

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Tatiane Favarin Rech

**A RESILIÊNCIA EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS
SÓCIO- DEMOGRÁFICAS E FUNÇÕES COGNITIVAS**

Porto Alegre

2007

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**A RESILIÊNCIA EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E FUNÇÕES COGNITIVAS**

Tatiane Favarin Rech

Porto Alegre

2007

Tatiane Favarin Rech

**A RESILIÊNCIA EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E FUNÇÕES COGNITIVAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, pelo programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador(a): Profa. Dra. Mirna Wetters
Portuguez

Porto Alegre

2007

Tatiane Favarin Rech

**A RESILIÊNCIA EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E FUNÇÕES COGNITIVAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, pelo programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto- PUCRS

Prof. Dr. Flávio M. de Freitas Xavier- UNESC

Prof. Dr. Gabriel Chittò Gauer- PUCRS

“Abençoados os que compreendem que meus pés se tornaram lentos e minhas mãos trêmulas. Os que se lembram que meu ouvido escuta mal e não consigo entender logo tudo. Abençoados os que ficarem a meu lado, quando seguir o caminho para eternidade. Esses me fazem lembrar o bom Pai do céu. E eu certamente não esquecerei quando um dia estiver com ele.”

(Oração dos Idosos)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de estar no mundo, e por ser meu amigo fiel ao qual recorro nos momentos difíceis e alegres de minha vida.

Aos meus pais, Deonísio Rech e Olga Salette Favarin Rech, pessoas que sempre foram exemplos de coragem, amor, determinação e perseverança e que sempre mostraram ao longo do meu desenvolvimento que o conhecimento é uma das maiores riquezas que alguém pode ter.

Ao meu estimado irmão Diego Favarin Rech pela torcida e apoio incondicional oferecido. Pessoa fundamental no conjunto que cerca minha vida.

Ao meu esposo, João Ronaldo Oliveira Fortes, pelo incentivo, apoio e auxílio. Por todo companheirismo destinado principalmente nos momentos mais difíceis e por sempre me fazer acreditar do início ao fim que o sonho do mestrado poderia tornar-se realidade.

À minha orientadora Dra. Mirna Wetters Portuguese, por toda a sua atenção e compreensão em todos os momentos de elaboração da tese. Obrigada pela acolhida carinhosa no meio do percurso e pelos ensinamentos.

À Dra. Irani Iracema Argimon, mais que minha coorientadora, uma amiga e excelente profissional, com quem interagi nestes últimos anos e quem me acolheu de braços

abertos em seu grupo de pesquisa.

Aos meus padrinhos, Mário Rech e Maria Favarin Rech, pela torcida e incentivo dedicados.

À colega de Mestrado Waleska Pessato Farenzena, pela amizade e companheirismo conquistados nesta etapa de minha vida, sem os quais tudo seria mais difícil.

À Ceres e Mário Wagner, pela excelência de suas supervisões estatísticas.

À Marli Appel pela prontidão no auxílio, carinho, e profissionalismo oferecido na elaboração desta dissertação. Cooperação esta, que contribuiu para alcançar este objetivo.

Aos idosos que participaram desta pesquisa. Pela disposição, acolhida e imprescindível colaboração.

Ao Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital, pela amizade e por todo conhecimento compartilhado nestes últimos anos.

À Mônica Ribacik do Nascimento pela compreensão e auxílio oferecidos principalmente na fase da coleta de dados.

Aos amigos e colegas de trabalho da Escola Açorianos, pelo incentivo.

À banca examinadora, pelo aceite ao convite.

RESUMO

Podemos considerar a resiliência como parte do processo evolutivo. O ser humano se vê submetido inevitavelmente, ao longo de seu desenvolvimento, a adversidades frente às quais colocará em jogo sua possibilidade de se recuperar e seguir adiante perseguindo metas. E uma das tentativas propensa a significar adversidade é, sem dúvida, o envelhecimento. Diante disso, este estudo apresentou como objetivo estudar as relações da resiliência no idoso com as funções cognitivas e as variáveis sócio-demográficas: gênero, idade, escolaridade e renda. Além disso, relacionou os escores obtidos por meio da Escala de Resiliência (ER) com os escores de outros dois instrumentos: Percepção Subjetiva de Queixas de Memória e Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). A amostra foi constituída por 86 idosos, sendo 67 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com idade variando entre 60 e 90 anos. Inicialmente, os dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas através de contagens e percentuais. A comparação do escore de resiliência foi realizada com teste *t* de *Student* no caso de dois grupos. Para comparar médias de três ou mais grupos foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$. Os resultados revelaram que não houve relação entre resiliência e as variáveis demográficas. Demonstraram, entretanto, que um número mais elevado de queixas subjetivas de memória correspondia a baixos índices de resiliência. Também revelou haver uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Mini-Exame do Estado Mental. Desse modo, conclui-se que quanto mais altos os escores de resiliência, maiores os escores no desempenho cognitivo entre os idosos.

Palavras chaves: Resiliência, Idosos, Variáveis Sócio-demográficas, Funções Cognitivas.

ABSTRACT

We can consider resiliency as part of an evolutionary process. The citizen human sees oneself submitted unavoidably throughout ones development, to adversities to which will risk ones possibility of one recover and carry on pursuing goals. And one of the attempts likely to mean adversity is, without any doubt, the ageing. Moreover, this paper aimed to study the resiliency in the elder and its connection with cognitives functions and socio demographical variables, gender, age, education and income. Furthermore, one linked the scores gained by means of Resiliency Scale (ER) with scores of other two instruments: Subjective Perception of Memory Complain and Mini Exams of the Mental State (MEEM). The sample was constituted by 86 elderly, being 67 female and 19 male, age ranging from 60 to 90 years old. Initially, the quantitative data were described by simple average and standard deviation. The categorical variables were presented through counting and percentages. The comparison of the score of resiliency was carried out with test t of Student in the case of two groups. To compare averages of three or more groups were utilized the Variance Analysis *One-Way*. The level of significance adopted was $\alpha=0,05$. The results have shown that there is no relationship between resilience and sociodemographic variables. On the other hand, they have shown that higher amounts of memory subjective complaints directly correspond to lower resilience indexes. The survey has also revealed that there is a direct and meaningful correlation between Resilience Scale and Mini Mental State Examination, so that it is possible to conclude that the highest the resilience scores are, the greatest are old people's achievements in scores concerning cognitive performance.

Key words: Resiliency, Elderly, Socio- demographical variables, Cognitives Functions.

LISTA DE SIGLAS

ANOVA - Análise de Variância

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

ER - Escala de Resiliência

SRN - Escala de Resiliência Normatizada

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Atividades de Lazer | 39 |
| Gráfico 2 - Associação entre os escores da ER e MAC-Q do Idoso | 43 |
| Gráfico 3 - Associação entre os escores da ER e MEEM | 44 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caracterização da amostra | 36 |
| Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à saúde e moradia | 38 |
| Tabela 3 - Distribuição dos idosos quanto à renda | 40 |
| Tabela 4 - Comparação entre as variáveis sócio-demográficas e a escala de resiliência | 42 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 19 |
| 2.1 | Resiliência | 19 |
| 2.2 | Resiliência e Envelhecimento | 21 |
| 2.3 | A Escala de Resiliência | 23 |
| 2.4 | Funções Cognitivas | 26 |
| 2.5 | Funções Cognitivas e Envelhecimento | 27 |
| 3 | OBJETIVOS | 29 |
| 3.1 | Objetivo Geral | 29 |
| 3.2 | Objetivos Específicos | 29 |
| 4 | MÉTODO | 30 |
| 4.1 | Delineamento | 30 |
| 4.2 | Amostra | 30 |
| 4.3 | Critérios de Inclusão | 31 |
| 4.4 | Relação Risco-Benefício | 31 |
| 4.5 | Instrumentos | 31 |
| 4.6 | Procedimentos para a Coleta de Dados | 33 |
| 4.6.1 | Aspectos Éticos | 33 |
| 4.6.2 | Procedimentos | 34 |
| 4.6.3 | Análise dos Dados | 34 |
| 5 | RESULTADOS | 36 |

| | |
|--|-----|
| 5.1 Perfil sócio demográfico da amostra | 36 |
| 5.2 A Resiliência e as variáveis sócio-demográficas | 40 |
| 5.3 A Escala de Resiliência e Habilidades Cognitivas | 42 |
| 6 DISCUSSÃO..... | 45 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 51 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |
| ANEXOS..... | 59 |
| ANEXO A – Artigo para Fins de Publicação em Revista Científica | 60 |
| ANEXO B – Cartas: Autorização para Publicação e recebimento do artigo..... | 82 |
| ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Informado..... | 84 |
| ANEXO D – Ficha de Dados Sócio-Demográficos | 86 |
| ANEXO E – Escala de Resiliência..... | 93 |
| ANEXO F – Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) | 96 |
| ANEXO G – Percepção Subjetiva de Queixa da Memória | 98 |
| ANEXO H- Aprovação da Comissão Coordenadora do Programa de Pós- Graduação em Medicina e Ciências da Saúde | 100 |
| ANEXO I- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS | 102 |
| ANEXO J- Alteração do Professor orientador | 104 |

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984), as projeções estatísticas entre 1950 e 2025 são de que a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes a população total. Isto colocará o país como a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas de 60 anos e mais de idade. As projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no país passará de 7,3% em 1991, para quase 15% em 2025, que é a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus (Costa, 2000).

A população idosa aumenta sensivelmente, apresentando, assim, um desafio à competência dos profissionais quanto ao entendimento de seus problemas específicos. Estima-se que existem dezesseis milhões de brasileiros acima de 60 anos, número este que contemplará, numa projeção para o ano de 2050, somente idosos de 80 anos ou mais (IBGE, 2003, 2004). A chamada terceira idade apresenta problemas peculiares, e seu atendimento representa um aumento de cuidados já previstos e dispensados a outros grupos etários, assim como estratégias a serem utilizadas para avaliar as questões características dessa fase.

Pesquisadores que trabalham com pessoas idosas reconhecem que há fatores que contribuem para o aumento do período de vida da população. Entre os principais fatores

destacam-se avanços médicos, características genéticas, hábitos alimentares, exercícios físicos, saúde pública. Contudo, há outro fator que vem sendo discutido por alguns pesquisadores e que pode estar contribuindo também para a extensão de vida: a resiliência.

Por resiliência entende-se o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis. De acordo com Pinheiro (2004), a resiliência é comumente definida como a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las.

Vivenciar um evento negativo, como ficar incapacitado, que representa ameaça ao senso de controle pessoal e traz conseqüências numerosas e de longo prazo na vida do indivíduo, tende a acionar seus recursos pessoais e sociais. Segundo Fortes e Neri (2004), eventos inesperados relacionados à saúde, que ocorrem com mais freqüência na velhice, exigem da pessoa um grande esforço adaptativo e propõem uma demanda à personalidade individual, orientando-a ao enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não desejado e ao ajustamento psicológico e social; por isso acionam intensamente os recursos emocionais e cognitivos da pessoa afetada, sendo o sucesso na adaptação das demandas exigidas pelo evento um importante indicador de bem-estar e resiliência (Davies, 1996). Quanto mais desenvolvidos os mecanismos de ajustamento psicológico, maior a chance de adaptação, presumivelmente sem grande declínio na qualidade de vida do idoso. Para Silva e Varela (1999), adaptação significa maximizar as possibilidades individuais reorganizando a vida frente às limitações percebidas, ajustando-se às diversas situações individualmente ou com a ajuda de outros. É um processo contínuo de atualização das potencialidades pessoais e de aprender a viver com as limitações explorando e utilizando ao máximo seus recursos disponíveis.

Pereira (2001) prevê que na sociedade emergente as mudanças fazem parte do dia-a-dia, são cada vez mais rápidas e profundas e exigem constantes esforços de adaptação. Essa autora identifica a resiliência como um desafio para o novo milênio. Ela afirma que uma das grandes apostas para o próximo milênio será tornar as pessoas mais resilientes e prepará-las para certa invulnerabilidade que lhes permita resistir a situações adversas que a vida proporciona, pelo que se torna imperioso identificar os fatores de risco e particularmente os fatores de proteção pessoais e interpessoais.

De acordo com Schaie e Hofer (2001), a velhice é freqüentemente descrita como um período caracterizado por uma diminuição das reservas, em virtude das múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente no decorrer de um curto período de tempo. Eventos negativos não-normativos e graduados por idade, como morte do cônjuge e de amigos, declínio da saúde e da funcionalidade física, perda de *status* social e prestígio e às vezes insegurança econômica, além da proximidade crescente da morte, tornam-se predominantes na velhice avançada. De fato, alguns eventos raros ou não-normativos nas fases anteriores (por exemplo, doenças) tornam-se relativamente normativos na velhice. Consideradas em conjunto, essas perspectivas de risco e desafios sugerem que é necessário um aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo possa se manter.

Esta dissertação de mestrado tem por objetivo estudar a resiliência nos idosos e sua relação com as variáveis sócio-demográficas gênero, idade, escolaridade e renda. Além disso, associam-se os escores obtidos através da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) com outros dois instrumentos: Percepção Subjetiva de Queixas de Memória (Bertolucci,2000) e Mini Exame do Estado Mental.(Folstei, Folstein & Mc Hugh, 1975)

Constata-se que o mundo está envelhecendo e, portanto, estudar a resiliência da terceira idade é relevante não apenas porque profissionais dedicados à Gerontologia pouco têm trabalhado sobre este tema, mas principalmente porque é um aporte inovador que abre as portas a uma área de grande futuro na investigação e na aplicação prática na melhoria da qualidade de vida dos adultos maiores.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Resiliência

De acordo com Melillo, Ojeda e Rodríguez (2004), o conceito de resiliência nasceu e começou a desenvolver-se no Hemisfério Norte (Michael Rutter, na Inglaterra, e Emmy Werner, nos Estados Unidos), logo se estendendo a toda a Europa, especialmente França, Países Baixos, Alemanha e Espanha e, mais tarde, chegou à América Latina, onde foram estabelecidos importantes grupos de investigação e numerosos projetos específicos. Intelectualmente, poderíamos falar de três correntes: a norte-americana, essencialmente pragmática e centrada no individual; a europeia, com maiores enfoques psicanalíticos e uma perspectiva ética; a latino-americana, de enfoque comunitário, voltada para o social como resposta lógica aos problemas vivenciados naquela sociedade, tais como violência, marginalidade, vulnerabilidade, etc. Outra tendência na expansão conceitual tem sido sua passagem na ênfase inicial na infância, como parte da psicologia do desenvolvimento de outras etapas do ciclo da vida (adolescência e terceira idade) e outros problemas específicos da recente emergência e crescente prevalência (violência, incapacidade).

