

Resiliência e Envelhecimento Ativo: Estudo Qualitativo sobre os fatores de risco e proteção na terceira idade

Resilience and Active Aging: Qualitative Study on Risk Factors and Protection in the Elderly

DOI:10.34119/bjhrv4n1-211

Recebimento dos originais: 09/01/2021

Aceitação para publicação: 09/02/2021

Adriana Leonidas de Oliveira

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela PUC-SP. Pós-Doutorado em Administração de Empresas pela FGV-EAESP
Professora Doutora na Universidade de Taubaté
Endereço: Rua Expedicionário Ernesto Pereira, 225 - centro - Taubaté SP.
E-mail: adrianaleonidas@uol.com.br

Quésia Postigo Kamimura

Economista. Doutorado e Pós-doutorado em Saúde Pública-USP
Professora Doutora na Universidade de Taubaté
Endereço: Rua Expedicionário Ernesto Pereira, 225 - centro - Taubaté SP.
E-mail: qkamimura1@gmail.com

Paula Silva Nogueira

Psicóloga e Pós graduada em terapia familiar e de casal
Instituição de atuação atual: Clínica Fator Humano
Endereço: Rua Benjamin Constant, 947 apto 802 Guarapuava, PR
E-mail: psicopaulanogueira@gmail.com

RESUMO

No processo de envelhecimento, mudanças físicas, psicológicas e sociais constituem desafios para o idoso e para manutenção de sua qualidade de vida. Tais mudanças podem ser vistas como fatores de risco no envelhecimento, que precisam ser enfrentadas e superadas para manutenção do bem-estar. Resiliência pode ser compreendida como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o enfrentamento da adversidade, gerando possibilidade de superação. Para isso fatores de risco devem ser moderados pelos fatores de proteção, os quais proporcionam atitude positiva frente à adversidade da vida. O objetivo da pesquisa foi caracterizar o processo de resiliência de idosos e compreender a influência da resiliência para o envelhecimento ativo. Foi realizada uma pesquisa exploratória, de campo, qualitativa com uma amostra de 5 mulheres e 5 homens idosos. Foram utilizados três instrumentos: Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), Procedimento de Desenho-Estória com Tema (D-E/T) e Entrevista Semiestruturada. Resultados revelam uma média de 140,3 na Escala de Resiliência, o que indica bom nível de resiliência geral. Os principais desafios relatados foram limitação física, dores e solidão. Os principais fatores de proteção apontados foram os vínculos afetivos significativos com filhos e netos, ter fé e praticar exercícios físicos. Pôde ser constatado que os idosos estudados são capazes de enfrentar as adversidades da vida e apresentam capacidade de adaptar-se e manter o seu bem-estar. Acredita-se que o

conhecimento construído é de grande relevância à medida que integra aspectos centrais para a compreensão e atuação junto à população idosa, numa perspectiva interdisciplinar.

Palavras-chave: envelhecimento ativo, resiliência, fatores de risco, fatores de proteção.

ABSTRACT

In the aging process, physical, psychological and social changes are challenges for the elderly and for maintaining their quality of life. Such changes can be seen as risk factors in aging, which need to be faced and overcome to maintain well-being. Resilience can be understood as the set of social and intrapsychic processes that make it possible to face adversity, generating the possibility of overcoming it. For this, risk factors must be moderated by protective factors, which provide a positive attitude towards the adversity of life. The objective of the research was to characterize the process of resilience of the elderly and to understand the influence of resilience for active aging. An exploratory, field, qualitative research was carried out with a sample of 5 elderly women and 5 elderly men. Three instruments were used: Wagnild and Young's Resilience Scale (1993), Drawing-and-Story Procedure with Theme (D-E/T) and Semi-structured Interview. Results show an average of 140.3 on the Resilience Scale, which indicates a good level of overall resilience. The main challenges reported were physical limitation, pain and loneliness. The main protective factors pointed out were the significant affective bonds with children and grandchildren, having faith and practicing physical exercises. It could be verified that the elderly studied are able to face life's adversities and have the capacity to adapt and maintain their well-being. It is believed that the knowledge built is of great relevance as it integrates central aspects for understanding and acting with the elderly population, in an interdisciplinary perspective.

Keywords: active aging, resilience, risk factors, protective factors.

1 INTRODUÇÃO

A mudança do perfil de idades da população mundial é um fato que vem suscitando uma série de investigações sob diferentes óticas e em diferentes áreas do conhecimento. Dados da Organização Mundial da Saúde (2002) revelam que a proporção de pessoas idosas acima de 60 anos tem aumentado mais do que qualquer outro grupo etário desde 1970.

O Brasil engloba a mesma estatística, uma vez que o país está envelhecendo a passos largos. No ano de 2000 a população idosa brasileira apresentou crescimento oito vezes maior quando comparada às taxas de crescimento da população jovem (Inouye, Pedrazzani & Pavarani, 2008).

Pode se afirmar que o envelhecimento não é um acontecimento dos tempos modernos, porém, nos últimos quarenta anos tem se tornado cada vez mais intenso (Hamilton-Stuart, 2002), tratando-se de um fenômeno ao mesmo tempo global e local, com uma rápida evolução (Olds & Papalia, 2000). Esse aumento da população idosa

apresenta diversas causas, sendo algumas delas a diminuição das taxas de natalidade, os progressos da medicina e avanços da tecnologia. (Olds & Papalia, 2000).

A Organização Mundial de Saúde descreve essa mudança no perfil populacional como uma grande conquista da sociedade, mas também como um grande desafio (OMS, 2002), uma vez que o aumento da expectativa de vida traz consigo a necessidade da sociedade promover aos idosos um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade. A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice reveste-se de grande importância científica e social.

O envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (2005) como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Determinantes do envelhecimento ativo envolvem um complexo sistema de promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como envolvem fatores comportamentais, psicológicas, ambientais e econômicas (Alexandre, Cordeiro & Ramos, 2009).

