evaluating the suitability of the Connor-Davidson Resilience Scale and the Resilience Scale. **Journal of Women & Aging**, v. 28, n. 3, p. 225-237, May/June 2016.

GURGEL, L.G. et al. Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 487-496, 2013.

HARRIS, M.A. et al. Early-life predictors of resilience and related outcomes up to 66 years later in the 6-day sample of the 1947 Scottish mental survey. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 51, n. 5, p. 659-668, 2016.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T.N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3575-3584, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010. [Acesso em 04 dez. 2018]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções das populações**. Rio de Janeiro, 2016. [Acesso em 04 dez. 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>

JESTE, D.V. et al. Older age is associated with more successful aging: role of resilience and depression. **The American Journal of Psychiatry**. v. 17, n. 2, p.188-196, 2013.

JORGE, M.S.G. et al. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 61-73, jan./abr. 2017.

JULIANO, M.C.C.; YUNES, M.A.M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade [online]**. São Paulo v. 17, n.3, p.135-154, 2014.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged – the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 21, n. 185, p. 914-919, 1963.

KATZ, S. AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, v. 6, n.3, p.493-508, jul.1976.

KHOURY, H.T.T. SA-NEVES, A.C. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 553-565, Set. 2014.

KNOST, C.E.K. **Resiliência: instrumentos de avaliação no contexto brasileiro**. 2012. 33f. Monografia (Especialização em Psicologia) -- Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LAMOND, A.J. et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. **Journal of Psychiatric Research**. v 43, n.2, p.148-154, 2008.

LAWTON, M.P; BRODY, E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, p. 179-86, 1969.

LI, J.; THENG, Y.L.; FOO, S. Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression? An exploratory study among Chinese older adults in Singapore. **Asian journal of psychiatry**, v. 14, p. 22-27, 2015.

LIMA P.V. et al. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v.17, n.2, p.96-101, mai/ago. 2016.

LINO, V.T.S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-12, 2008.

LEÃO, L. R. B. et al. Capacidade funcional e resiliência em idosos hospitalizados. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 6, 1500-1506, jun. 2018

LEPPIN, A.L. et al. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. **Systematic Reviews**. v. 3, n. 20, 2014.

LOPES, V.R.; MARTINS, M.C.F. Validação fatorial da escala de resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para brasileiros. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 36-50, 2011.

LU, C. et al. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 71, p. 34-42, 2017.

MACLEOD, S. et al. The impact of resilience among older adults. **Geriatric Nursing**, v.37,n.4, p. 266-272, Jul-Aug. 2016.

MAERCKERA, A; HILPERTA, P.; BURRIA, A. Childhood trauma and resilience in old age: applying a context model of resilience to a sample of former indentured child laborers. **Aging & Mental Health**, v. 20, n. 6, p. 616-626, 2016.

MARQUES, J.F.S. et al. Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.24, n.4, p.20-24, out/dez. 2017.

MATIAS, A.C.G. et al. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein**. v.14, n.1, p.6-11, 2016.

MAZO, G.Z. et al. Nível de resiliência em idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. **Motricidade**, v.12, n. 4, p. 4-14, 2016.

MEDEIROS, S.M. et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p.3377-3386, 2016.

MELO, M.D.M. et al. Revisão integrativa das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: disposição para resiliência melhorada em ostomizados. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.779-785, 2015.

MELO, N.C.V. et al. Consumo e perfil social e demográfico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil: análises a partir dos dados da Pesquisa de

Orçamentos Familiares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.20 n.5, p. 607-617, 2017.

MERTENS, V.C. et al. Good friends, high income or resilience? What matters most for elderly patients? **European journal of public health**, Stockholm, v. 22, n.5, p. 666-671, Out. 2012.

MILLER, E.; BROCKIE, L.. The disaster flood experience: Older people's poetic voices of resilience. **Journal of aging studies**, v. 34, p. 103-112, 2015.

MOREIRA, A.C.F. **Resiliência e coping**: a exposição à violência interparental enquanto experiência traumática. 2012. 77f. Dissertação (Mestrado em Temas de Psicologia) -- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2012.

NADAF, V.C. **A resiliência**: um processo potencial de proteção e adaptação do bem estar psicológico na velhice. 2013. 269f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) -- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2012-2014. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NASCIMENTO, M.C.; CALSA, G.C. Resiliência e idosos: revisão da produção acadêmica brasileira, 2000-2015. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 255-272, 2016.

