



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA
Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94
da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto.
Doutorado autorizado em 1999

LIDIANE COLARES DE FARO MARTÍNEZ

**AUTOEFICÁCIA E RESILIÊNCIA DE IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL NO
ENVELHECIMENTO**

BELÉM (PA)

2019



AUTOEFICÁCIA E RESILIÊNCIA DE IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL NO ENVELHECIMENTO

LIDIANE COLARES DE FARO MARTÍNEZ

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento (ecoetologia).

Orientador: Prof. Dr. Janari da Silva Pedroso.

Corientadora: Profa. Dra. Celina Maria Colino Magalhães
Área de concentração: Ecoetologia

Trabalho financiado pelo CAPES, por meio de bolsa de mestrado.

BELÉM (PA)

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

M385a Martínez, Lidiane Colares de Faro, 1986-
Autoeficácia e Resiliência de Idosos: estudo transversal no
envelhecimento / Lidiane Colares de Faro Martínez. — 2019.
107f. il.

Orientador: Janari da Silva Pedroso

Coorientadora: Celina Maria Colino Magalhães

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará /
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de
Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento,
Belém, 2019.

1. Análise do comportamento. 2. Idosos – Envelhecimento
saudável. 3. Idosos (resiliência e autoeficácia). 4. Ecoetologia
(comportamento humano). 5. Idosos. I. Título.

CDD - 23. ed. 155.67



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Lidiane Colares de Faro Martínez, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

Contato: (96) 999642318.

Mail: lidfaro@gmail.com



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - NTPC
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento - PPGTPC
Mail: secretariappgtpcufpa@gmail.com
Site: ppgtpc.propesp.ufpa.br/index.php/br/
Rua Augusto Corrêa nº 01
CEP: 66075 - 110, Guamá, Belém/PA
Fones: 32018542 / 32018476



PPGTPC
Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento UFPA

Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA –
Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias Nº. 84 de 22.12.94 da
Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do
Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Dissertação de Mestrado

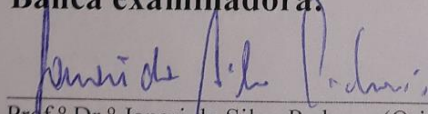
“Autoeficácia e Resiliência de Idosos: Estudo Transversal no Envelhecimento”.

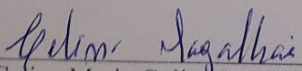
Aluna: Lidiane Colares de Faro Martínez.

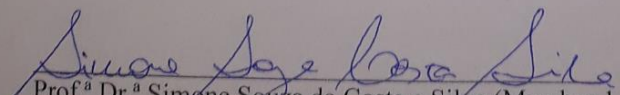
Data da Defesa: 01 de Fevereiro de 2019.

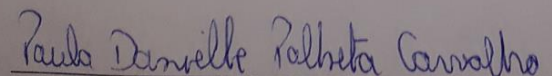
Resultado: Aprovada

Banca examinadora:


Prof.º Dr.º Janari da Silva Pedroso (Orientador - UFPA).


Prof.ª Dr.ª Celina Maria Colino Magalhães (Co-orientadora – UFPA)


Prof.ª Dr.ª Simone Souza da Costa e Silva (Membro 1 – UFPA)


Prof.ª Dr.ª Paula Daniele Palheta Carvalho (membro 2 – Centro Universitário da
Amazônia)

Agradecimentos

Sou imensamente grata ao Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento da UFPA pela possibilidade de dar continuidade aos meus estudos na pós-graduação e a todos os professores com os quais tive contato que foram simplesmente os melhores da minha vida acadêmica. Em especial a professora Celina Magalhães, que inicialmente me recebeu como sua orientanda. E, sobretudo ao professor Janari Pedroso que assumiu minha orientação e se tornou uma referência para mim na docência, um verdadeiro “workaholic”, com o qual sempre pude contar. Agradeço pela compreensão que ele sempre demonstrou com relação as minhas dificuldades de distância física. Nutro esperança de um dia ser uma professora como ele foi para mim, que mobiliza e oportuniza, obrigada.

Ao Washington Brandão, ex-aluno do NTPC, que durante minha graduação plantou a sementinha da pesquisa em meu comportamento. E aos alunos da graduação de psicologia da Faculdade de Macapá (FAMA), alguns os quais me auxiliaram durante a coleta de dados dessa pesquisa.

Ao meu pai que sempre acreditou que eu poderia fazer mais e sempre exige que eu cumpra essa expectativa.

Ao meu filho que cedeu horas de convivência.

E a minha mãe, a pessoa mais autoeficaz que conheci e que sempre me inspirou não só para a pesquisa. Que nunca soube me dizer não, e por isso me proporcionou que eu fosse até onde pudesse ou quisesse. Obrigada mãezinha, todas as conquistas sempre foram e sempre serão nossas, independentemente de onde você esteja.

Sumário

Introdução.....	10
Envelhecimento: Notas Introdutórias	11
Envelhecimento Saudável.....	13
Autoeficácia e Resiliência de Idosos.....	16
Objetivo geral	29
Método.....	30
Resultados.....	37
Discussão.....	78
Conclusões.....	84
Referências	86
Apêndice A	93
Apêndice B	94
Apêndice C	96
Apêndice D	98
Apêndice E	99

Lista de Siglas

AD	Análise Discriminante
AF	Análise Fatorial
ANOVA	Analysis of Variance
CD-RISC-10	Escala de Resiliência de Connor-Davidson
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FAMA	Faculdade de Macapá
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
G3	Grupo 3
G4	Grupo 4
GSES	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MAS	Measure of sampling adequacy
SIMS	Secretaria de Inclusão e Mobilização Social
SOC	Theory of socioemotional selectivity
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA	Universidade Federal do Pará

Lista de Tabelas

1	Matriz de Correlações.....	38
2	Medidas de Avaliação da Adequação da Análise Fatorial CDRISC (Teste de Esfericidade de Bartlett e KMO).....	38
3	Matriz de Cargas Fatoriais, Comunalidades, Autovalores e Percentual de Variância Explicada.....	39
4	Matriz Anti-imagem com a Medida de Adequação da Amostra CDRISC (MSA).....	41
5	Medidas de Avaliação da Adequação da Análise Fatorial GSES (Teste de Esfericidade de Bartlett e KMO).....	41
6	Matriz de Cargas Fatoriais, Comunalidades (h^2), Autovalores e Percentual de Variância Explicada na Escala GSES.....	42
7	Testes de Igualdade de Médias dos Grupos de participantes.....	43
8	Resultados do Teste M de Box dos participantes.....	44
9	Autovalores, Percentual de Variância Explicada e Correlação Canônica dos Participantes.....	44
10	Teste Lambda de Wilks e Qui-quadrado dos Participantes.....	45
11	Matriz de Estrutura dos Participantes.....	46
12	Coeficientes das Funções Discriminantes dos Participantes.....	46
13	Centroides dos Grupos gerados para cada função discriminante das amostras dos Participantes.....	47
14	Resultados da Classificação das Amostras dos Participantes.....	47
15	Análise de Cluster via Método do K-Médias.....	50
16	Estatística Descritiva para os grupos criados pela Análise de Cluster via Método do K-médias CDRISC.....	51
17	Estatística Descritiva para os grupos criados pela Análise de Cluster via Método do K-médias GSES.....	52

18	Estatística Descritiva para os grupos criados pela Análise de Cluster via Método K-médias dados Socioeconômicos.....	54
19	Moradia, ocupação e renda.....	56
20	Caracterização da atividade física.....	57
21	Caracterização das atividades de lazer.....	58
22	Caracterização das atividades sociais.....	59
23	Caracterização quanto a problemas de saúde.....	60
24	Caracterização quanto à medicação.....	61
25	Caracterização quanto à depressão e perda.....	62
26	Caracterização da Autoeficácia Geral Percebida (escore GSES).....	63
27	Associação da Autoeficácia Geral Percebida (escore GSES) com a idade.....	63
28	Associação da Autoeficácia Geral Percebida (escore GSES) com as características sociodemográficas.....	65
29	Associação da Autoeficácia Geral Percebida (escore GSES) com atividade física, lazer e atividades sociais.....	66
30	Associação da Autoeficácia Geral Percebida (escore GSES) com aspectos relacionados à saúde.....	67
31	Análise de variância para comparação dos Escores Total da Escala de Autoeficácia por grupos etários.....	68
32	Teste de comparações múltiplas para o escore total da escala de Autoeficácia.....	68
33	Caracterização da resiliência (escore CD-RISC-10).....	70
34	Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com a idade.....	70
35	Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com as características sociodemográficas.....	72

36	Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com atividade física, lazer e atividades sociais.....	73
37	Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com aspectos relacionados à saúde	74
38	Análise de variância para comparação dos escores total da Escala de Resiliência por grupos etários.....	74
39	Teste de Comparações Múltiplas para o Escore Total da Escala de Resiliência.....	75
40	Correlação da resiliência (escore CD-RISC-10) com a Autoeficácia Geral Percebida (escore GSES).....	77

Martínez, L. C. de F. (2019). *Autoeficácia e Resiliência de Idosos: Estudo Transversal no Envelhecimento*. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Belém. Brasil. 107 p.

