



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

***Coping* resiliente e saúde em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas**

Maria Fernanda Ferreira Lopes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso
Orientador: Prof. Doutora Maria da Graça Proença Esgalhado

Covilhã, outubro de 2015

Agradecimentos

“Há sempre a escolha entre voltar atrás para a segurança ou seguir em frente para o crescimento. O crescimento deve ser escolhido uma, duas, três e infinitas vezes; o medo deve ser superado uma, duas, três e infinitas vezes” (Abraham Maslow).

Com cordialidade,

Agradeço a todos os participantes neste estudo, sem eles indubitavelmente este trabalho não teria sido concretizado.

Agradeço ao corpo docente do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior que me facultou as ferramentas necessárias para todo o processo de ensino-aprendizagem, que partilhou a sua experiência e conhecimentos teórico-práticos, que constituíram a base das competências que me prepararam para esta etapa.

Agradeço à Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pelo apoio incondicional, pela motivação e vontade de quer, mais e melhor, pelos seus preciosos esclarecimentos e incentivos, pela sua disponibilidade, prontidão e encorajamentos, pelo exemplo de profissionalismo, rigor e excelência no trabalho que concretiza. A si o meu bem-haja!

Apresento o meu sincero agradecimento à Professora Doutora Graça Esgalhado, por toda a sua disponibilidade e dedicação empregues nesta dissertação, pelas palavras confortantes, por me desafiar e me ajudar a evoluir, bem-haja.

A toda a minha família no geral, agradeço por acreditarem em mim e por saber que me perdoam todos os momentos que não pude partilhar convosco para chegar aqui.

Em particular agradeço aos meus pais, pilares da minha vida, pelo constante reconhecimento do meu valor e pelos esforços que mobilizaram para ter a oportunidade de atingir esta etapa. Sem vós não teria sido possível.

A ti, minha irmã, um enorme agradecimento por tão cedo teres de perceber as minhas más disposições e a minha ausência, mas que ainda assim me confortas com o teu carinho.

A ti Bruno, por acreditares nas minhas capacidades e me amparares nos momentos de fracasso com os teus raciocínios, tão válidos.

Resumo

A presente dissertação surge como requisito necessário para a obtenção do grau de Mestre (2º ciclo) em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (UBI) e intitula-se por “*Coping* resiliente e saúde em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas”. Decorreu no âmbito de uma investigação alargada sobre “Saúde, Bem-estar e Felicidade ao longo do ciclo de vida PT/BR”.

Esta dissertação encontra-se dividida em três capítulos: no capítulo 1 será apresentada uma breve introdução ao documento; no capítulo 2 irá apresentar-se, em formato de artigo científico, a investigação realizada e, por fim, no capítulo 3 irá proceder-se a uma discussão geral do documento apresentado.

Os principais objetivos desta dissertação são: (1) avaliar e comparar o *coping* resiliente e a saúde de pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas e (2) avaliar o *coping* resiliente como fator preditor da saúde em pessoas idosas.

Os resultados indicam que os idosos não institucionalizados apresentam melhores níveis de *coping* resiliente e saúde relativamente aos idosos institucionalizados e ainda que, *coping* resiliente constitui um fator preditor de uma melhor saúde. Estes resultados sugerem a importância de se trabalhar o *coping* resiliente como estratégia de promoção da saúde na velhice.

Palavras-chave

Coping Resiliente, Institucionalização, Saúde, Idoso

Abstract

The following dissertation comes as a necessary requirement to achieve the Masters Degree in Clinical And Health Psychology in Universidade da Beira Interior (UBI) and has the name “Resilient coping and health in institutionalized and non-institutionalized elder people”. It occurred when a wide investigation about “Health, Well Being and Happiness during the cycle of life PT/BR”.

This dissertation is divided in three chapters: in chapter 1 is present the introduction to the document; in chapter 2 will be presented, in scientific article form, the performed investigation and; chapter 3 contains the social discussion about the presented document.

The main goals of this dissertation are: (1) evaluate and compare the resilient coping and health of institutionalized and non-institutionalized elder people and (2) evaluate the resilient coping as a health predictor factor in elder people.

The results indicate that non-institutionalized elder people present better levels of resilient coping and health rather than the institutionalized elder people and that resilient coping is a predictor factor of a better health. This results suggest that the importance of working the resilient coping as a promotion strategy for health in old age.

Keywords

Resilient Coping, Institutionalization, Health, Elderly.

Índice

Capítulo 1 Introdução.....	1
Capítulo 2 <i>Coping</i> resiliente e saúde em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.....	3
Resumo.....	5
Introdução.....	7
Método.....	11
- Participantes	
- Instrumentos	
- Procedimentos	
Resultados.....	17
Discussão.....	23
Referências Bibliográficas.....	29
Capítulo 3 Discussão Geral.....	37
Referências Bibliográficas.....	41
Anexo I - Anexo Teórico	

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (N=241).....	11
Tabela 2 - Consistência interna das dimensões do SF-36.....	13
Tabela 3 - Resultados para a comparação do <i>coping</i> resiliente e da saúde em idosos institucionalizados e não institucionalizados (N=241).....	17
Tabela 4 - Resultados para a comparação do <i>coping</i> resiliente e da saúde em idosos do género feminino e masculino (N=241).....	19
Tabela 5 - Resultados para a comparação do <i>coping</i> resiliente e das variáveis sociodemográficas de grupo etário, escolaridade e estado civil (N=241)	20
Tabela 6 - Correlação entre dimensões da saúde e <i>coping</i> resiliente.....	20

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
APA	<i>American Psychological Association</i>
EBCR	Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliente
SF-36	<i>Short Form Health Survey</i>
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
N	Número de sujeitos da amostra total
M	Média
DP	Desvio-Padrão
p	Nível de significância
t	Teste t de <i>Student</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

Capítulo 1

Introdução

A presente dissertação surge como requisito necessário para a obtenção do grau de Mestre (2º ciclo) em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior-UBI e intitula-se por “*Coping* resiliente e saúde em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas”. Esta dissertação decorreu no âmbito de uma investigação alargada sobre “Saúde, Bem-estar e Felicidade ao longo do ciclo de vida PT/BR”. Trata-se, de um estudo empírico com uma metodologia quantitativa podendo classificar-se como um estudo não-experimental, descritivo, correlacional e comparativo.

A crescente preocupação pelo bem-estar e saúde na velhice implica a investigação de variáveis como: *coping* resiliente e institucionalização. Por *coping* resiliente entende-se a capacidade que o indivíduo tem para promover uma adaptação positiva perante uma dificuldade.

Esta investigação resulta da carência de estudos sobre *coping* resiliente, institucionalização e saúde no idoso. Neste sentido, objetiva-se a avaliação e comparação do *coping* resiliente e da saúde em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, bem como a avaliação do *coping* resiliente como fator preditor de saúde nesta amostra.

No capítulo 2, é apresentada a investigação realizada: estado da arte sobre a problemática; método, participantes, descrição dos instrumentos, procedimentos e análise de dados; resultados obtidos e, por fim, apresentação da discussão dos resultados obtidos, confrontando os mesmos com os dados disponíveis na literatura. Este capítulo é apresentado no formato de artigo científico.

A seguir, no capítulo 3, procede-se a uma discussão geral de todo o trabalho desenvolvido no âmbito desta dissertação. Com tal, os comentários excedem a investigação realizada e desta forma debruçam-se sobre contributo da mesma para a comunidade científica e para compreensão e promoção da saúde das pessoas idosas.

Capítulo 2

Coping resiliente e saúde em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas

Resumo

Um dos pressupostos do modelo de desenvolvimento ao longo da vida considera que a resiliência tende a aumentar, funcionando como mediador para se atingirem bons padrões de adaptação, associados a uma velhice bem-sucedida. O envelhecimento está a adquirir protagonismo nas sociedades desenvolvidas, despertando o interesse científico sobre este processo em investigadores de todo o mundo. Ainda assim, denota-se uma carência de estudos que englobem variáveis como *coping* resiliente, institucionalização e saúde no idoso. A presente investigação vem no sentido de colmatar tal lacuna através da associação entre estas variáveis.

Os principais objetivos deste estudo são: (1) avaliar e comparar o *coping* resiliente e a saúde de pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas e (2) avaliar o *coping* resiliente como fator preditor da saúde em pessoas idosas.

Participaram no estudo 241 idosos com idades entre os 65 e os 97 anos ($M = 74.77$; $DP = 7.87$), aos quais se aplicou um questionário sociodemográfico, a Escala Breve de *Coping* Resiliente e o *Short Form Health Survey*.

Os resultados indicam que os idosos não institucionalizados apresentam melhores níveis de *coping* resiliente e saúde relativamente aos idosos institucionalizados e ainda que, *coping* resiliente constitui um fator preditor de uma melhor saúde geral. Estes resultados sugerem a importância de se trabalhar o *coping* resiliente como estratégia de promoção da saúde na velhice.

