

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Suporte Social, Esperança, Otimismo e Frequência da Universidade
Sénior – Fatores de Resiliência na Terceira Idade?

Alexandra Hermínia Abrantes Teixeira Soares Cardoso

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia da Educação

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutora Maria Helena Venâncio Martins

Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

Suporte Social, Esperança, Otimismo e Frequência da Universidade Sénior –
Fatores de Resiliência na Terceira Idade?

Alexandra Hermínia Abrantes Teixeira Soares Cardoso

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia da Educação

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutora Maria Helena Venâncio Martins

2014

Declaração de autoria de trabalho:

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Alexandra Hermínia Abrantes Teixeira Soares Cardoso

Copyright

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Helena Venâncio Martins, pelo apoio e disponibilidade que sempre prestou e pela partilha da sua experiência e sabedoria.

À Universidade Sénior de Viseu que me permitiu aplicar os questionários no seu estabelecimento de ensino.

A todos os gerontes que aceitaram participar neste estudo.

À minha família pelo incentivo e apoio incondicionais.

Muito obrigada!

Resumo

O processo de envelhecimento é caracterizado por um conjunto de alterações, destacando-se nesta fase da vida uma maior vulnerabilidade que pode provir da deterioração das capacidades neurológicas, da dificuldade de adaptação a novos papéis, do isolamento e da perda de autonomia. Neste processo, diversos fatores podem, no entanto, funcionar como proteção e resiliência. Com o presente estudo pretende-se analisar se o suporte social, a esperança, o otimismo e a frequência da Universidade Sénior influenciam a resiliência dos gerontes.

A amostra é constituída por 65 gerontes ($N=65$), sendo que 31 gerontes frequentam a Universidade Sénior e 34 não frequentam. Os inquiridos responderam a um questionário sociodemográfico, ao Inventário *Measuring State and Child Resilience* (Hiew, 1998, adaptado por Martins, 2005), ao Questionário de Suporte Social (versão reduzida - SSQ6) (Pinheiro & Ferreira, 2001, 2002), à Escala de Esperança (Oliveira, 2003) e à Escala de Otimismo (Oliveira, 1998).

O estudo revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os gerontes que frequentam a Universidade Sénior e os que não frequentam no que se refere à sua resiliência, bem como no otimismo. São os gerontes que não frequentam a Universidade Sénior que apresentam valores mais elevados nessas variáveis. Constatou-se que, quer no grupo de gerontes que frequentam a Universidade Sénior, quer no grupo que não frequenta, a resiliência atual se correlaciona positivamente com a resiliência desenvolvida em criança, a esperança e o otimismo. Assinale-se que no grupo de gerontes que frequentam a Universidade Sénior a resiliência atual correlaciona-se positivamente com a componente qualitativa do suporte social e no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior a resiliência atual correlaciona-se positivamente com a componente quantitativa do suporte social.

Constatou-se que a resiliência desenvolvida em criança e o otimismo constituem variáveis preditivas da resiliência atual neste grupo de gerontes.

Palavras-chave: gerontes, resiliência, otimismo, esperança, suporte social.

Abstract

The process of growing older involves a set of changes. During this stage of life, it is possible to observe a higher level of vulnerability, which can be the result of neurological abilities' deterioration, the difficulty to adjust to new roles, isolation and autonomy loss. However, during this process, several factors can work as a protection and resilience. This study will analyse whether social support, hope, optimism and attending a Senior University influence elderly's resilience or not.

The sample is composed by 65 elderly ($N=65$). 31 of them attend Senior University and 34 do not. The people polled answered a sociodemographic questionnaire, the Inventory *Measuring State and Child Resilience* (Hiew, 1998, adapted by Martins, 2005), the Social Support Questionnaire (reduced version - SSQ6) (Pinheiro & Ferreira, 2001, 2002), the Hope Scale (Oliveira, 2003) and the Optimism Scale (Oliveira, 1998).

The study showed that there are statistically significant differences between the elderly who attend Senior University and those who do not, concerning their resilience as well as in their optimism. The elderly who do not attend Senior University present the highest values in these variables. It was found that, both in elderly that attend Senior University and in elderly who do not attend it, their current resilience is positively correlated with the resilience they developed in their childhood, their hope and optimism. It is worth noting that, in the group of elderly who attend Senior University, their current resilience is positively correlated to the qualitative component of social support and, in the group who do not attend Senior University, their current resilience is positively correlated to the quantitative component of social support.

It was found that the resilience developed during childhood and optimism represent predictive variables of current resilience in this group of elderly.

Key words: elderly, resilience, optimism, hope, social support.

Índice

Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Introdução	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1. Envelhecimento – Conceitos, Teorias e Vulnerabilidades	5
2. Resiliência e Envelhecimento	9
2.1. Fatores de risco e de proteção no Envelhecimento	15
3. Suporte Social e Envelhecimento	18
4. Esperança e Envelhecimento	21
5. Otimismo e Envelhecimento	24
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	28
6. Conceptualização da Investigação Empírica	29
6.1 Fundamentação do estudo e definição da problemática	29
6.2. Objetivos da investigação	29
7. Metodologia	30
7.1. População e amostra	30
7.1.1. Caracterização do grupo amostral.....	31
7.2. Instrumentos de recolha de dados	32
7.2.1. Questionário sociodemográfico	32
7.2.3. Inventário <i>Measure State and Child Resilience</i>	32
7.2.4. Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6).	32
7.2.5. Escala sobre o Esperança	33
7.2.6. Escala sobre a Otimismo.....	33
7.3. Procedimento de recolha e análise de dados.....	33
8. Apresentação dos Resultados	35

8.1. Análise descritiva dos resultados obtidos nas diversas escalas	35
8.2. Resiliência, Suporte social, Esperança, Otimismo e variáveis sociodemográficas	35
8.2.1. Idade.....	35
8.2.2. Género.....	36
8.2.3. Estado civil.....	37
8.2.4. Escolaridade.....	38
8.2.5. Com quem vive o geronte.....	38
8.2.6. Frequência ou não da Universidade Sénior	39
8.3. Análise correlacional da Resiliência, Suporte social, Esperança e Otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior	40
8.4. Análise correlacional da Resiliência, Suporte social, Esperança e Otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior	40
8.5. Análise das variáveis preditivas da resiliência atual	41
9. Análise e Discussão dos Resultados	41
9.1. Resiliência, Suporte social, Esperança e Otimismo	41
9.2. Relações entre a Resiliência, o Suporte social, o Otimismo, a Esperança e as variáveis sociodemográficas	43
9.3. Relações entre a Resiliência, o Suporte social, a Esperança, o Otimismo e a frequência ou não da Universidade Sénior	45
9.4. Análise das variáveis preditivas da Resiliência em gerontes	48
Conclusões	50
Referências Bibliográficas	55
Anexos	64
Apêndices	71

Índice dos Anexos

Anexo 1 – <i>Measure Child Resilience</i> (MCR)	65
Anexo 2 – <i>Measure State Resilience</i> (MSR)	66
Anexo 3 – Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6).....	67
Anexo 4 – Escala sobre a Esperança	69
Anexo 5 – Escala sobre o Otimismo	70

Índice dos Apêndices

Apêndice 1 – Questionário Sociodemográfico	72
Apêndice 2 – Pedidos de autorização para a utilização das escalas aos autores	73
Apêndice 3 – Pedido de autorização para a recolha de dados na Universidade Sénior.....	75
Apêndice 4 – Consentimento Informado	76
Apêndice 5 – Análise correlacional da Resiliência, Suporte social, Esperança e Otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior	77
Apêndice 6 – Análise correlacional da Resiliência, Suporte social, Esperança e Otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior	79

Índice dos Tabelas

Tabela 7.1. – Características sociodemográficas: género, estado civil, escolaridade, frequência da Universidade Sénior	31
Tabela 8.1. – Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Otimismo e Esperança do grupo amostral	36
Tabela 8.2. – Análise correlacional da Resiliência, Suporte social, Esperança e Otimismo em relação à idade.....	36
Tabela 8.3. – Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Otimismo, Esperança e género – <i>Independent Sample Test</i> relativamente ao género	36
Tabela 8.4. – Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Esperança, Otimismo e estado civil – <i>Anova's</i> relativamente ao estado civil	37
Tabela 8.5. – Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Esperança, Otimismo e escolaridade – <i>Anova's</i> relativamente à escolaridade	38
Tabela 8.6. – Análise descritiva da resiliência, suporte social, esperança, otimismo e com quem vive o geronte – <i>Anova's</i> relativamente a com quem vive o geronte	39
Tabela 8.7. – Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Esperança, Otimismo e frequência ou não da Universidade Sénior – <i>Independent Sample Test</i> relativamente à frequência ou não da Universidade Sénior	39
Tabela 8.8. – Modelo de regressão linear, através do método <i>stepwise</i>	41

INTRODUÇÃO

Introdução

É irrefutável o facto de que o envelhecimento ainda não é um processo inevitável se uma pessoa atravessar todas as etapas do ciclo vital.

Em Portugal a taxa de população envelhecida tem vindo a crescer exponencialmente devido fundamentalmente à reduzida taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida.

O envelhecimento é um processo que consiste na perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação ao meio, que ocorre de formas diferentes em cada ser humano, atendendo aos factores fisiológicos, psicológicos e sociais (Fernandes, 2002). O envelhecimento é um processo heterogéneo, universal, contínuo e irreversível, sendo contudo que podemos encontrar pessoas com a mesma idade cronológica, mas que apresentam diferentes níveis de funcionamento a nível psicológico, fisiológico e social (Fontaine, 2000).

Convém referir que apesar de muitas enfermidades e algumas perdas em todos os âmbitos, o envelhecimento apresenta características positivas, tais como a sabedoria, a maturidade emocional e a capacidade de mobilizar esforços no sentido da utilização de estratégias imbuídas de pró-atividade adequadas à atribuição de uma maior aceção à vida (Oliveira, 2003).

Atendendo ao que foi exposto, anteriormente, tendo como propósito primordial aprofundar conhecimentos para aperfeiçoar a intervenção no âmbito educacional e pretendendo relevar o papel da psicologia positiva no processo de envelhecimento, uma vez que defendemos que a psicologia deve valorizar mais as ações de promoção em detrimento das ações de remediação, optámos por realizar esta investigação cujo principal objetivo é analisar o contributo que o suporte social, a esperança, o otimismo e a frequência da Universidade Sénior apresentam na resiliência num grupo de gerontes.

A resiliência é um processo que pressupõe uma adaptação bem-sucedida face à vivência de adversidades que, na etapa da vida em estudo, podem provir da diminuição da autonomia fruto da degradação física e da vulnerabilidade, do isolamento, da solidão, da perda de papéis. Assinale-se que a resiliência é um processo dinâmico e evolutivo, pois é passível de sofrer alterações segundo a natureza humana, as circunstâncias e a período da vida, sendo que a sua manifestação pode ser diferente consoante os contextos em que a pessoa se encontra (Masten, 2001).

O suporte social tem sido uma variável referenciada como importante no processo de envelhecimento. Abordar este conceito implica a referência a transações interpessoais e aos sentimentos e condições, quer daquele que proporciona o suporte social, quer daquele que o recebe (Sarason & Sarason, 2009). Além disso, também convém mencionar as suas dimensões, a quantitativa, relacionada com o número de pessoas que proporcionam o suporte social e a dimensão qualitativa ou satisfação que é relativa ao grau de satisfação do sujeito relativamente ao apoio que lhe é disponibilizado (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983).

A esperança, outro conceito igualmente importante no âmbito da psicologia positiva, estudada enquanto traço na presente investigação, corresponde ao impulso de ação do ser humano no sentido da concretização dos seus objectivos (Oliveira, 2003).

No mesmo âmbito, o otimismo consiste numa característica cognitiva que comporta componentes motivacionais e afetivas. É um estilo cognitivo-afetivo relativo ao modo como a pessoa realiza o processamento da informação em relação a algo que se deseja que aconteça com êxito (Oliveira, 2010a).

Como uma das respostas societais às necessidades da população geronte, as Universidades Sénior são instituições com um sistema de ensino próprio, cujos alunos têm no mínimo 50 anos e que não confere graus académicos, apenas certificados de presença (Veloso, 2008).

Procurando conjugar estas variáveis apresentadas a estrutura da presente investigação comporta duas partes, a teórica e a empírica. Na parte empírica é realizado o enquadramento conceptual, sendo apresentada uma breve exploração teórica dos conceitos em estudo. A parte empírica é constituída por três capítulos, sendo que no primeiro é realizada a conceptualização da investigação em termos empíricos, no segundo são apresentados os resultados e no último realizámos a análise e discussão dos resultados.

Por fim, apresentamos as conclusões, considerando os possíveis contributos do presente estudo, referimos as suas limitações e, para terminar, apresentamos algumas sugestões para futuras investigações.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento – Conceitos, Teorias e Vulnerabilidades

O aumento do número de idosos é um fenómeno que tem vindo a ocorrer na generalidade dos estados europeus, em consequência do aumento da esperança de vida e do declínio da natalidade, entre outros fatores (Jacob, 2013). O envelhecimento demográfico é também uma realidade que se tem intensificado em Portugal, nas últimas décadas. Assinale-se que a esperança média de vida à nascença, entre 1960 e 2012, passou de 60,7 para 76,9 anos nos homens e de 66,4 para 82,8 anos nas mulheres (PORTDATA, 2013).

É no momento em que somos concebidos que começamos a envelhecer (Rosa, 2012). Assim, a conceptualização do conceito “envelhecimento” não é linear, uma vez que constitui um fenómeno que se caracteriza pela complexidade e multiplicidade de causas para a maioria das pessoas. Além disso, é um processo constante que não pode ser evitado e que depende de diversos fatores, tais como o património genético, as influências do ambiente e estilo de vida, sendo que a sua principal característica é a variação inter e intra-individual (Lima, 2010). Paúl e Fonseca (2001) referem que é um processo complexo da evolução biológica do organismo vivo. Partilhando o mesmo referencial teórico, Robert (1995) define-o como uma perda gradual e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições variáveis do meio ambiente.

O envelhecimento é um processo universal, heterogéneo, contínuo, irreversível e que não está necessariamente ligado à idade cronológica. “Antes de mais, as pessoas idosas são muito diferentes (...) nem todos os nossos órgãos envelhecem ao mesmo ritmo. Algumas pessoas mostram-se resistentes ao envelhecimento, chegando mesmo a mostrar melhor desempenho com a idade, ao passo que outras declinam ao sofrerem um processo patológico” (Fontaine, 2000, p.15). Ou seja, podemos encontrar pessoas com a mesma idade cronológica, mas com diferentes idades fisiológicas.

Convém referir que o processo em estudo constitui uma etapa que “não pode ser vista como um fim de vida, mas antes uma etapa com características e valores próprios e uma nova forma de olhar o mundo, pois a cidadania é construída para todos os indivíduos e só é possível quando todos tiverem direitos e deveres iguais” (Monteiro & Neto, 2008, p.19). Além disso, “apesar de muitas mazelas e perdas inevitáveis em todos os campos, o envelhecimento tem características positivas, como a sabedoria, a maturidade emocional, a capacidade de usar estratégias pró-ativas capazes de dar maior significado à vida” (Oliveira, 2005, p.7).

Convém ainda salientar, o facto de que o envelhecimento não é sinónimo de velhice, uma vez que a velhice corresponde a uma etapa da vida, enquanto o envelhecimento é relativo a um processo (Lima, 2010). Efetivamente, a velhice constitui uma fase da vida que apresenta características específicas que definem a entrada da pessoa nesse estágio (i.e. adaptação a novos papéis e lugares que derivam, por exemplo, da entrada na reforma; diminuição da autonomia que pode decorrer da degradação física) e que difere de pessoa para pessoa, dependendo da idade, do género, do nível de escolaridade ou até do nível económico. Já relativamente ao envelhecimento não podemos dizer que exista uma definição objetiva (Monteiro & Neto, 2008), contudo adotando a definição de Fernandes (2002) pode referir-se que o envelhecimento corresponde a uma perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação ao meio, que ocorre de formas distintas em cada ser humano, considerando os fatores fisiológicos, psicológicos e sociais.

Outro conceito que parece importante aqui distinguir é o de terceira idade. Este é relativamente recente e surge numa perspetiva desenvolvimental do indivíduo, correspondendo ao “fim da vida ativa em que o indivíduo ainda é autossuficiente, independente e responsável pela sua vida” (Monteiro & Neto, 2008, p. 15).

Diversas têm sido as teorias propostas sobre o envelhecimento. De acordo com Oliveira (2005), relativamente ao período mais recente, pode distinguir-se a *Teoria da Gerotranscendência* desenvolvida por Tornstam (1996) e a *Teoria da Gerodinâmica ou da Bifurcação* desenvolvida por Schoots (1996). Segundo a primeira, à medida que a pessoa vai envelhecendo vai deixando de ter uma visão materialista (i.e. dimensões objetivas e racionais) do mundo para ter uma visão mais transcendente (i.e. dimensões subjetivas e emocionais), que lhe proporcionará uma maior satisfação com a vida. O conceito de transcendência distingue três níveis de mudança ontológica: o nível de mudança cósmico (i.e. modificações relativamente ao tempo, espaço, sentido da vida e da morte), o nível de mudança do “eu” (i.e. passagem do egocentrismo para o altruísmo) e o nível da mudança nas relações interpessoais e sociais (predomínio das relações profundas e não superficiais, valorização da solidão e incremento da reflexão).

A *Teoria Gerodinâmica ou da Bifurcação* postula que o envelhecimento é fruto de um conjunto de transformações, nas quais a desordem domina sobre a ordem, até ao fim da vida. Além disso, defende que o comportamento humano subdivide-se em níveis de funcionamento biológico, psicológico e social, sendo que cada um dos níveis pode direcionar-se para as estruturas superiores (benéficas) ou inferiores (degenerativas) (Oliveira, 2005).

O envelhecimento é um processo gradual, durante o qual, muitas das capacidades humanas, permanecem durante um vasto período de tempo. Para que seja bem-sucedido, é necessário que o geronte se adapte às perdas que ocorrem habitualmente durante esta etapa, e que escolha determinados estilos de vida que possam promover a manutenção da sua integridade física e mental até aos derradeiros períodos da sua existência (Paúl & Fonseca, 2005).