Resumo

A presente dissertação, com base nos pressupostos do paradigma *life span* que considera o desenvolvimento humano e sua inter-relação com a trajetória de vida das pessoas, tendo em vista a crescente necessidade de se investigar o envelhecimento saudável e fatores protetivos da qualidade de vida e bem-estar geral da população idosa, objetivou-se verificar a autoeficácia e resiliência de idosos longevos. O estudo desenvolveu-se no Município de Macapá, calculou-se uma amostra representativa e investigou-se as características associadas aos índices de autoeficácia e resiliência. A amostra foi aleatória simples, não probabilística, por método *snowball*. Participaram do estudo 383 idosos de 60 a 101 anos de idade. Utilizou-se o MEEM como parâmetro de inclusão dos participantes, os demais instrumentos utilizados foram CD-RISC-10, GSES e questionário de caracterização criado para a finalidade desse estudo. Realizou-se a descrição dos participantes, análise fatorial, análise discriminante e ANOVA. Obteve-se diferenças associadas aos grupos etários de 80 anos ou mais, os quais apresentaram índices mais baixos, tanto nas escalas de resiliência quanto de autoeficácia. Pessoas que indicaram sintomas de depressão também estiveram associadas aos índices mais baixos nos dois aspectos investigados. Os resultados de resiliência e autoeficácia demonstraram correspondência. Verificou-se a necessidade de novas investigações acerca dos influentes para a redução dos índices de resiliência e autoeficácia em pessoas com 80 anos ou mais.

Palavras-chave: Envelhecimento saudável, resiliência, autoeficácia.

Martínez, L. C de F. (2019). *Self-efficacy and Resilience of the Elderly: A Cross-sectional Study on Aging*. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Belém. Brasil. 107 p.

Abstract

The present dissertation, based on the assumptions of the life span paradigm that considers human development and its interrelation with people's life trajectory, in view of the growing need to investigate healthy aging and protective factors of quality of life and well-being of the elderly population, aimed to verify the Self-efficacy and Resilience of long-lived elderly. The study was developed in the Municipality of Macapá, a representative sample was calculated and investigated characteristics associated to the Self-efficacy and Resilience indices. The sample was random, simple, non-probabilistic, by snowball method. A total of 383 elderly people aged 60 to 101 years participated in the study. The MEEM was used as a parameter of inclusion of the participants, the other instruments used were CD-RISC-10, GSES and characterization questionnaire created for the purpose of this study. Participants were described, factor analysis, discriminant analysis and ANOVA. There were differences associated with age groups of 80 years or older, which presented lower scores on both the Resilience and Self-efficacy scales. People who indicated symptoms of depression were also associated with the lowest rates in the two aspects investigated. The results of Resilience and Self-efficacy showed correspondence. There was a need for further research on those influential in reducing Resilience and Self-efficacy in people aged 80 years and over.

Keywords: Helthy aging, self-efficacy, resilience.

A contemporaneidade vivencia o aumento populacional de pessoas idosas. Este fenômeno mundial tem implicações importantes para todos os âmbitos da sociedade e tem provocado nas pesquisas, maiores questionamentos acerca deste período do ciclo de vida (Coll et al., 2004). Um paradigma sobre envelhecimento prevalecente na atualidade é o *life span* ou do curso de vida, em que as pessoas e seus ambientes sociais são vistos como entidades mutuamente influentes e com isso participantes recíprocos da trajetória pessoal de desenvolvimento e das diferenças nos coortes etários (Neri, 2016).

A perspectiva *life span* conjectura acerca do funcionamento psicológico no envelhecimento e quanto determinado aspecto pode sofrer mudanças em função deste período evolutivo e o que ele representa. Para Piletti et al. (2014) no cenário cultural atual em que há o enaltecimento da juventude, os idosos são instigados a experiências negativas com relação à nova imagem corporal, participação social, econômica e outros. Sendo assim, afora a incapacidade funcional comumente associada ao envelhecimento há outros desafios que despontam desse momento do curso de vida (Netto, 2016). O que torna pertinente o estudo do envelhecimento saudável ou bem-sucedido.

Há grande heterogeneidade na vivência da velhice, tanto quando se considera o envelhecimento biológico quanto o psicológico, social e etc. O que dificulta discussões com relação ao normativo na população idosa e consequentemente a respeito do que pode ser considerado bem-sucedido e saudável. Na busca de esclarecimentos acerca disso, Netto (2016) demarca como fatores associadas as condições preferíveis nas trajetórias do curso de vida: o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, funcionamento mental e físico excelentes e envolvimento ativo com a vida. Esses fatores são associados pelo autor à resiliência na velhice. Com relação ao último fator, encontra-se na literatura estudos acerca da autoeficácia como componente protetivo (Falcão, 2016) e sobre desamparo aprendido (Seligman, 1997)

como condição grave de passividade. Neste estudo a ênfase está na indagação acerca da resiliência e autoeficácia no envelhecimento.

Envelhecimento: Notas Introdutórias

O estudo do envelhecimento é mais recente na psicologia do desenvolvimento do que os processos observados na infância e adolescência. Em função disso para Piletti et al. (2014) ainda são veementes os estereótipos acerca da velhice que relacionam o envelhecimento ao déficit e declínio. Coll et al. (2004) consideram importante para esta discussão a consideração dos diferentes significados que a idade pode apresentar, já que a velhice não se caracteriza simplesmente pelo avançar da idade. Para os autores as diferenciações mais frequentes referem-se a: idade cronológica (número de anos que transcorrem desde o nascimento de uma pessoa), idade biológica (estimativa do lugar em relação ao potencial de vida), idade psicológica (relacionado a capacidade de adaptação e recursos psicológicos), idade funcional (capacidade de autonomia e independência) e idade social (expectativas sociais). No envelhecimento podem ser observadas mudanças em todos esses conceitos de idades.

Além dessas considerações, Coll et al. (2004) também demarcam diferenciações entre influências no envelhecimento: as normativas relacionadas com a idade (previsões razoáveis entre idade e desenvolvimento psicológico), as relacionadas com a história (relativas às características de determinada época e sociedade) e preponderâncias particulares da história individual (experiências idiossincráticas). Para os autores a velhice é caracterizada por papel mais significativo das condições de vida, retorno da importância de influências normativas relacionadas a idade e diminuição do efeito dessas características relacionadas com a história, nas diferentes demarcações que a idade pode tomar.

Embora as perdas e declínios associados ao envelhecimento não sejam suficientes para explicar o desenvolvimento, já que existem reais aquisições, reorganizações e etc. que compõem o envelhecimento (Papalia et al., 2013), é válido constatar que os aspectos

degenerativos os quais normalmente são conexos as discussões do avanço da idade se referem principalmente ao envelhecimento primário.

O envelhecimento primário refere-se aos processos de deterioração biológica gradual inevitável, que envolve redução dos sentidos, do sistema imunológico, da capacidade cognitiva e outros. Papalia et al. (2013) citam duas teorias explicativas acerca desse declínio. Em uma primeira concepção, a Teoria da Programação Genética, se defende o envelhecimento em função do relógio evolutivo inato, isto é, a senescência (período caracterizado por declínio físico relacionado à idade) ocorre devido programação genética para ocorrência de desligamento ou redução de determinadas atividades do organismo. Já na segunda proposta explicativa, Teoria de Taxas Variáveis, se considera o acúmulo de danos ao sistema molecular resultante das agressões ambientais ou erros aleatórios como impactantes no envelhecimento (Papalia et al., 2013).

Apesar dessas constatações estipula-se que o potencial de vida biologicamente determinado, aos quais esses aspectos estão associados, seja de 110 a 120 anos (Coll et al., 2004). Ou seja, outras influências parecem ser mais determinantes nas degenerações normalmente associadas ao envelhecimento, sendo elas relativas ao envelhecimento secundário, que Papalia et al. (2013) caracterizam como alusivas a estilos de vida, ocorrência de doenças crônicas e proximidade de estados terminais.

Neste sentido, paradigmas mais atuais têm incorporado discussões que tratam a terceira idade como ‘processo’ ao invés de ‘estado’, no qual estão implicadas multifacetadas e domínios do desenvolvimento humano. As pesquisas demonstram a possibilidade de optar por abordar o envelhecimento sobre duas perspectivas divergentes. Em uma primeira são projetadas as reduções em determinadas funções em decorrência do envelhecimento. Enquanto, em uma segunda perspectiva são debatidos os desdobramentos possíveis acerca de funções comportamentais, psicológicas, as quais não necessariamente denigrem-se e sim sofrem

mudanças e reestruturações (Coll et al., 2004). A concepção *life span* parte do prisma justamente dessa segunda possibilidade (Neri, 2016).

Envelhecimento Saudável

Para manutenção e preservação de características salutareis no envelhecimento o pensamento *life span* tem considerado mecanismos de seleção (diminuição das alternativas com finalidade de poupar recursos individuais), otimização (manejo de recursos internos e externos a fim de alcançar melhor nível de funcionamento) e compensação (alternativas que auxiliam a manutenção do funcionamento), denominado SOC. São estratégias comuns do envelhecimento encontradas nos mais diversos domínios cotidianos (Neri, 2016).