Segundo estes mesmos autores, a resiliência se define como a capacidade de os

seres humanos superarem os efeitos de adversidades as que estão submetidos e, inclusive, de sair fortalecidos desta situação.

A resiliência possui várias definições, revelando que o conceito encontra-se em fase de construção e debate. Originariamente, o termo resiliência vem da física e refere-se à “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica” (Ferreira, 1975, p. 1223). A metáfora mais evocada é a de um elástico que, após uma tensão inicial, volta ao mesmo estado. Nesse ponto, há uma importante diferença, visto que, naquilo que concerne ao humano, a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas sim a superação (ou adaptação, como querem alguns autores) diante de uma dificuldade considerada como um risco e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas. Dessa forma, não falamos de resistência, mas de uma capacidade (singular e também socialmente adquirida) de sair-se bem frente a fatores potencialmente estressores (Vanistendael, 1999; Lindström, 2001).

O indivíduo que possui resiliência desenvolve a capacidade de recuperar-se e moldar-se novamente a cada obstáculo, a cada desafio. Se transportarmos o raciocínio para o dia-a-dia, poderemos observar que, quanto mais resiliente for o indivíduo, haverá menos doenças e perdas e mais desenvolvimento pessoal será alcançado.

Magnusson e Öhman (*apud* Neri, 1995) afirmam que as definições de resiliência existentes na literatura dizem respeito a dois tipos de respostas adaptativas: a) manutenção do desenvolvimento normal, apesar da presença de ameaças ou riscos (internos e externos) e b) recuperação após um trauma.

É relevante ressaltar que o tema resiliência, no Brasil ainda, é recente; em uma

revisão literária realizada por Souza e Cerveny, constatou-se que os primeiros trabalhos no país relacionados à resiliência surgiram entre 96 e 98, com estudos sobre crianças expostas a situação de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial (Hutz, 1996; Hutz, Koller & Bandeira, 1996), redes de apoio social e afetivo de criança em situação de risco (Hoppe, 1998) e na área ocupacional associando a resiliência ao perfil do executivo (Giuliani, 1997). Na verdade, as pesquisas sobre resiliência como tema central ou associada a outros aspectos tiveram seu desenvolvimento maior nos últimos cinco anos.

2.2 Resiliência e Envelhecimento

Segundo Staudinger, Marsiske e Baltes (1995), diante de perdas o *self* apresenta resiliência ou capacidade de reserva, isto é, o potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal e a presença de recursos latentes podem ser ativados frente aos desafios e exigências. É proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantêm um senso positivo de bem-estar (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002). Segundo Neri (2001), perdas na funcionalidade não são necessariamente um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, e, como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas.

Aroian e Norris (2000), em um estudo sobre imigração e resiliência, verificaram que mulheres idosas que experienciaram o processo de imigração com menos resiliência estavam mais suscetíveis a ficarem deprimidas.

Pode-se considerar a resiliência como parte do processo evolutivo. O ser humano se vê submetido inevitavelmente, ao longo de seu desenvolvimento, a adversidades frente às

quais colocará em jogo sua possibilidade de recuperar-se e de seguir adiante perseguindo metas (Knopoff, Santagostino & Zarebski, *apud* Melillo, Ojeda & Rodríguez., 2004).

Podemos concordar que uma das tentativas evolutivas mais caracteristicamente propensa a significar adversidade é, sem dúvida, o envelhecimento. A idade avançada é uma prova permanente da possibilidade de conservar e renovar uma vida significativa e produtiva.

Com o processo de envelhecimento, torna-se necessário o aumento na capacidade de resiliência na velhice para manter o comportamento adaptativo. Isso porque aumenta a probabilidade de ocorrer mais eventos inesperados na velhice relacionados à saúde física e ao bem-estar e relacionados à vida de ente queridos. Isso não significa que os fatores protetores não funcionem na velhice. Mas numa velhice avançada, as chances de experienciar vários eventos ao mesmo tempo são bem maiores do que quando jovem.

Assim, pode ser que uma pessoa idosa acione sua capacidade de resiliência diante de um evento estressor, mas devido ao acúmulo de necessidades, a resiliência seja insuficiente. Os eventos de vida podem funcionar como apoio ou amortecedor da pressão exercida por eles. Vivenciar um evento negativo acarreta maior ou menor exigência de recursos emocionais, sociais e intelectuais. Tudo depende do valor que a pessoa atribui aos acontecimentos, da disponibilidade de suporte social e do controle que exerce sobre esse evento.

Toda pessoa enfrenta situações de estresse durante toda a vida, desde o nascimento até a morte, as quais podem trazer implicações diversas para a saúde física e mental. Os tipos de eventos experimentados ao longo do curso de vida podem variar de acordo com a idade cronológica, com o tempo histórico, com aspectos educacionais e em virtude de fatores individuais.

A nossa capacidade de resiliência tem a função de nos ajudar a reformar nossos comportamentos, permitindo renovar nossas atitudes diante das adversidades, buscando a vencer cada desafio e aprender com cada lição. A resiliência permite enriquecer nossa trajetória de vida, conforme nossa compreensão e recursos disponíveis, lançando mão do nosso repertório de estratégias de enfrentamento para o alcance da velhice bem-sucedida. A sabedoria, as crenças positivas, a motivação, a autoconfiança refletem esse efeito de aprendizado ao longo da vida.

2.3 A Escala de Resiliência

A ênfase recente na prevenção de doenças e na promoção de saúde está intimamente relacionada ao interesse pelo estudo da resiliência. Esse contexto evidencia a necessidade de instrumentos para avaliação deste construto, mas a realidade das pesquisas indica a escassez de tais instrumentos, principalmente no Brasil (Pesce *et al.*, 2005).

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

No Brasil, a Escala de Resiliência foi adaptada recentemente por Renata Pesce, Simone Assis, Joviana Avanci, Nilton Santos, Juaci Malaquias e Raquel Carvalhaes (2005). O estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com uma amostra de 997 alunos com idades entre 12 e 19, de ambos os sexos e matriculados em escolas públicas do município de São Gonzalo (RJ). Deste total, 485 eram alunos de 7^a e 8^a séries do ensino fundamental e 512, de 1^o e 2^o do ensino médio. Para a etapa de teste-reteste uma amostra

não probabilística reduzida de 203 alunos da amostra total ($n=997$) respondeu ao instrumento. A adaptação realizou-se com base nos seguintes critérios para a aceitação de equivalência entre instrumentos: conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração (consistência interna expressa pelo *alpha* de Cronbach, coeficiente de correlação intraclasse para variáveis contínuas e estatística *kappa* ponderado para variáveis de escala ordinal); além da validade de conteúdo, de construto, análise fatorial e equivalência funcional (Pesce *et al.*, 2005).

De acordo com Couto(2005), os resultados do estudo de adaptação revelaram que quanto à equivalência conceitual e de itens, o instrumento original é pertinente para a cultura brasileira. Originalmente, Wagnild e Young (1993) sugeriram dois fatores (competência pessoal e aceitação de si mesmo e da vida) para escala os quais se mostraram coerentes com as definições teóricas da resiliência. Na equivalência semântica, houve bons resultados nas duas retraduições quanto à concordância dos itens com a escala original; nenhum dos itens foi avaliado como completamente alterado e somente um, em uma das retraduições, foi considerado como muito alterado. Quanto à equivalência de mensuração, a consistência interna medida pelo *alpha* de Cronbach para a amostra de 203 participantes foi de 0,85 e para a amostra total de 997, de 0,80 (em comparação a 0,91 da versão original). Para a avaliação da confiabilidade intra-observador, fez-se um estudo em que os participantes responderam ao instrumento duas vezes (momento 0, teste, momento 1, reteste) com intervalo de dez dias. O valor do *kappa* variou entre discreto(0,00 a 0,20) e moderado (0,40 a 0,60) com um intervalo de confiança de 95%. O valor do coeficiente de correlação intra classe da escala foi de 0,746 ($p<0,001$). Três profissionais foram solicitados a analisar a adequação dos itens do instrumento na mensuração de resiliência da escala em português (validade de conteúdo) e confirmaram que a resiliência tem

abrangência teórico-conceitual nessa versão. Na versão original, os autores encontraram altos índices de correlação da escala de resiliência com satisfação na vida, saúde física e baixo nível de depressão. No estudo brasileiro, no que concerne à validade de construto, a escala correlacionou-se direta e significativamente com auto-estima (Escala de Auto-Estima de Rosenberg), supervisão familiar, satisfação de vida (Escala de Satisfação com a Vida de Diener *et al.*, 1985) e apoio social (Escala de Apoio Social de Sherbourne & Stewart, 1991) para $p < 0,01$. Uma correlação inversa foi encontrada com a violência psicológica (Escala de Violência Psicológica de Pitzner & Drummond, 1997) para $p < 0,01$.

A análise fatorial foi feita com a amostra de 997 participantes. Como no estudo original optou-se por manter apenas os fatores que explicassem a variância total em mais de 5%, na versão brasileira utilizou-se a mesma estratégia. A partir desse critério, encontraram-se três fatores que explicaram 32,8% da variância na rotação oblimin e 39,9% na rotação ortogonal varimax com normalização de Kaiser. Os resultados para a adaptação brasileira diferiram daqueles encontrados por Wagnild e Young (1993). A partir dos fatores obtidos da rotação ortogonal varimax, decidiu-se abdicar dos fatores originais (competência pessoal e aceitação de si e da vida). Na versão brasileira os fatores distribuíram-se em três sendo o principal, que explicou 20,6% da variância total, composto por itens relacionados à resolução de ações e valores; o segundo fator, que explicou 6,7% da variância total, composto por itens relacionados à independência e à determinação e o terceiro fator, que explicou 5,5% da variância total, composto por itens relacionados à autoconfiança e à capacidade de adaptação a situações (Pesce *et al.*, 2005). Por fim, quanto à equivalência funcional, os índices de equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e de mensuração entre a versão original e a brasileira foram satisfatórios apesar das limitações encontradas (Pesce *et al.*, 2005).

2.4 Funções Cognitivas

As funções cognitivas compreendem a orientação, memória, atenção, linguagem e capacidade construtiva visual. São estruturas básicas que oferecem suporte a todas as operações mentais, propiciando a elaboração de informações, permitindo a utilização de experiências anteriores para a adaptação e resolução de novas situações (Feuerstein *et al.* 1980).

O desenvolvimento cognitivo é um processo da maturação neurofisiológico decorrente da exposição aos estímulos do contexto. O fluxo de informações transmitidas desenvolve tais funções que funcionam como mediadoras do processo de aprendizagem. É o próprio processo de mediação que constrói o conteúdo e a estrutura cognitiva (Feuerstein *et al.* 1980).

As pessoas do contexto de uma criança selecionam, filtram e organizam os estímulos, funcionando como um agente mediador e auxiliando o desenvolvimento cognitivo. Desse modo, as funções cognitivas desenvolvem-se a partir das experiências mediadas intergeracionais (Feuerstein, 1993).

Com o tempo, a pessoa aprende a selecionar, filtrar e organizar os estímulos de maneira autônoma, tornando-se um aprendiz eficiente. Assim, ela desenvolve intencionalidade, transcendência e mediação do significado em suas ações. A intencionalidade diz respeito à eleição de objetivos. A transcendência, à possibilidade de aplicar os atos aprendidos a outras situações. A mediação do significado, à capacidade de aquisição de novos significados a partir dos anteriormente aprendidos e a aplicação em novas experiências (Feuerstein, 1993).

2.5 Funções Cognitivas e Envelhecimento

O processo de envelhecimento pode ocorrer em um curso normal tanto como pode envolver alterações das funções cognitivas (Argimon *et al.*, 2006.). Vários estudos a respeito foram realizados. Charchat-Fichman (2007) indicou que os idosos dividiam-se em dois grupos: com trajetória estável e com declínio da memória, decorrente de um pré-estado de demência. Desse modo, a maior parte dos idosos apresentou uma trajetória estável referente às funções cognitivas.

Em um curso normal do envelhecimento, algumas funções podem ser mantidas e outras podem declinar (Parente & Wagner, 2006). Principalmente, as habilidades motoras, a capacidade de processar informações autobiográficas, o conhecimento semântico (vocabulário, compreensão lingüística e leitura), a habilidade de lembrar aspectos essenciais de informação e a habilidade de recordar aspectos mantêm-se. Estudo de Jacoby *et al.* (2005) indicou que pessoas mais velhas foram propensas a lembrar de informações de forma mais enganosa e menos precisas do que pessoas mais jovens, sugerindo perdas cognitivas no curso do envelhecimento.

Entretanto, o declínio da memória episódica anterógrada apareceu como um importante fator preditivo de um processo lento de demenciação em estudos (Elias *et al.* 2000; Bennett *et al.* 2002). Zuccalà *et al.* (2003) encontraram um declínio de 10% da população estudada acima dos 65 anos de idade.

Em estudo longitudinal, Petersen *et al.* (1997) encontraram que, dos pacientes com diagnóstico de prejuízo cognitivo moderado, 10% a 15% evoluíram para quadros de Alzheimer. Outro estudo mais recente revelou que 30,3% apresentaram indícios de Alzheimer (Costa *et al.*, 2006).

De acordo com pesquisa efetuada na Unidade de Idosos do Ambulatório de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, entre 1997 e 1998, 33,2% dos pacientes receberam o diagnóstico de demência (Almeida, 1998). Jorm *et al.* (2005) encontraram que três anos antes de um diagnóstico de demência, os idosos respectivos apresentaram perdas de memória episódica, na linguagem, fluência verbal e orientação. Segundo Grundman, Petersen e Ferris (2004) perda significativa de memória poderia ser o principal fator para a diferenciação de um envelhecimento normal para o desenvolvimento mais tarde de demenciação e Alzheimer.

No estudo de Ylikoski *et al.* (1999), o declínio cognitivo relacionou-se à idade, ao nível educacional e ao sexo, indicando que o processo de envelhecer acentuou perdas cognitivas. Também um nível educacional mais pobre foi significativo para esse declínio, além de ocorrer uma maior prevalência em mulheres. Outros estudos indicaram que, de fato, a escolaridade foi um fator que afetou as funções cognitivas (Lourenco & Veras, 2006; Diniz *et al.*, 2007). Devido ao fator educacional significativo, estudo de Habib; Nyberg e Nilsson (2007) revelou que 35% dos idosos com maior escolaridade e classificados com funcionamento cognitivo alto permaneceram com este funcionamento ao longo dos cinco anos do estudo.