No processo de envelhecimento, mudanças físicas, psicológicas e de papéis sociais constituem desafios para o idoso e para a manutenção de sua qualidade de vida. Tais mudanças podem ser vistas como fatores de risco no envelhecimento, as quais precisam ser enfrentadas, elaboradas e superadas para manutenção do bem-estar. A resiliência pode ser compreendida como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o enfrentamento da adversidade, gerando possibilidade de superação (Rutter, 1987 apud Pesce et al., 2004). A resiliência não significa necessariamente uma eliminação do problema ou da situação adversa, mas uma resignificação dos mesmos.

Eventos considerados como fatores de risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo para resultados negativos no seu desenvolvimento (Engle, Castle & Menon, 1996; Pesce et al., 2004). Os fatores de risco estão, assim, associados a eventos de vida negativos. Estudos indicam algumas variáveis que são fatores de risco potencial na velhice, com especial ênfase nos eventos de vida estressantes (Aldwin, 1994 apud Couto, 2007), os quais podem ser advindos de fontes físicas (ex: doenças), socioculturais (ex: divórcio, perda de emprego) ou das estruturas sociais (ex; recursos, papéis sociais) (Aldwin, 1994 apud Couto, 2007). É importante apontar que tais fatores não podem assumir uma condição de risco *a priori*, pois serão classificadas como fatores de risco dependendo da visão subjetiva do

indivíduo, isto é, do modo como ele percebe e atribui significado à situação (Yunes & Szymanski, 2001).

Quando se fala em resiliência, é importante que os fatores de risco sejam moderados pelos fatores de proteção, os quais proporcionam uma atitude positiva frente à adversidade da vida. Os fatores de proteção que o indivíduo dispõe internamente ou capta do meio são elementos essenciais para o desenvolvimento do processo de resiliência (Pesce et al., 2004).

Os fatores de proteção podem ser classificados a partir de algumas categorias. Brooks, 1994 e Emery & Forehand, 1996 (apud Pesca et al. 2004) os classificam em três tipos: os fatores individuais (auto-estima positiva, auto controle, autonomia, flexibilidade); fatores familiares (coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte) e fatores relacionados ao meio ambiente (disponibilidade de redes de apoio social que encorajam o indivíduo a lidar com as adversidades).

Estudos apontam que os fatores de proteção são preditivos de resiliência (Trombeta & Guzzo, 2002 apud Pesca et al., 2004). Para Yunes & Szymanski (2001) a resiliência é o produto final da combinação e acúmulo dos fatores de proteção. O envelhecimento é uma etapa na qual ocorrem alterações físicas, psicológicas e sociais, as quais exigem que a pessoa desenvolva mecanismos para enfrentar essas dificuldades de forma particular. Eventos como morte do cônjuge e de amigos, declínio na saúde e a proximidade da morte tornam-se mais presentes na velhice (Mendes, 2005). Essas perspectivas de desafios sugerem a necessidade do aumento da capacidade da resiliência nessa idade para que o funcionamento adaptativo possa se manter (Couto, 2007) e para que um processo de envelhecimento ativo se faça presente.

Partindo de tais pressupostos teóricos, propõe-se nesta pesquisa estudar a relação entre resiliência e o envelhecimento ativo, à medida que se constata a importância do indivíduo ser resiliente para conseguir se adaptar aos novos desafios da velhice, aperfeiçoando seu desenvolvimento pessoal e favorecendo um envelhecimento saudável.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO E IDOSO NO BRASIL

Compreende-se a terceira idade, segundo a definição da OMS (Mendes et al., 2005), a fase de idade onde a pessoa encontra-se no “limite de 65 anos ou mais de idade

para os indivíduos de países desenvolvidos e, 60 anos ou mais para indivíduos de países subdesenvolvidos”.

Ainda não é possível encontrar uma definição de envelhecimento que englobe todas as complicadas variáveis do processo, bem como não há consenso sobre a forma ideal para que este processo seja vivenciado pelos próprios idosos e pela sociedade em geral (Ferreira et al., 2010).

O envelhecimento apresenta-se como uma etapa na vida do ser humano, caracterizada por alterações físicas, psicológicas e sociais, que inferem em cada pessoa de modo particular. É uma fase que a pessoa passa a perceber que adquiriu muitos objetivos na sua vida, porém, também passou por sofrimento de perdas, principalmente com relação à saúde, que é um dos aspectos mais afetados (Mendes et al., 2005).

A terceira idade é a fase que mais consome os serviços de saúde quando é comparada a outra faixa etária, pois as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de permanência nos leitos é maior. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Para se garantir a qualidade de vida no processo de envelhecimento mostra-se preciso que este deixe de ser visto como consequência puramente biológica e natural, e receba influências culturais positivas, como integração social na terceira idade, atividade física, áreas de lazer comum, entre outros mecanismos de aproximação do idoso com a vida. Compreende-se como ideal, segundo Ferreira et al, (2010), que haja uma educação para a velhice, nos diversos espaços sociais, para que se construa uma imagem positiva do processo de envelhecimento. Tal cultura precisa espalhar-se no âmbito público e privado.

Hoje em dia, o Brasil está começando a ser visto como um país de cabelos grisalhos, a previsão é que o país passe a ter em 2025, 16 vezes mais idosos do que em 1950 (Vilarta, Gutierrez & Monteiro, 2010). Dessa forma, a sociedade precisa rever o papel do idoso e a atenção a ele despendida na sociedade, criando políticas públicas para atender essa população que está crescendo. Ainda que se tenha um aumento do número de idosos como parte integrante da população brasileira, as políticas de atendimento a essa faixa etária ainda concentram seus esforços, na grande maioria das vezes, ao atendimento biológico, deixando à margem o atendimento social e psicológico do idoso.