Quanto a psicologia dos idosos e métodos de enfrentamento, os estudos de Carstensen (1992; 1997; 1999) têm procurado desvendar indagações relativas à Teoria da Seletividade Socioemocional (SOC: *Theory of socioemotional selectivity*). Carstensen (1992) que discute mudanças motivacionais percebidas nos idosos. E demarca que estas mudanças têm sido historicamente relacionadas à teoria do desengajamento (distanciamento social de idosos como fruto de uma preparação simbólica para morte) em contraste com a teoria da atividade (pessoas vistas como inalteradas, sendo o distanciamento fruto dos obstáculos sociais e físicos).

A Teoria da Seletividade Socioemocional considera pertinente a observação de que em função do período evolutivo as pessoas podem ter disposição para comportamentos concorrentes. Por exemplo: acerca das funções da interação que variam da adesão de conhecimento até vínculos afetivos, e os custos subjacentes às interações, crianças por volta dos 3 a 4 anos de idade apresentam maior disposição para relacionar-se com pessoas desconhecidas devido ao valor de conhecimento agregado, ou seja, as novas experiências que novas interações podem oportunizar (Carstensen et al., 1999).

Na construção desse modelo teórico relatam-se estudos longitudinais que consideraram o engajamento em interações sociais, analisa-se a tendência de compensação na terceira idade,

quando o sujeito apresenta maiores disposições em dedicar-se as áreas em que apresenta melhor desempenho. Nesta concepção a diferenciação do engajamento social na velhice é fruto de maior discriminação e não fruto do distanciamento ou percepção de obstáculos.

No desenvolvimento dessa abordagem se considera que a percepção sobre a passagem do tempo é um fator importante na motivação das pessoas, que se modifica ao longo da experiência de vida humana. Destacam-se dois principais fatores motivacionais que influenciam o agir: o primeiro relacionado a busca por conhecimento e o segundo relacionado a regulação da emoção. A percepção de finitude, frequentemente associada à terceira idade, acarretaria maior inclinação para motivações advindas dos aspectos emocionais (Carstensen et al., 1999).

Em estudos transculturais, Carstensen et al. (1997) concluíram que há redução da vivência de emoções negativas na terceira idade e que esta mudança não está relacionada a diminuição de estados emocionais de maneira abrangente e sim melhor administração das emoções negativas e aprimoramento das emoções positivas do idoso. Atribui-se essas diferenças à maior atenção aos conteúdos emocionais por parte do idoso, maior complexidade das experiências subjetivas, melhor regulação dos estados emocionais com valorização do tempo presente, compreensão da fragilidade da vida e consequente valorização dos relacionamentos (Carstensen et al., 1995).

Em pesquisas mais recentes que consideram as diferenças de estratégias dos idosos no manejo das emoções, identifica-se que idosos apresentam maiores tendências em regular os estímulos antecedentes e não as respostas aos estímulos emocionais. Carstensen et al. (1995) discutem que estudos remotos chegaram a considerar a diminuição da estimulação fisiológica em função do avanço da idade mais não houve comprovação em testes empíricos, assim como quando avaliado em laboratório em que houve pouca diferença no controle exercido quanto a supressão da emoção em função da idade (regulação emocional antecedente).

Logo, concebe-se que com a idade as pessoas se tornam mais aptas a seletividade emocional. Os estudos, também demonstraram que participantes mais velhos lembram com mais propriedade experiências emocionais do que experiências neutras, e ainda demonstram melhor recordação das emoções positivas (efeito de positividade), com reavaliação seletiva das experiências (Sims et al., 2015).

Mesmo com muitos apontamentos que indicam características benéficas na psicologia dos idosos é notório que as condições fisiológicas ou as sociais na terceira idade acarretam adversidades frequentemente relacionadas a perdas e declínios, como comentou-se no tópico anterior (Papalia et al., 2013). Acerca disso, Sidman (2009) considera que apesar de desde o princípio a vida ser repleta de estímulos aversivos, principalmente na terceira idade essas situações são irremediáveis e incontroláveis (Sidman, 2009).

Acerca das condições consideradas incontroláveis, denota-se em diferentes estágios do desenvolvimento a inexistência de controle. Ao se levar em consideração, por exemplo, as modificações corporais promovidas pelas etapas evolutivas da pessoa, como a puberdade e seus estímulos concomitantes, não é difícil identificar situações em que a pessoa está passiva a condições aversivas. No entanto, a terceira idade em especial acarreta modificações na vida do sujeito que, em muitas ocasiões, tornam indisponível o alcance de reforçadores que estiveram presentes em toda sua história pregressa (Sidman, 2009).

Ao se considerar situações caracterizadas pela frequente impossibilidade de exercer controle encontra-se o conceito de desamparo aprendido. Discutido por Seligman (1977) pode ser definido como comportamento de apatia ou ausência de respostas do organismo devido histórico de ausência de alternativas em executar resposta operante que resulte em determinada consequência, ou seja, recorrentes experiências com situações e consequências incontroláveis.

Os estudos de Seligman (1977) acerca do desamparo aprendido concluem que quando situações incontroláveis são rotineiras podem culminar em baixa variabilidade de respostas que

o autor associa a depressão e risco de morte. Condições de vida que podem repercutir em ocasião de desamparo aprendido são preponderantes no envelhecimento, por exemplo: patologias, perda de parente e amigos, perda do papel econômico, dentre outros.

Neste mesmo sentido Neri (2006) comenta acerca do risco no avanço da idade em prejudicar a plasticidade comportamental, conceituada como capacidade de se adaptar ou apresentar variabilidade de comportamentos em resposta a novas demandas e desafios. A pessoa que apresenta pouca plasticidade comportamental, pode desistir de se comportar devido experiências frequentes de perda e incontrolabilidade. A passividade pode por sua vez tolher o idoso de exercer efeito no ambiente, diminuindo ainda mais o grau de reforço obtido e consequentemente a saúde geral e o bem-estar (Seligman, 1977).

Discutindo-se situações de déficit na plasticidade comportamental e paralelo prejuízo na saúde geral, qualidade de vida e bem-estar, chama-se atenção para a observação de que: “[...] a variedade de respostas, que um dado indivíduo apresenta diante de uma situação aversiva, favorece diretamente o processo de resolução de problemas” (Mazzo & Gongora, 2007, p. 57). Neste sentido variabilidade e resiliência, apesar de poderem ser justamente prejudicados por ocasião do envelhecimento, ganham um sentido preventivo importante.

Autoeficácia e Resiliência de Idosos

Resiliência é um termo original da física, relativo a propriedades elásticas, que diz respeito a capacidade de alguns materiais em absorver energia e preservar características de seus estados iniciais (Yunes, 2003). Em psicologia o termo foi recentemente associado a capacidade de superação, tolerância da saúde mental e competência para suplantar traumas ou dificuldades e apresentar qualidade de vida e bem-estar (Brandão et al., 2011).

A utilização do termo em saúde e ciências humanas tem sido relacionado ao movimento de psicologia positiva que critica patologização em prol de questionamentos sobre felicidade e satisfação (Seligman, 2004). Em desenvolvimento humano, também foi denominada

invulnerabilidade, que diz respeito a capacidade de permanecer saudável mesmo diante situações de risco psicológico.

Atualmente, várias correntes teóricas investigam o conceito de resiliência, algumas as quais tem se baseado na compreensão da interação do organismo e ambiente para a formação dessa capacidade. De forma geral tem sido elencadas, no desenvolvimento da resiliência, características como: experiências positivas, autoeficácia, autonomia, capacidade de adaptação e etc. (Lopes & Martins, 2011).

Ao tratar a questão de traumas psicológicos e propor compreender as diferenças nas reações às experiências potencialmente traumáticas, Peres et al. (2005) demarcam em seus resultados que sentimento de insegurança, falta de controle pessoal e alienação as condições das outras pessoas estiveram associados a baixa resiliência, condições de trauma e depressão. Em contrapartida, pessoas as quais apresentam habilidade internas de enfrentamento e procuram possíveis modificações do presente, superam com mais facilidade as dificuldades e demonstram resiliência. Habilidade a qual Bandura (2008) define como suscetível em função do estabelecimento da autoeficácia.

Com relação a prevenção de problemas associados ao déficit da plasticidade comportamental, para Fontes et al. (2015) a resiliência psicológica é um fator que prediz o envelhecimento saudável, já que diz respeito a capacidade de plasticidade que favorece o enfrentamento das mudanças advindas do envelhecimento. Esses autores também relacionam maior resiliência à maior autoestima e autoeficácia.

Outros estudos brasileiros, como o de Fortes et al. (2009) que pesquisou 87 idosos residentes em Porto Alegre, também relacionaram a resiliência à indicativo de adaptabilidade e tenacidade em idosos, favorecendo o enfrentamento e o envelhecimento saudável. Nesse estudo os autores observaram que problemas cognitivos associados ao envelhecimento, como queixas de memória, estiveram inversamente relacionados aos indicativos de resiliência.