Palavras-Chave: *Coping* Resiliente, Institucionalização, Saúde, Idoso

Introdução

O envelhecimento é uma etapa que está a adquirir protagonismo nas sociedades desenvolvidas, em parte devido à ampliação da esperança média de vida (Astina & Budijanto, 2015). Com o passar dos tempos, a noção de envelhecimento bem como as atitudes perante os velhos têm vindo a mudar, o que reflete o crescimento do conhecimento sobre este segmento da população (Paúl, 2005).

Entre as implicações do envelhecimento populacional, destaca-se o aumento dos casos de morbilidade e comorbidade por doença, o acréscimo do número de pessoas com incapacidades e, também, o aumento do número de hospitalizações com maior sobrecarga dos serviços de saúde como são exemplo as instituições de longa permanência para idosos (Duca, Silva, Silva, Nahas, & Hallal, 2011). Associada a estas implicações, surge a ideia de que o envelhecimento acarreta uma maior carga de doenças, mais incapacidades e, conseqüentemente, um aumento do uso dos serviços de saúde (Freedman, Martin, & Schoeni, 2002; Veras, 2009).

A institucionalização vem, frequentemente, dar resposta a casos de maior dependência física, uso continuado de medicamentos, indisponibilidade de cuidados domiciliares, solidão e aumento das comorbilidades que tornam o idoso mais frágil e com pior qualidade de vida (Murakami & Scattolin, 2010; Silva & Figueiredo, 2012). O idoso e a família ao serem confrontados com a dependência física e psicológica inerentes ao processo de envelhecimento e pela incapacidade de encontrarem soluções adequadas dentro do meio familiar encaram a hipótese de recorrer ao internamento numa instituição (Botelho, 2000). Porém, a revisão da literatura efetuada destaca a prevalência de acontecimentos negativos nos idosos residentes em instituições de longa permanência (e.g. Cunha & Lourenço, 2014; Ferreira & Yoshitome, 2010; Gomes, Marques, Leal, & Barros, 2014; Perracini & Ramos, 2002; Porcu et al., 2002; Siqueira et al., 2007). Parece assim existir uma associação negativa entre institucionalização e altos níveis de saúde e bem-estar, uma vez que as pessoas idosas institucionalizadas tendem a apresentar um maior isolamento social, que as pode conduzir ao desenvolvimento de acentuados declínios ao nível funcional, cognitivo e imunológico, comprometendo a sua saúde e uma vida longa (Arranz, Giménez-Llort, Castro, Baeza, & Fuente, 2009).

A velhice, comporta alterações físicas, sociais e psicológicas que constituem, frequentemente, adversidades geradoras de *stress* (por exemplo a morte de pessoas significativas, limitações tanto físicas como sensoriais e perda do estatuto profissional). Tais acontecimentos podem ser considerados normativos para o idoso, uma vez que afetam todas as pessoas da mesma faixa etária (Arciniega, 2014). Existem porém, indivíduos que são capazes de desenvolver processos que lhes permitem enfrentar e adaptar-se perante situações stressantes e adversas que ocorrem na velhice. Assim, cada vez mais pessoas vivem a sua velhice com vigor e as pessoas longevas apresentam uma notória qualidade de vida (Arciniega, 2014). A este processo de recuperação e manutenção do equilíbrio perante a adversidade damos o nome de resiliência (Hardy, Concato, & Gill, 2004).

O conceito de resiliência teve origem na Física e Engenharia, sendo um dos seus precursores Thomas Young. Nesta área científica, resiliência é definida pela capacidade de um material receber uma energia de deformação sem sofrê-la de modo permanente (Taboada, Legal, & Machado, 2006).

As definições de resiliência são várias, tratando-se de um conceito com um longo processo de construção e debate. Nas Ciências Sociais, pode ser definida como “um processo dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto de adversidade” (Luthar, Cicchetti, & Bronwyn, 2000, p.543), ou ainda como uma força interna, crescimento interno e poder ou força pessoal (Nygren, Norberg, & Lundman, 2007).

A resiliência encontra-se indissociavelmente ligada ao *coping*, e a um resultado de boa adaptação a situações *stressantes* (Meléndez, Fortuna, Sales, & Mayordomo, 2015). De acordo com Ribeiro & Morais (2010), o *coping* resiliente permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, sendo que a principal diferença existente entre este e *coping* propriamente dito, é a capacidade que o indivíduo tem para promover uma adaptação positiva apesar do elevado índice de *stress* (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

Em todas as etapas do ciclo vital existem riscos, ameaças, oportunidades, recursos e uma variedade de situações que requerem processos resilientes. O envelhecimento não é exceção (Arciniega, 2014). No entanto, ao invés dos outros estágios de desenvolvimento, os idosos experimentam perdas, associadas à idade, de recursos tanto materiais como pessoais que podem dificultar a sua capacidade de se adaptar a situações difíceis (Meléndez et al., 2015). Como tal, ser capaz de se adaptar e lidar com a adversidade é um fator determinante para um envelhecimento saudável (Meléndez et al., 2015; Pais Ribeiro & Morais, 2010).

O estudo da resiliência na velhice foi iniciado a partir da década de 90. Esta perspetiva veio alterar o modelo que associava o envelhecimento com perdas, considerando que os idosos mantêm e manifestam níveis de funcionamento adequados apesar das circunstâncias adversas e das perdas (Arciniega, 2014).

No paradigma do desenvolvimento ao longo da vida destacam-se os conceitos de plasticidade e de capacidade de reserva para se fazer referência à resiliência como sendo a manutenção do desenvolvimento normal, apesar dos riscos, e como sendo a recuperação após situações traumáticas (Baltes, 1997). De acordo com Baltes (1997), na velhice a resiliência ocorre em função de reservas afetivas e cognitivas, manifestando-se através de recursos de superação e de regulação afetiva, da motivação, das metas e da autocracia de capacidade que o idoso dispõe.

A resiliência encontra-se relacionada como uma multiplicidade de fatores de proteção e de processos adaptativos (Cortés, Méndez, & Ramírez, 2013). Entre os vários fatores, destacam-se as habilidades motivacionais adquiridas ao longo da vida, como elemento protetor de *déficits* cognitivos e de manutenção de bem-estar psicológico (Forstmeier & Maercker, 2008). Relaciona-se ainda: à satisfação com a vida, presença de um companheiro, ausência de ansiedade e depressão, ter emprego e autoestima positiva, afiliação religiosa e a ter menor idade (Beutel, Glaesmer, Decker, Fischbeck, & Brähler, 2009); com os recursos sociais

disponíveis (Dorfman, Mendez, & Osterhaus, 2009; Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, & Netuveli, 2010; McFadden & Basting, 2010); com a capacidade para procurar ajuda para sintomas depressivos (P. R. Smith, 2009); com uma saúde física preservada (Wells, 2009); à menor frequência de *stressores* e de afeto negativo em mulheres mais velhas em comparação com as mais jovens (Charles et al., 2010); à maior frequência de emoções positivas e baixa intensidade de dor (Ong, Bergeman, & Boker, 2010); à longevidade (Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrier, 2012; Zeng & Shen, 2010), à resolução de problemas e à capacidade de regulação emocional (Gooding et al., 2012); melhor funcionamento físico, social e mental (Mertens, Bosma, Groffen, & Eijk, 2012).

Bianchini & Dell' Aglio (2006) afirmam que um dos principais contextos onde o indivíduo deve desenvolver resiliência refere-se às situações de doença. Neste sentido e uma vez acometido por esta, o idoso, ao lidar com a sua situação, irá aceitar as limitações que lhe são impostas. A resiliência irá assim contribuir como um promotor da saúde frente à situação de adversidade (Bianchini & Dell' Aglio, 2006).

Um contemporâneo movimento dirigido à promoção da saúde tem revelado a resiliência como um conceito importante nesta área de conhecimento (Pesce et al., 2005). Por ser um tema recentemente incorporado no campo da saúde, encontra-se em fase de construção, discussão e debate (Silva, Lunardi, Filho, & Tavares, 2005). Ainda assim, a resiliência foi considerada como resultado da combinação entre os atributos da pessoa e seu ambiente familiar, social e cultural (Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009).

A literatura vem reforçando a importância da resiliência no envelhecimento apontando esta como promotora de saúde e bem-estar emocional (e.g. Pan & Chan, 2007; Sinclair & Wallston, 2004; Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004). Constata-se assim, que esta propicia de facto uma vivência saudável nesta etapa do ciclo vital (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011; Fortes, Portuguese, & Argimon, 2009).

Alguns estudos têm explorado a relação existente entre saúde física, mental e *coping* uma vez que estratégias de *coping* desadaptadas contribuem tanto para o surgimento de doenças quanto para a sua manutenção (Gómez, Luengo, Romero, Villar, & Sobral, 2006). Ainda e de acordo com alguns autores (e.g. Hildon et al., 2010; Ribeiro & Morais, 2010; Sinclair & Wallston, 2004) quando se avalia a variável *coping* resiliente verifica-se que esta se encontra associada a uma adaptação positiva face às adversidades, gerando um funcionamento saudável nas pessoas idosas.