Salienta-se, que em concordância com os preceitos de Lima et al. (2010), o desafio do Brasil para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para essa imensa população de idosos, na sua maioria, de nível sócio econômico e educacional baixo, e com prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Compreende-se que para o alcance dessa condição mostra-se necessária a prevalência de um sistema de atendimento ao idoso humanizado. Essa prática impacta na forma como as políticas públicas e de atendimento ao idoso vem sendo desenvolvidas.

Pesquisas com pessoas idosas realizadas por Assis (2005), Neri & Teixeira (2008) reconhecem que existem fatores que contribuem para a longevidade da população. Foram identificados principalmente benefícios obtidos pelos avanços médicos, características genéticas, hábitos alimentares, exercícios físicos e saúde pública. Entretanto, existe outro fator que vem sendo discutido por alguns pesquisadores, conforme expõe Rech (2007), que pode estar contribuindo também para a extensão de vida: a resiliência, aspecto que será explanado a seguir.

2.2 RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO ATIVO

Na psicologia os estudos sobre resiliência se associam aos termos de invulnerabilidade e de invencibilidade. A partir desses aspectos se caracterizam os indivíduos que, mesmo expostos à adversidade, observa-se a capacidade de adaptar-se e manter o seu bem-estar e competências (Yunes & Szymanski, 2001).

Assim, mostra-se relevante compreender o conceito de resiliência como um processo que admite variabilidade em função das relações estabelecidas entre as bases constitucionais e ambientais e as diferentes situações em que se expressa (Rutter, 1985 apud Couto, 2007; Yunes & Szymanski, 2001, Soares & Oliveira, 2011).

O conceito de resiliência segundo Pinheiro (2004) refere-se à capacidade do indivíduo de enfrentar o efeito de adversidades e conseguir superá-las. Significa a adaptação diante de dificuldades consideradas desfavoráveis e estressantes, mas que podem possibilitar o enfrentamento dessas dificuldades trazendo a construção de novos caminhos (Fortes, 2007; Soares & Oliveira, 2011).

A resiliência, afirmam Mota et al. (2006) envolve fatores de proteção e de risco. Os fatores de proteção são aspectos que modificam e melhoram a resposta de uma pessoa frente a alguma situação de perigo. Relações parentais satisfatórias, disponibilidade de fontes de apoio social, autoimagem positiva, crença ou religião, entre outros, são considerados fatores de proteção (Angst, 2009).

Autores como Angst (2009), Pesce et al. (2004) e Souza e Oliveira (2011) dão ênfase que os fatores de proteção reduzem o impacto dos fatores de risco, reduzindo as reações negativas em exposição à situação de risco, estabelecendo a autoestima e criando

oportunidades para reverter os efeitos do estresse. Ter experiência de eventos negativos pode possibilitar ameaça ao controle pessoal do indivíduo e trazer consequências ao longo da vida (Fortes, 2007). Dessa forma se considera importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de resiliência para se adaptar aos novos desafios, prevenindo o surgimento de doenças e aperfeiçoando o desenvolvimento pessoal.

De acordo com Mendes et al. (2005), o envelhecimento traz mudanças que exigem que a pessoa desenvolva mecanismos para enfrentamento de forma particular, o que sugere a necessidade do aumento da capacidade da resiliência nessa idade, para que o funcionamento adaptativo possa se manter (Couto, 2007).

A capacidade de resiliência no indivíduo traz a função de ajudar a adaptação de comportamentos para ter, de forma satisfatória, o aprendizado com as experiências pessoais desfavoráveis. A resiliência permite o enriquecimento da trajetória da vida, conduzindo ao o alcance de uma velhice bem-sucedida (Fortes, 2007). Aderindo aos fatores de proteção, o idoso adquire maior resiliência e caminha mais seguro para o envelhecimento ativo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1978) a saúde é definida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doenças ou enfermidades”. Compreende-se desta forma que a qualidade de vida influencia diretamente para o resultado de um envelhecimento bem-sucedido.

O envelhecimento ativo segundo OMS (2005) “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Dessa forma foram definido pela OMS como principais fatores determinantes do “envelhecimento ativo”: serviços da saúde, prevenção de doenças e livre acesso a serviços de atenção primária e de longo termo; determinantes pessoais e biológicos; determinantes comportamentais, com indicação para adoção de estilos de vida saudável, participação ativa no autocuidado e em atividades físicas, alimentação saudável, não fumar e não fazer o uso de bebidas alcoólicas e nem tampouco fazer largo uso de medicamentos, visando estender a longevidade e melhorar a qualidade de vida; ambiente físico adequado para prevenir acidentes, inclusive nos serviços de saúde pública; determinantes sociais, com indicações de ações para prevenção de abuso aos idosos; e determinantes econômicos, valorizando a contribuição do trabalho dos idosos no setor informal e nos serviços em casa e na comunidade. (Albuquerque, 2008)

Os fatores comportamentais determinantes referem-se à personalidade individual, que ressalta estilos de vida saudáveis e cuidados com a própria saúde durante todas as etapas da vida. Idosos que praticam atividades físicas adequadas possuem alimentação saudável, evitam o uso do álcool e do fumo, fazem uso de medicamentos quando prescritos e por essas atitudes alcançam a longevidade e melhora da qualidade de vida. Já os fatores determinantes pessoais, referem-se da biologia, genética e as condições psicológicas de cada pessoa (OMS, 2005).

Com esta abordagem de envelhecimento ativo, espera-se que o percurso de vida do idoso deixe de ter um enfoque baseado apenas nas necessidades biológicas e englobe também os direitos referentes às oportunidades de inclusão social, bem-estar físico, mental e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Esta abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de participação nos processos políticos e nos aspectos da vida em comunidade. (Kalach & Kickbush 1997 apud Rosa, 2009).