Também na busca de soluções para estes apontamentos Neri (2006, p. 60) acrescenta que “(...) mesmo na presença de declínio biológico e de diminuição da plasticidade comportamental e da resiliência, o ser humano pode exibir funcionalidade psicológica e social e expressar sentidos de ajustamento e de bem-estar, graças a interferência da subjetividade”. Converte para esta perspectiva a compreensão de Wozniak e Falcão (2016) ao investigarem idosos centenários, a respeito de fatores protetivos no curso do envelhecimento indicam que as forças psicológicas são as principais determinantes para o bem-estar na idade muito avançada, com destaque para as estratégias adaptativas e autocrenças. Vale considerar, como comentam os autores, que: “As autocrenças incluem crenças sobre si mesmo e o mundo relacionadas ao self, tais como autoeficácia [...]” (p. 56). Ou seja, indicam a autoeficácia como constituinte destas autocrenças que podem resguardar a qualidade de vida na idade avançada.

Volta-se para o mesmo sentido as conclusões de Neri (2006) “Os mecanismos de autorregulação do self são reconhecidos como elementos centrais da subjetividade e como propulsores da resiliência psicológica entre os mais velhos. Entre esses mecanismos, figura o senso de auto-eficácia” (p. 60). Nesta perspectiva de que crenças relativas ao controle e, de forma mais específica, inclusive, controle pessoal, são aspectos imperativos na superação das adversidades, torna-se significativo o questionamento acerca da resiliência e autoeficácia no envelhecimento.

Acerca da autoeficácia refere-se a um termo cunhado por Bandura (1986) ao propor a teoria da Aprendizagem Cognitiva Social. Em sua interpretação do comportamento humano, o autor postulou a importância tanto da situação real na qual o comportamento ocorre quanto das variáveis cognitivas que compõem as contingências. Na concepção apresentada pelo autor a aprendizagem ocorre ao longo de toda a vida, sendo as expectativas e a autoeficácia aspectos centrais (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

Na construção da Teoria Social Cognitiva investigou-se a modelação e os processos motivacionais para a aprendizagem, principalmente em laboratório ao estudar o desenvolvimento infantil. Postulou-se a distinção entre a motivação proveniente de estímulos externos (por exemplo: promessa de recompensa) e de reforços vicariantes (baseados na observação de modelos que são recompensados), ou seja, “As pessoas são capazes de interiorizar os processos motivacionais, tornando-se autorreguladas e fornecendo auto-reforços a si mesmas para grande parte de seu comportamento” (Cloninger, 1999, p. 402), o que demarca a influência da subjetividade e da autodeterminação (Bandura et al., 2008).

Para compreender os processos causais, os quais a Teoria Social Cognitiva trata, é necessário considerar o determinismo recíproco em que tanto variáveis pessoais, como variáveis do meio influenciam-se mutuamente, tornando possível a análise de todas as direções das conexões causais (Bandura et al., 2008). De acordo com esta proposta as pessoas têm um controle significativo sobre seu próprio comportamento por intermédio dos processos cognitivos, os quais Bandura (2008) denomina de auto sistema. Esta autorregulação do comportamento é devida as contingências auto prescritas como auto-observação, autoavaliação e auto resposta (Cloninger, 1999).

Ao considerar originalmente comportamentos problemáticos, especialmente em contexto de psicoterapia, o autor desenvolveu o conceito de autoeficácia e atribuiu a esse aspecto elevadas tendências de esforço e persistência, as quais favorecem bons desempenhos e níveis de atividade adequados (Bandura et al., 2008). Conforme Bandura (1994) a autoeficácia percebida são crenças pessoais acerca da capacidade de agir e exercer influência sobre eventos que afetam sua própria vida. Que influenciam justamente a forma como as pessoas sentem, pensam, motivam e comportam. Determinam também a capacidade de resiliência. Por exemplo: pessoas com alta segurança em sua capacidade tendem a perseverar e interpretar os empecilhos como desafios a serem superados ao invés de ameaças a serem evitadas. Na

perspectiva do autor, a autoeficácia é desenvolvida por mediação de quatro principais fontes de influência: experiência de domínio, experiências vicárias, a persuasão social e o estado de humor (Bandura, 1994).

Muitas pesquisas foram conduzidas nos quatro principais processos por meio dos quais auto crenças de eficácia afetam o funcionamento humano. A experiência de domínio é considerada por Bandura (1994) como a maneira mais eficaz de criar um forte senso de autoeficácia, tendo em vista que se refere as experiências de êxitos pessoais em atividades ou componentes específicos do cotidiano. No mesmo sentido vivências que envolvem frequentes falhas prejudicam o senso de eficácia. Acerca disso o autor chama a atenção para o fato de que se as pessoas experimentam apenas sucessos fáceis, oportuniza-se que sejam facilmente desencorajadas pelo fracasso. Logo, o senso de autoeficácia resiliente, em que mesmo diante de experiências difíceis se mantêm em níveis satisfatórios de eficácia pessoal, em que se reformula estratégias e busca-se alternativas, está relacionado a experiências na superação de obstáculos por meio de esforço perseverante.

Dessa forma, alguns contratempos e dificuldades nas atividades humanas são úteis para o estabelecimento de experiências de domínio salutareis, pois ensinam que o sucesso geralmente requer a ratificação do esforço. Depois que as pessoas se habituem as necessidades do sucesso, tendem a apresentar maior perseverança diante da adversidade e rapidamente se recuperam dos contratempos (Bandura, 1994).

O segundo aspecto que influencia a formação do senso de autoeficácia são as experiências vicárias. Os estudos iniciais da Teoria Social Cognitiva propuseram a discussão acerca da modelagem e influência do contexto social. A princípio se ressaltou a influência da observação na aprendizagem entre seres humanos, quando se cunhou o conceito de aprendizagem vicariante, compreendida como processo no qual novas respostas adquiridas ou as características de repertórios comportamentais já existentes sofrem modificações em função

também da observação das respostas operantes de outros organismos e seus respectivos consequentes (Schultz, 2013).

À vista disso, as experiências vicárias as quais desenvolvem a autoeficácia, são proporcionadas por modelos sociais. Isto é, ver semelhantes que, por meio de esforço sustentado, cumprem seus propósitos, aumenta a crença dos observadores de que eles também possuem capacidades comparáveis para o sucesso. Juntamente, observar a falha dos outros, apesar de alto esforço, prejudica a autoeficácia. Bandura (1994) ressalta que o impacto das experiências vicárias dependerá da similaridade percebida com os modelos. Quanto maior a semelhança assumida, mais serão persuasivos os sucessos ou falhas observadas.

Com relação a persuasão social, a terceira maneira de fortalecer a autoeficácia, diz respeito as situações em que as pessoas são informadas por outras de que possuem as capacidades para dominar as atividades. Quando persuadidas de que possuem habilidades para desempenhar a ação as pessoas tendem a mobilizar maiores esforços e sustenta-los. Simultaneamente, instigar dúvidas com relação a competências pessoais fomenta a diminuição destes esforços pessoais. Para Bandura (1994) ao ser comunicado negativamente acerca de um domínio, mina-se a motivação e suscita-se a descrença nas capacidades, cria-se circundante para a própria validação comportamental desta crença.

O humor, estados somáticos e emocionais, quarto aspecto demarcado como influente para a autoeficácia, também afeta a avaliação pessoal. Humor positivo aumenta a autoeficácia percebida, enquanto o humor desanimado diminui. Por conseguinte, uma maneira de modificar as auto crenças da eficácia é reduzir as reações de estresse e alterar tendências emocionais negativas ou interpretações equivocadas de seu estado físico, já que as pessoas interpretam seus sinais internos de tensão e reações fisiológicas de estresse como sinais de vulnerabilidade e baixo desempenho. Bandura (1994) salienta que não é a intensidade das reações emocionais e físicas que são importantes, mas sim como elas são percebidas e interpretadas. Colaborando

com isso, as pessoas que possuem alto senso de autoeficácia frequentemente avaliam seu estado de excitação afetiva como facilitador de desempenho, enquanto hesitantes propendem a considerar a excitação como debilitador.

A partir da elaboração da Teoria Social Cognitiva e da conceituação da autoeficácia o conceito de eficiência vem sendo aplicado em várias áreas da vida. Para Cloninger (1999), por exemplo, “uma autoeficácia baixa está associada com emoções negativas, incluindo depressão” (p. 409), o que oportuniza que a autoeficácia seja correlacionada a fatores de proteção e sua ausência a fatores de risco psicológico.

É importante demarcar que apesar de Bandura (2008) referir-se a autoeficácia como construto psicológico relacionado a ações específicas, o que torna imprópria a consideração da autoeficácia como um construto geral que possa ser aferido sem se considerar o comportamento fim que se espera medir como eficiente, a partir da concepção teórica inicial do autor outros pesquisadores passaram a considerar o termo de forma mais global. Conforme Cloninger (1999) “Outros pesquisadores propuseram medir a auto-eficiência geral, um traço amplo aplicável a uma grande variedade de comportamentos” (p. 407). Em função disso em pesquisas contemporâneas acerca de autoeficácia encontra-se as duas propostas citadas: a autoeficácia referente a um determinado aspecto ou domínio ou a Autoeficácia Geral Percebida.