NOTARIO-PACHECO, B. et al. Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. **Health and quality of life outcomes**, v. 12, n. 1, p. 14, 2014.

NUNES, J.D. et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.26, n.2, p.295-304, jun.2017.

NUNES, A.P.N.; BARRETO, S.M.; GONÇALVES, L.G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 415-428, 2012.

OLIVEIRA, E.M.D. et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 109-120, jan./abr. 2015.

OLIVEIRA, I.; ROCHA, F.N. Resiliência e busca de sentido de vida na velhice frente aos desafios do caminho da existência. **Revista Mosaico**, v. 7, n. 1, p.4-12, 2016.

PAULO, M.A.; WANJMAN, S.; HERMETO, A.M. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **Anais**, p. 1-21, 2016.

PEREIRA, L.C. et al. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.1, p.106-12, 2017.

PERIM, P.C. et al. Resiliência, suporte social e prática esportiva: relações e possibilidades de intervenção social. **Psicologia e Saber Social**, v.4, n.2, p.207-223, 2015.

PESCE, R.P. et al. Cross cultural adaptation, reability and validity of the resilience scale. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p.436-448, 2005.

PINTO, A.S.R. **Personalidade, resiliência e atitudes face ao envelhecimento em idosos do meio urbano e meio rural**. 2015. 55f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2015.

PINTO JUNIOR E.P. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.404-412, 2016.

PINTO, B.K. et al. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 942-948, 2014.

POLETTI, M; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de psicologia**, Campinas , v. 25, n. 3, p. 405-416, Sept. 2008.

RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1998.

RANGEL, M.; SOUSA, C.S. Resiliência, saúde e educação. Uma revisão de literatura das publicações periódicas brasileiras de 2009-2013. **Omnia**,1, p.39-44. 2014.

REPPOLD, C.T. et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 25, n. 2, p. 248-255, 2012.

RIBEIRO, L.H.M.; NERI, A.L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2169-80, 2012.

ROCHA, J.P. et al.; Relação entre funcionalidade e autopercepção de saúde entre idosos jovens e longevos brasileiros. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 10, n. 2, p. 283-291, maio/ago. 2017.

ROZEMBERG, L. et al. Resilience, gender and family during adolescence. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.3,p.673-684, mar. 2014.

SAITO E. et al. Risk factors of functional disability among community-dwelling elderly people by household in Japan: a prospective cohort study. **BMC Geriatrics**, v.14, n1, p.93, 2014.

SANCHES M. A.; DA LUZ,C.R.F.; SIMÃO-SILVA, D.P. Transição demográfica no Brasil e planejamento da parentalidade no contexto da Bioética. **Revista Americana de Geografia e Gênero**, v. 8, n. 1, p. 159-176, Ponta Grossa, 2017.

SANTOS, A.C. et al. Depression, cognitive deficit and factors associated with malnutrition in elderly people with cancer. **Revista Ciências Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.751-760, 2015.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-6, 2008.

SANTOS, A; SANTANA, G.L.F; BROCA, P.V. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos. **Etnoenfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** , v. 20, n. 3, jul/set 2016.

SEMEDO, M.M.F; **Depressão, Estratégias de coping e resiliência**: estudo transcultural com imigrantes cabo-verdianos e brasileiros. 2016. 76f. Dissertação (2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa, 2016.

SCHUCK, L.M; DE ANTONI, C. Resiliência e Vulnerabilidade no Cuidado com o Idoso Dependente: Um Estudo de Caso. **Trends in Psychology**, v. 22, n. 4, p. 941-951, 2014.

SILVA, M.M.S.; ARAUJO, C.L.de O. Perfil de Idosas Resilientes que Participam de Centros de Convivência no Vale do Paraíba. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 391-404, 2015.

SILVA, M.M.A. et al. O uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017.

SILVA, E.A.P.C et al. Resiliência e saúde: uma análise da qualidade de vida em idosos. **ConScientiae Saúde**, v. 11, n. 1,p.111-118, 2012.

SILVA JÚNIOR, E. G. da. **Resiliência e suporte social em idosos**: Estudo transversal. 2015. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

SMITH, J.L.; HOLLINGER- SMITH, L. Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. **Aging Ment Health**. v. 19, n. 3, p.192-200, 2015.