Já se percebeu que o envelhecimento humano se configura como um processo do ciclo evolutivo que pode oferecer riscos ao bem-estar psicológico e à boa qualidade de vida, uma vez que é acompanhado por perdas significativas. Porém, e tendo em conta que diversos fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e económicos influenciam o processo de envelhecimento humano, é importante observar-se que diferentes aspetos agem na vida do idoso a fim de protegê-lo das situações de risco e / ou condições adversas vivenciadas, mobilizando-o para a adaptação e / ou superação dessas vivências e fazendo-o aprender novos conteúdos compensando possíveis perdas (Ferreira et al., 2012).

Assumindo-se a heterogeneidade e multidimensionalidade do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, verifica-se que no envelhecimento esta variabilidade acresce nas características dos idosos, sendo superior à verificada em outras faixas etárias (Cupertino, Rosa, & Ribeiro, 2007; Paúl, 2005). Perante este panorama, existem indivíduos que são capazes de desenvolver processos, resilientes, que lhes permitem enfrentar e adaptar-se às situações *stressantes* e adversas como pode ser o envelhecimento (Hardy, Concato, & Gill, 2004), ao invés de outros. Quando se avaliam, por exemplo, os níveis de saúde e resiliência ao nível do género verifica-se que as mulheres apresentam piores níveis (Candore et al., 2006). Tal facto, justifica-se pela sua maior longevidade (Boardman, Blalock, & Button, 2009) e por outro lado pelo facto de, já ter sido provado que, não ser bem visto que os homens expressem os seus sentimentos ou problemas, uma vez que significa debilidade / fraqueza (Fahad & Sandman, 2000).

O envelhecimento tem despoletado um grande número de estudos, contudo, como resultado da revisão da literatura efetuada, surgiu a necessidade de se analisarem variáveis como *coping* resiliente, institucionalização e saúde. Neste sentido, a presente investigação tem como objetivos: (1) Avaliar os níveis de *coping* resiliente e de saúde; (2) Averiguar se existem diferenças ao nível do *coping* resiliente e da saúde entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados; (3) Averiguar se existem diferenças ao nível do *coping* resiliente e da saúde entre idosos do género feminino e masculino; (4) Avaliar o *coping* resiliente como fator preditor da saúde geral dos idosos; (5) Averiguar se existem diferenças entre saúde geral e variáveis sociodemográficas de grupo etário, escolaridade e estado civil e (6) Determinar o grau de associação entre as dimensões da saúde e *coping* resiliente.

Método

Participantes

Participaram no estudo 241 idosos, portugueses, 62 (25.7%) residem numa instituição e 179 (74.3%) residem na comunidade. Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos, sendo a média de 74.77 (DP = 7.87).

Quanto ao género, 126 (52.3%) dos participantes pertencem ao género feminino e 115 (47.7%) ao género masculino. Relativamente ao estado civil, a amostra subdivide-se em dois grandes grupos, os casados / comprometidos (53.5%) e os viúvos (31.1%) sendo que, os restantes são divorciados / separados (10%) e apenas 5.4% é solteiro.

A maioria dos sujeitos apresentam baixa escolaridade (34.9%) sendo que apenas 32 (13.3%) frequentaram uma licenciatura, correspondendo à segunda maior fatia da amostra. No entanto, 15 (6.2%) frequentaram até 6 anos de estudos, 30 (12.4%) até 9 anos, 21 (8.7%) até 12 anos, 23 (9.5%) têm pós-graduação / mestrado, 14 (5.8%) o doutoramento e 22 (9.1%) não sabem ou não respondem. Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1. *Caracterização sociodemográfica da amostra (N=241)*

		n (%)
Institucionalização	Sim	62 (25.7%)
	Não	179 (74.3%)
Género	Feminino	126 (52.3%)
	Masculino	115 (47.7%)
Estado Civil	Solteiro(a)	13 (5.4%)
	Casado(a)/Comprometido(a)	129 (53.5%)
	Viúvo(a)	75 (31.1%)
	Divorciado(a)/Separado(a)	24 (10%)
Escolaridade	Até 4 anos	84 (34.9%)
	Até 6 anos	15 (6.2%)
	Até 9 anos	30 (12.4%)
	Até 12 anos	21 (8.7%)
	Licenciatura/Bacharelato	32 (13.3%)
	Pós-graduação/Mestrado	23 (9.5%)
	Doutoramento/Pós-Doutoramento	14 (5.8%)
NS/NR	22 (9.1%)	

NR - Não Responde; NS - Não Sabe

Instrumentos

A recolha dos dados teve como base a aplicação de um protocolo constituído por três questionários: o questionário sociodemográfico; a Escala Breve de *Coping* Resiliente (EBCR) e o *Short Form Health Survey* (SF-36).

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado especificamente para a presente investigação, baseado em referencial teórico sobre o tema, permite o levantamento de informação sobre, tipo de residência, idade, género, estado civil e nível de escolaridade.

Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR)

Para avaliar a resiliência como estratégia de *coping* foi administrada a EBCR adaptada por Ribeiro & Morais (2010) através da escala original *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS) de Sinclair e Wallston (2003). Por *coping* resiliente entende-se a capacidade que o indivíduo tem para promover uma adaptação positiva apesar do elevado índice de *stress* que determinada situação lhe causa (Ribeiro & Morais, 2010).

A EBCR é um instrumento de autorresposta, unidimensional composto por 4 itens que permitem perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de forma adaptativa (Gurgel, Plentz, Cristina, & Reppold, 2013). Os itens que constituem a escala são: (1) Procuo formas criativas de superar situações difíceis; (2) Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações; (3) Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis e (4) Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida. A resposta aos itens é dada segundo uma escala tipo *Likert*, com cinco opções, sendo que ao número cinco corresponde “quase sempre” e ao número um “quase nunca”. A escala foi testada numa população jovem sem doença ao contrário do que ocorreu com a escala original onde a população eram doentes idosos com artrite reumatoide (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

Os valores de resposta podem variar entre 4 e 20, sendo que se considera que os sujeitos com pontuação inferior a 13 apresentam baixa resiliência. Por outro lado, considera-se que os sujeitos com pontuação superior a 17 apresentam forte resiliência (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

Na amostra em estudo e para esta escala obteve-se um $\alpha=.777$, revelando uma fiabilidade apropriada (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Short Form Health Survey (SF-36)

A avaliação geral da saúde física e mental foi realizada através do SF-36, composto por 36 questões que permitem medir 8 principais dimensões de saúde (Rand Corporation, s.d.; Ware & Sherbourne, 1992). As dimensões medidas por esta escala são: a Funcionalidade Física (10 itens); as Limitações sociais devidas a problemas de saúde física (4 itens); as Limitações sociais

devidas a problemas de saúde emocional (3 itens); a Energia / Cansaço (4 itens); o Bem-Estar Emocional (5 itens); a Funcionalidade Social (2 itens); a Dor (2 itens) e a Saúde Geral (6 itens).

No que concerne à Funcionalidade Física, esta destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, em situações do dia-a-dia como tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente ou, até mesmo, carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância. Valores baixos nesta dimensão são indicadores de melhor funcionamento físico. Existem ainda 2 dimensões que medem o impacto das limitações devidas a problemas de saúde física ou a problemas emocionais, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em realizá-lo. Valores baixos em ambas dimensões são indicadores de mais limitações. Por outro lado, a Energia / Cansaço inclui os níveis de energia e de cansaço (valores baixos nesta dimensão são reveladores de mais energia e menos cansaço) quanto à Função Social, esta capta a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades (valores baixos nesta dimensão são indicativos de nenhuma interferência em atividades sociais). A dimensão Bem-Estar Emocional inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico. Valores baixos nesta dimensão são reveladores de presença de sentimentos negativos e depressão. A dimensão Dor mede não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal. Valores baixos nesta dimensão indicam a não presença de dor ou limitações decorrentes desta. Por fim, a dimensão Saúde Geral mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde atual, a resistência à doença e o aspeto saudável. Valores baixos nesta dimensão indicam uma boa avaliação da saúde (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012).

O SF-36 foi concebido como indicador geral do estado de saúde e projetado para usos clínicos, investigações e avaliações da população em geral (Ware & Sherbourne, 1992).