O estudo do envelhecimento nas suas diversas vertentes, assenta muito no carácter cronológico (Rendas, 2001). É neste sentido que a Organização Mundial da Saúde (2002) define como geronte, aquele que já completou 65 anos. Todavia, existem autores como Stuart-Hamilton (2002) que, em detrimento dos 65 anos, optam por definir como idade limiar do geronte aquele que tem entre 60 e 65 anos, uma vez que não existe um determinado momento que se possa demarcar como sendo aquele em que a pessoa fica “velha”. Além disso, a idade pode apresentar várias dimensões, nomeadamente a dimensão cronológica, cuja definição é realizada através do tempo que vai desde o nascimento até à morte; a dimensão biológica, associada às diversas fases da maturidade física; a dimensão psicológica, relacionada com o desenvolvimento dos processos cognitivos, emotivos, etc.; a dimensão funcional que se refere à capacidade de adaptação a diferentes exigências sociais; e a dimensão social, associada aos papéis, hábitos e expectativas, no âmbito da participação social (Marchand, 2001).

Para fazer face ao envelhecimento da população a comunidade tem desenvolvido algumas respostas, tais como os lares, os centros de dia, Universidades da Terceira Idade, entre outras. Os lares de idosos são estabelecimentos, cujo objetivo consiste em desenvolver atividades de apoio social para gerontes, providenciando alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, proporcionando alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto e promovendo o convívio e a ocupação dos tempos livres. Os centros de dia consistem numa resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para preservar a estadia dos idosos no seu meio sociofamiliar (Jacob, 2012). Outra das respostas que a sociedade tem desenvolvido para fazer face ao envelhecimento é a criação das Universidades da Terceira Idade ou Universidades Sénior que são instituições que se destinam a pessoas que tenham no mínimo 50 anos. Como têm um sistema de ensino próprio e informal não fazem parte do sistema escolar. Nestas universidades são lecionadas disciplinas que abrangem diversas matérias e temáticas. Estas instituições têm como objetivo estimular a atividade intelectual e física, a promoção, valorização e integração do geronte em atividades culturais, de cidadania, de lazer, a ocupação de tempos livres, evitar o isolamento e a marginalização e promover a socialização. As aulas são lecionadas por professores, maioritariamente voluntários, com base

numa relação informal, aberta, existindo reciprocidade entre os participantes. As mensalidades são acessíveis e a sua frequência não confere graus acadêmicos, somente certificados de participação (Monteiro & Neto, 2008; Veloso, 2000).

Monteiro e Neto (2008) referem que as “Universidades da Terceira Idade” permitem um espaço de encontro ao favorecer o estabelecimento de redes sociais dentro e fora dos grupos e fortalecer vínculos positivos entre as pessoas da terceira idade, promovendo um espaço grupal onde as relações interpessoais assumem um papel primordial. Todavia existem investigações que apresentam como fator de maior importância para a sua frequência a busca de conhecimentos e a atualização cultural (Nérie & Cachioni, 1999, citados por Monteiro & Neto, 2008).

Regressando ao tema central deste capítulo, o processo de envelhecimento, pode afirmar-se que este leva a pensar em determinados aspetos do ser humano, nomeadamente a vulnerabilidade, a morte, que noutras fases do ciclo de vida podem passar despercebidas. A vulnerabilidade, enquanto especificidade do envelhecimento, pode provir da deterioração das capacidades fisiológicas e neurológicas do geronte, da dificuldade de adaptação a novos papéis, do isolamento, perda de autonomia, dificuldades financeiras, falecimento de cônjuges, de familiares e amigos. Como a chegada a uma idade avançada é inata, pois é natural que o ser humano envelheça, os investigadores postulam que o ser humano deveria preparar-se ao longo da vida para aproveitar a sua velhice (Simões, 2010). Assinale-se que “sendo mais vulnerável que outros seres vivos pela sua pluridimensionalidade, é, no entanto, mais hábil em proteger-se devido à sua condição cultural. Ele não só é vulnerável, como também pode tomar consciência dessa vulnerabilidade” (Simões, 2010, p. 485).

Deste modo, as reflexões realizadas pelo geronte durante o seu processo de envelhecimento, quer estejam relacionadas com as alterações biológicas, quer estejam relacionadas com o sentido da existência levam-no a confrontar-se com questões relacionadas com a vulnerabilidade, a morte e intemporalidade (Simões, 2010). Assim, considera-se que um conceito que pode complementar a abordagem da vulnerabilidade é a resiliência, enquanto processo que permite ao geronte ultrapassar mais facilmente as vulnerabilidades desta fase da vida (Laranjeira, 2007).

Mas, será que estas questões serão igualmente conceptualizadas pelos gerontes? Será que todos eles vivenciam de igual forma esta etapa da sua vida?

2. Resiliência e Envelhecimento

O interesse pela área da resiliência surgiu nos anos setenta e, embora ainda seja uma temática recente, tem vindo a sofrer grandes alterações no decurso da sua conceptualização. Assinale-se que a sua introdução nas ciências humanas e sociais ainda é mais recente, sendo que ainda subsistem muitas questões a serem respondidas, não se constituindo como uma área de fácil consenso.

As pioneiras no estudo da resiliência foram Ruth Smith e Emmy Werner. Na sua investigação longitudinal, seguindo uma amostra de crianças nascidas em 1955, no Hauai, concluíram que um terço destas crianças, apesar de estarem expostas a contextos de alto risco (e.g. pobreza, pais alcoólicos), e de se tratar de crianças vulneráveis, apresentavam uma adaptação positiva (e.g. não apresentavam problemas de comportamento, de aprendizagem, e apresentavam habilidades sociais, relacionando-se bem com os seus pares), ou seja, eram crianças resilientes. Este estudo veio demonstrar que a adversidade, *per se*, pode não se constituir um fator promotor de consequências negativas para a pessoa; pode até tornar a pessoa mais forte (Werner, 2012).

De acordo com Grotberg (2001) a resiliência é a capacidade apresentada pelo indivíduo para lidar e superar a vivência de uma experiência de risco e acontecimentos adversos, ou mesmo ser transformado através dela. Esta autora defende que a resiliência baseia-se em três fatores que correspondem às possíveis fontes de resiliência, nomeadamente o suporte exterior apresentado pelo indivíduo, designado por *I Have* (i.e., eu tenho), as forças internas do indivíduo, designado por *I Am* (i.e. eu sou), e as habilidades interpessoais e o seu modo de resolução de problemas, designado por *I Can* (i.e., eu posso).

A *American Psychological Association* (s.d.) define resiliência como um processo de adaptação bem-sucedido face à vivência de adversidades, traumas, tragédias ou de ter que lidar com possíveis fontes geradoras de stresse significativas, tais como a família, as relações interpessoais, problemas graves de saúde, no trabalho ou de carácter financeiro.

Rutter (2006) entende a resiliência como uma resposta do indivíduo, que difere de sujeito para sujeito, sendo que a resposta ao risco e aos mesmos eventos geradores de stresse pode ser experienciada de diferentes modos por pessoas diferenciadas e de diferentes formas pela mesma pessoa perante a mesma situação.

Importa referir que o constructo em estudo, a resiliência, envolve fatores de risco e fatores de proteção, sendo que os fatores de proteção correspondem às influências que modificam ou melhoram a resposta de um indivíduo perante uma adversidade (Rutter, 1985) e

os fatores de risco correspondem às variáveis que aumentam a probabilidade de que o sujeito não se adapte face a uma situação adversa (Sapienza & Pedromônio, 2005).

A resiliência é um processo dinâmico em que as influências ambientais e aquelas que decorrem da heterogeneidade do ser humano estabelecem uma relação recíproca, o que leva o indivíduo a reconhecer a melhor atitude a ser tomada em função do contexto (Barreira & Nakamura, 2006). Masten e Garmezy (1985) referem que dada esta dinâmica inerente ao conceito resiliência, a adaptação positiva a experiências de adversidade envolve uma progressão sempre em desenvolvimento, de tal forma que as alterações da conjuntura vivenciada fazem emergir novas vulnerabilidade e/ou forças.

Assim, a resiliência está relacionada com as características e circunstâncias vivenciais do indivíduo, tal como outros fatores mais abrangentes inerentes à pertença do ser humano à sociedade, tais como o direito à educação, participação, segurança e liberdade relativamente à discriminação (Herman, Stewart, Diaz-Grabados, Berger, Jackson, & Yuen, 2011).

Portanto, de acordo com Rutter (2007) quando estudamos a resiliência importa ter em consideração três aspetos, nomeadamente superar a adversidade pode depender de experiências prévias de exposição ao risco, ou seja, é necessário adotar uma perspetiva que envolva todo o percurso vivencial do indivíduo; não se pode reduzir a conceptualização de resiliência do ser humano à conceptualização de resiliência inerente à física (regressar a um estado inicial após ser submetido a um choque) no momento de exposição; a resiliência não se pode resumir a um traço de personalidade e, por fim, os mecanismos mediadores da resiliência podem ser as características pessoais ou as estratégias de *coping* que correspondem às estratégias que os indivíduos adotam face a uma adversidade.

Por outro lado, convém salientar que resiliência não é sinónimo de invulnerabilidade. De acordo com Zimmerman e Arunkumar (1994) ser capaz de superar uma adversidade não quer dizer que se seja invulnerável.

Não obstante, de acordo com Truffino (2010) invulnerabilidade consiste numa resistência absoluta ao impacto negativo de situações adversas. Todavia, a resiliência não consiste, necessariamente, na resistência absoluta, mas mais na recuperação e na capacidade para crescer e desenvolver-se, enquanto ser humano, perante situações adversas (Smith & Prior, 1995, citados por Truffino, 2010). Além disso, remete para a ideia de flexibilidade e de adaptação (Laranjeira, 2007). Após esta superação das adversidades, a pessoa adapta-se, recupera e pode sofrer alterações que advêm dessa adversidade, no sentido da sua otimização desenvolvimental enquanto ser humano (Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009). Ryff, Singer, Love, e Essex (1998) também partilham esta ideia referindo que a resiliência pode

permitir que um acontecimento negativo promova o crescimento pessoal, uma vez que depois de vivenciar e ultrapassar o acontecimento adverso, o indivíduo tende a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde física e mental.

Porém, a resiliência não é passível de uma explicação meramente à luz da perspectiva ecológica, limitando-se a constituir o reflexo de uma relação causal entre fatores de risco e de proteção, uma vez que a relação entre estes não é unicamente hierárquica, mas antes complexa e contextual, ou seja, a resiliência deve ser entendida enquanto uma construção social, uma vez que os fatores de risco apresentam especificidades contextuais e os fatores de proteção apresentam uma multiplicidade de dimensões (Ungar, 2004).

A resiliência é um processo dinâmico do qual fazem parte processos sociais e intrapsíquicos que permitem viver saudavelmente, mesmo se o ambiente não é salutar. Este processo dinâmico integra fatores psicológicos, emocionais, cognitivos, culturais, sociais, éticos, entre outros (Rutter, 1993). A resiliência não pode ser considerada como adquirida e absoluta, pois constitui o resultado de um processo dinâmico e evolutivo que se altera consoante as circunstâncias, o contexto, a natureza humana e a etapa de vida e cuja manifestação varia de diversas maneiras em contextos díspares (Masten, 2001). Sendo a resiliência uma capacidade resultante de um processo dinâmico e evolutivo, nunca pode ser considerada como tendo sido alcançada para sempre (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulmik (2001).

Ribeiro e Morais (2010) referem que para compreender a capacidade de resiliência de um indivíduo é basilar o conceito de *coping*. Tanto as estratégias de *coping* como a resiliência podem ajudar o geronte a encontrar soluções positivas para se adaptarem à velhice (Afonso, 2013). Porém, o *coping* e a resiliência não podem ser considerados sinónimos, apesar de ambos os conceitos implicarem resistência ao stresse e capacidade para o enfrentar; a resiliência, além do que foi referido, também implica a capacidade de o indivíduo prosseguir o seu desenvolvimento e promover o aumento das suas capacidades face a uma situação adversa. O que distingue a resiliência do *coping* é a capacidade de a primeira fomentar uma adaptação positiva apesar do elevado índice de stresse. O *coping* ocorre num momento específico enquanto a resiliência vai-se perlongando no tempo (Sinclair & Wallton, 2004, citados por Ribeiro & Morais, 2010).

De acordo com Hildon, Montgomery, Blane, Wiggling, e Netuveli (2009) no envelhecimento, a investigação sobre a resiliência tem seguido duas linhas de orientação. Inicialmente, foi estudada como uma resposta positiva face a um acontecimento negativo ou como um traço de personalidade que servia como moderador de resposta ao stresse, ou seja, o

objetivo era identificar características ou conjunto de fatores que determinassem o impacto no bem-estar do um indivíduo face a uma situação adversa, isto é “medir” o seu grau de resistência face a essas situações, pretendendo-se deste modo identificar um conjunto de características comuns aos gerontes resilientes. A segunda linha de investigação sobre a resiliência no envelhecimento foca-se nos processos que permitem que o indivíduo seja resiliente quando tem que lidar com a adversidade, passando assim, a resiliência a ser definida enquanto processo que consiste em suplantar e até prosperar face à vivência de adversidades, processo que seria influenciado por características internas, tais como a robustez e autoeficácia e fatores externos, tais como o suporte social.

Ryff e colaboradores (1998) explicam a resiliência, no envelhecimento, enquanto processo dinâmico, que envolve o estabelecimento de conexões entre fatores protetores a nível sociológico, psicológico, relacional e biológico, sendo que, a nível sociológico salientam a educação e o rendimento económico. A nível psicológico destacam a influência das características de personalidade e dos mecanismos de interpretação (comparações sociais, avaliações, autoperceções que os indivíduos utilizam para atribuir significado às suas experiências) e a avaliação do modo como se encaram as perdas e se lida com outro tipo de acontecimentos. A nível relacional relevam o efeito “amortecedor” do suporte social, da integração social, da rede social e das relações familiares perante circunstâncias adversas e a nível biológico apontam a imunocompetência e a ótima alostase. Segundo os autores, anteriormente referidos, analisando as interações entre os diversos aspetos sociais, psicológicos e os fatores biológicos pode explicar-se o fundamento fisiológico que faz com que os indivíduos mantenham bons níveis de saúde, durante a velhice, apesar das situações adversas que possam ter de enfrentar.

Portanto, na velhice o conceito de resiliência compreende, a recuperação de um risco ou adversidade e “a manutenção ou desenvolvimento de capacidades frente à acumulação de ameaças e desafios” (Afonso, 2013, p.168). É neste contexto que, de acordo com Hardy, Concato, e Gill (2004), a resiliência pode aprender-se e exercitar-se.

Convém distinguir a resiliência quando abordada relativamente a crianças, com a resiliência quando é abordada relativamente a gerontes, sendo que a principal diferença se prende com a sua mensuração. Nas crianças é possível mensurá-la através de narrativas de outras pessoas, enquanto nos adultos, a resiliência é autoavaliada pelos próprios indivíduos, uma vez que se baseia no seu próprio discurso, estando interrelacionada com outros índices, tais como o bem-estar ou a depressão (Luthar, Sawyer, & Brown, 2006).

Face ao interesse pela resiliência no envelhecimento, ao longo das últimas décadas, têm vindo a realizar-se alguns estudos nesse âmbito.

Kahana, Kahana, e Kercher (2003) referem que é possível incrementar a capacidade de resiliência nos gerontes, com base em estratégias sempre direcionadas para o empenhamento ativo, com base no suporte social, nos cuidados de saúde, na utilização ativa da tecnologia, na procura de crescimento pessoal e espiritual. Ou seja, este modelo recomenda a mobilização, quer dos recursos internos, quer dos recursos externos de modo a que o geronte promova a sua qualidade de vida e o desenvolvimento da sua resiliência.

Maneerat, Isaramalai, e Boonyasopun (2011), na linha de investigação proposta por Grotberg, em 2001, realizaram um estudo para analisar a conceptualização que o geronte realiza sobre os fatores que correspondem às três fontes de resiliência. Relativamente ao fator designado por *I Am* (Eu sou) as fontes identificadas foram estar de boa saúde, a autoconfiança, o sentido da vida, o sentido de humor, o pensamento positivo, a perseverança, poder ajudar os outros, e os comportamentos de promoção de saúde. Ao fator *I have* (Eu tenho) foram atribuídas como fonte de resiliência as relações interpessoais de confiança, o suporte social, o suporte espiritual e a oportunidade de práticas espirituais. Por fim, ao fator designado por *I Can* (Eu posso) foram atribuídas como fontes de resiliência, as competências efetivas de resolução de problemas, o *coping* espiritual, a capacidade para pedir ajuda e o prolongamento das relações sociais. De acordo com este estudo, os doze fatores, inumerados anteriormente, que integram as fontes de resiliência, de acordo com os gerontes, correspondem aos três fatores de resiliência identificados por Grotberg, em 2001, nomeadamente o suporte exterior, as habilidades interpessoais apresentadas pelo indivíduo e o seu modo de resolução de problemas.

Jeste, Savla, Thompson, Vahia, Glorioso, Palmer, e Depp (2013) desenvolveram uma outra investigação com o objetivo de compreender e aprofundar o conhecimento do envelhecimento bem-sucedido, com uma amostra constituída por pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 80 anos (com maior número de indivíduos com mais de 80 anos) e concluíram que a resiliência constitua uma variável preditiva do envelhecimento bem-sucedido.

Deste modo, pode referir-se que um dos fatores que está relacionado com o facto de um geronte ser resiliente apresenta uma relação com o envelhecimento bem-sucedido (Laranjeira, 2007). Porém, a resiliência diferencia-se do que se considera um processo de envelhecimento bem-sucedido (processo vivenciado com risco reduzido de desenvolvimento

de doenças), na medida em que os gerontes que vivenciem alguma forma de incapacidade podem ser considerados resilientes (Wiles, Wild, Kerse, & Allen, 2012).

Num estudo cujo objetivo era estudar a relação entre a resiliência de gerontes e as variáveis sociodemográficas e as funções cognitivas, a média na escala de resiliência foi elevada. Relativamente à relação entre a resiliência e o género, os resultados demonstraram que as mulheres apresentavam uma média um pouco mais elevada do que os homens, porém a diferença não se revelou estatisticamente significativa. Quando à escolaridade e a idade foi associada à resiliência não se verificaram resultados significativos (Fontes, Portuguese, & Argimon, 2009). Porém numa investigação realizada na Suécia, em que participaram sujeitos com idades compreendidas entre os 19 e os 103 anos, que averiguou a relação entre a resiliência e a idade, os resultados apontaram para a presença dessa relação, sendo as pessoas com mais idade, aquelas que apresentavam valores mais elevados na escala de resiliência (Ludman, 2007).

Na Nova Zelândia, uma investigação em que participaram 121 gerontes e que recorreu ao método do *focus group* para investigar a opinião dos gerontes sobre o que entendiam como sendo o envelhecimento resiliente foram identificados os seguintes aspetos: i) a presença de uma atitude positiva; ii) o fato de a comunidade promover a existência de atividades que permitam ao geronte manter-se ocupado e motivado; iii) a preservação de relacionamentos pessoais e; iv) a capacidade para enfrentar situações adversas. Atendendo a estes resultados, os investigadores concluíram que a resiliência é encarada pelos gerontes como um processo multidimensional do qual fazem parte características de índole individual, psicológica e social (Wiles et al., 2012).