Em estudos contemporâneos que versam sobre envelhecimento e investigaram a autoeficácia de idosos, como o de Tovel e Carmel (2016) que envolveu 1175 pessoas com idade média de 81,1 anos, demonstraram grande variabilidade na avaliação subjetiva dos idosos e demarcaram efeito preditivo destas autoavaliações com relação a longevidade, bem-estar e qualidade de vida. Indicaram não só a validade de autoavaliações, mas também a possibilidade de avaliações deste tipo, tais como a autoavaliação da autoeficácia, funcionarem como possíveis pontos de intervenção na promoção do envelhecimento sadio.

No mesmo sentido, outros estudos demarcaram correlações entre autoeficácia percebida e condições de saúde e bem-estar. Fortes-Burgosa et al. (2008), na pesquisa envolvendo 956 idosos brasileiros, relacionaram depressão à baixa Autoeficácia Geral Percebida. Godoy-Izquierdo (2013), que investigou 154 idosos institucionalizados e não institucionalizados, associou a autoeficácia a felicidade e bem-estar. Considerou-se nesses estudos justamente a concepção de que entre os domínios psicológicos de enfrentamento, frequentemente a autoeficácia pode estar relacionada a mediação de eventos estressantes notoriamente presentes no envelhecimento (Tovel & Carmel, 2016). Ou seja, de forma geral a autoeficácia foi descrita como um facilitador importante (se presente) e barreira (se ausente) em vários dos aspectos estudados no envelhecimento (Peek et al., 2009).

Acerca da conceitualização da autoeficácia em estudos com participantes idosos, frequentemente definiram a autoeficácia como a avaliação individual da capacidade de planejar e realizar as ações necessárias para alcançar vários objetivos, que por sua vez pode influenciar a definição de metas e planejamentos pessoais (Carmel et al., 2016) e consideraram que a autoeficácia pode influenciar o desempenho cognitivo dos idosos e igualmente sofrer alterações em função de características sociais como estereótipos (Groepel-Klein et al., 2017) e demais características pessoais como sensação de coerência e continuidade (Wiesmann & Hannich, 2010).

Com relação aos fatores que parecem influir no senso de autoeficácia dos idosos, Carmel et al. (2016), em um estudo longitudinal com 1216 israelenses com mais de 75 anos de idade, consideraram mediadores os eventos negativos relacionados à saúde, inclusive bastante frequentes entre pessoas idosas sobretudo na faixa etária estudada, apesar de haverem variações devidas aos fatores ambientais e em especial da qualidade de vida dos participantes. Estes eventos negativos citados na pesquisa referir-se-iam ao declínio funcional, que, apesar de não ser discutido no estudo o qual se refere, poderia ser relacionado a experiência de domínio

descrita por Bandura (1994) o que explicaria seu papel contingencial para o senso de autoeficácia dos idosos.

Além disso, os autores da pesquisa citada consideraram relevante demarcar que as percepções dos indivíduos acerca de novos sintomas, doenças e limitações funcionais podem estar também relacionadas a personalidade, aos grupos de referência e expectativas sociais (Carmel et al., 2016). Ou seja, elencaram como significativos aspectos subjetivos e componentes referentes a aprendizagem vicária e persuasão social.

Comentando também acerca desses fatores de influência, Neri (2006) considera relevante observar que “idosos que vivem em sociedades que entronizam a juventude como valor supremo e que, em consequência, adotam estereótipos negativos em relação à velhice têm o seu senso de autoeficácia particularmente mais desafiado” (p. 61). A autora considera, além dos aspectos biológicos que modificam as condições cognitivas e sociais na terceira idade, que a sociedade pode estar muitas vezes exercendo um papel negativo importante.

Logo, há necessidade de se elencar as particularidades da sociedade que repercutem na formação do senso de autoeficácia dos idosos, por meio tanto da aprendizagem vicária quanto da persuasão social. Como destaca Neri (2006) “existe uma expectativa de que a velhice acarrete um obrigatório declínio nas competências cognitivas, as instituições sociais se antecipam, criando barreiras à participação social das pessoas mais velhas, antes mesmo que eventuais incapacidades se instalem” (p. 61). Indicando que o idadismo, definido por Papalia et al. (2013) como o preconceito ou discriminação com base na idade, pode também ser determinante da autoeficácia na velhice.

Outro fator relacionado ao senso de autoeficácia em idosos apontado por Guzman et al. (2015), pesquisa envolvendo 219 idosos filipinos institucionalizados e não institucionalizados, foi a espiritualidade, que segundo o estudo demonstrou fatores preditivos na avaliação da

Autoeficácia Geral Percebida dos idosos participantes. E que poderia ser relacionada ao componente mediador “persuasão social” conforme a descrição de Bandura (1994).

Outros estudos podem ser interpretados no mesmo sentido, com ênfase na influência da persuasão social na formação da autoeficácia dos idosos. Para Groeppel, et al. (2017) que favoreceu a observação de sucessões de influências: estereótipos de idade negativos que diminuem a autoeficácia, e por sua vez influenciam o desempenho cognitivo e avaliações negativas do envelhecimento; a autoeficácia é um importante mediador da relação entre percepções externas e internas, e pode culminar em influência negativa de estereótipos pejorativos e consequentes profecias autorrealizáveis.

Contribuindo para discussão das influências para a autoeficácia em idosos, estudos longitudinais de Parisi et al. (2017) encontraram redução na autoeficácia intelectual e aumento na preocupação sobre o envelhecimento intelectual ao longo de um período de 10 anos. Apesar disso, consideraram ser possível que as crenças internas sejam relativamente duradouras e um pouco resistentes à mudança. Já que observaram que os níveis iniciais de desempenho cognitivo, especialmente um maior desempenho na memória e nas medidas de raciocínio, estava relacionado ao menos declínio da autoeficácia intelectual ao longo do tempo.

Outros estudos, em direções diferentes, salientaram a importância da autoeficácia como fator preventivo no envelhecimento, como o de Monfort et al. (2016) que propôs avaliação anterior e posterior à uma intervenção voltada para a capacitação em tecnologias da informação e desempenho cognitivo de idosos. Os resultados da pesquisa indicaram que a autoeficácia poderia ser intencionalmente instigada por programas de intervenção como parte de estratégias para permanência nestas práticas interventivas. Segundo os autores esta medida poderia reduzir nos participantes idosos a sensação de não ser tão adequado quanto os mais jovens, servindo como um recurso para se superar uma visão de declínio no envelhecimento em prol de uma visão positiva desta etapa da vida.

Acerca da possibilidade de se instigar altos sentidos de autoeficácia, Hyung Hur (2016) avaliou justamente isto ao investigar 246 idosos da Coreia que frequentavam centros sociais. O estudo conteve medidas do fator competência/autodeterminação. As conclusões do estudo consideram que o senso de competência/autodeterminações dos idosos pode ser favorecido pela participação em atividades de aprendizagem desempenhadas nos centros sociais. Estas conclusões estão de acordo com o estudo de Bertoldo et al. (2014), com 1012 participantes com mais de 60 anos de idade, que sugeriu a criação e participação em redes sociais e grupos comunitários como estratégia importante para promover saúde mental entre os idosos, e circunscreveu a ausência destes programas ou a menor participação na vida social à maior presença de sintomas de depressão.

No mesmo sentido Tovel e Carmel (2013), em investigação que envolveu 262 participantes com mais de 75 anos de idade, também chegaram a essa conclusão, com indicações de possibilidades interventivas e consideraram que pessoas idosas têm a capacidade de moldar a sua qualidade de vida na presença de declínio na saúde e da funcionalidade que poderiam ser favorecidos por programas preventivos com este intuito, o que ajudaria pessoas mais velhas a adquirir e manter recursos eficazes e habilidades de enfrentamento, e trabalharia o envelhecimento bem-sucedido. Igualmente, ao avaliar a validade de um programa de intervenção de 12 semanas de duração, em que 24 latino-americanos com idade entre 62 a 93 anos participaram, Alders (2011) indicou o aferimento e condução da Autoeficácia Geral Percebida para facilitar a motivação e a persistência nas vivências em programas com idosos.

Adicionalmente a discussão da autoeficácia no envelhecimento, Tovel e Carmel (2016) demarcaram a relevância de medidas próprias às especificidades deste processo com a proposição de escala de autoeficácia específica para a população idosa. A escala proposta pelos autores objetivaria justamente viabilizar a avaliação da autoeficácia da funcionalidade ou saúde. No instrumento, consideraram-se as crenças pessoais na capacidade de enfrentamento

de situações como declínio da saúde geral, perda de parte da mobilidade, maior dependência do auxílio de outras pessoas e etc.

Por fim, entres os estudos citados observou-se variação na consideração da autoeficácia enquanto um construto geral ou específico como o da autoeficácia da funcionalidade ou autoeficácia intelectual e entre outros. Sendo que a autoeficácia para fatores específicos foi mais veemente entre os estudos mais atuais. Da mesma forma a utilização de medidas de autoeficácia geral foram mais citadas entre estudos mais remotos.