Desse modo, observa-se que a maioria dos idosos apresenta um curso de envelhecimento satisfatório. Entretanto, existe uma parcela deles que apresentarão declínios cognitivos associados a processos de demenciação. Segundo Argimon *et al.* (2006), a maior parte dos estudos realizados sobre as funções cognitivas se relacionou ao declínio, também sendo importante estudar as pessoas que apresentam um curso normal de desenvolvimento.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Estudar as relações da Resiliência com as funções cognitivas e as variáveis sócio-demográficas em idosos: gênero, idade, escolaridade e renda.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico de um grupo de idosos, através de um questionário com dados como identidade pessoal, atividades de lazer, renda econômica familiar, entre outros.
- Avaliar a resiliência em idosos através da Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993)
- Relacionar os escores da Escala de Resiliência com os escores do teste Percepção Subjetiva Queixas de Memória (MAC-Q) do Idoso.
- Relacionar os escores da Escala de Resiliência com os escores do teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

MÉTODOS

4.1 Delineamento

Considerando-se os objetivos propostos, definiu-se o enfoque metodológico a ser utilizado, que, neste caso, tratou-se de uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal.

4.2 Amostra

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) recomenda que seja utilizada a idade a partir dos 60 anos para considerar a fase da velhice em países em desenvolvimento como o Brasil. Esta é uma idade que pode ser atingida por parte significativa da população.

Para detectar uma correlação da resiliência com fatores associados (idade, gênero, escolaridade e renda) que tenha magnitude de valor $\geq 0,40$ para $\alpha = 0,05$ e probabilidade estatística de 90%, foram estimados em torno de 62 indivíduos. Permitindo um tratamento multivariável dessas correlações foi proposto um aumento de 50% no tamanho da amostra, totalizando um conjunto de aproximadamente 100 indivíduos. Foram entrevistados 86 idosos.

Este é um subprojeto de um projeto maior denominado “Idosos de Porto Alegre” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)-PUCRS sob ofício nº. 1066/05. Este estudo teve como objetivo principal “avaliar aspectos bio-psico-sociais de uma amostra de idosos de ambos os sexos residentes na cidade de Porto Alegre, através de uma equipe interdisciplinar/ transdisciplinar”. A partir dos resultados do censo de 2000, foi calculada a determinação do número de indivíduos avaliados para cada bairro da cidade de Porto Alegre, atualizados pelo IBGE de acordo com estimativas de variação populacional para 2005. O número de indivíduos necessário para constituir uma amostra representativa da população idosa de Porto Alegre em 1995, na primeira fase do estudo foi definido como sendo 880 ou 0,69% da população idosa estimada em 132.965 habitantes para 1995.

4.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão da amostra foram: ter entre 60 e 95 anos, ser residente da Região Metropolitana de Porto Alegre e participante do projeto de Idosos de POA

4.4 Relação Risco-Benefício

Os participantes não foram expostos a nenhum tipo de situação de risco. Já o benefício esperado é a pessoa conhecer-se melhor a respeito da sua qualidade de vida através da devolução de resultados que foi realizada.

4.5 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos nesta investigação: (a) questionário com dados sócio demográficos, (b) Escala de Resiliência, (c) Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), (d) Percepção Subjetiva de Queixa de Memória (MAC-Q do idoso).

A escolha destes instrumentos está relacionada ao fato de serem objetivos, precisos, concisos, de fácil utilização e conseqüente avaliação e apresentarem bons resultados de validade e consistência na avaliação dos aspectos que fazem parte do estudo.

- (a) Para coletar dados sobre a identificação do sujeito e dados sobre a classe econômica social, foi aplicada a Ficha de Dados Sócio-Demográficos, através de uma entrevista estruturada. A ficha foi constituída por dados como idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda mensal, entre outros (Anexo D).
- (b) Neste estudo, a resiliência foi mensurada através da escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), que é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. Possui 25 itens, descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Estudos têm mostrado boa confiabilidade e validade desse instrumento (Wagnild & Young, 1993), já adaptado para o português (Pesce *et al.*, 2005) (Anexo E).
- (c) O Mini-Exame do Estado Mental (*Mini-Mental State Examination* – MMSE) será utilizado para verificar eventuais prejuízos cognitivos, memória e concentração e também para verificar uma correlação com a Escala de Resiliência. O MMSE, desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), é

composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24 para idosos com mais de três anos de escolaridade e 20 para idosos com menos de três anos de escolaridade de acordo com estudo de Almeida (1998) (Anexo F).

(d) Em 1992, Crook, Feher e Larrabee propuseram o Questionário de Medida de Queixa Subjetiva de Memória como um instrumento auto-administrado, este instrumento foi validado por Bertolucci (2000) em 1994. Ele é constituído por seis perguntas que visam a avaliar queixas de memória relacionadas a cinco situações do cotidiano – por exemplo: lembrar números de telefones ou códigos que você usa diária ou semanalmente –, com uma pergunta direcionada ao desempenho mnêmico global. É solicitado que seja feita uma comparação entre o desempenho mnêmico atual e aquele vivenciado aos 40 anos de idade. As respostas variam de “muito pior agora” a “muito melhor agora”, com cinco diferentes possibilidades de respostas. Uma pontuação igual ou superior a 25 pontos é considerada como indicativa de disfunção subjetiva de memória. (Anexo G).

4.6 Procedimentos para a Coleta de Dados

4.6.1 Aspectos Éticos

Atendendo à Resolução nº 196/10/1996, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos das pesquisas e ao Estado, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê Científico da Faculdade de Medicina da PUCRS. Após a análise e aprovação, foi iniciada a coleta de dados para as quais os participantes foram convidados a comparecerem ao Ambulatório do Instituto de Geriatria e Gerontologia; aos que não apresentaram condições de se locomoverem, foi realizada uma visita domiciliar. Os idosos foram informados da proposta do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F). Só foram incluídos na amostra do estudo aqueles que concordaram com os termos apresentados.

4.6.2 Procedimentos

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados pela própria pesquisadora, individualmente em cada idoso, no Ambulatório do Instituto de Geriatria e Gerontologia, em sala apropriada ou em sua residência quando impossibilitados de ir até o Ambulatório. Inicialmente foi preenchida a Ficha Sócio-Demográfica e o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE). Os participantes que preencheram os critérios de inclusão e não apresentaram prejuízo cognitivo foram submetidos ao teste de Percepção Subjetiva de Queixa de Memória e Escala de Resiliência.

4.6.3 Análise dos Dados

Inicialmente os dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas através de contagens e percentuais.

O escore de resiliência foi normalizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$SRN = \frac{SR - 25}{150} \times 100$$

onde SR= Escore de resiliência e SRN= escore de resiliência normalizado de 0 a 100.

A comparação do escore de resiliência foi realizada com teste *t* de *student* no caso de dois grupos. Para comparar médias de três ou mais grupos foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*.

O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$.

Os dados foram processados e analisados com o auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 11.5 for Windows.

RESULTADOS

5.1 Perfil sócio demográfico da amostra

Os resultados das variáveis sócio-demográficas (tabela 1) permitiram identificar que, dos 86 idosos entrevistados, 67 (77,9%) eram do sexo feminino e 19 (22,1%), do masculino. A idade dos idosos variou de 60 a 90 anos, sendo que a média de idade ficou em 70,4 com um desvio padrão de 6,96.

O estado civil predominante foi dos casados, 52 idosos; 11 eram solteiros, 22 eram viúvos e apenas 1 separado. Em relação à origem, a brasileira foi maioria (48) seguida da italiana (22). Em termos de escolaridade, o estudo revelou um dado importante: mais de 70% possuíam menos de oito anos de estudo; e somente 23,3%, mais de oito anos de escolaridade. Dos idosos, 96,5% relataram escrever com a mão direita e todos sabiam ler.

Tabela 1
Caracterização da amostra

| Características | Subvariáveis | n=86 |
|-----------------------------|--------------|-----------|
| Faixa etária (anos) – n (%) | 60 - 69 | 47 (54,7) |
| | 70 – 79 | 27 (31,4) |
| | ≥ 80 | 12 (14,0) |
| Sexo – n (%) | Masculino | 19 (22,1) |

| | | |
|-----------------------------|----------|-----------|
| | Feminino | 67 (77,9) |
| Estado Civil – n(%) | Casado | 52 (60,5) |
| | Solteiro | 11 (12,8) |
| | Viúvo | 22 (25,6) |
| | Separado | 1 (1,2) |
| Escolaridade (anos) – n (%) | ≤ 8 | 66 (76,7) |
| | > 8 | 20 (23,3) |
| Mão que escreve – n (%) | Direita | 83 (96,5) |
| | Esquerda | 3 (3,5) |

Quanto ao fator familiar relacionado às quais pessoas moram com o idoso, 35 (40,7%) deles residem com o cônjuge e filho; 18 (20,9%), somente com o cônjuge; 13 (15,1%), com outros parentes (sobrinhos, netos, irmãos); 12 (14,0%), moram sozinhos; e 8 (9,3%) só com filhos. A maioria dos idosos relatou possuir residência própria (89,5%), sendo 58 (67,4%) residentes há mais de 20 anos na mesma moradia.

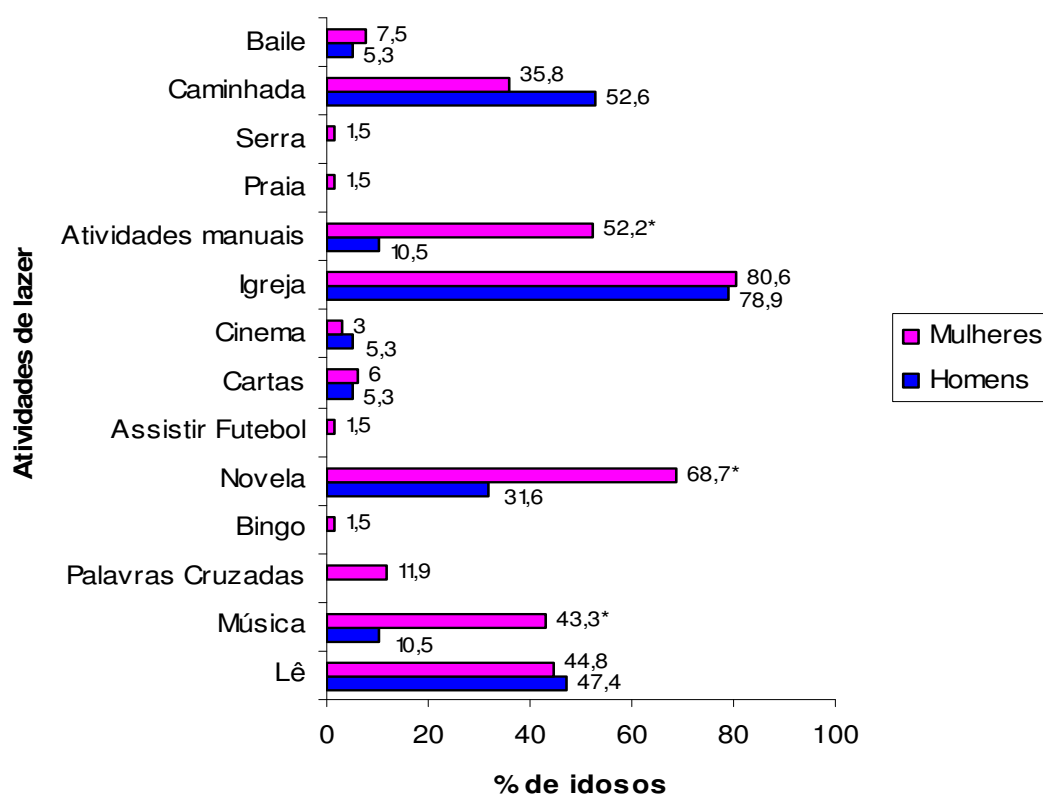
Quando solicitados a avaliar a saúde, 46 (53,5%) idosos responderam “regular”; 38, (44,2%), “boa”; e 2 (2,3%) avaliaram-na como “ruim”. Quando questionados se, de um mês para cá, haviam deixado de realizar alguma atividade por motivos de saúde, 51 (59,3%) responderam que “não” e 35 (40,7%) responderam que “sim”. A maioria dos entrevistados (59,3%) possuía 2 a 3 hospitalizações prévias, no decorrer do último ano.

No item hábito de fumar, foi observado que 65 (75,6%) nunca fumaram e a minoria, 21 (24,4%) pessoas, eram fumantes. Já quanto à bebida alcoólica, 66 (76,7%) não bebiam e 20 (23,3%) afirmaram beber regularmente. Estes dados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2
Distribuição da amostra quanto à saúde e moradia

| Variáveis | Subvariáveis | n=86 |
|--|-------------------|-----------|
| Moradia – n (%) | Cônjuge | 18 (20,9) |
| | Filho | 8 (9,3) |
| | Cônjuge e filho | 35 (40,7) |
| | Parente | 13 (15,1) |
| | Sozinho | 12 (14,0) |
| Tempo de residência (anos) – n (%) | < 5 | 3 (3,5) |
| | 5 – 10 | 8 (9,3) |
| | 11 – 20 | 17 (19,8) |
| | > 20 | 58 (67,4) |
| Avaliação da sua saúde – n (%) | Boa | 38 (44,2) |
| | Regular | 46 (53,5) |
| | Ruim | 2 (2,3) |
| Deixaram de realizar atividade por motivo de saúde – n (%) | Sim | 35 (40,7) |
| | Não | 51 (59,3) |
| Hospitalizações prévias – n (%) | Sim, até uma | 15 (17,4) |
| | Sim, entre 2 e 3 | 51 (59,3) |
| | Sim, mais de três | 2 (2,3) |
| | Não | 18 (20,9) |
| Fumante – n (%) | Sim | 21 (24,4) |
| | Não | 65 (75,6) |
| Uso de bebida alcoólica – n (%) | Sim | 20 (23,3) |
| | Não | 66 (76,7) |

Em relação à preferência por alguma atividade em seus momentos de lazer, a maior preferência por parte das mulheres idosas foram atividades manuais, igreja e novela. Já os homens idosos preferiram, na maioria das vezes, pelas mesmas atividades, só que em proporções menores. Caminhada e leitura foram atividades em que eles se destacaram em relação às mulheres. O gráfico 1 mostra a distribuição dos indivíduos conforme atividades de lazer.



Nota: *apresentou diferença estatisticamente significativa em relação aos homens ($p < 0,02$).

Gráfico 1. Atividades de lazer.