- SOLANO, J.P.C. **Adaptação e validação de resiliência para o contexto cultural brasileiro**: escala de resiliência disposicional e escala de Connor- Davidson. 2016. 207f. Tese (Doutorado em Ciências, Programa de Anestesiologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), São Paulo, 2016.
- SOLANO, J.P.C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.134, n.5, p.400-406, 2016.
- SÓRIA, D.A.C. et al. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 547-551, 2006.
- SOUTHWICK, S.M. et al .Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. **European Journal of Psychotraumatology**, 2014.
- SOTTILE, P.D.et al. The association between resilience and family member psychological symptoms in critical illness. **Critical Care Medicine**, v. 44, n. 8, p. 721–727, 2016.
- SPOSITO, G.; NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. Atividades avançadas de vida diária e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.7-20, 2016.
- SUN, X. et al. Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. **Quality of Life Research**, v. 20; n.3, p.359–369, 2011.
- TABOADA, N.G. et al. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.16, n.3, p.104-113, 2006.
- TEIXEIRA, I.N. et al. Resiliência na Velhice: Uma análise das representações sociais dos idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n. 4, p. 215-232, 2015.
- TEIXEIRA, S.M.O. et al. Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 503-515, 2015.
- VAHIA, I.V. et al. Subthreshold depression and successful aging in older women. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.8, n.3, p.212-220, mar. 2010.
- VIEIRA, M. L. Resiliência e funcionalidade em idosos institucionalizados: estudo comparativo entre idosos participantes em sessões de psicomotricidade e não participantes. 2016. 80f. Dissertação (Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo) -- Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Escola Superior de Saúde, Leiria, 2016.

WACHS, L.S et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p.1-9, 2016.

WAGNILD, G.M.;YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. **Journal of nursing measurement**, 1993.

World Health Organization. WHO. Active ageing: a policy framework: a contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: World Health Organization; 2014.

WINDLE, G.; BENNETT K.M.; NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. **Health Qual Life Outcomes**, v. 9, n. 1, p.3-18, 2011.

WU, L.; TAN, Y.; LIU, Y. Factor structure and psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale in a new employee population of China. **BMC psychiatry**, v.17, n.1, p.49, 2017.

YOU, S.; PARK, M. Resilience Protected against Suicidal Behavior for Men But Not Women in a Community Sample of Older Adults in Korea. *Front Psychol.* **Frontiers in psychology**, v. 8, p. 401, 2017.

ANEXO A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

PRINCIPAIS SISTEMAS FUNCIONAIS

COGNIÇÃO – AUTONOMIA

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

(BERTOLUCCI et al., 1994)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

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? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente). "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

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

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; 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"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

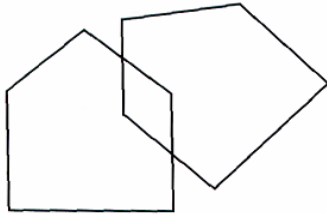
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

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



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: analfabetos \leq 13 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18 pontos; com escolaridade superior a 11 anos \leq 26 pontos.

9) O idoso apresentou declínio cognitivo?

(1) Sim (2) Não

ANEXO B - AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Início da entrevista: _____ Término: _____ Data da Coleta: ____/____/____
 Bairro: _____ Endereço: _____ Tel: _____

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

3) Qual o seu estado conjugal?.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

4) Escolaridade:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

5) O Sr(a) mora em seu domicílio (Múltipla escolha):.....

- (1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)
- (2) Com cuidador profissional (1 ou +)
- (3) Com o cônjuge
- (4) Com outros de sua geração
- (5) Com filhos
- (6) Com netos
- (7) Com nora ou genro
- (8) Outros _____
- (9) Não Sei (99) Não Respondeu

DADOS SOCIOECONÔMICOS

1) Qual a sua renda individual:.....

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 - 3 salários mínimo 5 - De 3 - 5 salários mínimo 6 - mais de 5 salários mínimo

2) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha).....

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1-Aposentadoria | 2-Pensão |
| 3-Renda/ aluguel | 4-Doação (família) |
| 5-Doação (outros) | 6-Trabalho contínuo (formal ou não) |
| 7- Trabalho eventual | 8-Renda mensal vitalícia |
| 9- Aplicação financeira | 10- Sem rendimento próprio |
| 99- Ignorado | |

3) Principal atividade profissional exercida atualmente:.....

1- Dona de casa 2- Empregada doméstica 3- Trabalhador braçal
 4- Trabalhador rural 5- Profissional liberal 6- Agricultor 7- Empresário

8- Outro (especifique _____)

9- Não exerce

99- Ignorado

4) Qual a razão pela qual o (a) sr(a) se aposentou?.....