A consistência interna das dimensões do SF-36, obtida na presente investigação, varia entre um índice de confiabilidade razoável a excelente, consoante a quantidade de itens envolvidos em cada uma delas (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Tal pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. *Consistência interna das dimensões do SF-36*

Dimensões SF-36	Itens	α (Alfa de Cronbach)
Funcionalidade Física	10	$\alpha = .939$
Limitações sociais devidas a problemas de saúde física	4	$\alpha = .863$
Limitações sociais devidas a problemas de saúde emocional	3	$\alpha = .791$
Energia / Cansaço	4	$\alpha = .818$
Bem-Estar Emocional	5	$\alpha = .900$
Funcionalidade Social	2	$\alpha = .697$

Dor	2	$\alpha = .852$
Saúde Geral	5	$\alpha = .805$

Procedimentos

Inicialmente, e após revisão da literatura, procedeu-se à construção do protocolo. Seguiu-se a aplicação piloto do mesmo a 10 pessoas idosas a fim de se eliminarem falhas ou incongruências ao nível da linguagem utilizada que dificultassem a sua compreensão. Posteriormente, procedeu-se ao ajuste do protocolo de acordo com o feedback obtido.

A seguir, foi feita a apresentação do estudo e foi pedida autorização junto de instituições de longa permanência para idosos e academias seniores para recolha de dados. A recolha dos mesmos decorreu entre o mês de outubro de 2014 e fevereiro de 2015 através do contacto direto e pessoal, como também pelo recrutamento de respostas através da *internet* utilizando *mailing lists*. Em ambos os sistemas de recolha de dados teve-se em consideração a salvaguarda de todos os princípios éticos e deontológicos que regem a recolha de dados.

Após concretizada a recolha, foi construída uma base de dados sob a qual se realizaram análises estatísticas descritivas e inferenciais através do *IBM® SPSS Statistics* na versão 22.

Análise de dados

O presente estudo é de natureza quantitativa, não-experimental, descritivo, correlacional e comparativo (Ribeiro, 1999). Em relação às estatísticas descritivas, foram determinadas frequências absolutas e percentuais bem como medidas de tendência central, média (*M*) e desvio padrão (*DP*).

Como medida da consistência interna, foi calculado o coeficiente Alfa de *Cronbach* utilizado para verificar a homogeneidade dos itens e conseqüentemente a fiabilidade das escalas (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Quanto mais elevadas forem as covariâncias (ou correlações entre os itens), maior é a homogeneidade os itens e maior é a consistência com que medem a mesma dimensão ou constructo teórico (Reis, 2009).

Tendo em conta que a amostra em estudo é superior a 100 sujeitos ($N=241$), assumiu-se, segundo o Teorema do limite central, que a amostra segue uma distribuição normal, ou seja, à medida que as dimensões da amostra aumentam, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal (independentemente do tipo de variável em estudo) (Guimarães & Cabral, 1998). Neste sentido, permite-se a utilização de testes paramétricos.

Para comparação das médias das variáveis foi utilizado o Teste de *t-Student* para amostras independentes, uma vez que este teste permite averiguar se as médias da variável dependente, nos dois grupos em comparação, diferem significativamente uma da outra (Martins, 2011).

Já quando se pretendeu calcular diferenças entre as médias de mais de dois grupos (e.g. variáveis sociodemográfica) recorreu-se à Análise de Variância (abreviadamente ANOVA do inglês *Analysis of Variance*) (Pestana & Gageiro, 2008).

Recorreu-se também à análise da Regressão Linear, para estimar a relação preditiva do *coping* resiliente sobre a saúde. De acordo com Marôco (2007) a análise de Regressão pode ser utilizada para modelar a relação funcional entre duas variáveis, independentemente de existir ou não relação de tipo causa e efeito.

Foi ainda utilizado o Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson* (r) para medir a força de relação linear entre variáveis. Para além disso, e na presença de uma associação significativa entre as variáveis, este coeficiente de correlação permite-nos avaliar a direção (positiva ou negativa) e a magnitude (variando entre +1 e -1) dessa mesma associação (Martins, 2011).

Para a análise estatística das informações recolhidas foi estabelecido como nível de significância $p \leq 0,05$, na medida em que se considera o nível 5% como sendo o máximo aceitável para estabelecer que é estatisticamente significativo (Pestana & Gageiro, 2008).

Resultados

1. Avaliar os níveis de *coping* resiliente e de saúde

Relativamente à variável *coping* resiliente, os sujeitos apresentaram uma pontuação média total de 13.58 (DP = 3.73) ostentando, a amostra, um *coping* resiliente, dentro dos valores positivos.

Quanto às dimensões da saúde física e mental, observou-se um valor médio de 22.88 (DP = 6.21) na dimensão Funcionalidade Física, um valor médio de 14.67 (DP = 4.79) na dimensão Limitações Sociais devido à Saúde Física, um valor médio de 12.03 (DP = 3.22) na dimensão Limitações Sociais devido a Problemas Emocionais, um valor médio 10.55 (DP = 3.55) na dimensão Energia / Cansaço, um valor médio de 11.08 (DP = 4.68) na dimensão Bem-Estar Emocional, um valor médio de 3.63 (DP = 1.76) na dimensão Funcionalidade Social, um valor médio de 4.89 (DP = 2.24) na dimensão Dor, e um valor médio de 16.86 (DP = 4.51) na dimensão Saúde Geral.

2. Averiguar se existem diferenças ao nível do *coping* resiliente e da saúde entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados

Os resultados apresentados na Tabela 3, revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do *coping* resiliente entre idosos residentes na comunidade e em instituições ($t(236) = -3.683$; $p < .001$). Os resultados indicam que os idosos residentes na comunidade apresentam uma média de *coping* resiliente ($M = 14.08$; $DP = 3.72$) superior à dos sujeitos inquiridos que residem em instituições ($M = 12.07$; $DP = 3.38$).

Relativamente às dimensões da saúde, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre idosos institucionalizados e residentes na comunidade ao nível das Limitações sociais devido a problemas emocionais ($t(222) = -.561$; $p = .575$), Funcionalidade Social ($t(228) = 1.184$; $p = .238$) e dor ($t(223) = .485$; $p = .628$).

Já quanto às dimensões, Funcionalidade Física ($t(211) = -4.513$; $p < .001$), Limitações sociais devido à saúde física ($t(221) = -3.384$; $p = .001$), Energia / Cansaço ($t(226) = 2.057$; $p = .041$), Bem-Estar emocional ($t(233) = -2.797$; $p = .006$) e Saúde-Geral ($t(231) = 4.211$; $p < .001$), como se pode observar na Tabela 3, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.

Quanto à saúde geral, os idosos institucionalizados apresentaram uma média de 20.55 (DP = 2.54) e os não institucionalizados de 18.94 (DP = 2.56), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($t(231) = 4.211$; $p < .001$).

Tabela 3. Resultados para a comparação do coping resiliente e da saúde em idosos institucionalizados e não institucionalizados (N=241).

	Tipo de residência	n	M (DP)	t (df)	p
Coping Resiliente	Institu.	59	12.07 (3.38)	-3.683 (236)	.000
	Não Institu.	179	14.08 (3.72)		
Funcionalidade Física	Institu.	47	19.43 (6.80)	-4.513 (211)	.000
	Não Institu.	166	23.86 (5.68)		
Limitações sociais devido à saúde física	Institu.	49	12.67 (5.40)	-3.384 (221)	.001
	Não Institu.	174	15.24 (4.46)		
Limitações sociais devido a problemas emocionais	Institu.	51	11.08 (3.67)	-.561 (222)	.575
	Não Institu.	173	12.09 (3.09)		
Energia / Cansaço	Institu.	58	12.84 (1.97)	2.057 (226)	.041
	Não Institu.	170	12.21 (2.04)		
Bem-Estar emocional	Institu.	61	16.03 (2.16)	-2.797 (233)	.006
	Não Institu.	174	16.82 (1.80)		
Funcionalidade Social	Institu.	58	6.00 (.85)	1.184 (228)	.238
	Não Institu.	172	5.86 (1.01)		
Dor	Institu.	48	5.04 (2.48)	.485 (223)	.628
	Não Institu.	177	4.86 (2.18)		
Saúde Geral	Institu.	60	20.55 (2.54)	4.211 (231)	.000
	Não Institu.	173	18.94 (2.56)		

3. Averiguar se existem diferenças ao nível do coping resiliente e da saúde entre idosos do género feminino e masculino.

Relativamente ao coping resiliente foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros ($t(236) = 1.991$; $p = .048$). assim, os participantes do género masculino apresentaram uma média ($M = 14.08$; $DP = 3.72$) superior à apresentada pelas participantes do género feminino ($M = 13.12$; $DP = 3.69$).

Quanto à dimensão de saúde verificam-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões Funcionalidade Física ($t(211) = 4.536$; $p < .001$), Limitações sociais devido à saúde física ($t(221) = 3.324$; $p = .001$), Limitações sociais devido a problemas emocionais ($t(222) = 2.314$; $p = .022$), Bem-Estar emocional ($t(233) = 2.297$; $p = .019$), Dor ($t(223) = -4.161$; $p < .001$) e Saúde-Geral ($t(231) = -4.153$; $p < .001$). No que diz respeito à saúde geral, são os homens ($M = 18.62$; $DP = 2.68$) que apresentam níveis mais altos do que as mulheres ($M = 20.01$; $DP = 2.44$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas para as dimensões, energia / cansaço ($t(226) = 1.155$; $p = .249$) e funcionalidade social ($t(288) = .625$; $p = .533$). Estes resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Resultados para a comparação do coping resiliente e da saúde em idosos do gênero feminino e masculino (N=241).