Cabe ainda enfatizar que a implementação da atenção e promoção à saúde no contexto do envelhecimento exige ações de fortalecimento na educação em saúde para aumentar a independência da população idosa. Garantir o envelhecimento saudável é um desafio para a saúde pública, sendo fundamental assegurar a atenção integral, proporcionando adequado atendimento ao idoso, com ênfase na promoção à saúde (Oliveira et al., 2021).

Ao compreender a saúde e o envelhecimento numa perspectiva biopsicossocial, a resiliência pode ser vista como um aspecto que irá impactar na possibilidade de um envelhecimento ativo, à medida que está ligada ao enfrentamento das adversidades, favorecendo estilos de vida saudáveis, o fortalecimento da autoestima, o enriquecimento da trajetória de vida, um enfrentamento flexível frente às mudanças advindas da idade e o alcance de uma velhice bem sucedida.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar o processo de resiliência do idoso e compreender a influência da resiliência para o envelhecimento ativo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o nível de resiliência do idoso quanto aos seguintes fatores:

Competência pessoal e aceitação de si e da vida; Independência e Determinação; Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações.

- Identificar os principais desafios ou fatores de risco vivenciados pelos idosos nesta etapa do desenvolvimento.
- Identificar fatores de proteção presentes na vida dos idosos que contribuem para o enfrentamento de desafios e o desenvolvimento da resiliência;
- Analisar a representação simbólica do processo de envelhecimento.
- Compreender a relação entre resiliência e envelhecimento ativo.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa **exploratória**, de **campo**, com abordagem **qualitativa**.

Na pesquisa qualitativa o objetivo foi compreender o fenômeno e o significado a ele atribuído (Oliveira, 2007). Segundo Denzin e Lincoln (2000 apud Oliveira, 2007), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalista do objeto de estudo, sendo que o pesquisador busca estudar coisas em seu cenário natural, tendo em vista compreender e interpretar o fenômeno em termos de quais os significados que as pessoas atribuem a ele.

4.2 INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

(1) **Escala de Resiliência:**

O instrumento foi criado por Wagnild & Young, em 1993, e é utilizado para medir resiliência e níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos da vida importantes. A escala de resiliência na cultura brasileira foi adaptada por Pesce et al. (2005)

A escala de resiliência contém 25 itens com respostas que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando resiliência elevada (Pesce et al., 2005).

Na versão brasileira os itens foram agrupados em 3 fatores a saber: Fator 1- Competência pessoal e aceitação de si e da vida (14 itens), Fator 2-Independência e

Determinação (6 itens), fator 3-Auto confiança e capacidade de adaptação a situações (5 itens) (Pesce et al., 2005).

(2) O Desenho-Estória com Tema (D-E/T) de Walter Trinca: O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E/T) foi elaborado por Walter Trinca, em 1972, e trata de “[...] uma técnica de investigação de personalidade que emprega, basicamente, desenhos livres associados a estórias, no contexto do diagnóstico psicológico” (Cunha, 2000, p.428). Nesta técnica, o examinador, antes do examinando começar a desenhar, propõe um tema. Após o término do desenho, é pedido que o examinando conte uma história associada livremente ao desenho (Cunha, 2000). Na presente pesquisa foi dada ao participante a seguinte instrução: “Desenhe uma pessoa idosa no seu dia-a-dia”. Após o desenho, foi solicitado: “Conte uma estória sobre o desenho que você fez e dê um título para sua estória”.

(3) Entrevista semiestruturada: A entrevista segundo Cunha (2000) apresentou-se como um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistado que possui com objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais.

A entrevista semiestruturada é constituída com base em uma estrutura flexível, fazendo uso de questões abertas para definir a área explorada, pelo menos inicialmente, e, a partir da qual, o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes. (Pope & Mays, 2009).

No roteiro de entrevista foram explorados de forma qualitativa os seguintes aspectos:

- a percepção do idoso sobre seu processo de envelhecimento;
- os principais desafios ou fatores de risco vivenciados nesta etapa do desenvolvimento;
- os fatores de proteção presentes na sua vida que contribuem para o enfrentamento dos desafios e para o desenvolvimento da resiliência.
- A percepção do idoso sobre o processo de resiliência e o envelhecimento

ativo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foi coletada informações de uma amostra de 10 idosos, sendo eles com as seguintes especificidades: possuir a partir de 60 anos e residir na cidade de Taubaté e região. Não foram critérios o estado civil, nível de escolaridade e renda.

Foi formada uma amostra por acessibilidade com 10 idosos, sendo 5 homens e 5 mulheres. Acredita-se que o número de 10 pessoas foi adequado e suficiente para se atingir os objetivos da pesquisa, por se tratar de um estudo exploratório e qualitativo, o qual busca aprofundar o conhecimento de cada indivíduo.

4.4 PROCEDIMENTO COLETA DE DADOS

Atendendo os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos previstos na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, a cada participante foram explicados os objetivos da pesquisa, assim como os aspectos éticos envolvidos. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi-se realizado dois encontros com cada participante. No primeiro encontro, foram aplicados a Escala de Resiliência e o Desenho Estória com Tema. E no segundo encontro, foi realizada a entrevista semiestruturada. Escolheu-se esta sequência de aplicação dos instrumentos, pois os resultados obtidos na escala e no desenho foram explorados na entrevista. A coleta de dados foi realizada na própria residência do participante ou em local de sua preferência.

4.5 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente foram realizadas separadamente as análises de cada um dos instrumentos aplicados, a partir dos seguintes procedimentos:

(1) Escala de Resiliência

A escala de resiliência foi analisada conforme instruções do instrumento. A escala de resiliência contém 25 itens com respostas que variam de 1 ponto (discordo totalmente) a 7 pontos (concordo totalmente). Os escores da escala variam, portanto, de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando resiliência elevada (Pesce et al., 2005). Deve ser feita a soma dos pontos de cada indivíduo a fim de se identificar seu escore. Quanto maior o escore alcançado, maior o nível de resiliência apresentado pelo indivíduo.