1- Tempo de Serviço 2- Idade 3- Problema de Saúde: _____

4- Não se aposentou 99- Ignorado

5) No seu entender de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc).....

1- Mal 2- Regular 3- Bom 99- Ignorado

6) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica

é:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

7) A casa onde o sr.

mora:.....

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel

4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo 99- Ignorado

Fonte: Grupo de Saúde Coletiva

ANEXO C - ESCALA DE KATZ (ABVD)

FUNCIONALIDADE GLOBAL

CAPACIDADE FUNCIONAL

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ

(KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008)

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional do idoso ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

ÁREA DE FUNCIONAMENTO	Indep. Dep.
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(1) (2) (3)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(1) (2) (3)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) 1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(1) (2) (3)
Transferência 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	(1) (2) (3)
Continência 1. Controla inteiramente a micção e a evacuação 2. Tem "acidentes" ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(1) (2) (3)
Alimentação 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(1) (2) (3)

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em cinco funções;

6: dependente em todas as seis funções.

- 1) Classificação.....
- 2) Número de ABVD que não consegue realizar.....

ANEXO D – ESCALA DE LAWTON E BRODY (AIVD)

(LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008)

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
Em relação ao uso do telefone...		
a) Telefone	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
Em relação as viagens...		
b) Viagens	Realiza viagem sozinho	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
Em relação a realização de compras...		
c) Compras	Realiza compras, quando é fornecido transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
Em relação ao preparo de refeições...		
d) Preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar as próprias refeições	1
Em relação ao trabalho doméstico...		
e) Trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
Em relação ao uso de medicamentos...		
f) Medicções	Faz uso de medicamentos sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou de assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos	1
Em relação ao manuseio do dinheiro		
g) Dinheiro	Preenche cheques e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...	1

1) TOTAL.....

2) Classificação da dependência para AIVDs.....

(1) Dependência total: igual a 7 pontos

(2) Dependência parcial: 7-21 pontos

(3) Independente: 21 pontos

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA (AAVD)

(RIBEIRO; NERI, 2012)

Circule o item correspondente para cada questão:

AAVD	Frequência		
	Nunca Fiz	Parei de fazer	Ainda faço
1. Fazer visitas	1	2	3
2. Receber visitas	1	2	3
3. Ir à igreja	1	2	3
4. Ir à reuniões sociais	1	2	3
5. Ir a eventos culturais	1	2	3
6. Guiar automóvel	1	2	3
7. Fazer viagens de um dia para locais próximos	1	2	3
8. Fazer viagens de maior duração para lugares mais distantes	1	2	3
9. Desempenhar trabalho voluntário	1	2	3
10. Desempenhar trabalho remunerado	1	2	3
11. Participar de diretorias	1	2	3
12. Participar de universidades da terceira idade	1	2	3
13. Participar de grupos de convivência	1	2	3

1) Total de AAVD - ainda faço (3)

2) Classificação do idoso.....

(1) Idoso mais ativo (≥ 4 AAVD – ainda faço) (2) Idoso menos ativo (< 4 AAVD – ainda faço)

ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE PFEFFER

(BRASIL, 2007)

Pergunte ao **informante (Cuidador/Familiar)** sobre o idoso:

1) (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

2) (PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

3) (PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

4) (PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

5) (PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par do acontecimentos e do que se passa na vizinhança?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

6) (PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

7) (PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

8) (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz
 Ponto_____

9) (PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

- (0) Sim, é capaz
 dificuldade agora (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz

Ponto_____

10) (PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?

- (0) Sim, é capaz (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria dificuldade agora (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
(3) Não é capaz

Ponto_____

11) (PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?

- (0) Sim, é capaz (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria dificuldade agora (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda
(3) Não é capaz

Ponto_____

12) TOTAL DE PONTOS_____

OBS.: se o total de pontos for < 6 pontos a entrevista se procederá com o idoso, sendo as informações COMPLEMENTADAS, SE NECESSÁRIO, pelo informante, denominado auxiliar. Caso o escore final seja ≥6, a entrevista deverá ser encerrada.

13) Entrevista realizada.....