	Gênero	n	M (DP)	t (df)	P
Coping resiliente	Homem	114	14.08 (3.72)	1.991 (236)	.048
	Mulher	124	13.12 (3.69)		
Funcionalidade Física	Homem	99	24.86 (5.45)	4.536 (211)	.000
	Mulher	114	21.16 (6.33)		
Limitações sociais devido à saúde física	Homem	104	15.79 (4.52)	3.324 (221)	.001
	Mulher	119	13.70 (4.83)		
Limitações sociais devido a problemas emocionais	Homem	105	12.55 (2.97)	2.314 (222)	.022
	Mulher	119	11.56 (3.38)		
Energia/Cansaço	Homem	108	12.54 (1.90)	1.155 (226)	.249
	Mulher	120	12.23 (2.16)		
Bem-Estar emocional	Homem	111	16.92 (1.41)	2.297 (233)	.019
	Mulher	124	16.35 (2.26)		
Funcionalidade Social	Homem	112	5.91 (.86)	.625 (228)	.533
	Mulher	118	5.83 (1.04)		
Dor	Homem	108	4.28 (2.20)	-4.161 (223)	.000
	Mulher	117	5.48 (2.13)		
Saúde Geral	Homem	111	18.62 (2.68)	-4.153 (231)	.000
	Mulher	122	20.01 (2.44)		

4. Avaliar o coping resiliente como fator preditor da saúde geral dos idosos

Os resultados revelam a existência de uma relação preditiva entre coping resiliente e saúde geral sendo que, ter altos níveis de coping resiliente é preditor de melhor de saúde geral ($\beta = .503$; $p < .001$).

5. Averiguar se existem diferenças entre saúde geral e variáveis sociodemográficas de grupo etário, escolaridade e estado civil

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis sociodemográficas: idade ($t(231) = -2.496$; $p = 0.13$), escolaridade ($F(6; 205) = 3.001$; $p = 0.08$) e estado civil ($F(3; 229) = 5.050$; $p = 0.02$). Sendo que, apresentaram maiores níveis de saúde geral, os idosos mais novos ($M = 18.93$; $DP = 2.56$), os que têm maior escolaridade ($M = 18.09$; $DP = 2.81$) e estão num relacionamento ($M = 19.01$; $DP = 2.64$) (casados / comprometidos) ou divorciados ($M = 18.22$; $DP = 2.65$) como pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 Resultados para a comparação do coping resiliente e das variáveis sociodemográficas de grupo etário, escolaridade e estado civil (N=241).

		N	M (DP)	t (df) / F (df)	p
Idade	65 - 74 anos	119	18.93 (2.56)	t(231) = -2.496	.013
	75 - 97 anos	114	19.79 (2.68)		
Escolaridade	Até 4 anos	82	19.84 (2.43)	F (6; 205) = 3.001	.008
	Até 6 anos	15	20.33 (2.99)		
	Até 9 anos	29	19.38 (2.29)		
	Até 12 anos	20	19.55 (2.46)		
	Licenciatura/Bacharelato	30	18.23 (2.64)		
	Pós-Graduação/Mestrado	22	18.09 (2.81)		
	Doutoramento/Pós Doutoramento	14	18.50 (2.74)		
Estado civil	Solteiro (a)	13	20 (2.77)	F (3; 229) = 5.050	.002
	Casado (a)/Comprometido (a)	125	19.01 (2.64)		
	Viúvo (a)	72	20.19 (2.68)		
	Divorciado(a)/Separado(a)	23	18.22 (1.65)		

6. Determinar o grau de associação entre as dimensões da saúde e coping resiliente

Como é possível observar na Tabela 6, existem correlações estatisticamente significativas entre coping resiliente e todas as dimensões da saúde, onde se destaca que à exceção da correlação entre coping resiliente e a dimensão limitações sociais devido a problemas emocionais (-.242) todas as outras estão fortemente correlacionadas apresentando valores acima de .30 (Hemphill, 2003).

A correlação observada entre coping resiliente e saúde geral é de .503 sendo considerada uma correlação forte de acordo com Hemphill (2003). O resultado indica que à medida que a saúde geral aumenta também o coping resiliente.

Tabela 6. Correlação entre dimensões da saúde e coping resiliente

	Coping Resiliente
Funcionalidade Física	.336**
Limitações sociais devido à saúde física	-.312**
Limitações sociais devido a problemas emocionais	-.242**
Energia/Cansaço	.533**
Bem-Estar emocional	.491**
Funcionalidade Social	.381**

Dor	.347**
Saúde Geral	.503**
*p<.05	
**p<.001	

Discussão

O presente estudo teve o intuito de avaliar, analisar e discutir o *coping* resiliente e a saúde na velhice. Este estudo teve ainda, o intuito de perceber esse papel nos dois relevantes contextos em que as pessoas envelhecem em Portugal: comunidade e instituições. Trata-se de dois contextos muito diferenciados nos quais a saúde e a identificação de estratégias para a sua promoção, são um fator essencial para a qualidade e dignidade de vida das pessoas. Ambicionou ainda entender de que forma variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, a escolaridade e o estado civil, poderiam estar relacionadas com esta associação.

Os participantes deste estudo revelaram níveis médios de *coping* resiliente. Estes valores correspondem ao esperado na medida em que, segundo Zeng & Shen (2010) a resiliência aumenta a probabilidade de sobrevivência, fazendo parte de uma vida longa. Estes dados revelam ainda que a resiliência está presente na velhice o que está de acordo com Wells (2009) que considera que os níveis de resiliência parecem não diminuir à medida que se envelhece podendo até aumentar.

Relativamente ao tipo de residência, a grande maioria (74.3%) da amostra é não institucionalizada, ou seja, reside na comunidade em casa / apartamento. Apesar das limitações relativas ao número de participantes numa e noutra condição, estes resultados revelam, de acordo com o expectável, que os idosos em contexto institucional apresentam uma saúde mais frágil e tendem a ser menos capazes de superar as adversidades. Estes resultados, ao nível da saúde, corroboram os resultados de estudos (e.g. Ferreira & Yoshitome, 2010; Porcu et al., 2002) que indicam níveis de saúde mais elevados nos idosos que residem na comunidade. Ainda e tal como defendem Santos, Santos, Santos, & Duarte (2013), desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, o idoso deve permanecer no domicílio. As diferenças observadas neste estudo podem relacionar-se com a presença de redes de apoio que permitem a permanência dos idosos nas suas casas promovendo a sua autonomia, funcionalidade e independência nas atividades de vida diária por mais tempo (Hardy et al., 2004; Sequeira, 2007). A grande maioria dos idosos parece perspetivar a saída do domicílio e a entrada no lar como um acontecimento que põe em causa a sua autonomia, privacidade e independência, já que pressupõe uma rutura com o seu quadro de vida quotidiano, bem como com os seus hábitos, e com a maioria da sua rede social. Na instituição o idoso passa a ser exposto a rotinas estandardizadas que modificam o estilo de vida ao qual estava habituado podendo tais alterações causar danos no seu bem-estar e conseqüentemente na sua saúde.

No entanto, deve perspetivar-se a instituição como um importante equipamento para casos de dependência e falta de recursos de apoio. Pois, tal como afirma Dobrzyn-Matusiak, Marcisz, Kulik, & Marcisz (2014) estar em ambientes institucionais parece causar a perceção de segurança pessoal e estabilidade, já que permite aos idosos socializarem e interagirem com outros utentes e prestadores de cuidados. Estes mesmo autores divulgam assim que, os idosos que usufruem de cuidados institucionais de longo prazo, apresentam melhor saúde física e mental do que aqueles que recebem cuidados em casa.

Neste sentido os resultados permitem questionar, se a origem das diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados recai no facto de se encontrarem institucionalizados ou se foram institucionalizados devido ao facto de apresentarem uma saúde e um *coping* resiliente mais baixo. Ainda assim, consta-se que o ambiente físico em que os idosos se encontram pode desempenhar um papel de mediador de afetos e regulador de emoções, influenciando a qualidade de vida destes (Macedo, Oliveira, Günther, Alves, & Nóbrega, 2008).

Quanto às diferenças constatadas entre género relativamente à saúde geral e *coping* resiliente os resultados revelam que os homens são mais saudáveis e apresentam mais *coping* resiliente e que as mulheres apresentam maiores níveis de dor. Estes dados estão de acordo com os resultados de Ferreira, Noronha Ferreira, & Nobre Pereira (2012), sobre o perfil sociodemográfico da população portuguesa, pois constatam que as mulheres apresentam pior estado de saúde.