(2) Desenho-estória com Tema

Como procedimento de análise dos Desenhos-estórias com Tema, foi utilizada a análise de conteúdo baseada no referencial de análise proposto por Tardivo (1985 apud Cunha, 2000). Esta autora baseou-se no referencial de análise proposto, primeiramente, por Walter Trinca, em 1972, que é composto por dez áreas ou categorias: Atitude Básica, Figuras Significativas, Sentimentos Expressos, Tendências e Desejos, Impulsos, Ansiedades, Mecanismos de Defesa, Sintomas Expressos, Simbolismos e Outras Áreas da Experiência. Destas dez áreas propostas por Trinca, Tardivo considerou sete relevantes e as denominou Grupos, que foram numerados de I a VII, reunindo cada qual certo número de traços, totalizando 33 traços a serem analisados.

(3) Entrevista Semiestruturada

Para análise das entrevistas semiestruturadas foram utilizadas as técnicas do método de análise de conteúdo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Quadro 1 - Caracterização dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Ocupação	Com quem mora	Filhos e netos
Participante 1	Feminino	75	Solteira	Dona de casa	Sozinha	0 filhos
Participante 2	Feminino	64	Viúva	Costureira	Com o filho	1 filho
Participante 3	Feminino	80	Casada	Costureira	Com o marido	1 filha e 3 netos
Participante 4	Feminino	67	Divorciada	Costureira	Sozinha	0 filhos
Participante 5	Feminino	65	Divorciada	Costureira	Com o filho	3 filhos
Participante 6	Masculino	83	Casado	Aposentado	Com a esposa	3 filhos, 5 netos e 5 bisnetos
Participante 7	Masculino	82	Separado	Aposentado	Sozinho	2 filhos e 3 netos
Participante 8	Masculino	71	Casado	Aposentado	Com a esposa	8 filhos e 7 netos
Participante 9	Masculino	71	Viúvo	Aposentado	Sozinho	4 filhos, 10 netos e 3 bisnetos
Participante 10	Masculino	74	Viúvo	Aposentado e pintor	Sozinho	3 filhos, 4 netos e 1 bisneto

Foram coletadas informações junto a cinco mulheres e cinco homens, totalizando dez idosos. A idade variou entre 64 e 83 anos. Houve uma mulher solteira, uma viúva, uma casada e duas divorciadas. E, também, dois homens casados, dois viúvos e um separado.

Todas participantes do sexo feminino são aposentadas, mas possui uma ocupação, a maioria é costureira nas horas vagas, apenas uma é dona de casa. Os participantes do sexo masculino também são aposentados, mas apenas um tem a ocupação de pintor.

Algumas participantes mulheres moram com os filhos, outras moram sozinhas e outra com o marido. Os participantes homens, alguns moram sozinhos e outros com a esposa.

Em relação aos filhos, alguns participantes do sexo feminino têm, outras não, mas apenas uma tem netos. Já os participantes do sexo masculino, todos têm filhos e netos, mas apenas três têm bisnetos.

5.2 ESCALA DE RESILIÊNCIA

Quadro 2 - Escores da Escala de Resiliência

Participante	Fator1	Fator2	Fator3	Escore total
Participante 1	81	33	32	146
Participante 2	72	31	30	133
Participante 3	70	26	33	129
Participante 4	85	35	29	149
Participante 5	82	29	31	142
Participante 6	80	31	30	141
Participante 7	79	34	23	136
Participante 8	88	27	27	142
Participante 9	84	36	30	150
Participante 10	81	28	26	135

A Escala de Resiliência foi dividida em três fatores, o fator 1 avalia competência social, o fator 2 mede aceitação de si mesmo e da vida e, por fim, o fator 3 avalia competência pessoal. O máximo de pontos que pode ser atingido é de 175 pontos, e de acordo com esses resultados, a média do grupo foi de 140,3. Com os dados dos dez

participantes, foi possível observar que o participante 9 obteve o maior escore total e participante 3 obteve o menor escore total. O maior escore do fator 1 foi do participante 8 e o menor foi da participante 3; No fator 2, o maior escore foi do participante 9 e o menor foi da participante 3; No fator 3, o maior escore foi da participante 3 e o menor do participante 7.

5.3 RESULTADOS DA ENTREVISTA

Foram construídas cinco categorias, as quais serão apresentadas a seguir:

Quadro 3- Dados da Categoria 1

Categoria I	Percepção do Processo de Envelhecimento
Participante 1	“Estou envelhecendo muito bem”, “muito difícil aceitar que estou envelhecendo”, “sempre me cuidei”, “a velhice me trouxe muitos ganhos”, “não preciso trabalhar”, “estou tranquila comigo mesma”, “fiz tudo que pude”.
Participante 2	“Percebi meu processo de envelhecimento físico olhando no espelho”, “dentro de mim eu sou capaz de tudo”, “sou uma super mulher”, “não tenho forças pra fazer o que eu fazia antes”, “sinto que tive mais ganhos com o envelhecimento, por conta da experiência de vida”.
Participante 3	“Acho maravilhoso ficar velha”, “acho que é uma graça você alcançar a velhice”, “demorei pra perceber meu envelhecimento”, “esqueço muito as coisas”, “não tenho agilidade mais”, “ando cansada, sou limitada”, “não tenho queixa da vida”, “tive ganhos”, “tenho uma filha e três netos”.
Participante 4	“Quando olho no espelho”, “sem olhar no espelho, me sinto a mesma”, “adquire muita experiência”, “dores”, “eu sei que preciso ter mais cuidado ao andar”, “tive perdas, porque o mercado de trabalho não deu muita chance mais”.
Participante 5	“Com naturalidade e com orgulho”, “É uma libertação pra mim, eu sou outra pessoa”, “Eu gosto da minha velhice”, “a gente tem as limitações com a velhice”, “sabedoria”.
Participante 6	“Acho normal”, “é bom”, “temos que aceitar que vamos envelhecer”, “você ainda pode fazer as coisas”, “ter pensamento de jovem”, “ainda sou capaz”, “percebi através do cabelo branco e a surdez”, “faço muitos exercícios, caminhadas”, “faço teatro”.
Participante 7	“O tempo vai passando”, “percebi o meu envelhecimento, porque a gente para de trabalhar”, “tive mais ganhos em minha vida”, “aposentei”, “nunca fui roubado”, “só perdi a mulher”.
Participante 8	“Percebi pelo enfraquecimento do corpo”, “pelos cabelos brancos”, “a velhice é razoavelmente boa”, “diante da graça de Deus a minha vida inteira eu tive saúde, só quando fiquei mais velho que fui enfraquecendo, mas isso faz parte da vida”.
Participante 9	“Assim que eu parei de jogar bola”, “senti muito cansaço”, “sempre fumei muito, mas faz muitos anos que parei”, “sinto dores no braço”, “parei com tudo”, “agora dói meu joelho”, “eu não me sinto muito velho ainda”, “eu me sinto bem envelhecendo”, “tive muitos ganhos”, “vou me casar novamente esse ano”.
Participante 10	“Eu não percebi que eu envelheci”, “só percebi quando eu tive que parar de correr”, “tenho problema na coluna”, “só posso caminhar”, “a gente enfraquece”, “é tudo diferente”, “temos que viver”, “tenho que fazer fisioterapia”, “tive muitos ganhos”, “comecei a vida do nada, não tinha muitas coisas, nem estudo”.

Quadro 4 - Dados da Categoria 2

Categoria II	Problemas/Desafios e Fatores de Risco
Participante 1	“Limitação física”, “me perturba essa limitação”, “penso duas vezes antes de subir numa cadeira”.
Participante 2	“Principal desafio é o físico”, “sinto dores”, “me sinto impotente”, “quero resolver problemas dos outros, mas não consigo”.
Participante 3	“Criar meus netos, esta muito difícil criar uma criança hoje em dia”.
Participante 4	“Falta de confiança, perder o desejo de confiar, traição”.
Participante 5	“Criação dos filhos”, “absorvo muito os problemas deles”.
Participante 6	“Não enfrento nada de problema”, “tenho muita saúde, paz”.
Participante 7	“Meu único problema é ficar em casa, sozinho, não ter um companheirinho”.
Participante 8	“Tenho feridas nas pernas que são difíceis de curar”, “meus joelhos não estão bons mais e nem minha coluna”.
Participante 9	“Meu filho que mexia com droga”, “ele foi preso”, “eu não ensinei isso para ele”, “nunca visitei ele na cadeia”, “isso foi muito triste para mim”.
Participante 10	“Cuidar dos filhos”.

Quadro 5 - Dados da Categoria 3

Categoria III	Fatores de Proteção
Participante 1	“Faço academia”, “pratico Liancun, um exercício Chinês”, “as vezes pago um Personal Trainer”, “essas atividades me ajudam muito”.
Participante 2	“O simples fato do meu filho existir”.
Participante 3	“A minha fé”, “sempre tive muita saúde”, “queria ter mais fé”.
Participante 4	“Não vejo nenhum fato, não tenho! O negócio é enfrentar, superar e continuar”, “ou você faz ou você se entrega”.
Participante 5	“Ser mãe”, “responsabilidade e honestidade”.
Participante 6	“A fé”, “minha fé me ajuda muito”.
Participante 7	“Tomar remédios”, “fazer exercícios”, “ter bastante saúde”, “faço hidro, faço muita ginástica”, “onde tiver esporte eu to fazendo”.
Participante 8	“Meu ânimo”, “não podemos desanimar”.
Participante 9	“Quando eu tenho um problema meus filhos me ajudam”.
Participante 10	“Deus me ajuda bastante”.

Quadro 6 - Dados da Categoria 4

Categoria IV	Estratégias de Enfrentamento
Participante 1	“Se eu puder ajudar, ajudo!”, “peço a Deus que dê a solução”, “me considero resiliente”, “tive problemas durante minha vida e consegui contornar”.
Participante 2	“Esperneio bastante”, “em relação as dores, procuro todos os tipos de tratamentos possíveis”, “me considero resiliente”, “suportei muita coisa”.
Participante 3	“Choro muito!”.
Participante 4	“Eu enfrento mesmo que doa”, “não me considero muito resiliente”, “vai indo, a gente desiste”.
Participante 5	“Tento resolver da melhor maneira possível, enfrento”.
Participante 6	“Eu penso bem, oro”, “me sinto capaz de enfrentar os problemas da vida”.
Participante 7	“Eu procuro fazer tudo d melhor maneira possível”, “faço tudo que eu preciso”, “não me considero resiliente”.
Participante 8	“Procuro lidar da melhor maneira possível com os problemas”, “me sinto resiliente”.
Participante 9	“Levo tudo no banho Maria”, “deixo rolar”, “não ligo muito”, “depois vejo como posso resolver”, “me considero resiliente”.
Participante 10	“Nem penso nos problemas, apenas enfrento”, “moro sozinho, então tenho que dar conta”.