No que diz respeito à última renda mensal, os dados ficaram assim distribuídos: 46 (53,5%) possuíam um a dois salários mínimos; 27 (31,4%), três a quatro salários mínimos; sete (8,1%), cinco a seis salários mínimos; e seis (7%), sete ou mais salários mínimos. Mais da metade, 65 pessoas (75,6%), relatou que a principal origem de renda era a aposentadoria. A principal despesa que os idosos relataram ter era com a habitação, 39 pessoas (45,3%). Alguns dados sobre a renda encontram-se na tabela 3:

Tabela 3
Distribuição dos idosos quanto à renda

| Variáveis | Subvariáveis | n=86 |
|---|---------------------------------|-----------|
| Última renda mensal (s.m.) – n(%) | 1-2 | 46 (53,5) |
| | 3-4 | 27 (31,4) |
| | 5-6 | 7 (8,1) |
| | ≥ 7 | 6 (7,0) |
| Recebe ajuda financeira – n(%) | Sim | 40 (46,5) |
| | Não | 46 (53,5) |
| Origem da renda – n(%) | Aposentaria | 65 (75,6) |
| | Salários | 12 (14,0) |
| | Pensão | 6 (7,0) |
| | Aposentaria e pensão | 3 (3,5) |
| | Principal despesa – n (%) | Saúde |
| Principal despesa – n (%) | Habitação | 39 (45,3) |
| | Ajuda familiar | 2 (2,3) |
| | Remédio | 15 (17,4) |
| | Vestuário | 2 (2,3) |
| | Outros | 1 (1,2) |
| | Saúde e habitação | 23 (26,7) |
| | Renda familiar (s.m.) – n(%) | 1-2 |
| 3-4 | | 47 (54,7) |
| 5-6 | | 16 (18,6) |
| ≥ 7 | | 7 (8,1) |
| Quantas pessoas moram na casa – n(%) | 1 | 13 (15,1) |
| | 2 | 37 (43,0) |
| | 3 | 25 (29,1) |
| | 4 | 11 (12,8) |

5.2 A Resiliência e as Variáveis Sócio-demográficas

Em relação à escala de resiliência, observou-se que a pontuação mínima, na escala normatizada de 0 a 100, foi 55,33; e a máxima, 96,67. Na investigação da resiliência dos idosos, obteve-se uma média de 84,9 com desvio padrão de 7,2. Cabe lembrar que os escores mais altos indicam um nível de resiliência maior.

Quanto à variável idade, 47 idosos pertenciam à faixa etária dos 60 anos aos 69 e apresentaram um escore médio de resiliência de 85,4 com desvio padrão de 6,17; 27 idosos possuíam idade entre 70 a 79, apresentando um escore médio de resiliência 84,3 com desvio padrão de 8,32; e 12 idosos pertenciam à faixa etária dos 80 anos ou mais, apresentando um escore médio de 85,1 com desvio padrão 8,27.

A pontuação máxima na escala de resiliência dos idosos entre 60 e 69 foi de 96,0; e a mínima, de 67,3; nos idosos pertencentes à faixa etária dos 70 a 79, a pontuação máxima foi de 96,67 e a mínima de 55,33; já nos idosos com 80 anos ou mais, a pontuação máxima atingiu 94,67 e a mínima 65,33. Os idosos não mostraram mudança importante no valor da resiliência segundo a idade.

A correlação entre resiliência e sexo mostrou que a resiliência nos idosos não esteve relacionada significativamente ao sexo. Constatou-se que 67 idosos do sexo feminino apresentaram uma média de resiliência de 85,2 com um desvio padrão de 7,52, enquanto os do sexo masculino apresentaram uma média de 84,2 com desvio padrão igual a 5,7.

Na tabela 4, 66 idosos possuíam escolaridade até o fundamental, sendo a média de resiliência deles de 85,2 com um desvio padrão de 6,73; e 20 idosos possuíam segundo grau ou superior, a média de resiliência deste grupo foi de 84,3 com desvio padrão de 8,5.

No que tange à renda econômica mensal dos idosos e sua relação com a escala de resiliência, os seguintes dados foram obtidos: dos 73 idosos que ganhavam de um a quatro salários mínimos, a média de resiliência foi de 85,0 (DP= 7,52); e dos 13 idosos que

ganhavam cinco ou mais salários mínimos, a média foi 85,1(DP=4,64), como mostra a tabela 4 a seguir.

Tabela 4
Comparação entre as variáveis sócio-demográficas e a escala de resiliência

| Variáveis | Escala de Resiliência padronizada (0-100) | | |
|----------------------------|---|-------------|---------|
| | n | Média ± DP | p |
| Faixa etária (anos) | | | |
| 60 - 69 | 47 | 85,4 ± 6,17 | 0,796* |
| 70 - 79 | 27 | 84,3 ± 8,32 | |
| ≥ 80 | 12 | 85,1 ± 8,27 | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 19 | 84,2 ± 5,70 | 0,593** |
| Feminino | 67 | 85,2 ± 7,52 | |
| Escolaridade (anos) | | | |
| ≤ 8 | 66 | 85,2 ± 6,73 | 0,624** |
| > 8 | 20 | 84,3 ± 8,48 | |
| Última renda mensal (s.m.) | | | |
| 1-4 | 73 | 85,0 ± 7,52 | 0,954** |
| ≥ 5 | 13 | 85,1 ± 4,64 | |

Nota. * Valor obtido pela Análise de Variância (ANOVA) *one-way*. ** Valor obtido pelo teste t-Student.

5.3 A Escala de Resiliência e Habilidades Cognitivas

Correlacionando o resultado obtido na Escala de Resiliência com os resultados na Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, constatou-se que um número menor de queixas de memória correspondeu a altos índices de resiliência, à medida que houve uma correlação inversa ($r=-0,270$; $p=0,012$), conforme representado no gráfico 2.

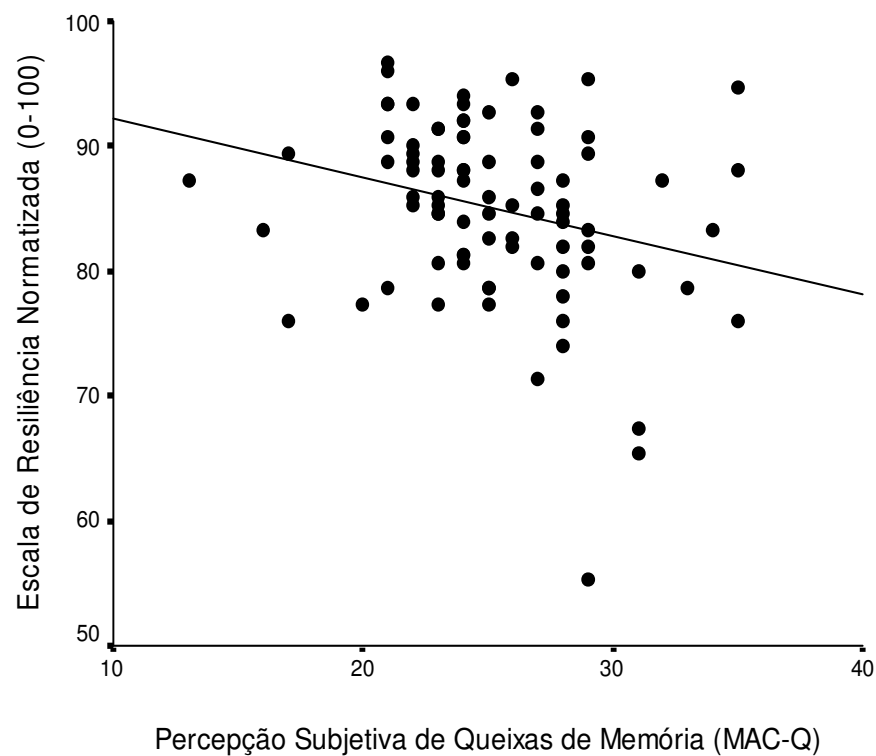


Gráfico 2. Associação entre os escores da ER e MAC-Q do Idoso.

Os resultados evidenciaram uma correlação direta entre a Escala de Resiliência e o desempenho no MEEM. Assim, aqueles idosos que apresentaram melhor desempenho no MEEM mostraram-se mais resilientes. ($r=0,281$; $p=0,009$). Isso pode ser verificado no gráfico 3.

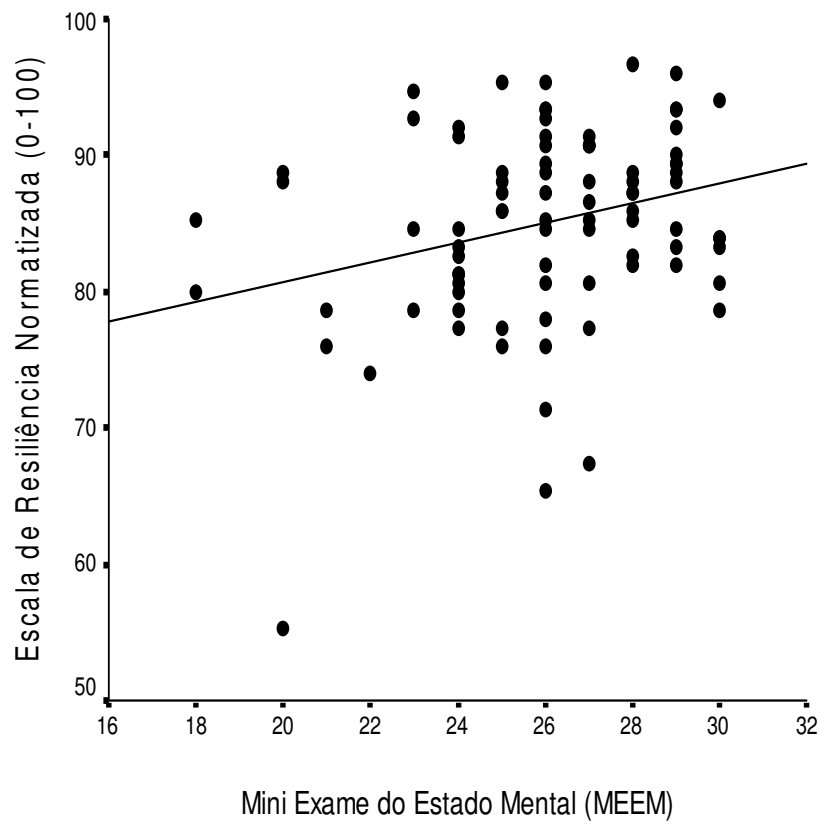


Gráfico 3. Associação entre os escores da ER e MEEM.

DISCUSSÃO

O estudo realizado propôs-se a estudar a resiliência em idosos e sua relação com algumas variáveis sócio-demográficas como gênero, idade, escolaridade e renda. Dispôs-se também a avaliar a relação entre resiliência e desempenho cognitivo.

No presente estudo, os idosos entrevistados eram, na maioria, do sexo feminino, o que comprova o fenômeno de feminização do processo do envelhecimento. De acordo com Hamilton (2002), nas sociedades pacíficas, a quantidade de homens e mulheres seria quase igual até os 45 anos. A partir daí, os homens morreriam em um ritmo mais rápido, de modo que, aos 70 anos, haverá aproximadamente seis mulheres para cada cinco homens e, aos 80 anos, essa razão será 4:1.

Segundo dados do IBGE (2003), em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos, passando para 55,1% em 2000. Isto significa que para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos, relação que, em 1991, era de 100 para 85,2. Elas vivem, em média, oito anos a mais do que os homens.

Há muitas razões para a morte precoce dos homens. Uma concepção popular atribui essa morte à vida fisicamente mais cansativa que os homens tradicionalmente levam. Mas uma complexa interação de fatores físicos, ambientais e diferenças no comportamento

social também podem desempenhar um papel chave (Lang, Arnold & Kupfer, 1994). Entretanto, há outras visões mais otimistas em relação à condição atual das mulheres idosas. Debert (1999), por exemplo, acredita que, para as idosas, tanto a velhice quanto a viuvez podem representar certa independência ou mesmo uma forma de realização.

Outro aspecto que chama a atenção foi a baixa escolaridade encontrada nos idosos participantes desta pesquisa. Esse dado também está presente no estudo realizado pelo IBGE (2003), o qual relata que, nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média dessa população é um reflexo desse acesso desigual. Mas esse fenômeno vem mudando nos últimos anos. A proporção de idosos alfabetizados passou de 55,8%, em 1991, para 64,8%, em 2000, representando um crescimento de 16,1% no período.

A maioria dos idosos entrevistados possuía duas a três hospitalizações prévias. Este fato também foi observado no estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) sobre as condições de saúde e a capacidade funcional da população idosa brasileira. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNDA) de 1998, 69% dos participantes relataram ter pelo menos uma doença crônica (sendo esta proporção maior entre as mulheres). Por outro lado, a presença destas doenças, a prevalência de incapacidade funcional e a ocorrência de internações aumentaram com a idade.

A maior preferência dos idosos em seus momentos de lazer recaiu em assistir programas de televisão (novela), seguidos de atividades religiosas e manuais. Este fato talvez se deva à falta de espaços de lazer específicos para essa população. Mazo, Lopes e Benedetti (2001) chamam a atenção dos órgãos governamentais para o estabelecimento de áreas físicas e atividades de lazer direcionadas aos idosos, em cumprimento à Política

Nacional do Idoso. Também são relevantes as questões de acessibilidade: presença de rampas, corrimões, piso antiderrapante e outras, nessas áreas físicas.

Em relação à renda do idoso, verificou-se que a maioria são aposentados e que mais da metade possuía uma renda mensal de um a dois salários mínimos. Mesmo considerando que são muito baixos os valores das aposentadorias e pensões dos idosos brasileiros, estas muitas vezes constituem a principal fonte de renda, também a única fonte de renda de toda a família sob responsabilidade do idoso.

Quanto à população brasileira, no que se refere ao fator econômico, foi desenvolvido um estudo (Barreto *et al.*, 2003) sobre a influência da situação socioeconômica na saúde dos idosos, que também se mostrou controverso. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 para examinar essa influência em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com mais de 65 anos de idade. Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas). Estes resultados não confirmaram observações realizadas em alguns países desenvolvidos quanto à ausência de associação entre o nível socioeconômico e a saúde do idoso. Ao contrário, os resultados desse estudo mostraram que mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar seriam suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Por não haver um ponto de corte na Escala de Resiliência, o seu escore foi normatizado de 0 a 100. Através desta normatização, observou-se que a média obtida

através da Escala de Resiliência foi alta (84,9), isto mostra que os idosos aqui pesquisados conseguiram superar as adversidades que surgiram em suas vidas até o momento, pois a resiliência é uma maneira de sobreviver relacionada à integridade, adaptabilidade e tenacidade. Não obstante, se atingiram a média de idade 70, seria porque se adaptaram aos êxitos e perdas; aceitaram os limites da vida e o ganho de um sentido de pertença a uma história mais ampla, mantendo o senso de integridade.

Nosso estudo mostrou que a correlação entre resiliência e idade não foi significativa. Em contrapartida, Lundman (2007) realizou um estudo no qual o objetivo era investigar resiliência e sua relação com a idade e gênero, ele também utilizou a escala de resiliência. A análise foi baseada em 1719 participantes suecos com idade entre 19 e 103 anos. Os resultados apontaram que a resiliência esteve relacionada com idade, sendo que os mais velhos apresentaram altos índices de resiliência.