Num estudo realizado no Reino Unido, cujo objetivo era comparar o nível de resiliência entre dois grupos distintos, um constituído por 60 idosos, com mais de 65 anos e o outro constituído por jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, os resultados demonstraram que era o grupo dos idosos que apresentava maior capacidade de resiliência (Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrier, 2012).

De acordo com um artigo publicado por Joseph e Linley (2006) que teve como base a revisão de 39 estudos empíricos, o índice de resiliência revelou uma associação consistente com otimismo, as emoções positivas, o suporte social e a interpretação positiva do *coping*. Todavia, esta revisão revelou associações inconsistentes entre a resiliência e determinadas variáveis sociodemográficas, tais como o género, a idade, a educação e o nível de rendimento.

Assinala-se ainda que Edwards, Hall e Zautra (2012) referem que durante o processo de envelhecimento, o otimismo, as relações sociais, a autoeficácia, possuir um sentido para a

vida são características que podem predizer se uma pessoa necessita ou não de realizar algo para “trabalhar” a resiliência. Ou seja, se precisam ou não de ser encorajados, por exemplo a participar em determinadas atividades, nomeadamente a participar em grupos sociais, desenvolver um plano de comunicação com a família, realizar exercício físico, fazer voluntariado ou encontrar um *hobby*.

2.1.Fatores de risco e de proteção no envelhecimento

A resiliência envolve fatores de risco e fatores de proteção, sendo que os fatores de proteção correspondem ao conjunto de variáveis que influenciam positivamente a resposta de um indivíduo perante uma adversidade, e os fatores de risco representam as variáveis individuais ou ambientais que apresentam a probabilidade de aumentar as respostas negativas face a uma situação adversa (Truffino, 2010).

Os fatores de risco podem ser definidos como os obstáculos individuais ou ambientais que incrementam a vulnerabilidade do indivíduo, durante o seu ciclo de vida, quando este enfrenta adversidades (Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009). Atualmente, os riscos já não são considerados de forma estática, devem ser entendidos como um processo, e o que pode ser considerado por uma pessoa como um fator de risco, pode não ser entendido por outra enquanto tal (Yunes & Szymanski, 2001).

De acordo com Whitbourne (2001, citado por Laranjeira, 2007) a resiliência assenta em três tipos de fatores de proteção, nomeadamente fatores individuais (o temperamento, a reflexão, as capacidades cognitivas, sentimentos de empatia, humor e competências sociais), fatores familiares (o calor humano, a coesão e a atenção por parte do principal prestador de cuidados) e fatores de suporte (a rede de apoio familiar, o sistema de serviços sociais). Para Fergus e Zimmerman (2005), os fatores protetores são aqueles que modificam os efeitos de risco numa direção positiva.

Os fatores protetores apresentam quatro funções: 1) reduzir o impacto dos riscos, o que pode alterar a exposição da pessoa à situação adversa; 2) promover a redução das reações negativas que ocorrem em cadeia, após a exposição do indivíduo à situação de risco; 3) estabelecer e manter a autoeficácia com base no estabelecimento de relações de apego e do cumprimento de tarefas com sucesso; 4) gerar oportunidades para reverter os efeitos do stresse (Rutter, 1987).

Durante o processo de envelhecimento são muitos os fatores de risco, ou seja vulnerabilidades, que podem afetar a capacidade de resiliência dos gerentes. A

vulnerabilidade destes não se restringe aos aspetos biológicos, estende-se aos aspetos psicológicos e sociais. A dimensão biológica é, por exemplo visível nas modificações corporais externas, tais como rugas no rosto, flacidez dos músculos e alterações internas, tais como a perda gradual da autopsie, ou seja a capacidade de o indivíduo de se auto-organizar para se manter vivo. A vulnerabilidade no âmbito social e psicológico pode relacionar-se com a solidão, as possíveis patologias e a adoção de novos papéis no seio da família (Paz, Santos, & Eidt, 2006).

Num estudo realizado por Wells (2009) numa comunidade rural de gerontes concluiu-se que existia uma relação positiva entre a resiliência e o suporte social. Mais tarde, o mesmo autor, Wells (2010), num outro estudo, realizado com gerontes oriundos de zonas urbanas, suburbanas e rurais concluiu que elevados níveis de resiliência constituem um fator que promove o auxílio ao geronte nas dificuldades inerentes ao envelhecimento. Por outro lado, também investigou a possibilidade de a resiliência diferir consoante o contexto onde o geronte residia (i.e. áreas urbana, suburbanas e rurais), não tendo detetado qualquer diferença (Wells, 2010).

Num estudo com o objetivo de conhecer se o otimismo disposicional dos gerontes poderia constituir um fator protetor contra a possível ocorrência de um acidente vascular cerebral, Kim, Park, e Peterson (2011) verificaram que o otimismo disposicional estava associado a um risco reduzido de sofrer um acidente vascular cerebral.

Uma outra investigação realizada em Cinfães, distrito de Viseu, cujo objetivo era estudar o grau de associação entre as respostas dadas pelas instituições e as relações com a família, e a adaptação e expectativas da qualidade de vida do idoso institucionalizado, constatou que a variável mais relevante e significativa no processo de adaptação à instituição é a razão do internamento, sendo que os idosos que apresentam falta de apoio familiar são aqueles que demonstram melhor adaptação à instituição. Deste modo, este estudo aponta a institucionalização como fator protetor quando o idoso não apresenta apoio familiar (Carvalho & Dias, 2011).

Alguns investigadores consideram que a institucionalização apresenta valor social, nomeadamente para aqueles gerontes que moram sozinhos e não têm família, na medida em que constituem um lugar de proteção e de cuidado perante possíveis situações de vulnerabilidade social (Medeiros, 2012). Porém, também existem investigações que remetem para o facto de a institucionalização poder constituir um fator de risco na medida em que de acordo com Paúl (1997) pode promover o aumento de sentimentos depressivos e de

desânimo, o que pode ser responsável por deficiências cognitivas e de acordo com Fernandes (2005) pode ainda levar à rutura dos laços afetivos antigos e à solidão.

No Brasil, um estudo realizado, com gerontes, que tinha como objetivo investigar e identificar expressões de resiliência em idosos, e o como eles superam as adversidades e mantêm o senso de integridade, identificou como fatores adversos mais relevantes a instabilidade familiar, a morte, a carência económica e a existência de patologias. Como fatores protetores apresentou a autoestima, a iniciativa, o humor, o autoconceito positivo, a autonomia/independência, o otimismo, a espiritualidade e o apoio familiar e social (Silva & Alves, 2007).

Outras variáveis que são frequentemente associadas ao risco são a pobreza, as ruturas familiares, doenças, violência física e psicológica e a perda de pessoas significativas para o indivíduo (Rutter, 1987).

Ferreira, Santos, e Maia (2012) realizaram um estudo com 65 gerontes que veio demonstrar que a autoestima e o suporte social apresentam uma relação positiva com a resiliência, ou seja, à medida que aumentam autoestima e o suporte social, também aumenta a resiliência. Por outras palavras, de acordo em estes investigadores a autoestima e o suporte social são considerados fatores de proteção, durante o processo de envelhecimento.

Ao estudarem se o facto de pertencer a grupos que tenham experienciado o mesmo problema pode constituir um factor de auxílio na resolução de um determinado problema, Kulik e Mahler (1997) concluíram que a pertença a esse grupo diminui a ansiedade e é fonte de suporte social e, além disso, pode dizer-se que constitui um fator protetor, na medida em que constitui um factor, por si só, de extrema importância para quando o geronte tem de enfrentar situações que provoquem stresse.

Rabelo e Neri (2005, p.406) assinalam que o “otimismo, o controle pessoal (...) são importantes como reservas que permitem às pessoas enfrentar mais efetivamente os acontecimentos críticos da sua vida”.

Por fim, é de salientar que a relação entre os fatores de proteção e os fatores de risco pode funcionar de modos distintos ao longo do percurso de vida. Por exemplo, o suporte social pode ser encarado como um fator de proteção que promove a resiliência dos gerontes, contudo, ao longo do tempo, o suporte social pode passar a constituir um fator de risco, na medida em que, o geronte pode ficar demasiadamente dependente de determinado suporte social e se, entretanto, sofre uma diminuição na sua autoestima ou até sentimentos de culpa por se sentir um “peso” para a pessoa ou pessoas que lhe asseguravam o seu suporte social (Hengdomsub, 2007).

3. Suporte Social e Envelhecimento

O estudo do suporte social teve origem nas investigações realizadas por Durkheim com vista a perceber os significados que as pessoas atribuem às relações sociais (Ornelas, 2008).

O suporte social implica aspetos objetivos (relações interpessoais e comportamentos objetivos de pedido de auxílio) e subjetivos. É constituído por dois elementos básicos, nomeadamente a perceção que existe um número suficiente de indivíduos a quem podemos recorrer em situações de necessidade e o grau de satisfação do sujeito com o apoio disponibilizado (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983).

Atendendo à complexidade e às inter-relações inerentes ao suporte social, Sarason e Sarason (2009) referem que em detrimento da diversidade de conceções relacionadas com o apoio, o que deve ser salientado é o suporte social em si mesmo. Assim, assinalam a relevância de ter conhecimento de como é percebido o suporte social, nos diferentes contextos, através da rede de apoios disponível (i.e. número de pessoas, associações de suporte) e qual é o grau de satisfação com o suporte social, ou seja, qual é a sua capacidade para responder às necessidades dos indivíduos, em determinadas circunstâncias.

O suporte social não pode ser considerado, meramente, algo que é facultado, dado por alguém; implica transações interpessoais das quais fazem parte, quer aquele que dá, quer aquele que recebe, bem como os sentimentos e condições de ambos (Sarason & Sarason, 2009).

De acordo com Vaux (1988) não existe uma definição única de suporte social, uma vez que este conceito tem-se revelado um meta-constructo, visto que inclui uma grande diversidade de abordagens teóricas certificadas pela investigação. Assim, o suporte social comporta três constructos, nomeadamente a rede de apoio, os comportamentos de suporte e as perceções subjetivas de apoio, que se associam num processo dinâmico de transações entre o indivíduo e o seu meio, sendo que são multidimensionais as formas, as fontes e as funções de apoio. Das redes de apoio fazem parte o suporte emocional, prático, financeiro, conselhos, apreciação e socialização. Os comportamentos de suporte constituem os atos que a maior parte dos membros de uma cultura reconhece como esforços, cujo objetivo é ajudar um indivíduo, quer a seu pedido, quer espontaneamente. Por fim, as perceções subjetivas de apoio que indicam o grau em que as funções de suporte estão a ser cumpridas e podem assumir diversas formas, tais como a satisfação, o respeito, o sentir-se querido, ter um sentimento de pertença. Neste sentido, o suporte social, na perspetiva tridimensional é um processo

transacional e complexo, do qual faz parte a interação entre o indivíduo e a sua rede de suporte.

Deste modo, procurar suporte social apresenta como objetivo a busca de proteção e a respetiva instrumentalização, para lidar com situações adversas, em diversos contextos. Ou seja, estamos perante, uma relação de cariz multidirecional e multidimensional, sendo que os indivíduos oferecem e recebem apoio, em diferentes contextos e as relações podem ser de carácter mais íntimo ou de cariz meramente social (Sarason & Sarason, 2009).

De acordo com Dunst e Trivette (1990) os gerontes podem usufruir de dois grupos de redes de apoio, nomeadamente as formais e as informais. As redes de apoio formal são constituídas pelos serviços estatais (hospitais, serviços de saúde) de segurança social e os organizados pelo poder local, tais como lares para a terceira idade, serviços de apoio domiciliário, centros de dia. Das redes de apoio informal fazem parte a família do próprio idoso, os amigos, os vizinhos, padres e os grupos sociais, tais como os clubes e a igreja.

É neste sentido que Martins. R. M. L. (2005, p.133) refere que “As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato”.

Ainda no plano das respostas organizadas para gerontes, é de extrema relevância promover relações entre as diversas gerações, respeitando as opções de cada indivíduo, referentes aos seus projetos de vida (Grácio, 1999, citado por Martins, R. M. L., 2005).

De relevar contudo o facto que, de acordo com a Teoria da Seletividade Socioemocional desenvolvida por Carstensen (1991), ao longo do processo de envelhecimento o geronte demonstra preferência por relações sociais que ofereçam experiências emocionais significativas, em detrimento da ampliação da rede de relações.

No âmbito do envelhecimento e face às possíveis vulnerabilidades de carácter biológico, características desse processo, convém referenciar ainda que investigações empíricas têm corroborado as seguintes hipóteses que se estabelecem entre o apoio social e a saúde: “o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stresse; a não existência de apoio social é fonte de stresse; a perda de suporte social é um stressor; o apoio social é globalmente benéfico para a saúde” (Singer & Lord, 1984, citados por Monteiro, 2008, p.36).

Muitas investigações demonstram ainda que existe uma relação entre o incremento dos sintomas depressivos e o declínio do apoio social, especialmente em gerontes (Minardi & Blanchard, 2004).

De acordo com Ferreira e Marques (2012) existem condicionantes, tais como o género, a dimensão do lugar de residência e a classe social subjetiva que promovem diferenças estatisticamente significativas na estrutura das redes sociais dos gerontes portugueses. Os mesmos autores referem ainda que as relações de parentesco (cônjuge e filhos) constituem as principais fontes de apoio social, durante o processo de envelhecimento.

Um estudo que realizou a comparação dos níveis de suporte social entre cinco grupos (casados, divorciados, separados, viúvos e solteiros) verificou que os indivíduos casados, de ambos os sexos, apresentam níveis mais elevados de suporte social do que os outros grupos em estudo (Ornelas, 1994). Investigações efetuadas com gerontes referem que o cônjuge, em termos de apoio social, é a pessoa que assume maior relevância (Paúl, 2006).

Ainda de acordo com Ornelas (1994) as mulheres apresentam uma maior rede de pessoas para abordar os seus diversos problemas e recebem mais suporte social dos amigos do que os homens. Este facto é corroborado por Antonuci (2001) que assinala que as redes sociais das mulheres são maiores e mais multifacetadas e, além disso, estas tiram maior proveito das instituições socialmente organizadas.

Siegler, Boworth, e Elias (2003) assinalam que o suporte social pode promover a redução da morbilidade e da mortalidade, uma vez que um indivíduo ao relacionar-se no âmbito de uma rede social colhe mais informações e sente uma maior motivação para desenvolver comportamentos salutareos e preventivos.

Segerstrom (2007) ao realizar uma investigação longitudinal, com antigos alunos de uma faculdade de direito, cujo objetivo era analisar a relação entre o otimismo, o suporte social e o incremento do rendimento, verificou a existência de correlações positivas entre o otimismo e a satisfação com o suporte social.

Num estudo longitudinal, Gonçalves e Neto (2013) desenvolveram uma investigação ao longo de seis meses com o objetivo de conhecer o impacto da frequência da Universidade Sénior de Gondomar no grau de solidão, na autoestima e nas redes de suporte social de um grupo de 70 gerontes. Desta investigação os investigadores concluíram que a frequência da Universidade Sénior desempenha um papel relevante na vida dos gerontes, uma vez que, após seis meses de frequência da mesma verificou-se uma diminuição no grau de solidão, um aumento na autoestima e no número de elementos e no grau de satisfação com as redes de suporte social.

Um outro estudo, realizado na Universidade Sénior de Espinho, cujo objetivo era avaliar a solidão, a perceção da saúde e o suporte social, nas suas duas dimensões (quer número, quer satisfação) revelou que os alunos que não tinham curso superior apresentaram

um efeito superior na satisfação com a vida, nas dimensões satisfação e número do suporte social, controlo e atitude para com o envelhecimento e segurança quanto ao mesmo (Monteiro & Neto, 2008).

No Brasil, Belanciere e Catharin (2008) realizaram um estudo, recorrendo, quer ao método quantitativo, quer ao método qualitativo, onde participaram 51 gerontes que frequentavam a Universidade Sénior, tendo como objetivo investigar a influência do conceito de saúde no desenvolvimento da resiliência na terceira idade. Estes investigadores concluíram que é a rede social de apoio que mais favorece o desenvolvimento da resiliência nos gerontes.

A investigação efetuada por Beutel, Glaesmer, Decker, Fischbeck, e Brahler (2009) com seis grupos, com idades distintas (18-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 e maiores de 70), cujos objetivos eram verificar a relação entre a satisfação de vida, a presença de distúrbios mentais e o envelhecimento e identificar o impacto da vulnerabilidade, recursos pessoais, tais como a resiliência e a autoestima, os recursos sociais na satisfação com a vida e o *distress* identificou uma forte associação entre a satisfação com a vida, o suporte social, a resiliência, a autoestima, ausência de depressão e ansiedade, no grupo das pessoas com mais idade. Ou seja, de acordo com os autores referidos, o suporte social constitui-se como um fator que pode promover a resiliência.

4. Esperança e Envelhecimento

Um dos primeiros psicólogos a debruçar-se sobre a esperança foi E. Fromm., em 1978, uma vez que, de acordo com o mesmo, quando deixa de haver esperança, a vida deixa de ter sentido, pois esta constitui um “elemento intrínseco da estrutura da vida, da dinâmica do espírito humano” (Oliveira, 2010a, p.75).

Relativamente à esperança, Snyder (1995, p.355), um dos maiores estudiosos deste constructo, define-a como “um processo de pensamento sobre os objetivos (*goals*) da pessoa, acompanhado com a motivação de actuar nesse sentido (*agency*) e de encontrar os meios (*pathways*) para atingir os respectivos objetivos”.

Deste modo, podemos afirmar que Snyder considera a esperança um constructo multidimensional e referencia três componentes, nomeadamente os objetivos, os meios para atingir os objetivos e o pensamento de ação. Porém, de acordo com Oliveira (2003), o constructo pode ser considerado unidimensional, uma vez que “pensar na acção está implícito nos objetos que incluem também os meios” (...) “quem luta afincadamente para atingir determinadas metas procura implicitamente os meios para lá chegar (...)” (Oliveira, 2003, p.

91). Portanto, de acordo com este autor a esperança consiste na “percepção de que os objetivos serão atingidos, tratando-se (...) de uma expectativa generalizada não limitada por situações particulares ou específicas” (Oliveira, 2010a, p.83).

Assim, a esperança é o reflexo da crença que o indivíduo tem de que é capaz de encontrar caminhos para atingir os objetivos que pretende e de se sentir motivado para fazer uso dos mesmos (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002) e, portanto constitui a percepção que o indivíduo tem de que os seus objetivos pessoais podem ser alcançados (Snyder, 2000). Deste modo, pode dizer-se que a esperança é uma configuração cognitiva que se baseia na determinação e no planeamento para a realização de todas as ações que permitirão ao indivíduo alcançar os seus objetivos (Snyder et al., 2002).