Outro fator importante foi que os estudos demarcam a reciprocidade no desenvolvimento da autoeficácia, conforme apresentado por Bandura, Azzi e Polydoro (2008), ao destacarem fatores que influenciam e que sofrem mediação da autoeficácia, como experiências e desempenhos ao longo do desenvolvimento. O que indica relevância na proposição de novos estudos e concepção da autoeficácia enquanto temática de proteção do envelhecimento saudável.

Além disso, acerca da proposta de medida própria conforme sugerida por Tovel e Carmel (2016), que pode ser considerada mais coerente com a concepção de Bandura (1994), pois propõe a autoeficácia enquanto construto específico para determinados domínios da vida. Torna-se ainda mais pertinente o apontamento realizado pelos autores ou se considerar as avaliações apresentadas por Carmel et al. (2016), que demonstraram que a autoeficácia de funcionalidade, que apresentou maior influência no bem-estar subjetivo, e sofreu influência do estado de saúde/funcionalidade, enfraqueceu com a passagem do tempo.

Assim como nos apontamentos de Carstensen (1992; 1997; 1999; 2003; 2015) com relação a influência da passagem do tempo na psicologia dos idosos, houve indicação que este fator também contribui na autoeficácia, entretanto de forma inversa. Enquanto na Teoria da Seletividade Socioemocional é demarcado a melhoria no processo de regulação emocional do idoso devido ao avançar da idade, nos estudos longitudinais que consideraram autoeficácia foi

apresentada alguma diminuição natural da autoeficácia conforme a passagem do tempo. O que indica que este aspecto humano pode estar compondo muitas das características já identificadas em outros estudos do envelhecimento os quais tem demarcado o declínio de funções cognitivas. Cabe, com isso, o estudo da autoeficácia no envelhecimento e variáveis correlacionadas a este aspecto para solucionar questionamentos que restam em especial com relação a influência da passagem do tempo na autoeficácia.

Objetivos

Objetivo Geral

Verificar o envelhecimento saudável a partir da análise da Autoeficácia Geral Percebida e da resiliência em idosos longevos.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar a Autoeficácia Geral Percebida de pessoas acima de 60 anos de idade e relacionar ao seu subgrupo etário.
- ✓ Identificar a resiliência de pessoas acima de 60 anos de idade e relacionar ao seu subgrupo etário.
- ✓ Comparar a Autoeficácia Geral Percebida à Resiliência de pessoas acima de 60 anos de idade nos subgrupos etários.

Método

Trata-se de um estudo transversal, método frequentemente utilizado no estudo do desenvolvimento humano, em que participantes de diferentes idades são pesquisados apenas em um ponto do tempo. Logo, a amostra é composta por grupos com faixas etárias diferentes. Objetiva permitir a comparação entre Autoeficácia Geral Percebida e Resiliência e, principalmente, comparação dos resultados entre os subgrupos etários criados para o estudo acima de 60 anos de idade.

Participantes

Fizeram parte do estudo pessoas com 60 anos ou mais residentes do Município de Macapá, onde coletou-se a pesquisa. A amostra foi aleatória simples, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) a população na faixa etária pesquisada encontrou-se um total populacional estimado de 20508 idosos residentes no Município. Para esse quantitativo estipulou-se a amostra de 380 idosos, grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Os participantes foram estratificados conforme os cortes etários discriminados a seguir.

- Grupo1: participantes entre 60 – 64 anos, G1=106n;
- Grupo 2: participantes entre 65-69 anos, G2 = 96n;
- Grupo 3: participantes entre 70-79 anos, G3 = 124n;
- Grupo 4: participantes com 80 anos ou mais, G4 = 54n (o participante mais velho do estudo possuía 101 anos).

A amostra foi não probabilística, utilizou-se o método *snowball* para seleção dos participantes. Conforme Baldin e Munhoz (2011) escolhem-se participantes iniciais ou “sementes”, que atendam os critérios de inclusão e exclusão e que são abordados pelos pesquisadores envolvidos no estudo. A partir disso, os próprios participantes sementes indicam, conforme suas redes pessoais de conhecimento, possíveis participantes para a pesquisa. Os

novos participantes também podem indicar possíveis integrantes para o estudo conforme sua disponibilidade de contatos e assim sucessivamente, até se atingir a meta planejada para o estudo. Os participantes foram convidados a compor a amostra, sendo abordados em suas próprias residências, por meio do endereço fornecido anteriormente pela rede de contatos, ou por abordagem face a face nos centros de convivência, momentos nos quais eram fornecidas informações pertinentes acerca dos riscos e benefícios da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram:

- Adesão à pesquisa por meio de disponibilização para responder os instrumentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A;
- Resultado de 18 ou mais (ausência de critérios para demência) no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) – Apêndice C;
- Possuir no momento da entrevista 60 anos ou mais.

Com relação aos critérios de exclusão foram:

- Não se disponibilizar para a realização dos instrumentos ou não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Resultado inferior a 18 no MEEM;
- 60 anos incompletos no momento da entrevista.

Rede Inicial de Contatos para Potenciais Participantes

Os participantes convidados a compor a amostra foram residentes de Macapá – Amapá pertencentes as seguintes redes iniciais:

- Rede de contatos obtida na Clínica de Psicologia da Faculdade FAMA (instituição que atuou como parceira). A FAMA (União de Faculdades do Amapá) é uma instituição privada localizada na Rodovia Duca Serra, KM 05, bairro Cabralzinho, s/n, com mais de 16 anos de funcionamento na Capital do Amapá. A Clínica de Psicologia, possui cadastro de contatos com potenciais usuários ou interessados em

eventos de psicologia, que compõe por meio de demanda voluntária e ações sociais realizadas pela Faculdade em diversas regiões da capital.

- Residentes da Instituição de Longa Permanência para Pessoa Idosa – Abrigo São José. Inicialmente solicitou-se a autorização da direção da instituição. Após autorização os residentes foram abordados na instituição e convidados a compor a pesquisa. O Abrigo São José foi fundado em 18/03/1965, é uma Instituição de Longa Permanência para Pessoa Idosa, vinculado a Secretaria Estadual de Inclusão e Mobilização Social – SIMS, tendo como mantenedor o Governo do Estado do Amapá, conforme disposto no do Decreto do Executivo nº 4765, de 20 de outubro de 2005. A instituição tem por finalidade abrigar pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sem vínculo familiar ou com renda per capita considerada vulnerável socioeconomicamente. No momento da coleta da pesquisa (1º semestre de 2018) haviam 54 idosos usuários do Abrigo São José, apesar disso, devido os critérios de inclusão e exclusão, apenas 17 idosos institucionalizados compuseram a amostra deste estudo.
- Participantes do grupo para idosos do “Lions Clube”. Localizado na rua Leopoldo Machado, nº 938, bairro Jesus de Nazaré, Macapá – AP. Trata-se de local cedido para utilização aos finais de semana pela Diocese de Macapá – Paróquia Jesus de Nazaré, instituição religiosa sem fins lucrativos, que realiza semanalmente encontros com idosos da comunidade em especial do bairro Jesus de Nazaré, bairro próximo do centro comercial da cidade. Nesse caso 26 dos idosos abordados em oportunidades diferentes ao longo do primeiro semestre de 2018 no espaço do referido clube compuseram a amostra final deste estudo.

Instrumentos

Para a coleta de dados utilizou-se quatro instrumentos estruturados:

1) Questionário de caracterização dos participantes (Apêndice B) - criado para as finalidades do estudo. As variáveis consideradas no questionário são referentes: gênero, idade, raça, estado conjugal, moradia, alimentação, escolaridade, atividades físicas, lazer, saúde, história pregressa de saúde e outros.

2) Mini-Exame do Estado Mental - MEEM (Apêndice C) - utilizado para a avaliação do estado cognitivo durante o processo de seleção dos participantes. Este instrumento considera nota inferior a 18 pontos como indicativo de problemas cognitivos. Vale comentar que na análise de variância, quanto aos resultados do MEEM com relação a escolaridade, nos estudos de Brucki et al. (2003) que indicam o instrumento como medida de rastreio na avaliação de idosos, obteve-se os valores $F(4,425) = 100.45$, $p < 0,0001$.

3) Escala de Autoeficácia Geral Percebida - GSES (Apêndice D) – Versão adaptada por Patrão et al. (2017). Originalmente desenvolvida em 1981 no idioma alemão por Mathias Jerusalem e Ralf Schwarzer, tem sido reduzida, traduzida e validada em outros idiomas. No Brasil, os primeiros trabalhos a utilizar escalas de Autoeficácia Geral Percebida são de 2004 (Souza & Souza, 2004). A aplicabilidade para a população brasileira também foi estudada por Sbicigo et al. (2012). A escala proporciona retratar a percepção acerca da competência pessoal para lidar com várias situações estressoras, que se generaliza por meio de diferentes domínios do funcionamento em que a pessoa avalia o quanto se considera eficaz (Sbicigo et al., 2012). Recentemente, estudos realizados por Patrão et al. (2017) avaliaram a aplicabilidade do instrumento com idosos brasileiros, onde obteve-se o resultado da análise de validade de $p < 0,001$ e coeficiente de fidelidade para o total da escala de 0,91. Também, foi verificado pelos autores as correlações dos escores desse instrumento, tendo como parâmetro outros instrumentos de medida já validados e encontrou-se correlação positiva significativa. A escala é composta por 10 questões que possuem chave de respostas para 4 pontos: 1 = “Não é verdade a meu respeito”; 2 = “É dificilmente verdade a meu respeito”; 3 = “É moderadamente

verdade a meu respeito”; e 4 = “É totalmente verdade a meu respeito”. O escore total é a soma dos valores de todos os itens podendo-se obter um valor máximo de 40 pontos. Quanto maior o valor, maior é a Autoeficácia Geral Percebida (Patrão et al., 2017).