Estes resultados relacionam-se com o processo de tipificação do género ao longo do ciclo vital e a influência do contexto (social, cultural e histórico). A figura masculina, em Portugal, apresentava-se como o elemento de sustentação da família sendo o papel da mulher direcionado para o cuidado da família e do lar, desempenhando as funções de cuidadora, incutindo nesta todas as responsabilidades e preocupações sobre si e a família. Além destas trajetórias de vida que vão definindo as diferenças entre os géneros, as mulheres vivem mais anos (Pilger, Menon, & Mathias, 2011; Salgado, 2002) e a probabilidade de desenvolverem incapacidades aumenta também com a idade (Eurostat, 2011), passando então a ser maior a proporção de mulheres com problemas e incapacidades (OMS, 2009). Assim e na linha do que afirma Boardman, Blalock, & Button (2009), as mulheres, podem ser menos resistentes aos stressores devido aos seus papéis sociais como cuidadoras. Ainda e o facto de viverem mais anos, aumenta a probabilidade de ficarem viúvas, o que as pode colocar numa situação de maior vulnerabilidade tanto do ponto de vista económico como social, que poderá relacionar-se com os baixo níveis de saúde que estas apresentam (OMS, 2003; Salgado-de Snyder & Wong, 2007).

Os resultados relativos às diferenças de saúde poderão, também, estar relacionados com algumas características biológicas que distinguem os dois géneros e que possivelmente explicam as diferenças bastante nítidas nos padrões de saúde e de doença experienciados (Doyal, 2004) e evidenciadas no presente estudo. Neste sentido, os resultados apoiam a ideia de que a sobrevida nas mulheres não significa, necessariamente, que estas vivam com mais saúde do que os homens (DGS, 2008).

A vivência de uma vida mais despreocupada em contraposição com a multiplicidade de tarefas desempenhadas pela mulher, pode ser um justificativo para que os homens apresentem níveis mais elevados de *coping* resiliente, expressando tranquilidade e energia, tal como referem Simon e Nath (2004) em contraposição com as mulheres que expressam mais dor. Tendo em conta os presentes resultados, pode dizer-se que o género é um forte indicador do modo como envelhecemos (Salgado-de Snyder & Wong, 2007).

Quanto ao fator idade e saúde geral, os resultados indicam que os idosos mais novos apresentam melhores níveis de saúde geral, o que está de acordo com a ideia da degradação da saúde associada ao envelhecimento, uma vez que quanto maior é a idade, piores são os resultados quanto à saúde dos idosos (e.g. Ferreira et al., 2012) e maior é a sua incapacidade funcional e a ocorrência de internamentos (e.g. Fortes et al., 2009). Contudo e apesar dos resultados obtidos a idade cronológica encontra-se indubitavelmente relacionada com o processo de envelhecimento (Paúl, 2005) não constituindo um bom critério para o estudo deste processo, na medida em de acordo com Arciniega (2014) envelhecer não é obrigatoriamente sinónimo de declínio e perdas. Neste sentido, o número de anos vividos não é determinante do bem-estar, experiência psicológica e social, e da saúde desses mesmos anos, pode sim como afirma Ferreira et al. (2012) ser determinante de pior condição física.

Quanto à escolaridade, os resultados revelam que quanto maior o nível de estudos melhores são os níveis de *coping* resiliente e saúde. Estes resultados corroboram a literatura existente (e.g. Cortés et al., 2013; Ferreira et al., 2012; Karmakar & Breslin, 2008; Lima-Costa, 2004) que destaca a influência da escolaridade face ao uso dos serviços de saúde e ao modo como esta é percecionada perante as adversidades, permitindo que o indivíduo mobilize mais recursos para as enfrentar. Neste sentido, percebe-se que nos idosos com maior nível de escolaridade, existe um maior acesso a redes de cuidado e a informações sobre a prevenção e tratamento de determinadas doenças, promovendo a saúde e por conseguinte uma maior longevidade.

Os resultados deste estudo indicam que a existência de um relacionamento afetivo / emocional (casamento / compromisso) se encontra associado a uma melhor saúde e maior utilização de *coping* resiliente. Estes resultados estão de acordo com Ferreira et al. (2012), que referem que os casados apresentam melhores índices de saúde relativamente aos viúvos e aos resultados de Arranz et al. (2009) que referem que os viúvos apresentam menores índices de saúde física e mental. Estes resultados podem ser explicados pelo facto da existência de uma relação conjugal poder proporcionar sentimentos de pertença e suporte, promovendo assim a saúde dos envolventes. Por outro lado, o facto de não se ter uma relação, como é provável no caso dos idosos viúvos, pode associar-se a um maior isolamento por falta de companhia e apoio que se agrava pela carência de relações sociais de qualidade (devido à reforma, à dificuldade de fazer novas amizades e à perda de entes queridos) conduzindo o idoso a uma privação de apoio emocional, físico e económico e baixos níveis de saúde (Arranz et al., 2009). Neste sentido, o estado civil parece não constituir um bom preditor de saúde na velhice uma vez que despoleta uma grande variabilidade de emoções e possíveis consequências.

Quanto ao *coping* resiliente como preditor da saúde na velhice, os resultados corroboram os dados encontrados na literatura sobre resiliência no envelhecimento, onde esta representa um constructo promotor de saúde e bem-estar emocional (Pan & Chan, 2007; Schure, Odden, & Goins, 2013; Sinclair & Wallston, 2004; Siriwardhana, Ali, Roberts, & Stewart, 2014; Tugade et al., 2004), enfatizando-se, que *coping* resiliente é gerador de um funcionamento saudável global nos idosos (Pais Ribeiro & Morais, 2010; Sinclair & Wallston, 2004).

Desta forma, os resultados do presente estudo vêm reforçar a importância de se promover e treinar estratégias *coping* resiliente nas pessoas idosas, uma vez que estas (as estratégias) funcionam como um fator promotor de saúde na velhice, permitindo reduzir os contactos com serviços de saúde e assistência social, promovendo um envelhecimento mais ativo pautado pelo envolvimento e participação do idoso na sua comunidade, de forma mais independente, confiante e feliz (Department of Health, 2001; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Sprange et al., 2013; Wells, 2009; Wild, Wiles, & Allen, 2011). A adoção de *coping* resiliente na velhice poderá funcionar como uma estratégia que torne as pessoas idosas mais resilientes mediante as adversidades, perdas, circunstâncias difíceis, desafios e exigências inerentes ao processo de envelhecimento (Ferreira et al., 2012).

Importa, contudo, referir que, no âmbito deste tipo de estudos e resultados, deve enfatizar-se a heterogeneidade e multidimensionalidade do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, da qual resulta uma variabilidade crescente das características dos idosos, superior à verificada em outras faixas etárias (Cupertino et al., 2007; Paúl, 2005), sendo várias as dimensões enfatizadas para a obtenção de um processo saudável de envelhecimento, tais como as dimensões física; social; emocional e cognitiva, dentre outras (Cupertino et al., 2007). Assim e tal como em qualquer outra etapa do ciclo vital, cada pessoa possui as suas idiossincrasias. Neste sentido, e apesar do presente estudo apresentar o *coping* resiliente como um mecanismo de promoção da saúde na velhice, é necessário considerar as idiossincrasias de cada indivíduo ao trabalhar e promover esta estratégia.

Como limitação deste estudo, pode destacar-se o facto de ter sido desenvolvido com uma amostra por conveniência, comprometendo a representatividade das pessoas idosas. Pode ainda mencionar-se como limitação deste trabalho a desejabilidade social associada às respostas dadas pelos idosos e ao tipo de instrumentos usados.

Para a avaliação do *coping* resiliente, com base na literatura e tendo em conta as características da população estudada a EBCR foi considerada a mais adequada. Porém, o facto de apresentar propriedades psicométricas fracas e ter sido validada com uma amostra de jovens é considerada uma limitação para o presente estudo. Desta forma, sugere-se que em futuros estudos a avaliação do *coping* resiliente, em idosos, seja realizada através de medidas mais consistentes. O mesmo pode ser apontado relativamente à escala SF-36.

No entanto, o presente estudo apresenta diversas potencialidades entre elas, pretende constituir um contributo para a discussão do *coping* resiliente como estratégia de promoção da saúde na velhice, tema sobre o qual não foram encontrados estudos na revisão da literatura efetuada no âmbito deste estudo. Apresenta neste sentido importantes implicações práticas pois permite apresentar o *coping* resiliente como uma possível estratégia a implementar ou incluir em intervenções com pessoas idosas através de diferentes formatos, a fim de se promover a saúde destes. O presente estudo desperta assim a importância de se perceber, concretamente, que variáveis o influenciam. Aponta-se como sugestão a concretização de investigações longitudinais a fim de se compreender melhor a relação entre *coping* resiliente e

saúde para, se descreverem, sobretudo, as suas relações em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

A implicação prática que o presente estudo traz pretende constituir uma mais-valia para a intervenção psicológica na velhice e para aumento da resiliência, saúde e bem-estar das pessoas idosas. Com a devida cautela, ressalva-se ainda importância do contexto, a comunidade, como um fator promotor de saúde podendo permitir o desenvolvimento de estratégias de *coping* resiliente. Sugere-se assim, que é desejável que o idoso permaneça no seu contexto, não descurando a importância de se proporcionarem equipamentos que lhe permitam, aqui, permanecer com saúde.