Todavia, Oliveira (2010a) considera a esperança-traço um impulso da ação humana para a concretização de objetivos, uma expectativa geral que apresenta uma disposição mais ou menos estável, sendo que, uma pessoa tem ou não tem esperança, identificando a esperança-estado uma “espécie de esperanças breves e com pouca transcendência” (Oliveira, 2010a, 210, p.84). Neste trabalho vai ser adotada a visão de Oliveira (2010) na medida em que vamos utilizar a escala que o mesmo desenvolveu sobre a esperança, mensurando-a enquanto traço, uma vez que o autor refere que “(...) determinada pessoa tem ou não esperança a longo prazo. Se vive apenas momentos fugazes de esperança (...) conforme as diversas situações ou estados por que passa, (...) não se pode considerar uma pessoa cheia de esperança “(Oliveira, 2010a, p.84).

Na conceptualização da esperança podemos, assim, identificar duas teorias que nos poderão ajudar a perceber o modo como os gerontes lidam com a esperança, nomeadamente a Teoria da Otimização Seletiva com Compensação (*Modelo of Selective Optimization with Compensation*) desenvolvida por Baltes (1990) e a Teoria da Escolha Socioemocional (*Socioemotional Selectivity Theory*) desenvolvida por Carstensen (1991) (Wroblecki & Snyder, 2005). A primeira postula que, ao longo da vida, o geronte utiliza estratégias de seleção, compensação e otimização no âmbito dos diversos domínios do funcionamento humano, como forma de equilíbrio entre os limites e potencialidades que decorrem do envelhecimento, ou seja, para que este processo seja bem-sucedido, o geronte passa por um processo em que é o agente ativo e que consiste na maximização dos ganhos e minimização das perdas de modo a selecionar, otimizar e compensar (Baltes & Baltes, 1990). A seleção ocorre quando o geronte tem de reorganizar os seus objetivos para que estes sejam compatíveis com os recursos disponíveis, “a otimização quer dizer aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos envolvidos no alcance de níveis

mais altos de funcionamento e (...) a compensação envolve a adoção de alternativas para manter o funcionamento” (Neri, 2006, p. 21 e 22). A Teoria da Escolha Socioemocional explica como é que as escolhas sociais dos gerontes favorecem as suas condições emocionais, sendo que, os gerontes apresentam uma maior noção da sua esperança de vida e, assim, enquanto as pessoas mais novas procuram estabelecer relações sociais mais baseadas na partilha de informações, os gerontes procuram estabelecer relações sociais cujo objetivo passa mais pelo significado que podem ter a longo prazo (Wroblewski & Snyder, 2005).

Os resultados da investigação realizada por Ong, Edwards, e Bergeman (2006) cujo objetivo consistia em conhecer a relação que se estabelece entre a esperança e a adaptação positiva ao stresse, durante o processo de envelhecimento, sugerem que a esperança é uma fonte de resiliência na velhice, na medida em que foram detetadas associações elevadas entre os valores obtidos na esperança e a adaptação positiva ao stresse. Assim, a esperança parece moldar o significado atribuído pelos gerontes aos agentes stressores quotidianos, de forma a reduzir a sua intensidade e a impedir a sua proliferação.

Neste sentido, por exemplo, para um geronte que experiencia uma estadia num hospital, durante alguns dias, a esperança é tão essencial para a preservação da vida como a respiração, pois a presença de outras pessoas na vida de um sujeito é essencial para que o mesmo tenha esperança, uma vez que a presença deste sujeito pode promover uma ligação a novas possibilidades de viver (Rulvelson, 1990 citado por O'Connor, 1996).

De acordo com o estudo realizado por Zorn (1997), mesmo quando os gerontes apresentam problemas crónicos de saúde, continuam a apresentar elevados níveis de esperança. Além disso, o mesmo estudo também evidencia que a saúde, o suporte social e o bem-estar apresentam correlações positivas com a esperança.

Mcman (1989, citado por Zorn, 1997) verificou que nos gerontes o suporte social influencia diretamente a esperança. Noutra investigação apurou que os acontecimentos stressantes e as atividades do dia a dia, vividas pelos gerontes, apresentam um impacto direto na saúde física, o que afeta também a saúde mental, sendo que a saúde mental apresenta um impacto direto nos níveis de esperança, que poderá ser, deste modo, considerada uma variável mediadora entre a saúde física e a esperança.

Num estudo onde foram aplicadas quatro escalas para avaliar a esperança, o otimismo, a felicidade e o perdão, a três grupos distintos, designadamente jovens, adultos e gerontes, os resultados revelaram que era o grupo dos adultos, e em maior quantidade os homens, que apresentavam maior esperança e, por outro lado, que existiam correlações significativamente elevadas entre o otimismo e a esperança (Oliveira, 2010b).

Bailey e Snyder (2007), nas suas investigações averiguaram que a esperança é influenciada pelo estado civil, sendo que os indivíduos casados ou em união de facto demonstram níveis de esperança mais elevados do que os divorciados e os viúvos.

Num outro estudo realizado por Wroblewski e Snyder (2005) com gerontes cuja média de idades era de 76 anos, no qual os investigadores pretendiam estudar a capacidade dos gerontes para vivenciar o processo de envelhecimento com sucesso, verificou-se que os gerontes que apresentavam elevados níveis de esperança viam-se como mais saudáveis do que os seus pares. Assinale-se ainda que estes não permitiam que os impedimentos físicos relacionados com a idade interferissem com o facto de desfrutarem da sua vida. Isto acontecia, mesmo se os gerontes que apresentavam mais elevados índices de esperança não apresentavam menos problemas de saúde do que os outros gerontes que apresentavam níveis de esperança mais reduzidos. Ainda neste estudo, verificou-se que os gerontes que apresentavam elevados níveis de esperança, comparados com os que apresentavam menores níveis mostravam níveis mais elevados de confiança relativamente ao facto de virem a atingir os seus objetivos.

5. Otimismo e Envelhecimento

Outro conceito que surgiu da necessidade da psicologia enfatizar o estudo científico e aplicado das qualidades humanas e do seu funcionamento positivo foi o otimismo.

No âmbito do estudo deste conceito é possível distinguir duas abordagens teóricas e de investigação empírica, nomeadamente a de Seligman (1992) que se baseia na forma como se explicam os eventos agradáveis e adversos que aconteceram no passado e a de Scheier e Carver (1990) que apresenta o otimismo a partir de uma dimensão disposicional. De salientar, que neste estudo a abordagem adotada será a de Scheier e Carver, uma vez que a escala utilizada no presente estudo foi construída, tendo como base teórica o otimismo disposicional.

De acordo do Seligman (1992) podem identificar-se três dimensões que serão passíveis de utilização na explicação de um acontecimento agradável ou adverso. Estas são a *permanência* que é relativa ao tempo a que os efeitos permanecem; a *difusão* que diz respeito ao número de situações que são afetadas pelo efeito do acontecimento e a *personalização* que está relacionada com o peso que a pessoa atribui à causa, em termos de fatores internos ou externos. Assim, para os otimistas os eventos agradáveis são explanáveis com base em explicações permanentes, difundidas e internas, sendo que o contrário acontece com os pessimistas, ou seja, os eventos agradáveis são temporários, específicos e externos, pois a

pessoa nunca atribui a si própria o fato de um evento acontecer de forma agradável (Weber, Prado, Brandenburg, & Viezzer, 2003). De salientar que, de acordo com Seligman (1992) e Guillhan (2000), é possível ensinar competências de otimismo aos pessimistas, o que pode resultar numa menor predisposição para a depressão.

Carver e Scheier (1990) conceptualizam o otimismo como uma característica cognitiva que comporta componentes emocionais e motivacionais e definem-no como a expectativa de alcançar o fim ambicionado, ou seja, o otimismo disposicional deriva de um modelo comportamental de autorregulação, uma vez que as ações são influenciadas pelas expectativas relativamente às consequências dessas ações, sendo que estas expectativas influenciam a vida afetiva das pessoas. Além disso, distinguem entre otimismo disposicional e situacional, sendo que o otimismo pessoal ou disposicional corresponde à expectativa de obter resultados positivos no âmbito pessoal, comportamental e em termos da própria saúde e o otimismo social ou situacional, corresponde à expectativa positiva relacionada com questões do âmbito social ou ecológico (violência, migração, poluição, etc.).

Por outro lado, também se distingue entre pequeno e grande otimismo. O pequeno é relativo à obtenção de resultados positivos com uma importância relativa (i.e. ter esperança de encontrar um lugar para estacionar), enquanto o grande otimismo tem a ver com expectativas de maior amplitude e de menor especificidade (i.e., acreditar que deixará de existir fome em todo o mundo) (Peterson, 2000).

Muitos estudos têm sido efetuados sobre o otimismo, no sentido de conhecer se este é um traço estável da personalidade ou um estado mais volátil. Para Oliveira (2010a, p. 67), o otimismo é conceptualizado como “uma característica ou tendência mais ou menos estável da pessoa, em circunstâncias normais da vida, e que tende a prevalecer mesmo em circunstâncias adversas” (...) “uma característica cognitiva (um objectivo, uma crença ou uma atribuição causal) em relação ao futuro desejado e sentido como sucesso”. Ou seja, para este investigador o otimismo é uma característica da personalidade, mais especificamente um estilo cognitivo-afetivo sobre o modo como o indivíduo processa a informação relativa ao futuro (Oliveira,2010a).

Alguns investigadores consideram o otimismo como uma demonstração de esperança. Todavia, Oliveira (2003) considera que a esperança é de cariz mais afetivo-motivacional e o otimismo apresenta mais uma dimensão cognitiva.

Distinguindo o otimismo do pessimismo, Oliveira (2010a) refere que o otimismo está relacionado com a esperança, a perseverança, a felicidade, a resiliência, a saúde física, etc.,

enquanto o pessimismo está relacionado com a depressão, a infelicidade, a falta de resiliência ou vulnerabilidade aos contratemplos e a doença.

O otimismo constitui assim uma das reservas que permite às pessoas com mais efetividade enfrentar os eventos críticos da vida (Rabelo & Neri, 2005).

De um modo geral, pode dizer-se que o otimismo se correlaciona positivamente com a saúde mental, social e física das pessoas, desde que não seja excessivo, pois deste modo pode promover efeitos que não são desejáveis, “conduzindo as pessoas a adotarem comportamentos de risco e a terem uma percepção errada acerca das probabilidades de contraírem doenças, onde os idosos são mais vulneráveis” (Vitorino, Morgado, & Sequeira, 2011, p.347).

Num estudo longitudinal Peterson, Seligman, e Vaillant (1988) verificaram que ao longo da vida, à medida que os indivíduos vão envelhecendo, a sua saúde vai-se agravando, sendo, todavia, evidente que os gerontes mais otimistas permanecem mais saudáveis.

Schweizer e Schneider (1997) verificaram que o grau de otimismo social varia conforme a idade, sendo que cresce até aos 40 anos, baixa entre os 40 e os 50 e, posteriormente, volta a aumentar. Por outro lado, constataram que os homens apresentam um maior grau de otimismo do que as mulheres.

Num estudo onde foram aplicadas quatro escalas para avaliar a esperança, o otimismo, a felicidade e o perdão a três grupos distintos de jovens, adultos e gerontes, os resultados revelaram que no grupo dos adultos são os homens que apresentam maior otimismo. Além disso verificaram-se correlações significativamente elevadas entre o otimismo e a esperança em todos os grupos distintos e no grupo amostral (Oliveira, 2010b).

Um outro estudo realizado por Aschat, Kawachi, e Spiro (2000) revelou que é essencial que os gerontes adotem um visão otimista perante a vida para manterem e preservarem um nível de saúde funcional.

O otimismo influencia o bem-estar, exercendo ainda algum efeito sobre o sistema imunológico, no âmbito da resistência à doença, e sobre os comportamentos que promovem a saúde e o bem-estar físico, sendo considerada um variável de extrema importância no funcionamento psicossocial da pessoa (Hermangóne, 2002).

De acordo com Charney (2004) um dos fatores que distingue as pessoas que são resilientes das que não são é o otimismo. Este investigador verificou este facto numa investigação de âmbito neurobiológico onde identificou uma associação positiva entre o mecanismo neuronal da motivação, do qual fazem parte o otimismo, o hedonismo e a prestabilidade, e a resiliência.

As investigações apontam para o facto de os gerontes apresentarem maior otimismo devido à sua sabedoria (Lennings, 2000). Para além disso, os gerontes otimistas apresentam melhores níveis de adaptação, quer psicológica, quer física (Monteiro, Tavares, & Pereira, 2008).

No entanto, Fitzpatrick (2013) afirma que para desenvolver o otimismo são necessários alguns anos de prática, mas que já existem algumas estratégias, nomeadamente a reaprendizagem de respostas chave a situações de stresse, tais como o incremento de competências, como por exemplo, o altruísmo, o que poderá ajudar as pessoas a relacionarem-se mais com os outros.

Face ao que se referenciou ao longo do presente enquadramento conceptual diversos são os factores que detêm um importante papel na adaptação ao envelhecimento, pelo que parece ser relevante analisar o suporte social, a esperança, o otimismo e a frequência da Universidade Sénior no âmbito da adaptação e resiliência dos gerontes.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

6. Conceptualização da Investigação Empírica

6.1. Fundamentação do estudo e definição da problemática

Como foi referenciado no enquadramento teórico, o envelhecimento da população é um fenómeno que se tem vindo a acentuar em Portugal, nas últimas décadas, em consequência do aumento da esperança média de vida e ainda do declínio da natalidade.

Uma especificidade do envelhecimento está relacionada com a vulnerabilidade que pode provir de diversos fatores, tais como a deterioração das capacidades neurológicas e fisiológicas, a perda de autonomia, as dificuldades de adaptação a novos papéis, o isolamento, falecimento de cônjuges, de familiares e amigos e, por vezes, dificuldades financeiras.

Mas envelhecer não é, necessariamente, sinónimo apenas de vulnerabilidades. O ser humano pode envelhecer com qualidade e enfrentar esta etapa de vida com resiliência, demonstrando capacidades para ultrapassar as dificuldades e as vulnerabilidades inerentes ao envelhecimento.

Diversas são as respostas que a sociedade e os familiares têm vindo a disponibilizar para os gerontes, sendo que alguns destes fatores têm sido referenciados como protetores permitindo ao geronte uma maior capacidade para ultrapassar as adversidades e de resiliência.

Atendendo às vulnerabilidades presentes nesta etapa de vida e que se constituem como fatores de risco com os quais muitos gerontes se deparam, a abordagem proposta pela psicologia positiva veio propor um novo olhar para o envelhecimento. Este novo olhar permitiu deixar de considerar esta etapa de vida apenas como um mero processo biológico, integrando as características da interatividade, cuja determinação inclui fatores biológicos, sociais e ecológicos. Consubstanciando estes pressupostos propomo-nos responder à seguinte questão:

- Será que o suporte social, a esperança, o otimismo e a frequência da Universidade Sénior podem influenciar a capacidade dos gerontes para lidarem eficazmente com as adversidades, constituindo-se como fatores protetores de resiliência?

6.2. Objetivos da investigação

Decorrente da problemática explanada como objetivo geral pretende-se analisar a resiliência, o suporte social, a esperança e o otimismo numa amostra de gerontes, mais especificamente pretende-se conhecer os contributos que o suporte social, a esperança, o

otimismo e a frequência da Universidade Sénior apresentam na resiliência deste grupo amostral.

No sentido de complementar a investigação definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os gerontes da amostra em relação às variáveis sociodemográficas, nomeadamente género, idade, estado civil, escolaridade e frequência ou não da Universidade Sénior;
- Analisar as relações entre variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, com quem vive o geronte e frequência ou não da Universidade Sénior) e a resiliência, suporte social, esperança e otimismo;
- Analisar as relações entre a resiliência, o suporte social, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior e no grupo que não frequenta;
- Analisar quais as variáveis preditivas de uma maior resiliência no grupo amostral.

7. Metodologia

7.1. População e amostra

Atendendo aos objetivos definidos, anteriormente, a população consiste em gerontes que frequentam e que não frequentam a Universidade Sénior, sendo que a amostra é constituída por 65 gerontes ($N=65$), 31 gerontes que frequentam a Universidade Sénior e 34 que não frequentam.

No que concerne à recolha da amostra, esta foi obtida numa Universidade Sénior, na zona centro do país (Viseu) e em estabelecimentos comerciais e nas ruas da mesma cidade. A técnica de amostragem adotada por este estudo é não-probabilística, uma vez que os indivíduos selecionados cumprem os critérios que foram definidos para a investigação. É uma amostra não intencional e de conveniência e intencional e de bola de neve (Almeida & Freire, 2008). Não intencional e de conveniência, no caso dos gerontes que frequentam a Universidade Sénior, pois os gerontes que participam no estudo foram selecionados de acordo com a facilidade e disponibilidade de acesso, e intencional e de bola de neve, no caso dos gerontes que não frequentam a Universidade Sénior, uma vez que estes foram abordados em estabelecimentos comerciais e na rua, indicando ao investigador, posteriormente, outros possíveis sujeitos com as características referidas. Como critérios de inclusão na amostra, os

sujeitos deveriam ter idade igual ou superior a 65 anos e não deveriam apresentar déficit cognitivo.

7.1.1. Caracterização do grupo amostral.

A amostra é constituída por 65 participantes, cujas idades variam entre os 65 e os 89 anos ($M=75.38$; $DP=6.174$), sendo que 45 indivíduos (69.2%) pertencem ao género feminino e 20 (30.8%) pertencem ao género masculino. No que concerne ao estado civil 23.1% ($n=15$) são solteiros(as), 43.1% ($n=28$) são casados ou vivem em união de fato, um sujeito (1.5%) é divorciado(a) e 32.3% ($n=21$) são viúvos. Relativamente à escolaridade, 6 indivíduos (9.2%) sabem ler e escrever mas não concluíram o 1.º ciclo, 18.5% ($n=12$) concluiu o 1.º ciclo, 15.4% ($n=10$) concluiu o 2.º ciclo, 1.5% ($n=1$) concluiu o 3.º ciclo, 24.6% ($n=16$) concluiu o ensino secundário e 30.8% ($n=20$) concluiu o ensino superior. Relativamente à variável “com que vive o geronte” 46.2% ($n=30$) vive com o(a) esposo(a), 15.4% ($n=10$) vive com os filhos, 24.6% ($n=16$) vive sozinho(a) e 13.8% ($n=9$) vive com outro. No que diz respeito à frequência da Universidade Sénior, 47.7% ($n=31$) frequenta a Universidade Sénior e 52.3% ($n=34$) não frequenta (Tabela 7.1).