Quadro 7 - Dados da Categoria 5

Categoria V	O que é envelhecimento ativo
Participante 1	“É ter um objetivo, não parar no tempo”, “é a pessoa que se trata”, “quem não espera a morte chegar”, “não me julgo velha, mas envelhecendo”, “a cultura é indispensável, não pode parar de estudar”, “não depender do marido”, “quando você constrói, você vive feliz!”.
Participante 2	“Ativo pra mim é continuar no meu trabalho, nos meus afazeres, mesmo com dificuldades e limitações”, “praticar esportes, caminhar”, “vou fazer pilates”, “quero parar de fumar”.
Participante 3	“Amar a vida”, “olhar pro céu e achar lindo e maravilhoso a criação de Deus”, “adoro a natureza”, “cuidar da sua saúde, do seu psicológico e amar bastante”.
Participante 4	“Faz tudo que você quer”, “cuido da minha casa, vou no trabalho”, “faço tudo o que me dá na cabeça”, “ter sonho, objetivo”, “tomar muito cuidado com pessoas, porque elas podem te derrubar”.
Participante 5	“Ter uma ocupação, um trabalho”, “fazer atividade física”, “melhor condição de saúde, de vida”, “pensar muito no futuro”, “dedicar a sua casa”, “quando você casar e tiver seus filhos, seja mãe”.
Participante 6	“Ter saúde”, “estar andando, falando”, “nunca é tarde para aprender”, “aprender nos ajuda a viver”, “eu leio muito, aprendi muitas coisas boas”, “nunca deixe de aprender mesmo que você tenha noventa anos”.
Participante 7	“Tem que ter muita saúde para viver”, “temos que nos cuidar bastante”, “não ter vícios”.
Participante 8	“Ter uma vida ativa”, “sair de casa”, “jogar dominó”, “participar da comunidade, igreja”, “devemos sempre viver em união e com amor, ter amor a Deus e às coisas”.
Participante 9	“Não devemos nos preocupar muito com as coisas”, “ter sombra e água fresca”, “devemos envelhecer de forma saudável”, “se cuidar”, “cuidar da saúde”, “fazer exames”.
Participante 10	“É enfrentar a vida, as dificuldades”, “sempre se ocupar com algo”, “adoro ficar em casa pintando meu paninho”, “eu casei sem saber nada da vida”, “devemos ser educados, simpáticos e ter respeito”.

5.4 RESULTADOS DO DESENHO-ESTÓRIA

De acordo com o que foi observado nos desenhos, constatou-se que a participante 1, possui uma identificação positiva com sua autoimagem, figura fraterna positiva, ansiedade paranóide, representação simbólica positiva e tendências construtivas.

A participante 2, apresentou componente simbólico de infantilidade, uma identificação negativa em relação a idade e sentimentos derivados ao instinto de vida. Foi possível observar um desejo de suprir faltas básicas, demonstra impulsos amorosos e ausência de ansiedade.

A participante 3, demonstrou uma aceitação, liberdade, autonomia, sentimentos derivados ao instinto de vida, necessidade de suprir faltas básicas e ao mesmo tempo apresenta tendências construtivas. Apresentou impulsos amorosos, ansiedade depressiva, reprimindo conteúdos interna na tentativa de controlar a si mesma, e representação simbólica positiva.

Foi possível observar na participante 4, aceitação e identificação positiva em relação a autoimagem. Foram detectados sentimentos derivados do instinto de vida, como

alegria e amor, apresentou tendências construtivas, ansiedade depressiva, na busca de reprimir conteúdos internos e representação simbólica positiva.

De acordo com o desenho da participante 5, observou-se uma figura materna positiva, sentimentos derivados ao instinto de vida, ansiedade depressiva e paranóide, impulsos amorosos, importância dos animais em sua vida, representação simbólica positiva e elementos infantis.

O participante 6 apresentou identificação positiva em relação a auto-imagem, impulso amoroso e sentimentos derivados do instinto de vida, que são sentimentos construtivos como alegria, amor, energia instintiva, instinto sexual, conquista e de mudança construtiva. Tendências construtivas, que têm relação com necessidade de cura, de aquisição, de realização e autonomia, de liberdade e crescimento, de construtividade.

Foi possível observar, que participante 7 possui uma identificação negativa, que são relacionados a sentimentos de menos-valia, incapacidade, desimportância. Há sentimentos derivados de conflito, com relação ao abandono, solidão, tristeza, desproteção, ansiedade paranóide e mecanismos de defesa como: projeção, isolamento e deslocamento.

De acordo com o desenho do participante 8, foi possível observar identificação positiva em relação a sentimentos de valorização, sentimentos derivados do instinto de vida, que são sentimentos construtivos como alegria, amor e há também tendências construtivas, necessidade de cura, de aquisição, de realização e autonomia, de liberdade e crescimento, de construtividade.

O participante 9 apresentou identificação negativa, relacionados a sentimentos de menos-valia e incapacidade. Foi possível observar também, sentimentos derivados do instinto de vida, que são construtivos como: alegria, amor, energia instintiva, instinto sexual, conquista e de mudança construtiva e tendência construtiva, desejo de canalizar energia sexual. Há ansiedade depressiva, na busca de construção e articulação favorável dos sentimentos, e possui mecanismo de defesa relacionado a racionalização.

Por fim, o participante 10 demonstrou identificação positiva sentimentos de valorização, auto-imagem e auto-conceito reais e positivos, busca de identidades, sentimentos derivados do instinto de vida, que são sentimentos construtivos como alegria, amor, conquista e de mudança construtiva. Tendências construtivas, necessidades de liberdade, crescimento, construtividade e recuperar aspectos sadios. Possui mecanismo de defesa ligado a racionalização e ansiedade depressiva, procura articulação e resolução;

tende a elaborar mecanismos de defesa para lidar com a situação angustiante; busca de construção e articulação favorável dos sentimentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar que através do envelhecimento ocorrem mudanças físicas, psicológicas e de papéis sociais que trazem desafios para o idoso, tornando assim, necessária a manutenção de sua qualidade de vida.

Com o presente estudo, foi possível observar que os participantes apresentaram um bom nível de resiliência geral. Seus principais desafios são: a limitação física, as dores, a criação dos netos e filhos, a solidão e falta de confiança nas pessoas.

Os principais fatores de proteção apresentados são: ser mãe, e portanto, vínculos afetivos significativos com filhos e netos, ter fé, ter saúde, praticar exercícios, tomar medicamentos, ser responsável e honesto.