No que se refere ao sexo e sua relação com a resiliência, observou-se que as mulheres apresentaram uma média um pouco maior na escala quando comparada aos homens, mas não foi uma diferença importante, o que foi corroborado com o estudo de Lundman (2007), citado anteriormente. Esse autor realizou seu estudo com 1719 participantes, sendo 1248 mulheres e 471 homens, e constatou também que não houve relação entre gênero e resiliência.

A variável escolaridade, quando associada à escala de resiliência, não apresentou resultados importantes. Talvez isso tenha ocorrido em função de apenas 23,2 dos idosos possuírem escolaridade maior; o que representa dizer que ser resiliente independe de possuir ensino superior ou somente o ensino fundamental.

Em relação à renda econômica mensal dos idosos e sua relação com a resiliência, a média obtida através da Escala de Resiliência entre aqueles idosos que ganhavam de 1 a 5

salários mínimos e os que ganhavam 5 ou mais oscilou entre 84,95 e 84,46, sendo praticamente a mesma. Através deste resultado, percebe-se que a resiliência pode ser uma característica dos idosos pertencentes tanto à classe econômica social mais baixa quanto àquela mais alta. Não há muitos estudos relacionando resiliência e classe econômica, mas já existem estudos investigando esta última variável com o envelhecimento, como a realizada a seguir.

Segundo pesquisa de Valdes *et al.* (2007), a classe social determinaria o ritmo de envelhecimento, fator que se sobrepõe a outros, como saúde, dieta e maus hábitos. Os autores da pesquisa estudaram o envelhecimento de irmãs gêmeas e comprovaram que as pessoas com um nível socioeconômico mais baixo, seja por seu trabalho seja pelo *status* social de seu cônjuge, começaram a envelhecer cerca de sete anos mais cedo. Após analisar os casos de mais de 1.500 mulheres gêmeas, os cientistas chegaram à conclusão de que existiu uma relação entre a classe social e o nível de deterioração celular no corpo.

O estresse poderia ser a chave para explicar a aceleração do envelhecimento. Valdes *et al.* (2007) afirmaram que as pessoas de classes sociais mais baixas tiveram uma maior probabilidade de se sentir pouco seguras, principalmente no trabalho, de ter auto-estima baixa e de sentir que não controlavam a própria vida. Aspectos que causariam um estresse que danificaria as células e aceleraria o ritmo de envelhecimento.

Para chegar a essas conclusões, os autores, em colaboração com uma equipe americana, analisaram os casos de 1.552 britânicas de entre 18 e 75 anos pertencentes a duplas de gêmeas. Em primeiro lugar, as mulheres foram classificadas em cinco grupos socioeconômicos e, depois, os pesquisadores analisaram seus cromossomos e chegaram à conclusão de que havia uma maior deterioração celular naquelas com nível social mais baixo.

Na correlação entre Escala de Resiliência e Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, foi encontrada associação significativa e inversa. À medida que o número de queixas de problemas de memória era menos elevado, mais altos eram os índices obtidos na Escala de Resiliência.

O estudo apontou, também, uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Mini Exame do Estado Mental: quanto mais alto os escores de resiliência, melhor é o desempenho cognitivo entre os idosos.

Em suma, percebe-se, entre outros aspectos, que a resiliência independe de algumas variáveis, isto leva a pensar que a resiliência não depende de traços e disposições pessoais apriorísticos, nem se manifesta apenas a partir da superação de fatores de risco predeterminados (Dell'Aglio, Koller & Yunes, 2006).

A limitação deste estudo ocorre devido ao fato de ser transversal, representando um recorte da amostra estudada e também não se soube qual fator foi determinante para a ocorrência do outro: se houve um melhor desempenho cognitivo devido a alta resiliência ou vice-versa.

Apesar da ampla discussão em outros países, no Brasil o termo resiliência ainda não foi bem incorporado pelo meio acadêmico, visto o pequeno número de publicações sobre o tema. Nesse sentido, é de suma importância que outros trabalhos possam ser desenvolvidos nesta área.

É importante salientar a necessidade de implantações de programas que visem a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos, proporcionando assim, uma melhoria na auto-estima e, conseqüentemente na qualidade de vida do idoso. Tais programas, devem apresentar caráter multidisciplinar e devem fundamentar-se na implantação de alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais

gerações.

Masten (2001) argumentou que resiliência seria um processo normativo da adaptação, presente na espécie humana e aplicável ao desenvolvimento em ambientes favoráveis ou adversos. Dessa forma, pertence a todos os seres vivos essa “capacidade” para o desenvolvimento saudável e positivo.

Diante do exposto, espera-se que esta dissertação possa ter reunido informações que contribuam para ampliar os atuais níveis de conhecimento na área sobre resiliência no envelhecimento humano, e que os resultados possam servir como referencial para futuras pesquisas, auxiliando, desta forma, os profissionais da saúde e a população, de um modo geral, no que se refere aos cuidados com idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que a resiliência não foi associada às variáveis sócio-demográficas gênero, idade, escolaridade e renda.

Correlacionando o resultado obtido na Escala de Resiliência aos resultados obtidos na Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, constatou-se que um número mais elevado de queixas de problemas de memória correspondeu a baixos índices de resiliência, à medida que houve uma correlação inversa e significativa entre estes resultados.

Houve uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Mini Exame do Estado Mental. Assim, quanto mais altos os escores de resiliência, maior foi o desempenho cognitivo (orientação para tempo e espaço, memória, linguagem, etc) entre os idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, O.P. (1998). Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56 (3B). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000400014&lng=en&nrm=iso.

Argimon, I.I.L. (2006). Aspectos cognitivos em idosos. *Avaliação Psicológica*. [Online], 5 (2), 243-245. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200015&lng=pt&nrm=iso.

Barreto, S., Giatti, L., Lima-Costa, M.F., & Uchoa, E. (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: Um estudo na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 3.

Bennett, D.A., Wilson, R.S., Schneider, J.A., Evans, D.A., Beckett, L.A., & Aggarwal, N.T. et al. (2002). Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*, 59 (2), 198-205.

Bertolucci, P.H.F. (2000). Instrumentos para o rastreio das demências. In V. Forlenza, & P. H. F. Caramelli (Orgs.). *Neuropsiquiatria geriátrica* (pp. 65-80). São Paulo: Ateneu.

Charchat-Fichman, H. et al. (2005). Decline of cognitive capacity during aging.

Revista Brasileira de Psiquiatria, 27 (1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100017&lng=en&nrm=iso.

Costa et al. (2006). Desempenho cognitivo em idosos de uma unidade do programa de saúde da família (PSF) avaliado pelo mini-exame do estado mental (MEEM). *Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC*, Florianópolis, SC.

Costa, M.F.F.L., Guerra, H.L., Barreto, S.M., & Guimarães, R.M. (2000). Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas. *Informe Epidemiológico do SUS 2000*, 9 (1), 23-41.

Couto, M. C. P (2005). Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento. *Projeto de Dissertação Não- Publicada*, P.P.G. Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Davies, A.D.M. (1996). Life events, health, adaptation and social support in the clinical psychology of late life. In R. T. Woods (Ed.). *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 115-140). Chichester: John Wiley & Sons.

Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP/FAPESP.

Dell'Aglio, D.D., Koller, S.H., & Yunes, M.A. (2006). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Diniz, B.S.O, Volpe, F.M., & Tavares, A.R. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (1); 13-17.

Elias, M.F., Beiser, A., Wolf, P.A., Au, R., White, R.F., & D'Agostino, R.B. (2000). The preclinical phase of alzheimer disease: A 22-year prospective study of the Framingham

Cohort. *Arch Neurology*, 57 (6), 808-13.

Ferreira, A.B.H. (1975). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Feuerstein, R. (1993). *Es modificable la inteligencia?* Madri: Bruño, 1993.

Feuerstein, R., Rand, Y., Hoffman, M., & Miller, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An intervention program for cognitive modifiability*. Illinois: Scott, Foresman and Company.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & Mc Hugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

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

Giuliani, P.C. (1997). *Um estudo analítico sobre a evolução do perfil do executivo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível: www.capes.gov.br.

Grundman, M., Petersen, R.C., & Ferris, S.H. (2004). Mild Cognitive Impairment Can Be Distinguished From Alzheimer Disease and Normal Aging for Clinical Trials. *Arch. Neurology*, 61, 59-66.

Habib; R., Nyberg, L., & Nilsson, L.G. (2007). Cognitive and Non-Cognitive Factors Contributing to the Longitudinal Identification of Successful Older Adults in the *Betula* Study. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 14 (3), 257-273.

Hoppe, M.M.W. (1998). *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Hutz, C.S., & Koller, S.H. (1996). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2 (1), 175-197.

Hutz, C.S., Koller, S.H., & Bandeira, D.R. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Coletâneas da ANPEPP*, 1 (12), 79-86.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002: Microdados*. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004). *Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050: Revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE.

Jacoby, L.L., Bishara, A.J., Hessels, S., & Toth, J.P. (2005) Aging, subjective experience, and cognitive control: Dramatic false remembering by older adults. *Journal of Experimental Psychology*, 134 (2), 131-148.

Jorm, A.F., Masaki, K.H., Petrovitch, H., Ross, G., & White, L.R. (2005). Cognitive Deficits 3 to 6 Years Before Dementia Onset in a Population Sample: The Honolulu-Asia Aging Study *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (3), 452–455.

Lang, E., Arnold, K., & Kupfer, P. (1994). Women live longer biological, medical and sociologic causes. *Zeitschrift fuer gerontologic*, 27, 10-15.

Lima-Costa, M.F., Barreto, S.M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 735-743. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006&lng=en&nrm=iso.

Lindström, B. (2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2, 133-137.

Lourenco, R.A., & Veras, R.P. (2006) Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Revista. Saúde Pública*, 40 (4). Disponível em:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=&nrm=iso.

Lundman, B. (2007). Psychometric properties of the swedish version of the resilience scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21 (2), 229-237.

Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.

Mazo, G.Z., Lopoés, M.A., & Benedetti, T.B. (2001). *Atividade física e o idoso*. Porto Alegre: Sulina.

Melillo, A., Suárez-Ojeda, E. N., & Rodríguez, D. (Org.). (2004). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.

Neri, A.L. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectiva da teoria de curso de vida. In A. L. Neri (Org.). *Psicologia do envelhecimento* (pp. 195-228). Campinas, SP: Papirus.

Neri, A.L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). Campinas, SP: Papirus.

OMS. Organización Mundial de la Salud (1984). *Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: Informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento*. Genebra: OMS, Série de Informes Técnicos, 706.

Pereira, A.M.S. (2001). Resiliência, personalidade, estratégias de coping. In J. Tavares (Org.). *Resiliência e educação* (pp. 77-94). São Paulo: Cortez.

Pesce, R., Assis, S.G., Avanci, J., Malaquias, J., & Oliveira, R.V.C. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência (Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity of the Resilience Scale). *Cadernos de Saúde Pública* (On-line), 21 (2), 436-448. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200010&lng=en&nrm=iso.

Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Kokmen, E., & Tangelos, E.G. (1997). Aging, Memory, and Mild Cognitive Impairment. *International Psychogeriatrics*, 9, 65-69.

Pinheiro, D.P.N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75.

Pitzner, J.K., & Drummond, P.D. (1997). The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/ verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of psychosomatic*, 2, 125-42.

Schaie, K.W., & Hofer S.M. (2001). Longitudinal studies in research on aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. (pp. 53-77). San Diego, CA: Academic Press.

Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 38, 705-14.

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

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

Souza, M.T.S. ; & Cerveny, C.M.O. (2006). Resiliência psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (1), 115-122.

Staudinger, U.M., Marsiske, M., & Baltes, P.B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In A. L. Neri (Org.). *Psicologia do Envelhecimento: temas relacionados na perspectiva de curso de vida*,

(pp.195-228). Campinas: Papirus.

Valdes, A.M., Loughlin, J., VanOene, M., Chapman, K., Surdulescu, G.L., Doherty, M., Spector, T.D. (2007). Sex and ethnic differences in the association of ASPN, CALM1, COL2A1, COMP and FRZB with genetic susceptibility to osteoarthritis of the knee. *Arthritis & Rheumatism*, 56 (1), 137-146

Vanistendael, S. (1999). Prévenir le trauma d'une agression sexuelle: Un éclairage à partir de la résilience. In M.-P. Poilpot (Org.). *Souffrir et se construire* (pp. 107-123). Ramonville: Éditions Érès.

Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.

Ylikoski, R., Ylikoski, A., & Keskivaara, P.; et al. (1999). Heterogeneity of cognitive profiles in aging: successful aging, normal aging, and individuals at risks for cognitive decline. *European Journal of Neurology*, 6 (6), pp. 645-652.

Zuccalà, G. (2003). The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. *The American Journal of Medicine*, 115 (2) 97-103.

ANEXOS

ANEXO A – Artigo para Fins de Publicação em Revista Científica

A Resiliência em idosos e sua relação com variáveis sócio-demográficas e funções cognitivas

Resiliência em idosos¹

The resiliency in the elder and its connection with socio demographical variables and cognitive functions

Resiliency in the elder

Tatiane Favarin Rech Fortes

Psicóloga, Mestranda em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Especialista em Psicologia Clínica pelo Instituto DELPHOS de Psicologia.

Mirna Wetters Portuguez

Psicóloga, Doutora em Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo.

Professora do Programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde-Famed-da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Irani Iracema de Lima Argimon

Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Professora do Programa de Pós graduação- Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Correspondência:

Tatiane Favarin Rech Fortes

Mestranda pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Endereço: Rua Buenos Aires 128, C.E.P.:94480-410 Viamão-RS

Tel: (51) 3492-70-28 / (51) 92590214

E-Mail: tatifrech@pop.com.br

Categoria do Artigo: Relato de Pesquisa

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de T.F. Rech, intitulada “A resiliência em idosos e sua relação com as variáveis sócio demográficas: gênero, idade, escolaridade e renda”. Programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, PUCRS, 2007.

Resumo

Este artigo objetivou estudar a resiliência do idoso e sua relação com as variáveis sócio-demográficas e funções cognitivas. Para tanto, relacionou os escores obtidos por meio da Escala de Resiliência com os escores de outros dois instrumentos de avaliação: Percepção Subjetiva de Queixas de Memória e Mini-Exame do Estado Mental. A amostra foi constituída por 86 idosos: 67 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com idade variando entre 60 e 90 anos. Os resultados revelaram que não houve relação entre resiliência e as variáveis demográficas. Demonstraram, entretanto, que um número mais elevado de queixas subjetivas de memória correspondia a baixos índices de resiliência. Também revelou haver uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Mini-Exame do Estado Mental. Desse modo, conclui-se que quanto mais altos os escores de resiliência, maiores os escores no desempenho cognitivo entre os idosos.

Palavras chave: Resiliência; Idosos; Variáveis Sócio-demográficas.