4) Escala de Resiliência de Connor-Davidson - CD-RISC-10 (Apêndice E) - Adaptada por Lopes & Martins (2011), inicialmente desenvolvida por Connor-Davidson em 2003, tendo sido revalidada por análise fatorial confirmatória por Campbell-Sills e Stein (2007), que adaptaram uma versão abreviada (CD-RISC-10). Os itens que compõem a CD-RISC-10 propõem a identificação da percepção dos indivíduos da sua capacidade de adaptação à mudança, assim como de superar obstáculos ou se recuperarem após doenças ou outras dificuldades e etc. O instrumento original possui 25 itens e avalia cinco fatores. Já o CD-RISC-10 avalia através de uma análise uni fatorial denominada Resiliência. É passível de auto aplicação, as respostas são por escala de 0 (nunca é verdade) a 4 (sempre é verdade). O resultado consiste na soma da pontuação de cada um dos itens e pode variar de zero e quarenta pontos. Pontuações elevadas indicam alta resiliência. Conforme Lopes & Martins (2011) o instrumento abreviado de Campbell-Sills e Stein apresentou uma correlação alta e significativa com o instrumento original ($r = 0,92$). Tendo os valores apresentado uma alta consistência interna (alfa de Cronbach = 0,85) e boa validade de construto, validade convergente e discriminante.

Medidas

Mediu-se na pesquisa os Escores de GSES e CD-RISC-10. Na GSES os resultados variam de 4 a 40, sendo 40 máxima indicação de Autoeficácia Geral Percebida. Na CD-RISC-10 os resultados variam de 0 a 40, sendo 40 máxima indicação de resiliência.

Aspectos Éticos

Desenvolveu-se esta pesquisa após a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme a resolução 466/12 CNS.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, conforme especificado abaixo, bem como a garantia do sigilo quanto a suas informações pessoais por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Riscos

- ✓ Cansaço e/ou algum retraimento para responder algumas questões dos instrumentos.

- ✓ Algumas questões dos instrumentos podem oportunizar a percepção de estados emocionais negativos.

Benefícios

- ✓ Pode oportunizar a identificação de sintomas de deficiência cognitiva e facilitar encaminhamentos para rede de atendimento.

- ✓ Pode oportunizar a identificação de estados emocionais negativos e facilitar encaminhamentos para rede de atendimento.

- ✓ Apontamentos obtidos dos resultados da pesquisa podem auxiliar a comunidade na elaboração de intervenções.

Procedimentos

As visitas às residências ou abordagens em locais públicos foram realizadas pela pesquisadora responsável ou por um acadêmico de psicologia da instituição parceira (FAMA) devidamente documentado e autorizado pela coordenação da instituição, que passaram por treinamento prévio fornecido pela pesquisadora responsável. No momento da pesquisa os potenciais participantes foram apresentados aos objetivos do estudo, convidados a compor a

amostra, apresentados ao TCLE e esclarecidos quanto a eventuais dúvidas. Em todas as entrevistas houve mediação no preenchimento dos instrumentos com leitura conjunta e preenchimento das alternativas.

Embora o resultado de um dos instrumentos (MEEM) fosse pré-requisito para a inclusão do participante na pesquisa, no momento das entrevistas eram preenchidos todos os instrumentos, exceto aqueles em que houve desistência do participante, sendo feita a inclusão ou exclusão na amostra após a apreciação dos escores no MEEM.

Análise de Dados

Apurou-se os dados dos instrumentos e inicialmente armazenados em planilhas eletrônicas por meio do programa Microsoft EXCEL, após organização transpassou-se para base de dados do programa IBM SPSS, versão 22 para Windows (IBM Corp. Released 2013).

Realizou-se as técnicas estatísticas: Análise de Cluster, Análise discriminante, Análise Fatorial e ANOVA. Essas são especificadas nos resultados do estudo.

Resultados

A amostra foi composta por 383 idosos com idades entre os 60 e os 101 anos, com média igual a 70.4 anos e desvio-padrão de 8.2 anos. Predominaram os participantes de 70 a 79 anos (32.6%), seguindo-se os que tinham de 60 a 64 anos (27.9%), de 65 a 69 anos (25.3%) e 80 anos ou mais (14.2%). A maioria era do sexo feminino (64.2%), casados (41.3%) ou viúvos (31.1%) e tinham nível de escolaridade baixo – 69.9%, o Ensino Fundamental (36.4%) ou um nível inferior (18.7% são analfabetos e 14.8% completaram a Alfabetização). Existiram 95.3% que reconheceram-se como religiosos e, entre estes, 79.6% informaram serem praticantes. As religiões mais representadas foram a Católica (65.7%) e a Evangélica (29.2%). Esses dados serão mais bem visualizados nas tabelas a seguir.

Análise Fatorial CD-RISC

Inicialmente, avaliou-se a confiabilidade dos itens para se aplicar a técnica estatística multivariada chamada de Análise Fatorial (AF) por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach verificou-se o alpha de 0,66, com relação as 06 variáveis em estudo, o valor da estatística demonstra que escalas utilizadas são consistentes, sendo satisfatórias para a utilização da AF, pois é superior a 0,60, o valor ponto de corte recomendado pela literatura segundo (Hair et al., 2005). Uma interpretação prática do alfa de Cronbach seria considerá-lo como um coeficiente de correlação ao quadrado, assim com um alfa de 0,76 estaríamos medindo 76% do impacto real das variáveis em estudo.

Posteriormente, avaliou-se a viabilidade da análise fatorial a partir da matriz de correlações (tabela 1). O primeiro passo é um exame visual das correlações (coeficiente de correlação de Pearson) e identificando as que são estatisticamente significantes aplicando o “teste t” de correlação, com isso, verificou-se que existe um número substancial de correlações maiores que 0,30, ou seja, correlações significantes ao nível de 1% (Gorsuch, 1983) sugerindo possíveis inter-relações entre as variáveis, isso fornece uma base adequada para seguir para o

próximo nível, o exame empírico da adequação para a análise fatorial tanto para uma base geral quanto para cada cada variável.

Tabela 1. Matriz de Correlações

Matriz de Correlação	CDRISC2	CDRISC3	CDRISC4	CDRISC5	CDRISC6	CDRISC9
CDRISC2	1,000					
CDRISC3	,332	1,000				
CDRISC4	,243	,289	1,000			
CDRISC5	,441	,161	,152	1,000		
CDRISC6	,352	,143	,166	,497	1,000	
CDRISC9	,310	,085	,147	,448	,293	1,000

Avaliou-se a significância geral da matriz de correlação com o Teste de Esfericidade de Bartlett (Mingoti, 2005), neste caso, as correlações em geral são significantes ao nível de 0,001% (ver tabela 2). Entretanto, isso testa apenas a presença de correlações não nulas e não o padrão dessas correlações, assim, para testar se todas as características oriundas de diversos itens possuem uma possível relação em comum, utilizou-se o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Mingoti, 2005), ou seja, que vai testar as correlações parciais entre os pares de variáveis sem o efeito das demais, conforme tabela 1, verificou-se que, neste caso ocupa um intervalo aceitável (acima de 0,50) conforme Kaiser e Rice (1974), com um valor de 0,73 classificados como Bom.

Tabela 2. Medidas de Avaliação da Adequação da Análise Fatorial CDRISC (Teste de Esfericidade de Bartlett e KMO).

Estatísticas	Coefficientes	P-valor
Teste de Esfericidade de Bartlett	0,738	0,000
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	387,81	0,000

Todas essas medidas indicam que o conjunto de itens é adequado à utilização da análise fatorial, assim sendo a análise pode prosseguir para os próximos estágios. Assim, aplicou-se a análise de fatores aos dados de CD-RISC, utilizando-se o método matemático das Componentes Principais para extração dos fatores via Rotação Ortogonal do tipo Varimax para obter melhores combinações e usando como critérios para a escolha do número de fatores a

extrair, o Critério da Raiz Latente (autovalor maior que 1) e Critério da Percentagem da Variância Explicada (soma da variância explicada $\geq 0,70$).

Primeiramente utilizou-se o Critério da Raiz Latente ou também chamado de Critério de Kaiser, para identificar o número ótimo de fatores que poderiam ser extraídos. Apenas os fatores que têm raízes latentes ou autovalores maiores que 1 são considerados significante, ou seja, todos os fatores com autovalores menores que 1 são considerados insignificantes e descartados. Para o devido trabalho adotou-se 70% como critério mínimo de explicação da variabilidade total dos dados pelos fatores. A tabela 3 mostra às cargas fatoriais, os autovalores, as percentagens das Variâncias Explicadas e acumuladas, calculadas pelo método com Rotação Ortogonal do tipo Varimax.