Tabela 7.1
Características sociodemográficas: género, estado civil, escolaridade, frequência da Universidade Sénior e institucionalização.

		N	%
Género	Feminino	45	69.2
	Masculino	20	30.8
Estado Civil	Solteiro(a)	15	23.1
	Casado(a)/União de Fato	28	43.1
	Divorciado(a)/Separado(a)	1	1.5
	Viúvo(a)	21	32.3
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	-	-
	Sabe ler e escrever, mas não concluiu o 1.º ciclo	6	9.2
	1.º ciclo	12	18.5
	2.º ciclo	10	15.4
	3.º ciclo	1	1.5
	Ensino Secundário	16	24.6
	Ensino Superior	20	30.8
Com quem vive se não está Institucionalizado	Esposo(a)	30	46.2
	Filhos	10	15.4
	Sozinho(a)	16	24.6
	Outro	9	30.8
Frequência da Universidade Sénior	Sim	31	47.7
	Não	34	52.3

7.2. Instrumentos de recolha de dados

Tendo como objetivo a análise das variáveis selecionadas foram utilizados um questionário sociodemográfico, um inventário, um questionário e duas escalas que se apresentam seguidamente.

7.2.1. Questionário sociodemográfico.

O questionário sociodemográfico elaborado para a presente investigação tem como objetivo o conhecimento e caracterização da amostra relativamente aos seguintes aspetos: frequência ou não da Universidade Sénior, idade, género, estado civil e escolaridade (Apêndice 1).

7.2.3. Inventário *Measuring State and Child Resilience*.

A variável resiliência foi avaliada através do Inventário *Measuring State and Child Resilience* (MSCR), de Chok Hiew (1998) que foi adaptado para a população portuguesa por Martins, M. H. V. (2005). Deste inventário fazem parte duas subescalas, a *Measuring Child Resilience* (MCR) que apresenta um coeficiente *alpha de Cronbach* de .79 e é composta por 14 itens (Anexo 1) e a *Measuring State Resilience* (MSR) que apresenta um coeficiente *alpha de Cronbach* de .74 e é composta por 14 itens (Anexo 2). Em ambas as escalas o sujeito deve assinalar a sua resposta numa escala de formato de tipo *Likert* de cinco pontos, num *continuum* entre *Discordo Totalmente*, *Discordo*, *Neutro*, *Concordo* e *Concordo Totalmente* (Martins, M. H. V., 2005). A Escala MCR avalia a resiliência desenvolvida em criança (traços de personalidade), enquanto a MSR avalia a resiliência atual do sujeito.

7.2.4. Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6).

Para avaliar o suporte social utilizou-se o Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6) construído por Sarason, Shearin, e Pierce (1987) e adaptado para a população portuguesa por Pinheiro e Ferreira (2001, 2002). O questionário tem como objetivo avaliar duas dimensões básicas da perceção social: satisfação (i.e. a qualidade do suporte) e o número (i.e. a quantidade do suporte). É constituído por seis itens, sendo que cada um deles é

composto por duas partes, que originam dois resultados parciais. A primeira parte avalia a percepção do número de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o ajudarem e apoiarem numa determinada situação. A segunda parte de cada item apresenta uma escala *Likert* de seis pontos, permitindo ao sujeito expressar o grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido na situação apresentada pelo item (Pinheiro & Ferreira, 2001, 2002) (Anexo 3).

No que concerne à consistência interna os resultados indicam características psicométricas muito satisfatórias tendo apresentado um *alpha de Cronbach* de .90, quer na dimensão número, quer na dimensão satisfação (Pinheiro & Ferreira, 2001, 2002) (Anexo 3).

7.2.5. Escala sobre a Esperança.

A Escala sobre a Esperança que foi desenvolvida por Oliveira (2003) foi utilizada para medir o nível de Esperança dos gerontes da amostra. A escala é constituída por seis afirmações, cotadas numa escala de *Likert* de cinco pontos, num *continuum* entre *Totalmente em desacordo*, *Bastante em desacordo*, *Nem concordo nem discordo*, *Bastante de acordo*, *Totalmente em desacordo*. Os resultados indicam boas características psicométricas tendo apresentado um coeficiente *alpha de Cronbach* de .80 (Oliveira, 2010a) (Anexo 4).

7.2.6. Escala sobre o Otimismo.

Para avaliar o otimismo utilizou-se a escala desenvolvida por Barros (1998), cujo objetivo é identificar algumas atitudes da pessoa face ao mundo, ou seja, o otimismo disposicional (pessoal). Este instrumento é constituído por quatro itens, cotados numa escala de *Likert* de cinco pontos, num *continuum* entre *Totalmente em desacordo*, *Bastante em desacordo*, *Nem concordo nem discordo*, *Bastante de acordo*, *Totalmente em desacordo*. A consistência da escala foi verificada através do coeficiente *alfa de Cronbach* que apresentou um índice de .75 (Oliveira, 1998) (Anexo 5).

7.3. Procedimento de recolha e análise de dados

Na primeira fase do presente estudo realizou-se uma revisão da literatura, no sentido de definir os principais conceitos, com vista à construção da problemática. De seguida, foram

pesquisados, no âmbito da literatura científica da área, os instrumentos passíveis de adequação à investigação e às questões definidas, considerando os instrumentos que apresentassem maior fiabilidade.

Posteriormente, foi solicitada autorização aos diferentes autores dos instrumentos, previamente escolhidos, para se poderem aplicar no estudo (Apêndice 2).

Relativamente aos procedimentos inerentes à recolha dos dados, foi selecionada uma instituição, à qual foi solicitada autorização para a recolha dos dados, identificando-nos, explicitando os objetivos da investigação e informando sobre o seu caráter de confidencialidade e anonimato (Apêndice 3). Posteriormente, a cada geronte que aceitou participar no estudo foi apresentado o Consentimento Informado (Apêndice 4).

Atendendo às características da população em estudo, foram definidos dois critérios de exclusão, a idade (a partir dos 65 anos) e não apresentar défice cognitivo. Neste sentido, no que concerne aos gerontes que frequentam a Universidade Sénior os instrumentos, escolhidos para utilizar neste estudo, foram aplicados em contexto de sala de aula, à hora em que seriam lecionadas as disciplinas de literatura, história, inglês, francês e psicologia. Assinale-se que este procedimento foi acordado com o Diretor aquando da solicitação da autorização para realizar o presente estudo, sendo que este assegurou que os gerontes que frequentavam aquelas disciplinas não apresentavam défice cognitivo, pelo que não se considerou ser necessário realizar qualquer avaliação cognitiva. No que concerne aos restantes foi realizada uma entrevista inicial de modo a averiguar as capacidades cognitivas de cada sujeito e excluir aqueles passíveis de apresentarem algum défice cognitivo.

A recolha dos dados ocorreu entre janeiro e março de 2014, e após a sua recolha foram tratados com recurso ao *SPSS – Statistical Package for Social Science*, versão 20.

Relativamente à análise dos dados, recorreu-se a diferentes testes estatísticos, consoante os diferentes objetivos. Para o primeiro objetivo específico recorreu-se à estatística descritiva. Para o segundo objetivo específico foram aplicadas estatísticas descritivas, correlações de *Pearson* para a idade e análises de variância, nomeadamente *Independent Sample T Test* (género e frequência ou não da Universidade Sénior) e as *Anova's* (estado civil, escolaridade e com quem vive o geronte). No terceiro objetivo específico foram realizadas correlações de *Pearson*. Para testar o último objetivo recorreu-se à regressão linear múltipla, método *stepwise*.

8. Apresentação dos Resultados

8.1. Análise descritiva dos resultados obtidos nas diversas escalas

Os resultados obtidos permitem concluir que o grupo amostral dos gerentes que fazem parte deste estudo apresentam valores elevados de resiliência, quer na escala MSR ($M=60.08$; $DP=4.181$), quer na escala MCR ($M=73.46$, $DP=8.299$) (Tabela 8.1).

Tabela 8.1
Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Otimismo e Esperança do grupo amostral .

Variáveis	M	DP	Min	Max
MSR - Total	60.08	4.181	46	70
MCR - Total	73.46	8.299	53	87
SSQ6 quantidade	1.99	0.786	1	4
SSQ6 qualidade	5.29	0.554	4	6
Esperança	22.98	3.389	13	30
Otimismo	15.11	2.457	9	20

Relativamente ao suporte social verifica-se que o número (quantidade de suporte) apresenta um valor baixo ($M=1.9$; $DP=0.786$), todavia o grau de satisfação (qualidade do suporte) é elevado ($M=5.29$; $DP=0.554$).

No que concerne à esperança os gerentes do estudo apresentem resultados relativamente elevados ($M=22.98$; $DP=3.489$), no que se refere ao otimismo apresentam resultados um pouco acima da média ($M=15.11$; $DP=2.457$) (Tabela 8.1).

8.2. Resiliência, suporte social, esperança, otimismo e variáveis sociodemográficas

8.2.1. Idade.

A relação entre a idade e as variáveis em estudo foi analisada através do cálculo de correlações de *Pearson*, verificando-se a existência de valores com significância estatística na escala MSR, isto é na resiliência atual ($r= .354$, $p= .004$) e na escala MCR, ou seja, na resiliência desenvolvida em criança ($r= .523$, $p= .000$). Ou seja, existe uma correlação positiva entre a idade e estas três variáveis, mostrando que quanto mais idade os sujeitos têm maior é a pontuação nestes dois indicadores (Tabela 8.2).

Tabela 8.2

Análise correlacional da Resiliência, Suporte social, Esperança e Otimismo em relação à idade.

Variáveis	Idade	<i>p</i>
Resiliência atual	.354*	.004
Resiliência desenvolvida em infância	.523*	.000
Suporte social - dimensão número	.114	.367
Suporte social - dimensão satisfação	.141	.261
Esperança	.183	.146
Otimismo	.229	.066

*.*p*<0.05

8.2.2. Género.

De acordo com os dados apresentados e tendo em atenção a variável género são os homens que apresentam valores mais elevados em todas as variáveis, à exceção da resiliência desenvolvida em infância e da componente quantitativa (dimensão número) do suporte social, em que é o género feminino que apresenta uma maior média (Tabela 8.3).

Tabela 8.3

Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Otimismo, Esperança e género - *Independent Sample Test* relativamente ao género.

Variáveis	Género	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Resiliência atual	Feminino	45	60.16	4.446	.226	.822
	Masculino	20	59.90	3.611		
Resiliência desenvolvida em infância	Feminino	45	73.04	8.396	-.605	.548
	Masculino	20	74.40	8.210		
Suporte social-número	Feminino	45	2.02	.824	.400	.690
	Masculino	20	1.93	.712		
Suporte social-satisfação	Feminino	45	5.27	.559	-.340	.573
	Masculino	20	5.33	.555		
Esperança	Feminino	45	22.18	3.228	-3.062	.003
	Masculino	20	24.80	3.088		
Otimismo	Feminino	45	14.62	2.377	-2.485	.016
	Masculino	20	16.20	2.331		

A diferença verificada nos inquiridos, em cada uma das variáveis em estudo, de acordo com o género, foi analisada através do teste *t* e, após assunção da homogeneidade das variâncias dada pela estatística de Levéne (*p*> 0,05). Assim, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na Esperança ($t(63)=-3.062$, *p*= .003) e no Otimismo ($t(63)=-2.485$, *p*= .016), sendo que são os homens, em ambos os casos, a apresentar maior esperança e maior otimismo (Tabela 8.3).

8.2.3. Estado civil.

Antes da análise relativa ao estado civil, refira-se que para a avaliação das possíveis diferenças, referentes às variáveis em estudo, entre os diversos estados civis, não foi considerado o sujeito divorciado, pois apenas existe um.

Esta variável, o estado civil, assim codificada, foi utilizada nas *Anovas's* para testar a sua influência junto de cada uma das variáveis em estudo, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas na variável suporte social – dimensão número ($F(2,61)=3.663$; $p=.031$). Ou seja, o estado civil influencia a dimensão número do suporte social, sendo que os casados ou em união de fato apresentam valores mais elevados nesta variável do que os restantes grupos (Tabela 8.4).

Tabela 8.4
Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Esperança, Otimismo e estado civil – *Anova's* relativamente ao estado civil.

Variáveis	Estado civil	N	M	DP	F	p
Resiliência atual	Solteiro(a)	15	59.87	4.190	.519	.508
	Casado(a)/União de fato	28	59.64	4.466		
	Viúvo(a)	21	60.86	3.966		
Resiliência desenvolvida em criança	Solteiro	15	71.00	9.761	2.633	.080
	Casado(a)/União de fato	28	72.43	7.466		
	Viúvo(a)	21	76.76	7.771		
Suporte social-número	Solteiro	15	1.59	.563	3.663	.031
	Casado(a)/União de fato	28	2.21	.874		
	Viúvo(a)	21	1.90	.623		
Suporte social-satisfação	Solteiro	15	5.31	.648	.277	.759
	Casado(a)/União de fato	28	5.24	.441		
	Viúvo(a)	21	5.36	.642		
Esperança	Solteiro	15	22.87	4.291	.232	.794
	Casado(a)/União de fato	28	23.29	3.473		
	Viúvo(a)	21	22.62	2.692		
Otimismo	Solteiro	15	14.80	2.336	.416	.662
	Casado(a)/União de fato	28	15.04	2.822		
	Viúvo(a)	21	14.52	2.064		

8.2.4. Escolaridade

Para análise da relação entre o nível de escolaridade e as variáveis em estudo optamos por criar novas classes nas respostas dos sujeitos relativas à sua escolaridade, uma vez que existe apenas um indivíduo que concluiu o 3.º ciclo e não existe nenhum geronte que não saiba ler e escrever. Assim, foram criadas 4 classes sendo que na primeira se incluíram todos os sujeitos que concluíram ou não o 1º ciclo ($n=18$), na segunda incluíram-se os inquiridos que completaram o 2º ou o 3º ciclos ($n= 11$) e na terceira e quarta classe os sujeitos que concluíram o ensino secundário ($n=16$) e aqueles que têm formação superior ($n=20$).

Esta variável assim codificada foi utilizada nas *Anova's* para testar a sua influência junto de cada uma das variáveis em estudo, não tendo sido observadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas (Tabela 8.5).

Tabela 8.5
Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Esperança, Otimismo e escolaridade – *Anova's* relativamente à escolaridade.

Variáveis	Escolaridade 4 classes								F	p
	1º ciclo ou menos (N=18)		2º ou 3º ciclo (N=11)		ensino secundário (N=16)		ensino superior (N=20)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Resiliência atual	61.72	2.803	59.91	4.110	59.38	4.365	59.25	4.919	1.370	.261
Resiliência desenvolvida em criança	76.56	7.318	73.09	10.597	72.94	7.801	71.30	7.915	1.335	.271
Suporte social - dimensão número	2.31	.447	1,76	.550	1.75	.970	2.03	.909	1.877	.143
Suporte social - dimensão satisfação	5.44	.499	5.42	.424	5.20	.656	5.16	.566	1.161	.332
Esperança	22.39	1.914	22.91	3.646	23.31	4.743	23.30	3.181	.285	.836
Otimismo	15.89	1.183	15.36	2.461	14.63	2.895	14.65	2.457	1.088	.361

8.2.5. Com quem vive o geronte.

Relativamente à análise da variável com quem vive o geronte verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na componente quantitativa (dimensão número) do suporte social ($F(3,61)=4.074$, $p= .011$), sendo os gerontes casados ou em união de fato que pontuam mais nesta variável. Na generalidade, a partir da observação das médias, verificamos que são os gerontes que vivem sozinhos que pontuam menos em todas as variáveis (Tabela 8.6).

Tabela 8.6

Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Esperança, Otimismo e com quem vive o geronte – *Anova's* relativamente a com quem vive o geronte.

Variáveis	Com quem vive o geronte								F	p
	Esposo(a) (n=30)		Filhos (n=10)		Sozinho (n=16)		Outro (n=9)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Resiliência atual	59.57	4.321	62.10	3.446	58.63	4.209	62.11	3.257	2.437	.073
Resiliência desenvolvida em criança	72.73	7.524	76.30	8.274	71.75	9.936	75.58	7.726	.924	.435
Suporte social - dimensão número	2.27	.885	2.13	.502	1.53	.633	1.72	.500	4.074	.011
Suporte social - dimensão satisfação	5.26	.450	5.47	.563	5.23	.722	5.31	.669	.436	.728
Esperança	23.27	3.362	22.80	2.821	22.13	2.849	23.78	4.919	.575	.634
Otimismo	15.00	2.754	15.40	2.271	15.81	2.073	15.67	2.500	.289	.833

8.2.6. Frequência ou não da Universidade Sénior

Após a aplicação do teste de *Levéne* verificámos que não existe homogeneidade das variâncias na resiliência atual, na resiliência desenvolvida em criança e no otimismo. O cálculo do teste *t* para as variáveis em análise permitiu constatar a existência de diferenças significativas relativamente à frequência ou não da Universidade Sénior na resiliência atual ($t(63)=-2.360$; $p= .021$), na resiliência desenvolvida em crianças ($t(63)=-4.041$, $p= .000$) e no otimismo ($t(63)=-2.683$; $p= .009$). Em todos os casos são os participantes que não frequentam a Universidade Sénior quem apresenta os valores mais elevados nestas variáveis (Tabela 8.7).

Tabela 8.7

Análise descritiva da Resiliência, Suporte social, Otimismo, Esperança e frequência ou não da Universidade Sénior - *Independent Sample Test* relativamente à frequência ou não da Universidade Sénior

Variáveis	Frequência da Universidade Sénior	N	M	DP	t	p
Resiliência atual	Sim	31	58.84	4.748	-2.360	.021
	Não	34	61.21	3.264		
Resiliência desenvolvida em criança	Sim	31	69.55	7.224	-4.041	.000
	Não	34	77.03	7.657		
Suporte social-número	Sim	31	1.83	.974	-1.630	.108
	Não	34	2.14	.537		
Suporte social-satisfação	Sim	31	5.16	.608	-1.818	.074
	Não	34	5.41	.479		
Esperança	Sim	31	22.61	3.748	-.842	.403
	Não	34	23.32	3.042		
Otimismo	Sim	31	14.29	2.877	-2.683	.009
	Não	34	15.85	1.726		

8.3. Análise correlacional da resiliência, suporte social, esperança, otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sênior

No que diz respeito à resiliência atual verifica-se que esta se correlaciona positivamente com a resiliência desenvolvida em criança ($r = .527, p = .002$), com a componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social ($r = .502, p = .004$), com a esperança ($r = .555, p = .000$) e com o otimismo ($r = .535, p = .002$).

A resiliência desenvolvida em criança correlaciona-se positivamente com a componente quantitativa (dimensão número) do suporte social ($r = .369, p = .041$) e com o otimismo ($r = .403, p = .025$).