Abstract

The present article's has aimed at studying the relationship between older people's resilience and some sociodemographic variables and cognitive functions. In order to do so, it has related the scores obtained from the Resilience Scale measuring tool to the average scores from two other investigation tools: Subjective Perception of Memory Complaints and the Mini Mental State Examination. The research sample has been composed of 86 old people, being 67 women, and 19 men, whose age varied from 60 to 90. The results have shown that there is no relationship between resilience and sociodemographic variables. On the other hand, they have shown that higher amounts of memory subjective complaints directly correspond to lower resilience indexes. The survey has also revealed that there is a direct and meaningful correlation between Resilience Scale and Mini Mental State Examination, so that it is possible to conclude that the highest the resilience scores are, the greatest are old people's achievements in scores concerning cognitive performance.

Key words: resilience; old people; sociodemographic variables

A Resiliência em idosos e sua relação com variáveis sócio demográficas e funções cognitivas

As projeções estatísticas entre 1950 e 2025 são de que a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes a população total. Isso colocará o país como a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas de 60 anos e mais de idade (OMS, 1984). As projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no país passará de 7,3%, em 1991, para quase 15%, em 2025, que se assemelha à proporção de idosos da maioria dos países europeus (Costa *et al.*, 2000).

A população idosa aumenta sensivelmente, apresentando, assim, um desafio à competência dos profissionais quanto ao entendimento de seus problemas específicos (Costa *et al.*, 2000). A chamada terceira idade apresenta problemas peculiares, seu atendimento representa um aumento de cuidados já previstos e dispensados a outros grupos etários, assim como estratégias a serem utilizadas para avaliar as questões características dessa fase.

A velhice é frequentemente descrita como um período caracterizado por uma diminuição das reservas, em virtude das múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente, no decorrer de um curto período de tempo. Eventos negativos não-normativos e graduados por idade, como morte do cônjuge e de amigos, declínio da saúde e da funcionalidade física, perda de *status* social e prestígio e às vezes, insegurança econômica, além da proximidade crescente da morte, tornam-se predominantes na velhice avançada. De fato, alguns eventos raros ou não-normativos nas fases anteriores (por exemplo, doenças) tornam-se relativamente normativos na velhice.

Consideradas em conjunto, essas perspectivas de risco e desafios sugerem que é necessário um aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o

funcionamento adaptativo possa se manter (Schaie & Hofer, 2001).

A resiliência é comumente definida como a capacidade de o indivíduo, ou da família enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las. Assim, por resiliência entende-se o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo esta vivenciando experiências desfavoráveis (Pinheiro, 2004).

De acordo com Melillo, Suárez-Ojeda e Rodríguez (2004), o conceito de resiliência nasceu e desenvolveu-se no Hemisfério Norte (Michael Rutter, na Inglaterra, e Emmy Werner, nos Estados Unidos), logo se estendendo a toda a Europa, especialmente na França, Países Baixos, Alemanha e Espanha. Mais tarde, chegou à América Latina, onde foram estabelecidos importantes grupos de investigação e numerosos projetos específicos. Segundo esses autores existiriam três bases teóricas de estudos a respeito: a norte-americana, essencialmente pragmática e centrada no individual; a européia, com maiores enfoques psicanalíticos e uma perspectiva ética; e a latino-americana, de enfoque comunitário, voltada para o social como resposta lógica aos problemas vivenciados naquela sociedade, tais como violência, marginalidade, vulnerabilidade, etc.

A resiliência possui várias definições, revelando que o conceito encontra-se em fase de construção e debate. Originariamente, o termo resiliência vem da física e refere-se à “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica” (Ferreira, 1975, p. 1223). A metáfora mais evocada é a de um elástico que, após uma tensão inicial, volta ao mesmo estado. Porém, concernente ao ser humano, a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas a superação (ou adaptação, como querem alguns autores) diante de uma dificuldade considerada como um risco e a possibilidade de construção de novos caminhos

de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas. Dessa forma, diz-se de uma capacidade (singular e também socialmente adquirida) de sair-se bem frente a fatores potencialmente estressores (Vanistendael, 1999; Lindström, 2001).

É relevante ressaltar que o tema resiliência, no Brasil, ainda é recente. Em uma Revisão Literária realizada por Souza e Cerveny (2006), constatou-se que os primeiros trabalhos no país relacionados à resiliência surgiram entre 96 e 98, com estudos sobre crianças expostas a situação de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial (Hutz, 1996; Hutz, Koller, & Bandeira, 1996), redes de apoio social e afetivo de criança em situação de risco (Hoppe, 1998) e na área ocupacional associando a resiliência ao perfil do executivo (Giuliani, 1997). Na verdade, as pesquisas sobre resiliência como tema central ou associada a outros aspectos tiveram seu desenvolvimento maior nos últimos cinco anos (Souza & Cerveny, 2006).

Diante de perdas, o *self* apresenta resiliência ou capacidade de reserva, isto é, o potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal e a presença de recursos latentes podem ser ativados frente aos desafios e exigências (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995). É proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantenham um senso positivo de bem-estar (Smith *et al.*, 2002). Perdas na funcionalidade não são, necessariamente, um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, e, como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas (Neri, 2001).

Constata-se, pois, que o mundo está envelhecendo. Com o processo de envelhecimento, torna-se necessário o aumento na capacidade de resiliência na velhice para

manter o comportamento adaptativo. Isso porque aumenta a probabilidade de ocorrer mais eventos desagradáveis na velhice relacionados à saúde física e ao bem-estar e relacionados à vida de ente queridos. Isto não significa que os fatores protetores não funcionem na velhice. Entretanto, numa velhice avançada, as chances de experienciar vários eventos ao mesmo tempo são bem maiores do que quando jovem (Pinheiro, 2004).

Assim, estudar a resiliência da terceira idade é relevante, não apenas porque profissionais dedicados à gerontologia têm explorado pouco este tema, mas, principalmente, porque é um aporte inovador que abre as portas a uma área de grande futuro na investigação e na aplicação prática na melhoria da qualidade de vida dos adultos maiores.

Portanto, este artigo apresenta como objetivo estudar a resiliência nos idosos e sua relação com as variáveis sócio-demográficas: gênero, idade, escolaridade e renda. Além disso, associam-se os escores obtidos através da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) com outros dois instrumentos: Percepção Subjetiva de Queixas de Memória (Bertolucci,2000) e Mini Exame do Estado Mental.(Folstei, Folstein & Mc Hugh, 1975)

Método

O enfoque metodológico a ser utilizado neste estudo aborda uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal. Este é um subprojeto de um projeto maior denominado: de “Idosos de Porto Alegre”. Este estudo teve como objetivo principal avaliar aspectos bio-psico-sociais de uma amostra de idosos de ambos os sexos residentes na cidade de Porto Alegre, através de uma equipe interdisciplinar/ transdisciplinar.

A amostra foi constituída por 86 idosos, sendo 67 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com idade variando entre 60 e 90 anos. Os critérios de inclusão da amostra foram: ter entre 60 e 95 anos, ser residente da Região Metropolitana de Porto Alegre e participante do projeto de Idosos de POA. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) recomenda que seja utilizada a idade a partir dos 60 anos para considerar a fase da velhice em países em desenvolvimento como o Brasil. Esta é uma idade que pode ser atingida por parte significativa da população.

Nesse sentido, foram utilizados os seguintes instrumentos nesta investigação: questionário com dados sócio demográficos, Escala de Resiliência, Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), Percepção Subjetiva de Queixa de Memória (MAC-Q do idoso). A escolha destes instrumentos está relacionada ao fato de serem objetivos, precisos, concisos, de fácil utilização e, conseqüentemente de fácil avaliação apresentando desta forma, bons resultados de validade e consistência na avaliação dos aspectos que fazem parte do estudo.

No Brasil, a Escala de Resiliência foi adaptada recentemente por Renata Pesce, Simone Assis, Joviana Avanci, Nilton Santos, Juaci Malaquias e Raquel Carvalhaes (2005). O estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com uma amostra de 997 alunos com idades entre 12 e 19, de ambos os sexos e matriculados em escolas públicas do município de São Gonzalo (RJ). Deste total, 485 eram alunos de 7^a e 8^a séries do ensino fundamental e 512, de 1^o e 2^o do ensino médio. Para a etapa de teste-reteste uma amostra não probabilística reduzida de 203 alunos da amostra total ($n=997$) respondeu ao instrumento. A adaptação realizou-se com base nos seguintes critérios para a aceitação de equivalência entre instrumentos: conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração (consistência interna expressa pelo *alpha* de Cronbach, coeficiente de correlação intraclasse para variáveis contínuas e estatística *kappa* ponderado para variáveis

de escala ordinal); além da validade de conteúdo, de construto, análise fatorial e equivalência funcional (Pesce *et al.*, 2005).

Em 1992, Crook, Feher e Larrabee propuseram o Questionário de Medida de Queixa Subjetiva de Memória como um instrumento auto-administrado, este instrumento foi validado por Bertolucci (2000) em 1994. Ele é constituído por seis perguntas que visam a avaliar queixas de memória relacionadas a cinco situações do cotidiano – por exemplo: lembrar números de telefones ou códigos que você usa diária ou semanalmente –, com uma pergunta direcionada ao desempenho mnêmico global. É solicitado que seja feita uma comparação entre o desempenho mnêmico atual e aquele vivenciado aos 40 anos de idade. As respostas variam de “muito pior agora” a “muito melhor agora”, com cinco diferentes possibilidades de respostas. Uma pontuação igual ou superior a 25 pontos é considerada como indicativa de disfunção subjetiva de memória.

No Brasil, o MMSE foi traduzido por Bertolucci *et al.* (1994), os quais observaram que o escore total do MMSE dependia do nível educacional dos 530 indivíduos avaliados na triagem médica de um hospital-escola de São Paulo. Eles propuseram a utilização de pontos de cortes diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de "declínio cognitivo". O MMSE, desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), é composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados pela própria pesquisadora, individualmente em cada idoso, em um Ambulatório, em sala apropriada, ou em sua

residência, quando impossibilitados de ir até o Ambulatório. Inicialmente foi preenchida a Ficha Sócio-Demográfica e o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE). Os participantes que preencheram os critérios de inclusão e não apresentaram prejuízo cognitivo, foram submetidos ao teste de Percepção Subjetiva de Queixa de Memória e Escala de Resiliência.

Inicialmente, os dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas através de contagens e percentuais. A comparação do escore de resiliência foi realizada com teste *t-Student* no caso de dois grupos. Para comparar médias de três ou mais grupos foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$.

Todos os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos foram cumpridos, atendendo à Resolução nº 196/10/1996, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos das pesquisas e ao Estado.

Resultados

Os resultados das variáveis sócio-demográficas permitiram identificar que, dos 86 idosos entrevistados, 67 (77,9%) eram do sexo feminino e 19 (22,1%), do masculino. As idades variaram de 60 a 90 anos, sendo que a média de idade ficou em 70,4 com um desvio padrão de 6,96.

O estado civil predominante foi dos casados: 52 idosos; 11 eram solteiros, 22 eram viúvos e apenas um separado. Em relação à origem, a brasileira foi maioria (48) seguida da italiana (22). Em termos de escolaridade, o estudo revelou um dado importante: mais de 70% possuíam menos de oito anos de estudo; e somente 23,3%, mais de oito anos de escolaridade. Dos idosos, 96,5% relataram escrever com a mão direita e todos sabiam ler.

Quanto ao fator familiar relacionado a quais pessoas moravam com o idoso, 35 (40,7%) deles residiam com o cônjuge e filho; 18 (20,9%), somente com o cônjuge; 13 (15,1%), com outros parentes (sobrinhos, netos, irmãos); 12 (14,0%), moravam sozinhos; e 8 (9,3%), com filhos. A maioria dos idosos relatou possuir residência própria (89,5%), sendo 58 (67,4%) residentes há mais de 20 anos na mesma moradia.

Quando solicitados a avaliar a saúde, 46 (53,5%) idosos responderam “regular”; 38, (44,2%), “boa”; e 2 (2,3%) avaliaram-na como “ruim”. Quando questionados se, de um mês para cá, haviam deixado de realizar alguma atividade, por motivos de saúde, 51 (59,3%) responderam que “não” e 35 (40,7%) responderam que “sim”. A maioria dos entrevistados (59,3%) possuía 2 a 3 hospitalizações prévias, no último ano de vida.

No item hábito de fumar, foi observado que 65 (75,6%) nunca fumaram e a minoria, 21 (24,4%) pessoas, eram fumantes. Já quanto à bebida alcoólica, 66 (76,7%) não bebiam e 20 (23,3%) afirmaram beber regularmente.

Em relação à preferência por alguma atividade em seus momentos de lazer, a maior preferência por parte das mulheres idosas foram atividades manuais, igreja e novela. Já os homens idosos preferiram caminhada, leitura, igreja e novela sendo que as duas primeiras foram as atividades em que eles se destacaram em relação às mulheres.

No que diz respeito à última renda mensal, os dados ficaram assim distribuídos: 46 (53,5%) recebiam de um a dois salários mínimos; 27 (31,4%), três a quatro salários mínimos; sete (8,1%), cinco a seis salários mínimos; e seis (7%), sete ou mais salários mínimos. Mais da metade, 65 pessoas (75,6%), relatou que a principal origem de renda era a aposentadoria. A principal despesa que os idosos relataram ter era com a habitação, 39 pessoas (45,3%).

Em relação à escala de resiliência, observou-se que a pontuação mínima, na escala

normatizada de 0 a 100, foi 55,33; e a máxima, 96,67. Ao investigar a resiliência dos idosos, foi obtida a média de 84,9 com desvio padrão de 7,2. Cabe lembrar que os escores mais altos indicam nível de resiliência maior.

Quanto à variável idade, 47 idosos pertenciam à faixa etária dos 60 anos aos 69 e apresentaram um escore médio de resiliência de 85,4 com desvio padrão de 6,17; 27 idosos possuíam idade entre 70 a 79, apresentando um escore médio de resiliência 84,3 com desvio padrão de 8,32; e 12 idosos pertenciam à faixa etária dos 80 anos ou mais, apresentando um escore médio de 85,1 com desvio padrão 8,27.

A pontuação máxima na escala de resiliência dos idosos entre 60 e 69 foi de 96,0; e a mínima, de 67,3; nos idosos pertencentes à faixa etária dos 70 a 79, a pontuação máxima foi de 96,67 e a mínima de 55,33; já nos idosos com 80 anos ou mais, a pontuação máxima atingiu 94,67 e a mínima 65,33. Através dos resultados, observou-se que em idosos não houve alteração importante no valor da resiliência segundo a idade.

A correlação entre resiliência e sexo mostrou que a resiliência nos idosos não esteve relacionada significativamente ao sexo. Constatou-se que 67 idosos do sexo feminino apresentaram média de resiliência de 85,2 com um desvio padrão de 7,52, enquanto os do sexo masculino apresentaram uma média de 84,2 com desvio padrão igual a 5,7.