Referências Bibliográficas

- Arciniega, J. D. D. U. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health*, 4(2), 67-77. doi:10.1989/ejihpe.v4i2.54
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., Castro, N. M., Baeza, I., & Fuente, M. (2009). Social isolation during old age worsens cognitive, behavioral and immune impairment. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 44(3), 137-42. doi:10.1016/j.regg.2008.12.001
- Astina, I. K., & Budijanto. (2015). Demographic transition and population ageing. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(3), 213-218. doi:10.5901/mjss.2015.v6n3s2p213
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Decker, O., Fischbeck, S., & Brähler, E. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause (New York, N.Y.)*, 16(6), 1132-8. doi:10.1097/gme.0b013e3181a857f8
- Bianchini, D. C. S., & Dell' Aglio, D. D. (2006). Resilience process in the hospitalization context: a case study. *Paidéia*, 16(35), 427-436.
- Boardman, J. D., Blalock, C. L., & Button, T. M. M. (2009). Sex differences in the heritability of resilience. *Twin Res Hum Genet*, 11(1), 12-27. doi:10.1375/twin.11.1.12.Sex
- Botelho, M. (2000). *Autonomia funcional em idosos-caracterização multidimensional em idosos de um centro de saúde urbano*. (1ª Edição.). Porto: Bial.
- Candore, G., Balistreri, C. R., Listì, F., Grimaldi, M. P., Vasto, S., Colonna-Romano, G., ... Caruso, C. (2006). Immunogenetics, gender, and longevity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1089, 516-37. doi:10.1196/annals.1386.051
- Cárdenas-Jiménez, A., & López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 528-540.
- Charles, S. T., Luong, G., Almeida, D. M., Ryff, C., Sturm, M., & Love, G. (2010). Fewer ups and downs: daily stressors mediate age differences in negative affect. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(3), 279-86. doi:10.1093/geronb/gbq002
- Cortés, J. M., Méndez, M. G., & Ramírez, A. T. (2013). Factores que intervienen en el potencial resiliente. *Revista de Psicología Social Y Personalidad*, 30(2), 17-39.

- Cunha, A., & Lourenço, R. (2014). Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(2), 21-29. doi:10.12957/rhupe.2014.10128
- Cupertino, A. P., Rosa, F. H., & Ribeiro, P. C. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 20(1), 81-86.
- Department of Health. (2001). National Service Framework for Older People. *UK Department of Health*, (Acedido Junho de 2015 em www.gov.uk).
- DGS. (2008). *Saúde, sexo e género. Factos, representações e desafios*. Lisboa: DGS. Acedido a Julho de 2015 em, file:///C:/Users/Admin/Downloads/i009869%20(1).PDF.
- Dobrzyn-Matusiak, D., Marcisz, C., Kulik, H., & Marcisz, E. (2014). Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1793-1802.
- Dorfman, L. T., Mendez, E. C., & Osterhaus, J. K. (2009). Stress and resilience in the oral histories of rural older women. *Journal of Women & Aging*, 21(4), 303-16. doi:10.1080/08952840903285237
- Doyal, L. (2004). Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(3).
- Duca, F. G. Del, Silva, M. C., Silva, S. G., Nahas, M. V., & Hallal, P. C. (2011). Incapacidade funcional em idosos institucionalizados Functional disability in older adults living in nursing homes. *Revista Brasileira*, 16(2), 120-124.
- Eurostat. (2011). *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Comissão Europeia. Acedido a Junho de 2015 em, <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5740649/KS-EP-11-001-EN.PDF/1f0b25f8-3c86-4f40-9376-c737b54c5fcf>.
- Fahad, A., & Sandman, M. A. (2000). Evaluation Resiliency Patterns Using the ER89: A case study form Kuwait. *Social Behavior and Personality*, 28(5), 505-514.
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista Esc Enfermagem USP*, 46(2), 328-334.
- Ferreira, D. C. O., & Yoshitome, A. Y. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-997.

- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.007
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Motivational reserve: lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age. *Psychology and Aging*, 23(4), 886-99. doi:10.1037/a0013602
- Fortes, T. F. R., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. de L. (2009). Resilience in the elderly and its relationship with socio-demographic variables and cognitive functions. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463.
- Freedman, V. A., Martin, L. G., & Schoeni, R. F. (2002). Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States. *JAMA*, 288(24).
- Gomes, E. C. C., Marques, A. P. D. O., Leal, M. C. C., & Barros, B. P. De. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551. doi:10.1590/1413-81232014198.16302013
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Gooding, P., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262-270. doi:10.1002/gps.2712
- Guimarães, R. C., & Cabral, J. A. S. (1998). *Estatística* (1ª Edição.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Gurgel, L. G., Plentz, R. D. M., Cristina, M. C. R. A., & Reppold, C. T. (2013). Assessment of resilience in adults and the elderly: a review of instruments. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 487-496.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78-79. doi:10.1037/0003-066X.58.1.78

- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *The Gerontologist*, *50*(1), 36-47. doi:10.1093/geront/gnp067
- Karmakar, S. D., & Breslin, F. C. (2008). The role of educational level and job characteristics on the health of young adults. *Social Science & Medicine* (1982), *66*(9), 2011-22. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.017
- Lamond, A. J., Depp, C. a, Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., ... Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(2), 148-54. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
- Lima-Costa, M. F. (2004). Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, *13*(4), 209-215. doi:10.5123/S1679-49742004000400003
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Bronwyn, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.*, *71*(3), 543-562.
- Macedo, D., Oliveira, C. V., Günther, I. de A., Alves, S. M., & Nóbrega, T. S. (2008). O Lugar do afeto, o afeto pelo lugar: O que dizem os idosos? *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, *24*(4), 441-449.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, *4*(1), 65-90.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ª Edição.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- McFadden, S. H., & Basting, A. D. (2010). Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clinics in Geriatric Medicine*, *26*(1), 149-61. doi:10.1016/j.cger.2009.11.004
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *60*(2), 294-298. doi:10.1016/j.archger.2014.12.001

- Mertens, V. C., Bosma, H., Groffen, D. a I., & Eijk, J. T. M. (2012). Good friends, high income or resilience? What matters most for elderly patients? *European Journal of Public Health*, 22(5), 666-71. doi:10.1093/eurpub/ckr104
- Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Herediana*, 21, 18-26.
- Noronha, M. G., Cardoso, P. S., Moraes, T. N., & Centa, M. D. L. (2009). Resilience: a new perspective in health promotion? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.
- Nygren, B., Norberg, A., & Lundman, B. (2007). Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1060-73. doi:10.1177/1049732307306922
- OMS. (2003). Gender, health and aging, 2003. Acedido a Julho de 2015, em <http://www.who.int/gen>.
- OMS. (2009). Woman and health: today's evidence tomorrow's agenda. Acedido a Junho de 2015, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70119/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2010). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality Assessment*, 77(6), 1777-1804. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x.Resilience
- Pan, J.-Y., & Chan, C. L. W. (2007). Resilience: a New Research Area in Positive Psychology. *Psychologia*, 50(3), 164-176. doi:10.2117/psysoc.2007.164
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2002). Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 709-716.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
- Pestana, M. H., & Gageiro, N. J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª Edição.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pilger, C., Menon, M. H., & Mathias, T. A. de F. (2011). Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(5), 1230-1238.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., ... Faiola, R. V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Maringá*, 24(3), 713-717.
- Rand Corporation. (n.d.). Scoring Instructions for MOS 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). *The Rand Corporation*, Acedido Julho, 2015 em <http://www.rand.org/health/>.
- Reis, E. (2009). *Estatística Descritiva (7ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13.
- Salgado, C. D. S. (2002). MULHER IDOSA: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 4, 7-19.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(1), 515-521.
- Santos, R. M., Santos, P. M., Santos, V. L., & Duarte, J. C. (2013). A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 37-48.
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, R. T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older american indians: the native elder care study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27-41.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Silva, M. R. S., Lunardi, V. L., Filho, W. D. L., & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e promoção da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 14, 95-102.
- Silva, M. V., & Figueiredo, M. do L. F. (2012). Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enfermagem Em Foco*, 3(1), 22-24.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. a. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. doi:10.1177/1073191103258144

- Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Silveira, D. S., Vieira, V., & Hallal, P. C. (2007). Prevalência de quedas em idosos e fatores associados Prevalence of falls and associated factors in the elderly. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 749-756.
- Siriwardhana, C., Ali, S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 8(1), 13. doi:10.1186/1752-1505-8-13
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192-200. doi:10.1080/13607863.2014.986647
- Smith, P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 829-37. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01463.x
- Sprange, K., Mountain, G. a, Brazier, J., Cook, S. P., Craig, C., Hind, D., ... Horner, K. (2013). Lifestyle Matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14(1), 302. doi:10.1186/1745-6215-14-302
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16(3), 104-113.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *J Pers.*, 72(6), 1161-1190.
- Veras, R. (2009). Population aging today : demands , challenges and. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 1-7.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults. *The Journal of Rural Health*, 25(4), 415-419. doi:10.1111/j.1748-0361.2009.00253.x
- Wild, K., Wiles, J. L., & Allen, R. E. S. (2011). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing and Society*, 33(01), 137-158. doi:10.1017/S0144686X11001073
- Windle, G., Markland, D. a, & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health*, 12(3), 285-92. doi:10.1080/13607860802120763

Wu, C.-Y., Hu, H.-Y., Huang, N., Fang, Y.-T., Chou, Y.-J., & Li, C.-P. (2014). Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PloS One*, 9(2), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0089213

Zeng, Y., & Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-9. doi:10.1155/2010/525693

Capítulo 3

Discussão Geral

Num passado recente, pessoas com idades acima dos 60 anos formavam um grupo minoritário da população mundial. A explosão demográfica, que assistimos, na segunda metade do século XX aliada aos avanços na área da saúde, superou os vaticínios mais otimistas de que os indivíduos podem viver mais e até, quem sabe, melhor (Macedo et al., 2008).

Como se vem percebendo pelo acréscimo de publicações científicas, este segmento da população tem despertado um crescente interesse por parte da comunidade científica, para a compreensão das dimensões do processo de envelhecimento (Astina & Budijanto, 2015; Macedo et al., 2008).

A presente dissertação veio unir-se a este crescente interesse, revelando a grande utilidade no estudo do envelhecimento uma vez que os construtos aqui abordados, em especial o de *coping* resiliente, vêm sendo cada vez mais populares no âmbito das ciências sociais (Wild et al., 2011). Representa também um contributo para aqueles que ainda se encontram duvidosos com o potencial crítico e emancipatório do conceito de *coping* resiliente que revela agora importância para gerontologia e para o envelhecimento bem-sucedido e saudável (Forstmeier & Maercker, 2008; Lamond et al., 2008; Windle, Markland, & Woods, 2008).

Os resultados globais deste estudo revelam que os idosos participantes tendem a enfrentar a velhice com *coping* resiliente o que está de acordo com a concepção de que, frente a perdas, tendem a organizar seu ambiente de maneira a maximizar afetos positivos e a minimizar os negativos (Wells, 2009; Zeng & Shen, 2010).

Apesar deste estudo se debruçar especificamente sobre *coping* resiliente, remete-nos para a resiliência que aponta para um modelo de compreensão do desenvolvimento humano centrado na saúde e não na doença. Este estudo vem reforçar a ideia de que é possível estabelecer uma relação entre resiliência e saúde. Assim, estudar a resiliência no idoso é relevante na medida em que despoleta desenvolvimentos ao nível da investigação e na aplicação prática de recursos que melhorem a qualidade de vida dos idosos (Fortes et al., 2009).

O presente estudo contribui assim, para uma visão e compreensão do envelhecimento que ultrapassa as concepções de doença, incapacidade e declínio, reforçando os aspetos positivos e potencialidades, manifestadas de forma heterogénea entre a população idosa. Este estudo indica que a resiliência e, mais especificamente, o *coping* resiliente, se configura como um fator protetor para uma velhice bem-sucedida, o que está de acordo com o referido, por exemplo, por Forstmeier & Maercker, 2008; Meléndez et al. (2015). Neste sentido, os resultados fortalecem a ideia de que a resiliência parece ser uma construção psicológica relevante no idoso, podendo estar relacionada com o envelhecimento saudável (Lamond et al., 2008).

De salientar que o processo de envelhecimento dos indivíduos assume um carácter altamente heterogéneo traduzindo-se em trajetórias distintas. A elevada heterogeneidade do grupo etário das pessoas idosas e a não representatividade da amostra deste estudo, inviabiliza a generalização dos resultados. Contudo, destaca-se (1) a importância deste estudo para o desenvolvimento de investigações sobre o tema com uma população representativa e (2) o facto de contribuir para a intervenção com pessoas idosas com a indicação de que o treino e desenvolvimento do *coping* resiliente poderá promover a saúde na velhice.

Os resultados desta investigação podem ser perspectivados numa linha interdisciplinar que conjugue diversas áreas relacionadas com a saúde a fim de se proporcionar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Desta forma, os resultados sugerem que o *coping* resiliente pode figurar como fator promotor da saúde na velhice, a par de outros fatores mais de ordem física. Os desafios que o envelhecimento levanta tornam essencial que investigadores e profissionais de diferentes áreas científicas se esforcem na construção de conhecimentos e práticas que, enquadradas num trabalho em equipa, numa perspetiva gerontológica promovam a saúde na velhice. Nesta linha, a promoção de um *coping* resiliente para promoção da saúde poderá ser uma técnica a desenvolver e enquadrar com outro tipo de estratégias a diligenciar com as pessoas idosas.

Os resultados deste estudo e as implicações que sugerem ao nível da intervenção e compreensão das pessoas idosas requerem que, além de se dominarem os conhecimentos sobre o envelhecimento, se adaptem, criativamente, os conhecimentos clínicos em diversos contextos socioculturais e de promoção da saúde do idoso. Trata-se de uma população com a qual é necessário, frequentemente, adaptar técnicas e dar preferência a modalidades de intervenção breves, ajustadas às necessidades do idoso, alvo da nossa intervenção.

Os resultados desta dissertação apelam à necessidade de uma compreensão mais aprofundada, incluindo outro tipo de variáveis, sobre as relações entre *coping* resiliente e saúde. O facto de esta investigação analisar o *coping* resiliente e saúde em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas e a constatação de diferenças entre estes dois grupos, alerta, ainda, para a necessidade de se compreenderem melhor os fatores associados ao uso dos cuidados de longo prazo a fim de se oferecerem serviços adequados aliviando o peso social causado pelo envelhecimento da população (Wu et al., 2014).

Como limitação para o presente estudo, destaca-se ainda: a utilização de uma amostra por conveniência, comprometendo a representatividade; a desajustabilidade social associada às respostas e o tipo de instrumentos usados, ou seja, propriedades psicométricas fracas e a não validação das mesmas para a população idosa.

O desenvolvimento de um estudo longitudinal com as principais variáveis sobre as quais se debruça esta investigação (*coping* resiliente e saúde), poderá ser um desenvolvimento desta investigação para, melhor, se compreender a relação entre estas variáveis e para, se descreverem, sobretudo, as suas relações em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Este estudo pretende assim, ser um contributo para a compreensão da resiliência no processo de envelhecimento de pessoas idosas institucionalizadas e não-institucionalizadas, sugerindo que os resultados possam servir como referencial para futuras pesquisas, auxiliando os profissionais da saúde e a população no que se refere aos cuidados com idosos.

Referências Bibliográficas

- Astina, I. K., & Budijanto. (2015). Demographic transition and population ageing. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(3), 213-218. doi:10.5901/mjss.2015.v6n3s2p213
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Motivational reserve: lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age. *Psychology and Aging*, 23(4), 886-99. doi:10.1037/a0013602
- Fortes, T. F. R., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. de L. (2009). Resilience in the elderly and its relationship with socio-demographic variables and cognitive functions. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463.
- Lamond, A. J., Depp, C. a, Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., ... Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148-54. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
- Macedo, D., Oliveira, C. V., Günther, I. de A., Alves, S. M., & Nóbrega, T. S. (2008). O Lugar do afeto, o afeto pelo lugar: O que dizem os idosos? *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 24(4), 441-449.
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(2), 294-298. doi:10.1016/j.archger.2014.12.001
- Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults. *The Journal of Rural Health*, 25(4), 415-419. doi:10.1111/j.1748-0361.2009.00253.x
- Wild, K., Wiles, J. L., & Allen, R. E. S. (2011). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing and Society*, 33(01), 137-158. doi:10.1017/S0144686X11001073
- Windle, G., Markland, D. a, & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health*, 12(3), 285-92. doi:10.1080/13607860802120763
- Wu, C.-Y., Hu, H.-Y., Huang, N., Fang, Y.-T., Chou, Y.-J., & Li, C.-P. (2014). Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PLoS One*, 9(2), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0089213

Zeng, Y., & Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity.
Current Gerontology and Geriatrics Research, 1-9. doi:10.1155/2010/525693