Relativamente à componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social verificamos que esta se correlaciona positivamente com a esperança ($r = .575, p = .001$) e com o otimismo ($r = .487, p = .005$).

A esperança correlaciona-se positivamente com o otimismo ($r = .818, p = .000$) (Apêndice 5).

8.4. Análise correlacional da resiliência, suporte social, esperança, otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sênior

No que diz respeito à resiliência atual verifica-se que esta se correlaciona positivamente com a resiliência desenvolvida em criança ($r = .502, p = .003$), com a componente quantitativa (dimensão número) do suporte social ($r = .372, p = .030$), com a esperança ($r = .393, p = .022$) e com o otimismo ($r = .463, p = .006$).

A resiliência desenvolvida em criança correlaciona-se positivamente com a componente quantitativa (dimensão número) do suporte social ($r = .488, p = .003$), com a esperança ($r = .502, p = .003$) e com o otimismo ($r = .585, p = .000$).

Relativamente a componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social verificamos que esta se correlaciona positivamente com a componente quantitativa (dimensão número) do suporte social ($r = .367, p = .033$) e com o otimismo ($r = .476, p = .004$).

A esperança correlaciona-se positivamente com o otimismo ($r = .621, p = .000$) (Apêndice 6).

8.5. Análise das variáveis preditivas da resiliência atual

Para verificar se existiam algumas variáveis em estudo que pudessem prever a resiliência dos gerontes efetuou-se o estudo recorrendo ao modelo de regressão linear através do método *stepwise*, uma vez que com base neste método, o modelo vai estudar cada uma das variáveis e após testar o seu valor de F, este método apenas inclui no modelo as variáveis que incrementam esse valor, permitindo ainda excluir as que se tornam redundantes com a entrada de novas, tornando, desta forma mais claro que variáveis são pertinentes para o modelo.

Assim, foi encontrado um modelo de regressão significativo, com duas variáveis que explicam 38.7% da variância da resiliência atual dos gerontes (r^2 ajustado= .387), $F(2, 62)=21.179$, $p < 0,001$) (Tabela 8.8).

Tabela 8.8
Modelo de regressão linear, através do método *stepwise*.

Modelo		Coeficientes		Coeficientes estandardizados Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
		B	DP			
2	Constante	37.216	3.710		10.031	.000
	MCR	.185	.058	.367	3.178	.002
	Otimismo	.613	.197	.360	3.111	.003

Deste modo, constatamos que as únicas variáveis em estudo que contribuem para a resiliência atual, uma vez que apresentam interesse para o modelo utilizado, são a resiliência desenvolvida em criança ($\beta = .368$, $p = .002$) e o otimismo ($\beta = .360$, $p = .003$).

9. Análise e Discussão dos Resultados

9.1. Resiliência, suporte social, esperança e optimismo

Os gerontes que foram alvo desta investigação apresentam valores relativamente elevados na sua resiliência, indicando que não obstante apresentem algumas adversidades advindas da etapa de vida em que se encontram, estão a ser capazes de gerir adequadamente as suas vidas de forma positiva. Estes dados são corroborados por diversos estudos que indicam que alguns gerontes apresentam uma elevada resiliência, nomeadamente os estudos realizados por Gooding e colaboradores (2012) que analisaram a diferença nos níveis de resiliência entre um grupo de jovens e um grupo de gerontes e por Ludman (2007) que realizou uma investigação com pessoas com idades compreendidas entre os 19 e 103 anos.

Ambos os estudos concluem que são as pessoas com mais idade as que apresentavam uma maior capacidade de resiliência. Estes resultados obtidos no presente estudo permitem-nos referir que estamos perante uma amostra de gerontes que parece ter conseguido manter e desenvolver competências quando teve de enfrentar ameaças e/ou desafios ao longo do seu percurso vivencial, nomeadamente nesta etapa da sua vida.

Analisando os resultados obtidos na componente quantitativa (dimensão número) do suporte social verifica-se que este é reduzido, evidência que também é descrita por Carstensen (1991) que refere que à medida que decorre o processo de envelhecimento, o geronte prefere relações sociais que lhe proporcionem experiências emocionais significativas em detrimento de uma ampla rede de relações. Assinala-se ainda que, ao contrário das pessoas mais novas que muitas vezes procuram relações para partilhar informações, o geronte procura estabelecer relações, que a longo prazo, lhe possam atribuir significado (Wroblewski & Snyder, 2005). Estes dados podem levar-nos a inferir que, dadas as preferências dos gerontes no âmbito das suas relações sociais, referidas anteriormente, a componente quantitativa poderá apresentar valores mais reduzidos na faixa etária alvo da presente investigação.

Na componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social os gerontes do grupo amostral apresentam valores muito elevados. Este resultado poderá ser explicado com base na investigação realizada por Monteiro e Neto (2008) com gerontes que frequentavam a Universidade Sénior e que evidenciou que os alunos que não tinham curso superior apresentavam valores mais elevados na dimensão satisfação e na dimensão número do suporte social. De facto a maioria dos gerontes que pertencem à presente amostra ($n=40$) não têm curso superior e uma parte não frequenta a Universidade Sénior ($n=34$).

A esperança é considerada por Ong e colaboradores (2006) uma fonte de resiliência na velhice, facto que referem numa investigação que realizaram no sentido de perceber a relação que se estabelece entre a esperança e a adaptação positiva ao stresse. Os dados obtidos no presente estudo corroboram esta assunção, na medida em que os gerontes da presente amostra apresentam valores elevados, quer ao nível da resiliência, quer ao nível da esperança. Porém, é de salientar que num estudo realizado por Oliveira (2010b) que avaliou os níveis de esperança de três grupos distintos – jovens, adultos e gerontes – foram os adultos e não os gerontes que apresentaram valores mais elevados. Convém ainda referir que a amostra do estudo de Oliveira (2010b), tal como a amostra que é alvo de investigação neste trabalho pertencem a localidades muito específicas e distintas o que pode ter influenciado a discrepância obtida nos valores relativos à esperança. A amostra do presente estudo pertence a uma zona interior enquanto a amostra do estudo referido anteriormente, pertence a um distrito

que se situa no litoral, podendo assim existir fatores que não foram controlados e que podem influenciar os resultados.

No que concerne ao otimismo os gerontes desta amostra apresentam valores um pouco acima da média, evidenciando tal como no estudo de Schweizer e Schneider (1997) que o otimismo parece aumentar até por volta dos 40 anos, reduz entre os 40 e os 50 anos e, posteriormente, volta a aumentar. De acordo com Lennings (2000) o aumento do otimismo na terceira idade parece acontecer devido à sabedoria que os gerontes vão acumulando ao longo da vida.

9.2. Relações entre a resiliência, o suporte social, o otimismo, a esperança e as variáveis sociodemográficas

No âmbito da concretização do segundo objetivo específico foram analisadas as relações entre a resiliência, o suporte social, a esperança e o otimismo e as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, a idade, o género, o estado civil, a escolaridade e com quem vive o geronte.

A idade apresentou uma correlação com significância estatística com a resiliência desenvolvida em criança e com a resiliência atual, ou seja, à medida que a idade dos gerontes que pertencem a este grupo amostral aumenta, também aumenta a resiliência que os gerontes desenvolveram enquanto crianças e a sua resiliência atual. Relativamente à relação constatada entre a resiliência atual e a idade verifica-se que este facto é também corroborado pelo estudo de Ludman (2007) que também observou os mesmos resultados na sua investigação, ou seja, o facto de serem as pessoas mais idosas as que apresentavam maior resiliência.

A variável idade, quando associada ao suporte social, ao otimismo e à esperança, não apresentou resultados significativos.

Analisando os resultados atendendo à relação entre as variáveis em estudo e o género verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na esperança e no otimismo, sendo os homens, em ambos os casos, a apresentar valores mais elevados, quer na esperança, quer no otimismo. Assinale-se que estes resultados por nós encontrados também são verificados, parcialmente, na investigação desenvolvida por Oliveira (2010 b), uma vez que constatou no seu estudo que eram os homens a apresentar valores mais elevados nessas variáveis. É de salientar, contudo que este autor comparou a felicidade, o otimismo, a esperança e o perdão em jovens, adultos e gerontes, tendo sido os homens adultos que revelaram valores mais elevados no otimismo e na esperança.

No que se refere ao género e a sua relação com a resiliência atual observou-se que as mulheres apresentam uma média um pouco mais elevada na escala de resiliência, todavia esta não foi uma diferença significativa. Também Fontes e colaboradores (2009) não detetaram resultados estatisticamente significativos quando associaram o género à resiliência, contudo tal como no presente estudo também verificaram que as mulheres apresentavam uma média de resiliência um pouco mais elevada do que os homens.

A relação entre o género e a componente quantitativa do suporte social também não revelou resultados estatisticamente significativos, porém são as mulheres que apresentam uma média, ligeiramente, mais elevada. Este facto pode ser explicado pelo fator que Antonuci (2001) também refere, assinalando que as redes sociais das mulheres são maiores e mais multifacetadas. Assinale-se que na componente qualitativa da componente social são os homens que apresentam uma maior média o que pode estar relacionado com a Teoria de Seletividade Socioemocional, que afeta a escolha de atividades e de parceiros sociais (Carstensen, 1991). Estes resultados podem sugerir que os homens ao exercerem a sua escolha poderão ser mais assertivos, proporcionando a si mesmos, maior satisfação nas suas relações sociais.

Relativamente ao estado civil e à variável com quem vive o geronte, os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas na componente quantitativa (dimensão número) do suporte social, ou seja, verificou-se neste estudo que o estado civil e a variável com quem vive o geronte influencia a dimensão número do suporte social. Assim, são os gerontes casados ou que se encontram em união de facto a apresentarem valores mais elevados nesta variável. Também Ornelas (1994) comparou os níveis de suporte social entre cinco grupos de indivíduos (casados, divorciados, separados, viúvos e solteiros) e concluiu que eram os indivíduos casados que apresentavam valores mais elevados no suporte social. Por outro lado, e atendendo ao facto de que o cônjuge, na generalidade, é a principal pessoa que presta cuidados, Paúl (2006) refere que o casamento pode ser considerado o tipo de relação afetiva mais próxima, que mais promove o envelhecimento bem-sucedido.

No que concerne à escolaridade, os resultados não demonstraram a presença de diferença estatisticamente significativa. Estes nossos resultados são corroborados pelos estudos de Fontes e colaboradores (2009) e Joseph e Linley (2006) que também não detetaram resultados estatisticamente significativos quando associaram a resiliência à escolaridade.

9.3. Relações entre a resiliência, o suporte social, a esperança, otimismo e a frequência ou não e da Universidade Sénior

Relativamente à frequência da Universidade Sénior a investigação efetuada apresentou diferenças estatisticamente significativas na resiliência desenvolvida em criança, na resiliência atual e no otimismo, sendo os gerontes que não frequentam a Universidade Sénior a apresentarem valores mais elevados nas variáveis referidas, isto é são mais resilientes e mais otimistas.

O facto de os gerontes desta amostra que frequentam a Universidade Sénior apresentarem valores inferiores, quer na resiliência atual, quer na resiliência desenvolvida em criança poderá ser explicada, tendo em consideração um estudo longitudinal, realizado em Gondomar, cujos alunos após seis meses de se terem inscrito na Universidade Sénior terem apresentado incrementos na autoestima, na solidão e nas redes de suporte social (Gonçalves & Neto, 2013). Ora, atendendo à investigação realizada por Catharin e Belanciere (2008), com gerontes, cujo objetivo era investigar a influência do conceito de saúde no desenvolvimento da resiliência na terceira idade, que concluiu que era a rede social de apoio que mais contribuía para o desenvolvimento da resiliência nos gerontes e considerando que a frequência das Universidades Sénior permite o estabelecimento de redes sociais dentro e fora dos grupos e fortalece vínculos positivos entre os gerontes (Monteiro & Neto, 2008) leva-nos a assumir que não termos verificado valores elevados na resiliência pode advir do facto de a nossa amostra ser constituída por gerontes que frequentavam a Universidade Sénior há pouco tempo, ou seja, não frequentavam o estabelecimento há tempo suficiente para poderem ter incrementado as suas relações sociais o que atendendo ao estudo desenvolvido por Catharin e Belanciere (2008) referido, anteriormente, poderia ter contribuído para o aumento da sua capacidade de resiliência.

A investigação longitudinal realizada por Gonçalves e Neto (2013), com gerontes, que foi referida anteriormente também pode ajudar a explicar o resultado reduzido obtido pelos gerontes da nossa amostra relativamente ao otimismo, uma vez que os gerontes da amostra do autor referido sofreram incrementos nas redes de suporte social. Ora, de acordo com Sergerston (2007) que realizou uma investigação longitudinal, com antigos alunos de uma faculdade de direito, existe uma associação positiva entre o suporte social e o otimismo e atendendo ao estudo de Charney (2004) que identificou numa investigação de cariz neurobiológico uma associação positiva entre o otimismo e a resiliência podemos levantar a hipótese, novamente, que a amostra do presente estudo frequenta a Universidade Sénior há

relativamente pouco tempo, uma vez que ainda não alargou a sua rede social, o que de acordo com a investigação realizada por Charney (2004) referida acima, poderia ter contribuído para o aumento do seu otimismo.

Em ambos os grupos, quer naquele a que pertencem os gerontes que frequentam a Universidade Sénior, quer naquele a que pertencem os gerontes que não frequentam a Universidade Sénior constataram-se correlações positivas e significativas entre a resiliência atual e a resiliência desenvolvida em criança, a esperança e o otimismo; entre a componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social e o otimismo e entre a esperança e o otimismo.

Estes resultados demonstram que quanto maior é capacidade de resiliência desenvolvida em criança maior é a resiliência atual. Este dado, parece remeter para o facto de se um geronte durante a sua infância demonstrar capacidade de adaptação perante a vivência de adversidades também o demonstrará, durante o processo de envelhecimento, não obstante os investigadores referenciem que a resiliência não funciona como uma vacina que inocula perante o stress e as adversidades (Rutter, 2006). Importa contudo refletir que nesta fase da vida, a idade da sabedoria, como alguns investigadores denominam, o geronte parece ser capaz de colocar em prática muitas das estratégias que foi aprendendo ao longo da sua vida, daí a sua capacidade de resiliência poder continuar a ser potenciada ainda que perante novas situações de adversidade (Fitzpatrick, 2013; Lennings, 2000; Oliveira, 2003, 2005).

A presente investigação revelou, em ambos os grupos, correlações positivas entre a resiliência atual, a esperança e o otimismo, resultados corroborados no artigo de Linley e Joseph (2006), que tendo como base a revisão de 39 estudos empíricos, constataram que a capacidade de resiliência apresenta associação consistente com as emoções positivas.

De acordo com os resultados no grupo que frequenta a Universidade Sénior a resiliência atual aumenta à medida que aumenta a componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social, enquanto no grupo que não frequenta a Universidade Sénior é a componente quantitativa (dimensão número) que aumenta à medida que aumenta a resiliência atual. Todavia, convém referir que num estudo, cujo objetivo era investigar a opinião dos gerontes sobre o que entendiam como sendo o envelhecimento resiliente um dos fatores abordados foi a preservação de relacionamentos pessoais (Wiles et al., 2012). Também Belanciere e Catharin (2008) numa investigação que realizaram para analisar a influência do conceito de saúde no desenvolvimento da resiliência, em gerontes que frequentavam a Universidade Sénior, concluíram que era a rede social de apoio que mais contribuía para o desenvolvimento da resiliência, nos gerontes.

Relativamente à correlação positiva e significativa entre a esperança e o otimismo que se verificou em ambos os grupos, recorrendo ao enquadramento teórico, mais precisamente à investigação desenvolvida por Oliveira (2010b), verificamos que este autor corrobora este resultado.

A correlação positiva e significativa entre o suporte social e o otimismo é apresentada por ambos os grupos, porém no grupo que frequenta a Universidade Sénior é a componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social que aumenta à medida que aumenta o otimismo, enquanto no grupo de gerentes que não frequenta a Universidade Sénior são as componentes quantitativa (dimensão número) e qualitativa (dimensão satisfação) que aumentam à medida que aumenta o otimismo. Estes resultados poderão remeter-nos para duas possíveis limitações da presente investigação, o facto de não ter averiguado as motivações dos gerentes que frequentam a Universidade Sénior, ou seja, saber se frequentam para aumentar os seus conhecimentos ou para procurar suporte social e, por outro lado, não ter averiguado se os gerentes que não frequentam a Universidade Sénior participam em atividades, tais como grupos de leitura, canto, exercício físico, dança, entre outros.

No grupo de gerentes que não frequenta a Universidade Sénior à medida que aumenta a componente quantitativa do suporte social também aumenta a componente qualitativa (dimensão satisfação) da mesma variável. Ou seja, parece que quem não frequenta a Universidade Sénior tem conseguido ampliar a sua rede social e ao mesmo tempo sente-se satisfeito com a mesma.

Numa investigação realizada por Zorn (1997) em que participaram gerentes com problemas crónicos de saúde foram detetadas correlações positivas entre o suporte social e a esperança, facto que também ocorre neste estudo, mas apenas no grupo de gerentes que não frequenta a Universidade Sénior.

De salientar que, no grupo que frequenta a Universidade Sénior quanto maior é a componente qualitativa (dimensão satisfação) do suporte social maior é a resiliência enquanto no grupo que não frequenta a Universidade Sénior é a componente quantitativa (dimensão número) que apresenta correlação positiva e significativa com a resiliência. O facto de a resiliência atual apresentar uma relação positiva com a dimensão número do suporte social é corroborado também por Catharin e Belanciere (2008) que num estudo cujo objetivo era analisar a influência do conceito de saúde no desenvolvimento da resiliência na terceira idade concluíram que é a rede social que mais promove o desenvolvimento da resiliência dos gerentes. A associação significativa e positiva entre a resiliência atual e a componente quantitativa do suporte social (dimensão número) é corroborada por Ferreira e colaboradores

(2012) numa investigação onde analisaram a relação entre a autoestima, o suporte social e a resiliência, convém salientar que este estudo não discriminou as componentes do suporte social. Todavia esta diferença nas componentes do suporte social verificada entre os dois grupos poder-nos-á remeter para o facto de não ter sido contemplada a variável “há quanto tempo frequenta a Universidade Sénior” e o motivo da opção por frequentar esta instituição.

9.4. Análise das variáveis preditivas da resiliência em gerontes

No âmbito do último objetivo desta investigação que versava a análise das variáveis preditivas de uma maior resiliência no grupo amostral, verificámos que a resiliência desenvolvida em criança e o otimismo constituem os preditores da resiliência neste grupo amostral.