Tabela 1
Comparação entre as variáveis sócio-demográficas e a escala de resiliência

“Inserir tabela 1 aqui”

Nota. * Valor obtido pela Análise de Variância (ANOVA) *one-way*. ** Valor obtido pelo teste t-Student.

Segundo a tabela 1, 66 idosos possuíam escolaridade até o fundamental, sendo a

média de resiliência deles de 85,2 com desvio padrão de 6,73; e 20 idosos possuíam segundo grau ou superior, a média de resiliência deste grupo foi de 84,3 com desvio padrão de 8,5.

No que tange à renda econômica mensal dos idosos e sua relação com a escala de resiliência, os seguintes dados foram obtidos: dos 73 idosos que ganhavam de 1 a 4 salários mínimos, a média de resiliência foi de 85,0 (DP= 7,52); e dos 13 idosos que ganhavam 5 ou mais salários mínimos, a média foi 85,1(DP=4,64) (tabela 1).

Correlacionando o resultado obtido na Escala de Resiliência com resultados na Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, constatou-se que um número menos elevado de queixas de problemas de memória correspondeu a altos índices de resiliência, à medida que houve uma correlação inversa ($r=-0,270$; $p=0,012$).

Os resultados evidenciaram uma correlação direta entre a Escala de Resiliência e o desempenho no MEEM. Assim, aqueles idosos que apresentaram melhor desempenho no MEEM mostraram-se mais resilientes. ($r=0,281$; $p=0,009$).

Discussão

No presente estudo, os idosos pesquisados eram, na maioria, do sexo feminino, o que comprova o fenômeno de feminização do processo do envelhecimento. De acordo com Netto (2002), nas sociedades pacíficas, a quantidade de homens e mulheres seria quase igual até os 45 anos. A partir daí, os homens morreriam em um ritmo mais rápido, de modo que, aos 70 anos, haverá aproximadamente seis mulheres para cada cinco homens e, aos 80 anos, essa razão será 4:1.

Segundo dados do IBGE (2003), em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da

população de idosos, passando para 55,1% em 2000. Isto significa que para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos, relação que, em 1991, era de 100 para 85,2. Elas vivem, em média, oito anos a mais do que os homens.

Há muitas razões para a morte precoce dos homens. Uma concepção popular atribui essa morte à vida fisicamente mais cansativa que os homens tradicionalmente levam. Mas uma complexa interação de fatores físicos, ambientais e diferenças no comportamento social também podem desempenhar um papel chave (Lang, Arnold & Kupfer, 1994). Entretanto, há outras visões mais otimistas em relação à condição atual das mulheres idosas. Debert (1999), por exemplo, acredita que, para as idosas, tanto a velhice quanto a viuvez podem representar uma certa independência ou mesmo uma forma de realização.

Outro aspecto que chama a atenção foi a baixa escolaridade encontrada nos idosos participantes desta pesquisa. Esse dado também está presente no estudo realizado pelo IBGE (2003), o qual relata que, nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média dessa população é um reflexo desse acesso desigual. Mas esse fenômeno vem mudando nos últimos anos. A proporção de idosos alfabetizados passou de 55,8%, em 1991, para 64,8%, em 2000, representando um crescimento de 16,1% no período.

A maioria dos idosos entrevistados possuía duas a três hospitalizações prévias no último ano. Este fato também foi observado no estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) sobre as condições de saúde e a capacidade funcional da população idosa brasileira. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNDA) de 1998, 69% dos participantes relataram ter pelo menos uma doença crônica (sendo esta proporção maior entre as mulheres). Por outro lado, a presença destas doenças, a prevalência de

incapacidade funcional e a ocorrência de internações aumentaram com a idade.

A maior preferência dos idosos em seus momentos de lazer recaiu em assistir programas de televisão (novela), seguidos de atividades religiosas e manuais. Este fato talvez se deva à falta de espaços de lazer específicos para essa população. Mazo, Lopes e Benedetti (2001) chamam a atenção dos órgãos governamentais para o estabelecimento de áreas físicas e atividades de lazer direcionadas aos idosos, em cumprimento à Política Nacional do Idoso. Também são relevantes as questões de acessibilidade: presença de rampas, corrimões, piso antiderrapante e outras, nessas áreas físicas.

Em relação à renda do idoso, verificou-se que a maioria são aposentados e que mais da metade possuía uma renda mensal de um a dois salários mínimos. Mesmo considerando que são muito baixos os valores das aposentadorias e pensões dos idosos brasileiros, estas muitas vezes constituem a principal fonte de renda, também a única fonte de renda de toda a família sob responsabilidade do idoso.

Quanto à população brasileira, no que se refere ao fator econômico, desenvolveu-se um estudo (Barreto *et al.*, 2003) sobre a influência da situação socioeconômica na saúde dos idosos, que também se mostrou controverso. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 para examinar essa influência em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com mais de 65 anos de idade. Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas).

Tais resultados não confirmaram observações realizadas em alguns países

desenvolvidos quanto à ausência de associação entre o nível socioeconômico e a saúde do idoso. Ao contrário, os resultados desse estudo mostraram que mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar seriam suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Quanto à resiliência dos idosos, observou-se que a média obtida através da Escala de Resiliência foi alta (84,9), isto mostra que os idosos aqui pesquisados conseguiram superar as adversidades que surgiram em suas vidas até o momento, pois a resiliência é uma maneira de sobreviver relacionada à integridade, adaptabilidade e tenacidade.

Este estudo mostrou que a correlação entre resiliência e idade não foi significativa. Em contrapartida, Lundman (2007) realizou um estudo no qual o objetivo era investigar resiliência e sua relação com a idade e gênero, ele também utilizou a escala de resiliência. A análise foi baseada em 1719 participantes suecos com idade entre 19 e 103 anos. Os resultados apontaram que a resiliência esteve relacionada com idade, sendo que os mais velhos apresentaram altos índices de resiliência.

No que se refere ao gênero e sua relação com a resiliência, observou-se que as mulheres apresentaram uma média um pouco maior na escala comparada com os homens, mas não foi uma diferença importante, o que foi corroborado com o estudo de Lundman (2007), citado anteriormente. Esse autor realizou seu estudo com 1719 participantes, sendo 1248 mulheres e 471 homens, e constatou também que não houve relação entre gênero e resiliência.

A variável escolaridade, quando associada à escala de resiliência, não apresentou resultados importantes. Talvez isso tenha ocorrido em função de apenas 23,2 dos idosos possuírem escolaridade maior; o que representa dizer que ser resiliente independe de possuir ensino superior ou somente o ensino fundamental.

Em relação à renda econômica mensal dos idosos e sua relação com a resiliência, a média obtida através da Escala de Resiliência entre aqueles idosos que ganhavam de um a cinco salários mínimos e os que ganhavam cinco ou mais oscilou entre 84,95 e 84,46, sendo praticamente a mesma. Através deste resultado, percebe-se que a resiliência pode ser uma característica dos idosos pertencentes tanto à classe econômica social mais baixa quanto àquela mais alta. Não há muitos estudos relacionando resiliência e classe econômica, mas já existem estudos investigando esta relação.

Segundo pesquisa de Valdes *et al.* (2007), a classe social determinaria o ritmo de envelhecimento, fator que se sobrepõe a outros, como saúde, dieta e maus hábitos. Após analisar os casos de mais de 1.500 mulheres gêmeas, os cientistas chegaram à conclusão de que existiu uma relação entre a classe social e o nível de deterioração celular no corpo. O estresse poderia ser a chave para explicar a aceleração do envelhecimento. As pessoas de classes sociais mais baixas tiveram maior probabilidade de se sentir pouco seguras, principalmente no trabalho, de ter auto-estima baixa e de sentir que não controlavam a própria vida. Aspectos que causariam estresse que danificaria as células e aceleraria o ritmo de envelhecimento.

Na correlação entre Escala de Resiliência e Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, foi encontrada associação significativa e inversa. À medida que o número de queixas de problemas de memória era menos elevado, mais altos eram os índices obtidos na Escala de Resiliência.

O estudo apontou, também, uma correlação direta e significativa entre a Escala de Resiliência e o Mini Exame do Estado Mental. Assim, quanto mais altos os escores de resiliência, maior foi o desempenho cognitivo (orientação para tempo e espaço, memória, linguagem, etc) entre os idosos.

Portanto, a partir dos dados apresentados, percebe-se, entre outros aspectos, que a resiliência independe de algumas variáveis, isto leva a pensar que a resiliência não depende de traços e disposições pessoais apriorísticos, nem se manifesta apenas a partir da superação de fatores de risco predeterminados (Dell’Aglío, Koller & Yunes, 2006). Masten (2001) argumentou que resiliência seria um processo normativo da adaptação, presente na espécie humana e aplicável ao desenvolvimento em ambientes favoráveis ou adversos. Dessa forma, pertence a todos os seres vivos essa “capacidade” para o desenvolvimento saudável e positivo.

Considerações Finais

O estudo realizado propôs-se a estudar a resiliência em idosos e sua relação com algumas variáveis sócio-demográficas como gênero, idade, escolaridade e renda. Dispôs-se também a avaliar a relação entre resiliência e desempenho cognitivo.

Por não haver um ponto de corte na Escala de Resiliência, o seu escore foi normatizado de 0 a 100. Através desta normatização, observou-se uma média alta de resiliência nesta população de idosos.

O estudo revelou que a resiliência não foi associada às variáveis sócio-demográficas gênero, idade, escolaridade e renda.

Correlacionando o resultado obtido na Escala de Resiliência com resultados obtidos na Percepção Subjetiva de Queixas de Memória, constatou-se que um número mais elevado de queixas de problemas de memória correspondeu a baixos índices de resiliência, à medida que houve uma correlação inversa e significativa entre estes resultados.

Sendo assim, houve uma correlação direta e significativa entre a Escala de

Resiliência e o Mini-Exame do Estado Mental, isto é, quanto mais resiliente o idoso se apresentou, melhor encontrou-se a sua memória.

A limitação deste estudo foi o fato de este ser transversal, representando um recorte da amostra estudada e também acabou-se não sabendo qual fator foi determinante para a ocorrência do outro: se houve um melhor desempenho cognitivo devido a alta resiliência que o idoso possuía ou vice-versa.

Apesar da ampla discussão em outros países, no Brasil o termo resiliência ainda não foi bem incorporado pelo meio acadêmico, visto o pequeno número de publicações sobre o tema. Nesse sentido, é de suma importância que outros trabalhos possam ser desenvolvidos nesta área.

É importante salientar a necessidade de implantações de programas que visem a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos, proporcionando assim, uma melhoria na auto-estima e, conseqüentemente na qualidade de vida do idoso. Tais programas, devem apresentar caráter multidisciplinar e devem fundamentar-se na implantação de alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações.

Diante do exposto, espera-se que este estudo possa ter reunido informações que contribuam para ampliar os atuais níveis de conhecimento na área sobre resiliência no envelhecimento humano, e que os resultados possam servir como referencial para futuras pesquisas, auxiliando, desta forma, os profissionais da saúde e a população, de um modo geral, no que se refere aos cuidados com idosos.

Referências

- Barreto, S., Giatti, L., Lima-Costa, M.F., & Uchoa, E. (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: Um estudo na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 3.
- Bertolucci, P.H.F.; Brucki, S.M.D.; Campacci, S.R. & Juliano, Y. _ O Mini-exame do Estado Mental em uma População Geral: Impacto da Escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 52: 1-7, 1994.
- Costa, M.F.F.L., Guerra, H.L., Barreto, S.M., & Guimarães, R.M. (2000). Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas. *Informe Epidemiológico do SUS 2000*; 9(1) : 23-41.
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EdUSP/FAPESP.
- Dell'Aglio, D.D., Koller, S.H., & Yunes, M.A. (2006). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A.B.H. (1975). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & Mc Hugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Giuliani, P.C. (1997). *Um estudo analítico sobre a evolução do perfil do executivo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível: www.capes.gov.br.
- Hoppe, M.M.W. (1998). *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Hutz, C.S., & Koller, S.H. (1996). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2 (1), 175-197.
- Hutz, C.S., Koller, S.H., & Bandeira, D.R. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Coletâneas da ANPEPP*, 1 (12), 79-86.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002: Microdados*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Lang, E., Arnold, K., & Kupfer, P. (1994). Women live longer biological, medical and sociologic causes. *Zeitschrift fuer gerontologic*, 27, 10-15.

- Lima-Costa, M.F., Barreto, S.M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 735-743. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006&lng=en&nrm=iso
- Lindström, B. (2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2, 133-137.
- Lundman, B. (2007). Psychometric properties of the swedish version of the resilience scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21 (2), 229-237.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Mazo, G.Z., Lopoés, M.A., & Benedetti, T.B. (2001). *Atividade física e o idoso*. Porto Alegre: Sulina.
- Melillo, A., Suárez-Ojeda, E. N., & Rodríguez, D. (Org.). (2004). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Neri, A.L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). Campinas, SP: Papyrus.
- Netto, M.P. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In EV Freitas et al. (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2-12). Guanabara Koogan, RJ.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (1984). *Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: Informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento*. Genebra: OMS, Série de Informes Técnicos, 706.
- Pesce, R., Assis, S.G., Avanci, J., Malaquias, J., & Oliveira, R.V.C. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência (Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity of the Resilience Scale). *Cadernos de Saúde Pública (On-line)*, 21 (2), 436-448. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200010&lng=en&nrm=iso.

Pinheiro, D.P.N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75

Schaie, K.W., & Hofer S.M. (2001). Longitudinal studies in research on aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. (pp. 53-77). San Diego, CA: Academic Press.

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

Souza, M.T.S. ; & Cervený, C.M.O. (2006). Resiliência psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (1), 115-122.

Staudinger, U.M., Marsiske, M., & Baltes, P.B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In A. L. Neri (Org.). *Psicologia do Envelhecimento: temas relacionados na perspectiva de curso de vida*, (pp.195-228). Campinas: Papirus.

Valdes, A.M., Loughlin, J., VanOene, M., Chapman, K., Surdulescu, G.L., Doherty, M., Spector, T.D. (2007). Sex and ethnic differences in the association of ASPN, CALM1, COL2A1, COMP and FRZB with genetic susceptibility to osteoarthritis of the knee. *Arthritis & Rheumatism*, 56 (1), 137-146

Vanistendael, S. (1999). Prévenir le trauma d'une agression sexuelle: Un éclairage à partir de la résilience. In M.-P. Poilpot (Org.). *Souffrir et se construire* (pp. 107-123).

Ramonville: Éditions Érès.

Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.

Anexo.