Foram observadas também, que as principais estratégias de enfrentamento dos desafios advindos do envelhecimento são: tentar achar uma solução para o problema, expressar sentimentos, fazer orações, buscar ajuda e também ajudar o próximo.

Pelo que pôde ser constatado com a Escala de Resiliência, os idosos possuem um bom nível, revelando assim, que são capazes de enfrentar as adversidades da vida e apresentam capacidade de adaptar-se e manter o seu bem-estar. Procuram viver de forma ativa e saudável, praticando exercícios, cuidando da saúde, fazendo exames, continuar trabalhando e se ocupando.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, S. M. L. (2008). *Envelhecimento Ativo: Desafio do Século*. São Paulo: Andreoli.
- Alexandre, T. S.; Cordeiro, R. C.; Ramos, L. R. (2009). *Factors associated to quality of life in active elderly*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 43, (4). Recuperado a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000400007&lng=pt&nrm=iso
- Angst, R. (2008). *Resiliência: Qual a contribuição para a Psicologia?* XVII ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL. Anais...Campinas: ABPMC.
- Angst, R. (2014). *Psicologia e Resiliência: Uma revisão de literatura*. Psicol. Argum, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 253-260. Recuperado a partir de http://www.psicoach.srv.br/arquivos/psicologia_e_resiliencia_uma_revisao_de_literatura.pdf
- Assis, M. (2005). *Envelhecimento ativo e promoção da saúde: Reflexão para as ações educativas com o idoso*. Revista APS. Recuperado a partir de <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>
- Couto, M. C. P. P. (2007) *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Curso de Pós-Graduação em Psicologia o Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. 5 ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, O. G. L. et al. (2010). *Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo*. Psico-USF (Impr.), Itatiba, v. 15, n. 3. Recuperado a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000300009&lng=en&nrm=iso
- Fonseca, R.A. (2007). *Representação social da liderança por líderes e potenciais líderes*. Dissertação Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional - Departamento de Economia, Contabilidade e Administração - Universidade de Taubaté, Taubaté - SP.
- Fortes, T. F. R. Portuguese, M. W.; Argimon, I. I. L. (2009). *A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas*. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 26, n. 4.
- Hamilton, I; Stuart. (2002). *A psicologia do envelhecimento*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Inouye, K.; Pedrazzani, E. S.; Pavarini, S. C. I. (2008). *Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida*. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 17, n. 2.

Lima, T. J. V. et al. (2010). *Humanização na Atenção à Saúde do Idoso*. São Paulo, v. 19, n. 4. Recuperado a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000400013&lng=en&nrm=iso

Lima-Costa, M. F.; Veras, R. (2003). *Saúde pública e envelhecimento*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3.

Lima, T. J. V. de et al. (2010). *Humanização na Atenção à Saúde do Idoso*. Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 4.

Mendes, M.R.S.S. Barbosa et al. (2005). *A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração*. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 4. Recuperado a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=en&nrm=iso

Moraes, R. (1999). *Análise de Conteúdo*. Revista educação. v. 22. n. 37. Porto Alegre. Recuperado a partir de [http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise de conteudo moraes.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html)

Mota, D. C. G. A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L.; Araújo, S. M.(2006). *Estresse e resiliência em doença de chagas*. Aletheia, 24, 57-68.

Olds, S. W; Papalia, D.E. (2000). *Desenvolvimento Humano*; 7.ed. Porto Alegre Aritmed.

Oliveira, A. L. (2007). *Comportamento Organizacional e Pesquisa Qualitativa: Algumas Reflexões metodológicas*. In: CHAMON, E. M. O. (Org.). *Gestão e Comportamento Humano nas Organizações*. Rio de Janeiro: Brasport. p. 180- 205.

Oliveira, M.C. C., Pereira, K. D., Oliveira, M. A. C, Pinto, M. A. T.C, Lucena, J. M.C., Leite, M.F. (2021). Importância da atenção e promoção à saúde frente ao processo de cuidado da pessoa idosa. *Brazilian Journal of of Health Review*, v.4, n.1, p.1151-1163.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. (1978). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. (2002). *Active Aging: a police framework*. Geneva.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Pereira, J. C. R. (2004) *Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: Edusp.

Pesce, R. P; Assis, S. G.; Santos, N.; Oliveira, R. V. C. (2004) *Risco e proteção:Um equilíbrio promotor de resiliência*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.20, n.2, p. 135-143.

Pesce, S., Assim, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V.; Carvalhaes, R. (2005). *Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência*. Caderno de Saúde Pública, v. 21, n.2, p. 436-448.

Pinheiro, D. P. N. (2004). *A Resiliência em discussão*. Psicologia em Estudo, Maringá, v.9, n.1, p. 67-75.

Pope, N., Mays, N. (2009). *Pesquisa Qualitativa na atenção à Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Souza, M. T. S.; Oliveira, A. L. (2011). *Fatores de proteção familiares, situações de risco, comportamentos e expectativas de jovens de baixa renda*. In: Adolescência e Juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção. Dell-Aglio, D. D.; Koller, S. H. São Paulo: Casa do psicólogo, p.47-76.

Tardivo, L. S. L. P. C. (1997). *Análise e Interpretação*. In TRINCA, W. (org.). *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo : Vetor Editora. p. 115-156.

Teixeira, I. N. D. O.; Neri, A. L. (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida*. Success fulaging: a goal in the course of life. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 19, n. 1. Recuperado a partir de http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000100010&lng=en&nrm=iso

Vilarta, R. et. al. (2010). *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: Ipes.

Yunes, M. A. M; Szymanski, H. (2001). *Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas*. In: TAVARES (Org.). *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez. p. 13-42.

Agradecimento: Agradecemos ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade de Taubaté PIBIC-CNPq pela bolsa concedida.