Considerando que a resiliência pode ser definida enquanto processo de adaptação bem-sucedido após a vivência de adversidades (Noronha et al., 2009) no qual estão envolvidas duas componentes indispensáveis para que a resiliência se desenvolva, nomeadamente, os fatores de risco e os fatores de proteção (Truffino, 2010), podemos deduzir, com base na presente investigação, que a resiliência que o geronte desenvolveu durante a sua infância e o otimismo constituem dois importantes fatores de proteção que poderão ter um papel relevante no desenvolvimento da resiliência atual e da capacidade de se adaptar às vicissitudes que neste ciclo da sua vida encontra.

Os resultados deste estudo remetem para o facto de se uma pessoa, durante a infância desenvolver a resiliência, mais tarde, durante o processo de envelhecimento também poderá vir a ser capaz de mobilizar as suas capacidades para poder apresentar uma adaptação positiva face à vivência de adversidades.

Tal como a resiliência desenvolvida em criança, também o otimismo se revelou uma variável preditiva de resiliência. Refira-se que o otimismo constitui uma das reservas que permite que as pessoas enfrentem com mais efetividade as suas perdas (Rabelo & Neri, 2005). Além disso, de acordo com Charney (2004) o otimismo constitui um dos fatores que distingue as pessoas resilientes das que não são. Convém aqui referir dois estudos que parecem ir ao encontro do facto de neste trabalho ter sido identificado o otimismo como factor preditor da resiliência. Numa investigação realizada na Nova Zelândia que recorreu ao método *focus group* para investigar a opinião de 121 gerontes sobre o que entendiam como sendo o envelhecimento resiliente um dos fatores referidos foi a presença uma atitude positiva (Wiles et al., 2012). Assinale-se que num artigo publicado por Joseph e Linley (2006) que consistiu

na revisão de 39 estudos empíricos, a capacidade de resiliência apresentou associação consistente com otimismo.

CONCLUSÕES

Conclusões

O envelhecimento é um processo universal, todavia não é vivenciado de igual forma por todas as pessoas.

O envelhecimento é um processo gradativo, durante o qual, muitas capacidades humanas se conservam, durante longos períodos. Porém, para que seja bem-sucedido é indispensável que o geronte se adeque às possíveis perdas que acontecem, normalmente, nesta etapa da vida, e que opte por determinados estilos de vida que lhe proporcionem a manutenção da sua integridade, quer a nível físico, quer a nível mental até ao último momento da sua existência (Paul & Fonseca, 2005).

Deste modo, urge conceptualizar o envelhecimento de uma forma positiva, facto que nos levou a aprofundar o estudo, nesta fase da vida, contemplando a resiliência, o suporte social, a esperança, o otimismo e a frequência da Universidade Sénior.

Na generalidade os gerontes da presente investigação apresentam valores elevados na resiliência e na dimensão satisfação do suporte social, valores relativamente elevados na esperança e valores um pouco acima da média no otimismo. Todavia, na dimensão quantidade do suporte social os gerontes apresentam valores baixos. Realmente, alguns autores (Carstensen, 1991; Wroblewski & Snyder, 2005) referem que no decorrer do processo de envelhecimento, os gerontes valorizam relações sociais que lhe facultem experiências com significado emocional em detrimento da busca de uma rede alargada de relações.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, a idade apresentou uma correlação com significância estatística com a resiliência. Foram identificadas diferenças estatísticas significativas na esperança e no otimismo entre o género masculino e o feminino, sendo o primeiro a apresentar valores mais elevados. No que concerne ao estado civil verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na componente quantitativa (dimensão número) do suporte social, sendo os gerontes casados ou em união de facto a apresentarem valores mais elevados.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que frequenta a Universidade Sénior e o grupo que não frequenta nas variáveis resiliência e otimismo. Este facto remete-nos para uma das possíveis limitações do presente estudo se tivermos em atenção as três investigações que apresentamos seguidamente: a primeira que avalia o suporte social quando o geronte inicia a frequência da Universidade sénior e após seis meses, verificando que os valores aumentaram (Gonçalves & Neto, 2013), a segunda que refere que é o apoio social que mais contribui para o desenvolvimento da resiliência (Belanciere &

Catharin, 2008); e a terceira que afirma que existe uma associação positiva entre o suporte social e o otimismo (Sergerston, 2007). Ou seja, podemos identificar enquanto limitação o facto de não termos integrado no estudo a variável há quanto tempo frequenta a Universidade Sénior. Isto é, a nossa amostra que frequenta a Universidade Sénior pode ter obtido valores mais reduzidos na resiliência e no otimismo, porque os gerontes não frequentam o estabelecimento há tempo suficiente para poderem ter ampliado a rede de relações sociais e o que atendendo ao estudo de Belanciere e Catharin (2008) poderia ter contribuído para aumentar a sua capacidade de resiliência e considerando o estudo de Sergerston (2007) ter fomentado o otimismo. Estas constatações advêm ainda da conceção proposta na literatura de que a resiliência pode ser “trabalhada” (Edwards et al., 2012), e que o otimismo pode ser desenvolvido (Fitzpatrick, 2013).

Relativamente ao modelo preditivo da resiliência no grupo amostral, verificamos que é a resiliência desenvolvida em criança e o otimismo que predizem a resiliência atual. Ou seja, se durante a infância a pessoa desenvolver resiliência, mais tarde, quando vivenciar o processo de envelhecimento será capaz de mobilizar as suas habilidades para adaptar-se positivamente quando tiver que enfrentar adversidades. Os resultados deste estudo remetem para o facto de se uma pessoa, durante a infância desenvolver a resiliência, mais tarde, durante o processo de envelhecimento também poderá vir a ser capaz de mobilizar as suas capacidades para poder apresentar uma adaptação positiva face à vivência de adversidades. O que é de relevar na medida em que resiliência constitui uma variável preditiva do envelhecimento bem-sucedido (Jeste, Savla, Thompson, Vahia, Glorioso, Palmer, & Depp, 2013) e o otimismo é considerado por Charney (2004) um dos factores que faz a distinção entre uma pessoa que é resiliente da que não é.

Atendendo aos resultados desta investigação salienta-se aqui o importante papel que o psicólogo educacional poderá desempenhar planeando, organizando e dinamizando projetos que promovam, quer a resiliência na medida em que de acordo com Wells (2010) elevados níveis de resiliência auxiliam o geronte nas dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento; quer o otimismo, uma vez que, de acordo com Rabelo e Neri (2005) o otimismo constitui uma das reservas que permite às pessoas enfrentar com mais efetividade os eventos mais difíceis da vida.

Por outro lado, o psicólogo educacional também poderá intervir no âmbito do desenvolvimento das relações interpessoais promovendo deste modo a diminuição dos sintomas depressivos (Minardi & Blanchard, 2004), o desenvolvimento da autoestima, a diminuição da ansiedade, a promoção da capacidade de resiliência e a presença de atitudes

positivas (Beutel et al., 2009), ao mesmo tempo que acaba por contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade (Siegler et al., 2003). De facto, verificou-se no presente estudo que a resiliência apresenta uma forte associação com o suporte social, salientando assim o papel relevante do suporte social na terceira idade.

Nesta etapa final da investigação importa ainda assinalar algumas limitações. Assim, podemos assinalar: i) o facto de a amostra ser originária de apenas uma região, os dados foram recolhidos apenas num concelho; ii) não existirem estudos relativos às variáveis em causa com as características da população alvo desta investigação pode ter comprometido a análise e discussão dos resultados deste trabalho; iii) não terem sido contempladas as variáveis há quanto tempo o geronte frequenta a Universidade Sénior, a razão pela qual o geronte decidiu frequentar este estabelecimento de ensino e a variável para averiguar se os gerontes frequentavam outro tipo de atividades, tais como grupos de leitura, dança, educação física, canto. Por estes motivos, como é óbvio, os presentes resultados devem ser encarados com alguma prudência, não podendo ser generalizados a toda a população de gerontes, contudo, pensamos que podem contribuir para entender um pouco melhor algumas variáveis que se podem entrecruzar nesta etapa de vida.

Todavia, relativamente a futuras investigações no âmbito da presente temática sugerimos a adoção simultânea de outras metodologias como por exemplo, a realização de entrevistas semiestruturadas de modo a aceder mais concisamente à conceptualização dos gerontes relativamente aos conceitos em estudo, bem como às inter-relações que os gerontes podem estabelecer entre eles. Por outro lado, também consideramos que poderia ser mais produtivo em termos de incrementos no conhecimento inerente às variáveis em estudo e às relações que se estabelecem entre elas, se a população fosse originária de diversas regiões do país. Além disso, seria pertinente ainda a realização de um estudo longitudinal no sentido de realizar duas avaliações, a primeira quando os gerontes iniciam a frequência da Universidade e a segunda após um ano letivo.

Contudo, consideramos que o facto da presente investigação ter sido circunscrita apenas a um distrito, constituiu um auxílio para a compreensão do contributo que o suporte social, a esperança, o otimismo e a frequência da Universidade Sénior apresentam para a resiliência de uma população específica. Além disso, também pode constituir o ponto de partida para a realização de uma investigação mais profunda com a mesma temática e a mesma população mas reformulando alguns aspetos apontados nas sugestões e nas limitações, cujos resultados poderão proporcionar um maior auxílio no planeamento, organização e implementação de programas que promovam o desenvolvimento e aperfeiçoamento de

capacidades nos gerontes que lhes permitam enfrentar a terceira idade melhor apetrechados, quer em termos sociais, quer em termos psicológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências bibliográficas

- Afonso, M. (2013). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (pp. 163-176). Lisboa: Lidel.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (5.^a ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- American Psychology Association (s.d.). *The road to resilience*. Consultado a 17 de fevereiro de 2014, em <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
- Antonuci, T. C. (2001). Social relations: an examination of social network. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. (pp. 427-453). San Diego: Academic Press.
- Aschat, H. Kawachi & Spiro, A. (2000). Optimism and depression as predictor of physical and mental health function: The normative aging study. *Annual of Behavioral Medicine*, 22(2), 127-130.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, & M.M. Baltes (orgs.), *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*. (pp.1-34). New York: Cambridge University.
- Barreira, D. D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Altheia*, 23, 75-80.
- Bailey, T. C. & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *The Psychological Record*, 57, 233-240.
- Belancieri, M. F. & Catharin, L. C. (2008, junho). *Resiliência e saúde na terceira idade*. In I. Basso, J. C. R. Rocha, & M. D. Esquerda (orgs.), II Simpósio Internacional da Educação, Bauro, São Paulo.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Decker, O., Fischbeck, S., & Brahler, E. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*, 16, 1132-1138.
- Carvalho, M. & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Carstensen, L. L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
- Carver, C. S. & Scheier, M. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.

- Charney, D. S. (2004). Psychological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *The American Journal of Psychiatry*, *161*, 195-216.
- Dust, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In: S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. (326-349). New York: Cambridge University Press.
- Edwards, E., Hall, J., & Zautra, A. (2012). Resilience in aging. *Elder care: A Resource for Interprofessional Providers*. University of Arizona College of Medicine.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in face of risk. *Rev.Public Health*, *26*, 399-419. doi: 10.1146/annurev.pubhealth.26.021304.144357
- Fernandes, A. T. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Revista da faculdade de letras: sociologia*, *1(15)*, 223-248.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, C., Santos, L., & Maia, E. (2012). Resiliência em idosos atendidos na rede de atenção básica de saúde em municípios do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46(2)*, 328-334.
- Ferreira, P. & Marques, T. (2012, janeiro). *Populações, gerações e ciclos de vida*. VII Congresso Português de Sociologia. Universidade do Porto, Faculdade de Letras & Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Fitzpatrick, J. J. (2013). Resilience interventions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27-111. doi :10.1016/j.apnu.2013
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontes, T. F. R., Portuguese, M.W., & Argimon, I.I.L. (2009). A resiliência em idosos e a sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de psicologia*, *26* (4), 455-463.
- Gergen, M. M. (2009). Framing lives: Therapy with women of “certain age”. *Women & Therapy*, *32*, 252-266.
- Gonçalves, J., & Neto, F. (2013). Influência da frequência de uma Universidade Sénior no nível de solidão, autoestima e redes de suporte social. *Temas em Psicologia do Envelhecimento*, (I), 69-92.
- Gooding, P. Hurst, A. Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*, 262-270.
- Grotberg, E. (2001). Resilience programs for children in disaster. *Ambulatory Child Health*, *7*, 75-83.

- Guillhan, J. (2000). *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E. P. Seligman*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Hengudomsub, P. (2007). Resilience in later life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2(1), 115-123.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 257-262.
- Herman, H, Stewart, D. E., Diaz-Grabados, N., Berger, E., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatric*, 56(5), 258-265.
- Hermangóne, L. (2002). Variables de influencia temprana en la génesis del optimismo. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 3(7), 227-242.
- Hildon, Z., Montgomery, S. Blame, D., & Netuveli, G. (2009). Examining resilience of quality of life in face of health-related and psychosocial adversity at old ages: what is “right” about the way we age?. *The Gerontologist*, 50(1), 36-47.
- Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., & Fernandes H. (2013). *Envelhecimento e economia social. Perspetivas atuais*. Viseu: PsicoSoma Editora.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Palmer, B. W., & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196.
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-180.
- Kim, E. S., Park, N., & Peterson, C. (2011). *Dispositional optimism protects older adults from stroke: the health and retirement study*. doi:10.1161/STROKEAHA.111.613448
- Kulik, J. A. & Mahler, H. I. M. (1997). Social comparison, affiliation and coping with acute medical threats. In B. P. Buunk, F. X. Gibbons, & A. Buunk (Eds.), *Health, Coping, and Well-Being: Perspectives from social comparison theory*. (pp. 227-262). Mahawah: Lawrence Earbaum Associates.
- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 327-332.
- Lennings, C. (2000). Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 51, 167-181.
- Lillis, P.P. (1986). Relationship between social support and level of hope women with breast câncer. *Dissertation Abstracts International*, 47(5), 1986, 19-29.
- Lima, P.L., (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Ludman, B. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the resilience scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(2), 229-239.
- Luthar, S. Sawyer, J., & Brown, P. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: past, present, and future research. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094(1), 105-115.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyruinik, B. (2001) *La resiliência: estado de la cuestión*. In. M. Manciaux (2003). (org.), *La resiliência: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Maneerat, S., Isaramalai, S., & U. Boonyasopun (2011). A conceptual structure of resilience among Thai Elderly. *International Journal of Behavioral Science*, 6(1), 25-40.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, M. H. V. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em risco/resiliência e desenvolvimento*. Universidade do Algarve, Faro. (Tese de doutoramento não publicada).
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social da velhice. *Educação, ciência e tecnologia*.128-134. Consultado a 17 de março de 2014 em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>
- Masten, A., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in development psychopathology. *Advances in Clinical Psychology*, 8, 1-52.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: resilience process in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexos sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439-453.
- Minardi, H.A. & Blanchard, M. (2004). Older people with depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1), 23-32.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidade da Terceira Idade: da solidão à motivação*. Porto: Livpsi.
- Monteiro, S. O. M, Tavares, J. P. C., & Pereira, A. M. S. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Estudos em psicologia*, 13(1), 23-29.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento humano. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Noronha, M., Cardoso, P., Moraes, T., & Centa, M. (2009). Resiliência : nova perspectiva na promoção da saúde e da família?, *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.

- Oliveira, J. B. (1998). Optimismo: teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (2), 295-308.
- Oliveira, J. B. (2003). Esperança: natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 1(VII), 83-103.
- Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Oliveira, J. B. (2008). Jovens e idosos à luz de alguns tópicos da psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2(XII), 415-433.
- Oliveira, J. B. (2010a). *Psicologia Positiva. Uma nova psicologia*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Oliveira, J. B. (2010b). Felicidade, optimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psychologica*, 52 (1), 121-146.
- O’Connor, P. (1996). Hope: a concept for home care nursing. *Home Care Provider*, 1(4), 175-179.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva: OMS. Consultado a 18 de novembro de 2013 em http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- Ong, A. D., Edwards, L., & Bergerman, C. S. (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality and Individual Differences*, 47(7). doi: 10.1016/j.paid.2006.03.028
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 333-339.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida. idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, M. C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (org.). *Contextos humanos e psicologia ambiental*. (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, M. C. (2006). Do Corpo à Mente: Envelhecimento e Qualidade de Vida. *Alimentação Humana*, 12(1), 13-17.
- Paúl, M. C. & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paz, A. A., Santos, B.R.L., & Eidt, O.R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3). 338-342.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.

- Peterson, C., Seligman, M. & Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2001). *Avaliação do Suporte Social em contexto de Ensino Superior*. Atas do V Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior, IPVC, Viana do Castelo.
- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2002). O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.
- PORDATA. (2013). Esperança de vida à nascença: total e por sexo – Portugal. Consultado a 22 de janeiro de 2014 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+%28base+trienio+a+partir+de+2001%29-418>
- Rabelo, D.F, & Neri, A.L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento frente à incapacidade funcional da velhice. *Psicologia em Estudo*, 3(10), 403-412.
- Ribeiro, J.L.P. & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(11), 5-13.
- Rendas, A. B. (2001). Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento – Idade biológica” vs “Idade cronológica. In. A. M. Pinto (coord.), *Envelhecer vivendo*. (pp. 45-56) . Coimbra: Quarteto Editora.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento. Factos e Teorias*. Instituto Piaget: Lisboa.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D’Água Editores.
- Rutter, M. (1985). Resilience in face of adversity: protective factors and resistance psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of orthopsychiatric*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations: *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understandings. *Annals. New York Academy of Sciences*, 1094(1). doi: 10.1196/annals.1376.002.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence e coping. *Child Abuse and Neglect*, 31. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Ryff, C. Singer, B., Love, G., & Essex, N. (1998). Resilience in adulthood and later life, In J. Lomranz (Eds.), *Handbook of aging and mental health: An integrative Approach*. (pp. 69-96). New York: Plenum Press.

- Sapienza, G. & Pedromônio, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (2009). Social support: mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationship*, 26(1), 113-120. doi: 10.1177/0265407509105526
- Schweizer, K. & Schneider, R. (1997). Social optimism as generalized expectancy of a positive outcome. *Personality and Individual Differences*, 22 (3), 317-325.
- Seegerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41, 772-786. doi: 10.1016/j.jrp.2006.09.004
- Seligman, M. (1992). *Learned optimism (How to change your mind and your life)*. New York: Pocket Books.
- Siegler, I. C., Bosworth, H. B., & Elias, M. F. (2003). Adult development and aging. In A.M. Nezu, C.M. Nezu, P. A. Geller, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology*. (pp. 487-510). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Silva, A. & Alves, V. (2007). Envelhecimento: resiliência e espiritualidade. *Diálogos Possíveis*, 14, 189-209.
- Simões, J. A. (2010). Reflexão bioética sobre a situação do Idoso e sua Família. *Acta Med. Port.*, 23(3), (483-492).
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: there is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope – theory, measures, and applications*. (pp. 3-23). San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R., Rand, K., & Sigmon, D. (2002). *Hope Theory*. A Member of Positive Psychology Family. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of Positive Psychology*. (pp. 257-276). Oxford University Press.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento. Uma introdução*. (3.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Truffino, J.C. (2010). Resilience: an approach to de concept. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 3(4), 145-151.
- Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience: multiple contexts, multiple realities among at-risks children and youth. *Youth and Society*, 35(3), 341-365.

- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger Publishers.
- Veloso, E. C. (2000) *As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Contributos para uma caracterização*, Comunicação no IV Congresso Português de Sociologia.
- Vitorino, A., Morgado, S. E., & Sequeira, J. (2011). O mundo pertence aos optimistas, estudo exploratório sobre o optimismo em diferentes idades. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 5(1), 339-348.
- Weber, L., N., D., Prado, P. M., Brandenburg, O. J., & Viezzer, A. P. (2003). Avaliação da validação do questionário de atribuição para crianças (CASQ). *Psicologia Escolar e Educational*, 7(2), 161-170.
- Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults. *The Journal of Rural Health*, 25(4), 415-419.
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54. Consultado a 23 de abril de 2014, em <http://www.rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/55>
- Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 47-51.
- Werner, E. E. (2012). Risk, resilience, and recovery. *Reclaiming & Youth Journal*, 21(1), 18-22.
- Wiles, J., Wild, K., Kerse, N., & Allen R. (2012). Resilience from the point of the view of older people: There's still life beyond a funny knee. *Social Science & Medicine*, 74, 416-424.
- Wroblewski, K. K. & Snyder, C. R. (2005). Hopeful thinking in older adults: back to the future. *International Journal Devoted to the Science Study of the Aging Process*, 31(2). 217-233. doi: 10.1080/03610730590915452
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e Educação*. (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar. (1994). Resilience Research: Implications for Schools and Policy, *Social Policy Report: Society for research in child development*, 8(4), 1-19.
- Zorn, C. R. (1997). Factors contributing to hope among noninstitutionalized Elderly. *Applied Nursing Research*, 10(2), 94-100.

ANEXOS

ANEXO 1 – *Measure Child Resilience* (MCR)

(apenas alguns itens)

MEASURING CHILD RESILIENCE

Chock C. Hiew, Ph.D.

(Versão adaptada à população portuguesa por Helena Martins, 2005)

Instruções: Segue-se um conjunto de afirmações usadas pelas pessoas para se descreverem a si próprias. Leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo sobre número, que melhor indica o seu grau de concordância ou discordância face ao que é afirmado. (Todas as afirmações devem ser antecedidas pela expressão “*no passado quando criança*”).

Obrigada!

Para cada afirmação escolha uma alternativa

Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente	
1	2	3	4	5	
No passado, quando criança:					
1. Esperavam que eu fosse uma pessoa prestável (útil).	1	2	3	4	5
6. A minha família tinha expectativas elevadas em relação a mim.	1	2	3	4	5
11. Eu estava exposto(a) a situações de stress que aprendi a controlar.	1	2	3	4	5
14. Habitualmente os outros ficavam contentes ao ver-me.	1	2	3	4	5
17. Eu era persistente nas minhas ações até ter sucesso.	1	2	3	4	5
18. Eu era capaz de arranjar soluções para lidar com os problemas.	1	2	3	4	5

ANEXO 2 – *Measure State Resilience* (MSR)

(apenas alguns itens)

MEASURING STATE RESILIENCE

Chock C. Hiew, Ph.D.

(Versão adaptada à população portuguesa por Helena Martins, 2005)

Instruções: Segue-se um conjunto de afirmações usadas pelas pessoas para se descreverem a si próprias. Leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo sobre o número, que melhor indica o seu grau de concordância ou discordância face ao que é afirmado. (Todas as afirmações devem ser antecedidas pela expressão “*no momento atual*”).

Obrigada!

Para cada afirmação escolha uma alternativa

Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente	
1	2	3	4	5	
No momento atual:					
1. Tenho alguém que gosta de mim.	1	2	3	4	5
4. Sei que posso contar com a minha família quando preciso.	1	2	3	4	5
7. Tenho fé em Deus.	1	2	3	4	5
10. Sinto que o que faço ajuda a que as coisas resultem.	1	2	3	4	5
13. Eu tenho sentido de humor.	1	2	3	4	5
14. Faço planos para realizar coisas.	1	2	3	4	5

ANEXO 3 – Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6)

(apenas alguns itens)

Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6)

Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987
(Versão adaptada à população portuguesa por Pinheiro & Ferreira, 2002)

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes.

Na primeira parte, assinale, **colocando um X no quadro correspondente**, entre todas as pessoas que conhece, **com quem pode contar para lhe ajudar ou apoiar** nas situações que lhe são apresentadas. Caso queira indicar alguém que não se encontre mencionado, pode fazê-lo na opção “outra pessoa” (veja exemplo, por favor).

Na segunda parte, assinale, **com um X no quadrado**, a opção que melhor traduza o seu **grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda** que tem (veja exemplo, por favor).

Se, em relação a uma determinada questão, não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, preencha o quadrado relativo à categoria “ninguém”, mas selecione sempre o seu nível de satisfação.

Exemplo:

Com quem é que pode realmente contar para o fazer sentir-se melhor quando está desiludido com alguma coisa?

<input type="checkbox"/>	Ninguém	<input checked="" type="checkbox"/>	Cônjuge/ Companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	Irmão/Irmã	<input checked="" type="checkbox"/>	Colaborador da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Filho/Filha	<input type="checkbox"/>	Vizinho(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	Idoso da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neto/Neta	<input type="checkbox"/>	Amigo/Amiga	<input type="checkbox"/>	Outra pessoa (especifique)

- Qual o seu grau de satisfação?

<input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Algo insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito	<input checked="" type="checkbox"/>	Satisfeito	<input type="checkbox"/>	Muito satisfeito
--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	---------------------

1. Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

<input type="checkbox"/>	Ninguém	<input type="checkbox"/>	Cônjuge/ Companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/>	Colaborador da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Filho/Filha	<input type="checkbox"/>	Vizinho(a)	<input type="checkbox"/>	Idoso da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neto/Neta	<input type="checkbox"/>	Amigo/Amiga	<input type="checkbox"/>	Outra pessoa (especifique_____)

- Qual o seu grau de satisfação?

<input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Algo insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/>	Satisfeito	<input type="checkbox"/>	Muito satisfeito
--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------------

3. Que é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus defeitos e virtudes?

<input type="checkbox"/>	Ninguém	<input type="checkbox"/>	Cônjuge/ Companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/>	Colaborador da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Filho/Filha	<input type="checkbox"/>	Vizinho(a)	<input type="checkbox"/>	Idoso da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neto/Neta	<input type="checkbox"/>	Amigo/Amiga	<input type="checkbox"/>	Outra pessoa (especifique_____)

- Qual o seu grau de satisfação?

<input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Algo insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/>	Satisfeito	<input type="checkbox"/>	Muito satisfeito
--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------------

6. Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando está muito preocupado/a?

<input type="checkbox"/>	Ninguém	<input type="checkbox"/>	Cônjuge/ Companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/>	Colaborador da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Filho/Filha	<input type="checkbox"/>	Vizinho(a)	<input type="checkbox"/>	Idoso da Instituição
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neto/Neta	<input type="checkbox"/>	Amigo/Amiga	<input type="checkbox"/>	Outra pessoa (especifique_____)

- Qual o seu grau de satisfação?

<input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Algo insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/>	Satisfeito	<input type="checkbox"/>	Muito satisfeito
--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------------

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 4 – Escala sobre a Esperança

(apenas alguns itens)

Escala sobre a Esperança

(Oliveira, 2003)

Este questionário pretende avaliar algumas atitudes das pessoas quanto à esperança. Responda a todas as perguntas conforme aquilo a que realmente se adapta ao seu caso e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más; todas são boas desde que sinceras. Em todas as perguntas seguintes, faça um círculo à volta do número (marque só um em cada pergunta) que melhor corresponde ao seu caso, conforme este significado (se se enganar, risque o erro e marque bem o número que quer).
Obrigada pela sua colaboração!

1	2	3	4	5
Totalmente em desacordo	Bastante em desacordo	Nem concordo nem discordo	Bastante de acordo	Totalmente em acordo

1. Considero-me uma pessoa cheia de esperança.	1	2	3	4	5
3. Luto para atingir os meus objetivos.	1	2	3	4	5
6. Penso que o futuro será melhor do que o passado.	1	2	3	4	5

ANEXO 5 – Escala sobre o Otimismo

(apenas alguns itens)

Escala sobre o Otimismo

(Oliveira, 2003)

Mais abaixo encontrará quatro afirmações relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 5 que se segue, indique o seu grau de acordo com cada item assinalando-o. A escala é a seguinte:

- 1 – Totalmente em desacordo (absolutamente não);
- 2 – Bastante em desacordo (não);
- 3 – Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos);
- 4 – Bastante de acordo (sim);
- 5 – Totalmente de acordo (absolutamente sim).

	1	2	3	4	5
1. Encaro o futuro com otimismo.					
4. Em geral considero-me uma pessoa otimista					

APÊNDICES

Questionário Sociodemográfico

Instruções: Responda às questões que se apresentam seguidamente. Coloque um **X** sobre a opção que melhor se adequa.

Obrigada pela sua colaboração!

1. **Frequenta a Universidade Sénior?** Sim Não

2. **Idade:** _____ anos

3. **Género:** Feminino Masculino

4. **Estado civil:**

Solteiro Casado/União de facto Divorciado/Separado Viúvo

5. **Grau de escolaridade**

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e escrever mas não concluiu o 4.º ano de escolaridade

4.º ano de escolaridade/ ensino primário/ 4.ª classe

6.º ano de escolaridade/ ciclo preparatório/ 2.º ciclo

9.º ano de escolaridade/ unificado/ antigo 5.º ano/ 3.º ciclo

12.º ano de escolaridade/ ensino secundário/ antigo 7.º ano

Ensino Superior

6.2. **Com quem vive?**

Esposo(a)

Filhos

Netos

Sozinho

Outro

APÊNDICE 2 – Pedidos de autorização para a utilização das escalas aos autores

Exma. Sr.^a Prof.^a Doutora Maria do Rosário N. Manteigas e Moura Pinheiro
Exmo. Sr.^o Prof. Doutor Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira

Assunto: Pedido de autorização para uso do Questionário de Suporte Social - versão reduzida (SSQ6)

O meu nome é Alexandra Hermínia A. T. Soares Cardoso e sou aluna do Mestrado em Psicologia da Educação, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Venho por este meio, pedir a vossa autorização para o uso do Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ69). Gostaria de o aplicar no âmbito da elaboração da dissertação subordinada ao tema “Suporte Social, Esperança, Otimismo e Frequência da Universidade Sénior - Fatores de Resiliência na Terceira Idade?”, que me conferirá o grau de mestre e que será realizada sob a orientação da Sr.^a Prof.^a Doutora Maria Helena Martins.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração e fico a aguardar a sua autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Cardoso

e-mail: jferreira@fpce.uc.pt

e-mail: pinheiro@fpce.uc.pt

Exmo. Sr. Prof. Doutor José Henrique Barros de Oliveira,

Assunto: Pedido de autorização para uso das Escalas *sobre o Otimismo e sobre a Esperança*

O meu nome é Alexandra Hermínia A. T. Soares Cardoso e sou aluna do Mestrado em Psicologia da Educação, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Venho por este meio, pedir a sua autorização para o uso das Escalas *sobre o Otimismo e sobre a Esperança*, adaptadas por V.^a Ex.^a, à população portuguesa. Gostaria de as aplicar no âmbito da elaboração da dissertação subordinada ao tema “Suporte Social, Esperança, Otimismo e Frequência da Universidade Sénior - Fatores de Resiliência na Terceira Idade?”, que me conferirá o grau de mestre e que será realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração e fico a aguardar a sua autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Cardoso

e-mail: j.barros@fpce.up.pt

APÊNDICE 3 – Pedido de autorização para a recolha de dados na Universidade Sénior

Exmo. Sr. Diretor da Universidade Sénior,

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados na Universidade Sénior

Eu, Alexandra Cardoso, aluna do Mestrado em Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve, estou a realizar a minha dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins, cujo tema é “Suporte Social, Esperança, Otimismo e Frequência da Universidade Sénior – Fatores de Resiliência na Terceira Idade?”.

A presente investigação prevê a participação de gerontes, de ambos os sexos. Assim sendo, venho, por este meio, solicitar autorização para realizar a investigação com os utentes da Universidade Sénior de Viseu.

Os gerontes participantes irão ser informados acerca do carácter confidencial e anónimo da investigação, devendo responder a alguns questionários e uma breve entrevista onde serão apresentadas algumas perguntas sobre a sua caracterização e história de vida.

Mais informo, que os resultados da presente investigação poderão ser-vos facultados, caso manifestem interesse.

Estarei disponível para esclarecer qualquer questão ou dúvida que eventualmente possa surgir.

Agradeço, antecipadamente, a atenção disponibilizada, na certeza de que o presente estudo poderá constituir uma mais-valia para as pessoas que se interessam pelos gerontes na nossa sociedade.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Cardoso

Contatos: Alexandra Cardoso, telemóvel:

Prof. Doutora Helena Martins, telefone: Ext.:

Consentimento Informado

Os questionários que se seguem inserem-se na investigação subordinada ao tema: “Resiliência, Otimismo, Esperança e frequência da Universidade Sénior – Fatores de Resiliência na Terceira Idade?” a realizar no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia da Educação, a decorrer na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, pela aluna Alexandra Cardoso, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

A **participação é voluntária** e as **respostas são anónimas e absolutamente confidenciais**. Os dados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes

Os questionários apresentam, no início, instruções de preenchimento. É importante que responda a todas as questões para que os dados possam ser corretamente analisados. **Nestes questionários não existem respostas certas ou erradas**. Deve responder o mais sinceramente possível e caso deseje, em qualquer momento pode desistir. O preenchimento dos questionários é fácil e de curta duração, e deve ser respondido individualmente.

Agradecemos a sua disponibilidade em colaborar e participar neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Cardoso

Consentimento

Declaro ter tido conhecimento sobre a génese do estudo em causa e do seu carácter anónimo e confidencial, e consentido a utilização das respostas dadas nos questionários para futura investigação.

Assinatura: _____

Aceito participar _____

Data __/__/__

APÊNDICE 5 – Análise correlacional da resiliência, suporte social, esperança e otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior

Tabela 1 – Correlação entre a resiliência desenvolvida em criança, o suporte social, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior.

	Resiliência atual	
	(N=65)	
Resiliência desenvolvida em criança	.527	.002
Suporte social - dimensão número	.268	.145
Suporte social - dimensão satisfação	.502	.004
Esperança	.555	.001
Otimismo	.535	.002

Tabela 2 – Correlação entre a resiliência atual, o suporte social, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior.

	Resiliência desenvolvida em criança	
	(N=65)	
Resiliência atual	.527	.002
Suporte social - dimensão número	.369	.041
Suporte social - dimensão satisfação	.111	.553
Esperança	.310	.090
Otimismo	.403	.025

Tabela 3 – Correlação entre o suporte social – dimensão número, a resiliência, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior.

	Suporte social – dimensão número	
	(N=65)	
Resiliência atual	.268	.145
Resiliência desenvolvida em criança	.369	.041
Suporte social - dimensão satisfação	.077	.682
Esperança	.298	.104
Otimismo	.195	.294

Tabela 4 – Correlação entre o suporte social – satisfação, a resiliência, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior.

Suporte social – dimensão satisfação		
	(N=65)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual	.502	.004
Resiliência desenvolvida em criança	.111	.553
Suporte social - dimensão número	.077	.682
Esperança	.575	.001
Otimismo	.487	.005

Tabela 5 – Correlação entre a esperança, a resiliência, o suporte social e o otimismo no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior.

Esperança		
	(N=65)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual	.555	.001
Resiliência desenvolvida em criança	.310	.090
Suporte social - dimensão número	.298	.104
Suporte social - dimensão satisfação	.575	.001
Otimismo	.818	.000

Tabela 6 – Correlação entre o otimismo, a resiliência, o suporte social e a esperança no grupo de gerontes que frequenta a Universidade Sénior.

Otimismo		
	(N=65)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual	.535	.002
Resiliência desenvolvida em criança	.403	.025
Suporte social - dimensão número	.195	.294
Suporte social - dimensão satisfação	.487	.005
Esperança	.818	.000

APÊNDICE 6 – Análise correlacional da resiliência, suporte social, esperança e otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior

Tabela 1 – Correlação entre a resiliência desenvolvida em criança, o suporte social, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior.

	Resiliência atual		
	(N=65)	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência desenvolvida em criança		.502	.003
Suporte social - dimensão número		.372	.030
Suporte social - dimensão satisfação		.161	.362
Esperança		.393	.022
Otimismo		.463	.006

Tabela 2 – Correlação entre a resiliência atual, o suporte social, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior.

	Resiliência desenvolvida em criança		
	(N=65)	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual		.502	.003
Suporte social - dimensão número		.488	.003
Suporte social - dimensão satisfação		.272	.119
Esperança		.502	.003
Otimismo		.585	.000

Tabela 3 – Correlação entre o suporte social – dimensão número, a resiliência, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior.

	Suporte social – dimensão número		
	(N=65)	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual		.372	.030
Resiliência desenvolvida em criança		.488	.003
Suporte social - dimensão satisfação		.367	.033
Esperança		.212	.228
Otimismo		.476	.004

Tabela 4 – Correlação entre o suporte social – satisfação, a resiliência, a esperança e o otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior.

Suporte social – dimensão satisfação		
(N=65)	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual	.161	.362
Resiliência desenvolvida em criança	.272	.119
Suporte social - dimensão número	.367	.033
Esperança	.337	.051
Otimismo	.466	.005

Tabela 5 – Correlação entre a esperança, a resiliência, o suporte social e o otimismo no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior.

Esperança		
(N=65)	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual	.393	.022
Resiliência desenvolvida em criança	.502	.003
Suporte social - dimensão número	.212	.228
Suporte social - dimensão satisfação	.337	.051
Otimismo	.621	.000

Tabela 6 – Correlação entre o otimismo, a resiliência, o suporte social e a esperança no grupo de gerontes que não frequenta a Universidade Sénior.

Otimismo		
(N=65)	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliência atual	.463	.006
Resiliência desenvolvida em criança	.585	.000
Suporte social - dimensão número	.476	.004
Suporte social - dimensão satisfação	.466	.005
Esperança	.621	.000