Tabela 1
Comparação entre as variáveis sócio-demográficas e a escala de resiliência

| Variáveis | Escala de Resiliência padronizada (0-100) | | |
|----------------------------|---|-------------|---------|
| | n | Média ± DP | p |
| Faixa etária (anos) | | | |
| 60 - 69 | 47 | 85,4 ± 6,17 | 0,796* |
| 70 - 79 | 27 | 84,3 ± 8,32 | |
| ≥ 80 | 12 | 85,1 ± 8,27 | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 19 | 84,2 ± 5,70 | 0,593** |
| Feminino | 67 | 85,2 ± 7,52 | |
| Escolaridade (anos) | | | |
| ≤ 8 | 66 | 85,2 ± 6,73 | 0,624** |
| > 8 | 20 | 84,3 ± 8,48 | |
| Última renda mensal (s.m.) | | | |
| 1-4 | 73 | 85,0 ± 7,52 | 0,954** |
| ≥ 5 | 13 | 85,1 ± 4,64 | |

Nota. * Valor obtido pela Análise de Variância (ANOVA) *one-way*. ** Valor obtido pelo teste t-Student.

ANEXO B – Cartas: Autorização para Publicação e
Recebimento do Artigo

À Comissão Editorial da Revista Estudos de Psicologia

Título do artigo: “A Resiliência em Idosos e sua relação com as Variáveis Sócio demográficas: Gênero, Idade, Escolaridade e Renda”

Nome(s) do(s) autor(es): Tatiane Favarin Rech, Mirna Wetters Portuguez, Irani Iracema de Lima Argimon

O(s) autor(es) do presente trabalho se compromete(m) a cumprir as seguintes normas:

- Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;
- Certifico que o original é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela revista Estudos de Psicologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

Tatiane Favarin Rech

Mirna Wetters Portuguez

Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre 25/10/2007

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo verificar a resiliência em idosos e sua relação com as variáveis demográficas: gênero, idade, escolaridade e renda. A Resiliência refere-se a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las. Tal estudo prevê a participação de idosos com idade acima de 60 anos, do sexo masculino e feminino. Para tanto, é necessário que você responda a uma Ficha de Dados Sócio-demográficos, em que constam algumas questões sobre a sua pessoa. Também gostaríamos que você respondesse a questões de três instrumentos para a avaliação de doenças psiquiátricas, orientação, memória, linguagem, e a forma como você lida com as dificuldades que enfrenta. Essa atividade levará aproximadamente 60 minutos, sob a coordenação do professor responsável pelo estudo. Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique qualquer prejuízo a sua pessoa.

Eu, _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do inconveniente previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 3492-70-28, da Mestranda Tatiane Favarin Rech e (51) 33205134, da Professora e Doutora Mirna Portuguese, orientadora desta pesquisa. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS é (51) 33203000. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Local e data

Mestranda Tatiane Favarin Rech
Matrícula: 061903795
CRP 07/11550

Profa. Mirna Portuguese
Matrícula: 081046
CRP 07/1557

ANEXO D – Ficha de Datos Sócio-Demográficos

FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Entrevistado: _____

Data: ____/____/____

Local: _____

Nome _____

Endereço: _____

CEP: _____

Fone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Residência: _____

A. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

B. Estado Civil: 1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Separado 5. Outro _____

C. Origem: 1. Alemã 2. Italiana 3. Espanhola 4. Portuguesa 5. Israelita 6. Mista
7. Outra _____

D. Sabe ler ? 1. Não 2. Sim

E. Sabe escrever ? 1. Não 2. Sim

F. Com que mão escreve ? 1. Direita 2. Esquerda

G. Escolaridade: 1. Nenhuma 2. Primário 3. Ginásio Incompleto 4. Ginásio 5. Clássico
6. Técnico 7. Outra _____ Quantos anos de escolaridade: _____

H. Profissão: _____

I. Ocupação Atual: 1. Trabalhando 2. Em benefício 3. Aposentado 4. Nunca trabalhou

J. Sua renda provém de: 1. Pensão 2. Salário 3. Ajuda de terceiros 4. Outro _____

K. Recebe ajuda financeira ? 1. Não 2. Sim De quem: _____

L. Tem lazer ? 1. Não 2. Sim

Qual? 1. Leitura 2. Música 3. Palavras cruzadas 4. Bingo 5. Novelas 6. Futebol
7. Bocha 8. Cartas 9. Cinema 10. Damas 11. Atividades Manuais 12. Praia 13.

Serra

14. Caminhada 15. Baile 16. Atividades na Igreja

M. Mora com alguém ? 1. Esposo(a) 2. Filho(a) 3. Parente 4. Amigo(a) 5. Instituição
6. Sozinho(a) 7. Pais 8. Outra situação domiciliar

N. Onde vive tem acesso a: 1. Telefone 2. Rádio 3. TV 4. Jornais/revistas/livros
5. Nenhum

O. Sua residência é: 1. Própria 2. Alugada 3. Instituição 4. De familiar

P. Desde quando vive em seu domicílio atual ? 1. Menos de 5 anos 2. Entre 5 e 10 anos
3. Mais de 10 anos.

Q. Quais são seus maiores motivos de preocupação atualmente? _____

R. Já perdeu algum familiar próximo ? 1. Não 2. Sim Quem: _____

S. Há quanto tempo ? 1. Menos de 1 ano 2. Entre 2 e 3 anos 3. Mais de 3 anos

T. Como está sua saúde ? 1. Boa 2. Regular 3. Ruim

U. Utiliza alguma medicação ? 1. Não 2. Sim Qual(is) ?

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

V. Para que servem ? 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

W. Tem feito exames de rotina com seu médico ? 1. Não 2. Sim

Qual(is)? _____

X. De um mês para cá, você tem deixado de realizar alguma atividade por motivos de saúde?

1. Não 2. Sim Qual(is)? _____

Y. Houve alguma hospitalização prévia ? 1. Não 2. Sim Motivo: _____

Quantas ? 1. Até 3 hospitalizações 2. Mais de 3 hospitalizações

Z1. É fumante ? 1. Não 1.1 Nunca fumou 1.2 Parou há mais de 1 ano

2. Sim 2.1 Nunca fumou 2.2 Cigarros/dia

Z2. Costuma beber ? 1. Não 1.1 Nunca bebeu 1.2 Parou há mais de 1 ano

2. Sim 2.1 ml/dia _____

Z3. RENDA

1. Qual a sua última renda mensal? R\$ [__ __, 00]

(a) 1 salário mínimo

(b) um salário. 2 salários mínimos

(c) dois salários. 3 salários mínimos

(d) 3 salários. 4 salários mínimos

(e) 4 salários. 5 salários mínimos

2. Qual a sua última renda mensal? R\$ [__ __, 00]

(a) 5 salários. 6 salários mínimos

(b) 6 salários. 7 salários mínimos

(c) 7 salários. 8 salários mínimos

(d) 8 salários. 9 salários mínimos

(e) 9 salários mínimos ou mais.

3. Qual a sua última renda mensal? R\$ [__ __, 00]

(a) não tem renda própria

(b) não sabe

(c) não respondeu

4. Qual a origem da sua renda? (ESCOLHA MÚLTIPLA)

(a) aposentadoria

- (b) salários
- (c) aluguel
- (d) poupança
- (e) pensão

5. Qual a origem da sua renda? (ESCOLHA MÚLTIPLA)

- (a) serviços eventuais
- (b) serviços permanentes
- (c) abono permanência
- (d) outros
- (e) não se aplica/não sabe

6. Qual sua principal fonte de renda?

- (a) aposentadoria
- (b) salário
- (c) aluguel
- (d) poupança
- (e) pensão

7. Qual sua principal fonte de renda?

- (a) serviços eventuais
- (b) abono permanência
- (c) aposentadoria e pensão
- (d) outros
- (e) não se aplica

8. Qual sua principal fonte de renda?

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

9. Da sua renda, qual a sua principal despesa.

- (a) saúde
- (b) habitação.
- (c) ajuda familiar.
- (d) remédios.
- (e) vestuário.

- 10.** Da sua renda, qual a sua principal despesa.
- (a) outros.
 - (b) não se aplica.
 - (c) não sabe.
 - (d) não respondeu.
- 11.** Qual a renda mensal de sua família? R\$ [__ __, 00]
- (a) 1 salário mínimo
 - (b) 1 salário 2 salários mínimos
 - (c) 2 salários 3 salários mínimos
 - (d) 3 salários 4 salários mínimos
 - (e) 4 salários 5 salários mínimos
- 12.** Qual a renda mensal de sua família? R\$ [__ __, 00]
- (a) 5 salários 6 salários mínimos
 - (b) 6 salários 7 salários mínimos
 - (c) 7 salários 8 salários mínimos
 - (d) 8 salários 9 salários mínimos
 - (e) 9 salários mínimos ou mais.
- 13.** Qual a renda mensal de sua família? R\$ [__ __, 00]
- (a) não tem renda própria.
 - (b) não sabe.
 - (c) não respondeu
 - (d) não se aplica.
- 14.** Quantas pessoas vivem desta renda? [_ _ _]
- (a) 1 pessoa (idoso só).
 - (b) 2 pessoas.
 - (c) 3 pessoas.
 - (d) 4 pessoas.
 - (e) 5 pessoas.
- 15.** Quantas pessoas vivem desta renda? [_ _]

- (a) seis pessoas
- (b) (7 ou mais)
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

ANEXO E – Escala de Resiliência

ESCALA DE RESILIÊNCIA

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

| | Discordo | | | Nem concordo nem discordo | Concordo | | |
|---|-----------------|-------|-------|------------------------------------|----------|-------|-----------------|
| | Total- mente | Muito | Pouco | | Muito | Pouco | Total- mente |
| 1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Manter interesse nas coisas é importante para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Eu sou amigo de mim mesmo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Eu sou determinado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Eu faço as coisas um dia de cada vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Eu sou disciplinado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Eu mantenho interesse nas coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Eu normalmente posso achar motivo para rir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| em quem as pessoas podem contar. | | | | | | | |
| 19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Minha vida tem sentido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ANEXO F – Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)*

Instruções: “Agora gostaria de perguntar-lhe questões para avaliar a sua memória e concentração. Algumas delas serão fáceis e outras mais difíceis.”

ORIENTAÇÃO:

- 1) Qual o ano / estação / mês / dia / dia da semana? (0-5): _____
2) Onde estamos / estado / cidade / zona da cidade / endereço? (0-5): _____

MEMÓRIA IMEDIATA:

- 3) “Vou lhe dizer o nome de três objetos. Repita. Guarde porque lhe será perguntado.”
CANECA – TAPETE – TIJOLO (0-3): _____

ATENÇÃO E CÁLCULO:

- 4) “Sete seriado.” **100 / 93 / 86 / 79 / 72 / 65** (0-5): _____

MEMÓRIA EVOCAÇÃO:

- 5) Quais os três objetos que pedi para recordar? (0-3): _____

LINGUAGEM:

- 6) Nomeação: **RELÓGIO / CANETA** (0-2): _____
NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (0-1): _____
7) Leia o escrito e faça o que manda: **Feche os olhos.** (0-1): _____
8) Vou dar uma folha de papel: **Pegue com a mão direita; dobre ao meio; coloque no chão.** (0-3): _____
9) Escreva uma **frase** completa. (0-1): _____
10) Copie o **desenho.** (0-1): _____

a. Resultado do MMSE: ()

*Material elaborado para fins de pesquisa.

ANEXO G – Percepção Subjetiva de Queixa da Memória

MAC-Q DO IDOSO (PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE QUEIXA DE MEMÓRIA)

“Comparado com como o Sr.(a) era aos 40 anos, como o Sr.(a) descreveria sua capacidade para realizar as seguintes tarefas que envolvem a memória”.

| | Muito melhor agora (1) | Um pouco melhor agora (2) | Sem mudança (3) | Um pouco pior agora (4) | Muito pior agora (5) |
|---|---------------------------|------------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1. Lembrar o nome de pessoas que acabou de conhecer | | | | | |
| 2. Lembrar o número de telefone que usa pelo menos uma vez por semana | | | | | |
| 3. Lembrar onde colocou objetos (ex. chaves) | | | | | |
| 4. Lembrar notícias de uma revista ou da televisão | | | | | |
| 5. Lembrar coisas que pretendia comprar quando chega ao local | | | | | |
| 6. Em geral, como descreveria sua memória comparada a que tinha aos 40 anos de idade? | (2) | (4) | (6) | (8) | (10) |

Fonte: Crook, Feher & Larrabee (1992)

OBS.: soma-se normalmente os itens 1 até 5, e soma-se o dobro, no item 6.

a () Escore do Questionário Subjetivo de Perda de Memória

b () 1 Sim / 2 Não; Tem MAC > 25 (ou tem MAC positivo para DCAE)

ANEXO H – Aprovação da Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Medicina e Ciências da Saúde



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE

608/06-PG

Porto Alegre, 28 de Agosto de 2006.


À Pós-Graduanda
Tatiane Favarin Rech
N/Faculdade

Prezada Pós-Graduanda:

Informamos que a proposta de dissertação intitulada "Resiliência no idoso e sua relação com a classe econômica social" **foi aprovada** pela comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde.

Informamos que a mesma deve ser encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa através do CIDAPE, 2º andar do HSL. Em anexo, copia da avaliação.

Atenciosamente .


Profa. Dr. Magda Lahorgue Nunes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Medicina e Ciências da Saúde

C/c: Prof. Dr. Antonio Carlos Araujo de Souza

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - P. 60 - 3º andar - CEP 90610-000
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3318 - Fax (51) 3320-3316
E-mail: medicina-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/medicina

ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Ofício 1294/06-CEP

Porto Alegre, 06 de novembro de 2006.

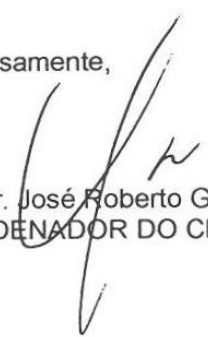
Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/03409, intitulado:
“Resiliência no idoso e sua relação com a classe econômica social”.

Sua investigação está autorizada a partir da
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser
encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Antonio Carlos Araújo de Souza
N/Universidade

ANEXO J – Alteração do Professor Orientador



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ofício 182/07-PG

Porto Alegre, 29 de maio de 2007.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. José Roberto Goldim

Coordenador do CEP- PUCRS

N/Universidade

Senhor Coordenador :

Em resposta ao Ofício 0423/07-CEP informamos que a pesquisa intitulada "Resiliência no idoso e sua relação com a classe econômica social", desenvolvida pela pós-graduanda Tatiane Favarin Rech passou a ser orientada pela Profa. Dr. Mirna Wetters Portuguez a partir de janeiro/2007.

Atenciosamente.

Profa. Dr. Magda Lahorgue Nunes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Medicina e Ciências da Saúde

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - P. 60 - 3º andar - CEP 90610-000
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3318 - Fax (51) 3320-3316
E-mail: medicina-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/medicina