- 1) Familiar 2) Cuidador

**ANEXO G – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (GDS-15)
(ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)**

	QUESTÕES	NÃO	SIM
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4	Você se aborrece com frequência?	0	1
5	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13	Você se sente cheio de energia?	1	0
14	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

Considere: A soma total de pontos > 5 é indicativa de presença de sintomas depressivos.

1) Presença de indicativo de sintomas

depressivos.....(1) Sim

(2) Não

**ANEXO H – ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O
BRASIL-25BRASIL (CD-RISC-25BRASIL)**

(CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016)

Quanto às afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no mês passado? Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente e verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
1) Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	0	1	2	3	4
2) Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.	0	1	2	3	4
3) Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.	0	1	2	3	4
4) Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	0	1	2	3	4
5) Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades.	0	1	2	3	4
6) Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.	0	1	2	3	4
7) Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	0	1	2	3	4
8) Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	0	1	2	3	4
9) Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.	0	1	2	3	4
10) Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.	0	1	2	3	4
11) Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	0	1	2	3	4
12) Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	0	1	2	3	4
13) Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	0	1	2	3	4
14) Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	0	1	2	3	4
15) Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	0	1	2	3	4
16) Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	0	1	2	3	4
17) Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
18) Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	0	1	2	3	4
19) Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	0	1	2	3	4
20) Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	0	1	2	3	4
21) Eu sei onde quero chegar na vida.	0	1	2	3	4
22) Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	0	1	2	3	4
23) Eu gosto de desafios.	0	1	2	3	4
24) Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	0	1	2	3	4

25) Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

Solano JP, Bracher E, Pietrobon R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - mail@cd-risc.com. Direitos reservados. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2011, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

L

**ANEXO I – MORBIDADES AUTORREFERIDAS
(RAMOS, 1998)**

1) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Morbidades	IDOSO			ANTECEDENTE FAMILIAR		
	Sim	Não	Ignorado	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99	1	2	99
F) Embolia	1	2	99	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99	1	2	99
J) Diabetes	1	2	99	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99	1	2	99
L) Derrame	1	2	99	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99	1	2	99
R) Catarata	1	2	99	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99	1	2	99
X) Tumores benignos	1	2	99	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99	1	2	99
Z) Outras	1	2	99	1	2	99
	1	2	99	1	2	99
	1	2	99	1	2	99
	1	2	99	1	2	99
	1	2	99	1	2	99
	1	2	99	1	2	99

2) Número de doenças.....

3) Antecedentes pessoais.....

(1) Sim (2) Não

ANEXO J – QUESTIONÁRIO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL E MULTIDIMENSIONAL (RAMOS et al., 1998).

3) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

(1) Péssima (2) Má (3) Regular (4) Boa (5) Ótima (99) Ignorado

4) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o Sr (a) diria que sua saúde está

(1)Pior (2) Igual (3) Melhor (99) Ignorado

5) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é...

(1) Pior (2) Igual (3) Melhor (99) Ignorado

APÊNDICE A – TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **Envelhecimento ativo e funcionalidade global de idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba - Minas Gerais**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os **objetivos** deste estudo são: Descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde dos idosos; Determinar a funcionalidade global dos idosos; Verificar os fatores determinantes do envelhecimento ativo dos idosos; Desenvolver um modelo de envelhecimento ativo para a população da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG). Para participar você deverá responder umas perguntas sobre os seus dados pessoais e sua saúde. Além disto, realizar testes de desempenho funcional realizados pela verificação da sua força das mãos e sua capacidade de andar.

Você poderá obter todas as informações que quiser; e poderá não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador orientador

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa:

(34) 3700-6015 e 3700-6154 Profª Darlene Mara dos Santos Tavares

(34) 9 9160-9386 Nayara Cândida Gomes

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (PROJETO BASE)**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Envelhecimento ativo, funcionalidade global e qualidade de vida de idosos da macrorregião de saúde do Triângulo Sul - Minas Gerais

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65885617.8.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.520

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

APÊNDICE D – PERMISSÃO DE USO DA CD-RISC PELO AUTOR

Jonathan R. T. Davidson, M.D.
Professor Emeritus, Duke University Medical Center
Department of Psychiatry & Behavioral Sciences
3068 Baywood Drive
Seabrook Island,
SC 29455
Telephone: 843-768-1646
Email: jonathan.davidson@duke.edu, david011@mc.duke.edu

March 14, 2017

To Whom It May Concern

This letter serves to authorize use of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) by
Nayara Gomes.

A handwritten signature in cursive script that reads "Jonathan Davidson".

Jonathan Davidson, MD