Percebeu-se que um modelo com apenas dois fatores seria suficiente para representar a estrutura de covariância inicial. Com isso, buscou-se identificar as variáveis que mais influenciam em cada fator, ou seja, as que possuem maiores Cargas Fatoriais.

Tabela 3. Matriz de Cargas Fatoriais, Comunalidades, Autovalores e Percentual de Variância Explicada.

Variáveis	Nº de Fatores		h ²	Alpha
	Fator 1	Fator 2		
CDRISC2	0, 575	0, 474	0,65	0,62
CDRISC5	0, 834	0, 103	0,7	
CDRISC6	0, 726	0, 117	0,74	
CDRISC9	0, 720	0, 006	0,71	
CDRISC3	0, 055	0, 816	0,66	0,64
CDRISC4	0, 090	0, 736	0,55	
Σ Quadrados do Autovalor	2, 410	1, 120	3,53	0,76
% de Variância Explicada	44,70	34,28	78,98	

Com os resultados obtidos na tabela 3, pode-se observar que o Primeiro Fator possui pesos mais altos, ou cargas fatoriais mais elevadas nas variáveis: CDRISC2, CDRISC5, CDRISC6 E CDRISC9.

No que tange ao Segundo Fator possui pesos mais significativos nas variáveis: CDRISC3 e CDRISC4.

De acordo com a tabela 3, verificou-se que, a soma dos quadrados das cargas fatoriais para cada variável resulta num valor estimado chamado de Comunalidade, que é a porção da variância que cada variável contribui para explicação do total dos fatores. Assim, o tamanho da comunalidade é um índice útil para avaliar o quanto de variância em uma dada variável é explicado pela solução fatorial, com isso observa-se, que todas as variáveis são importantes na estrutura de covariância, pois as comunalidades são altas, acima de 0,60 conforme Rencher (2002).

Além da matriz de correlação e os Testes de Bartlett e KMO, utilizou-se outro teste que permite avaliar se os dados originais viabilizam a utilização da Análise Fatorial (AF) de forma satisfatória, chamado de Medida de Adequação da Amostra ou MAS (Measure of Sampling Adequacy), calculado a partir da Matriz Anti-imagem do dados originais, na qual indica o grau de explicação dos dados a partir dos fatores encontrados na AF, caso o MSA indique um grau de explicação menor do que 0,50, significa que os fatores encontrados na AF não consegue descrever satisfatoriamente as variações dos dados originais, neste caso indicam variáveis que podem ser retiradas da análise, sendo utilizado como crivo, assim como, as comunalidades.

A matriz anti-imagem indicou o poder de explicação dos fatores em cada uma das variáveis analisadas, onde a diagonal da parte inferior da tabela 4, informou a medida de adequação da amostra (MSA) para cada uma das variáveis em estudo, onde esses valores encontram-se na diagonal principal e são assinalados com a letra a sobrescrita, indicando o MSA acima de 0,50 conforme literatura, justificando que todas as variáveis são importantes e continuam no estudo para aplicação da Análise Fatorial.

Tabela 4. Matriz Anti-imagem com a Medida de Adequação da Amostra CDRISC (MSA)

Correlação	CDRISC2	CDRISC3	CDRISC4	CDRISC5	CDRISC6	CDRISC9
CDRISC2	,771^a					
CDRISC3	-,255	,674^a				
CDRISC4	-,107	-,229	,748^a			
CDRISC5	-,252	-,016	,005	,702^a		
CDRISC6	-,138	-,010	-,066	-,362	,760^a	
CDRISC9	-,122	,044	-,067	-,315	-,064	,768^a

Análise Fatorial GSES

Por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach verificou-se o alpha de 0,88, com relação as 10 variáveis em estudo. Avaliou-se também a viabilidade da análise fatorial a partir da matriz de correlações. Verificou-se que existe um número substancial de correlações maiores que 0,30, ou seja, correlações significantes ao nível de 1% (Gorsuch, 1983) sugerindo possíveis inter-relações entre as variáveis.

Na avaliação da significância geral da matriz de correlação com o Teste de Esfericidade de Bartlett (Mingoti, 2005), obteve-se correlações em geral significantes ao nível de 0,001% (ver tabela 5). Também se utilizou o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para testar as correlações parciais entre os pares de variáveis sem o efeito das demais, conforme tabela 5, verificou-se que, neste caso ocupa um intervalo aceitável (acima de 0,50) com um valor de 0,88 classificados como Bom (Kaiser e Rice, 1974).

Tabela 5. Medidas de Avaliação da Adequação da Análise Fatorial GSES (Teste de Esfericidade de Bartlett e KMO)

Estatísticas	Coeficientes	P-valor
Teste de Esfericidade de Bartlett	959,11	0,000
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,884	0,000

Todas essas medidas indicam que o conjunto de itens é adequado à utilização da análise fatorial, e a análise pode prosseguir para os próximos estágios. Assim, aplicou-se a análise de fatores aos dados utilizando-se o método matemático das Componentes Principais para extração dos fatores via Rotação Ortogonal do tipo Varimax para obter melhores combinações

e usando como critérios para a escolha do número de fatores a extrair, o Critério da Raiz Latente (autovalor maior que 1) e Critério da Percentagem da Variância Explicada (soma da variância explicada $\geq 0,70$).

A tabela 6 mostra às cargas fatoriais, os autovalores, as percentagens das Variâncias Explicadas e Acumuladas, calculadas pelo método com Rotação Ortogonal do tipo Varimax, contendo as informações sobre os fatores possíveis e seu poder explanatório relativas, utilizou-se os valores para análise dos cinco primeiros fatores extraídos.

Percebeu-se que um modelo com apenas um único fator seria suficiente para representar a estrutura de covariância inicial, com 39,8% de perda de informações e que expliquem 60,20% da variabilidade total dos itens originais. Com isso, buscou-se identificar as variáveis que mais influenciam em cada fator, ou seja, as que possuem maiores Cargas Fatoriais.

Tabela 6. Matriz de Cargas Fatoriais, Comunalidades (h^2), Autovalores e Percentual de Variância Explicada na Escala GSES.

ITENS	FATOR	h^2
	F1	
GSES1	,744	0,55
GSES2	,751	0,56
GSES3	,680	0,46
GSES4	,650	0,42
GSES5	,729	0,53
GSES6	,735	0,54
GSES7	,721	0,51
GSES8	,631	0,39
GSES9	,707	0,50
GSES10	,727	0,52
Σ^2 do Autovalor	5,02	
% de Variância Explicada	60,21	

Com os resultados obtidos na tabela 6, pode-se observar que o primeiro Fator possui pesos mais altos, ou cargas fatoriais mais elevadas nos itens: GSES 1 até o 10.

De acordo com a tabela 6, verificou-se que, a soma dos quadrados das cargas fatoriais para cada variável resulta num valor estimado chamado de Comunalidade, que é a porção da

variância que cada variável contribui para explicação do total dos fatores. Assim, o tamanho da comunalidade é um índice útil para avaliar o quanto de variância em uma dada variável é explicado pela solução fatorial, com isso observa-se, que todas as variáveis são importantes na estrutura de covariância, pois as comunalidades são altas, acima de 0,70 conforme Rencher (2002).

Além da matriz de correlação e os Testes de Bartlett e KMO utilizou-se a Medida de Adequação da Amostra ou MSA (Measure of Sampling Adequacy), calculado a partir da Matriz Anti-Imagem dos dados originais (Anexo 1). Obteve-se o MSA acima de 0,50, justificando que todas as variáveis são importantes e continuam no estudo para aplicação da Análise Fatorial.

Análise Discriminante Múltipla

Utilizou-se a técnica Stepwise para eleger as variáveis com máximo poder de separação dos grupos. Após executar a análise discriminante verificou-se a existência, ou não, de diferenças entre as médias. Segundo Maroco (2007) o Lambda de Wilks testa a hipótese de que as médias dos grupos são iguais, onde entre as variáveis, pelo menos em um grupo as médias são diferentes. O resultado desse teste está na tabela 7.

Tabela 7. Testes de Igualdade de Médias dos grupos de participantes.

Variáveis	Teste Lambda Wilks	Teste F Snedecor	Grau de Liberdade 1	Grau de Liberdade 2	P-valor
CDRISC1	.810	44.645	2	380	.000
CDRISC2	.596	128.933	2	380	.000
CDRISC3	.660	98.094	2	380	.000
CDRISC4	.650	102.238	2	380	.000
CDRISC5	.583	135.875	2	380	.000
CDRISC6	.713	76.581	2	380	.000
CDRISC7	.726	71.607	2	380	.000
CDRISC8	.731	69.929	2	380	.000
CDRISC9	.752	62.521	2	380	.000
CDRISC10	.794	49.175	2	380	.000
GSES1	.649	102.825	2	380	.000
GSES2	.651	101.866	2	380	.000

GSES3	.786	51.670	2	380	.000
GSES4	.809	44.833	2	380	.000
GSES5	.657	99.285	2	380	.000
GSES6	.685	87.409	2	380	.000
GSES7	.687	86.527	2	380	.000
GSES8	.761	59.510	2	380	.000
GSES9	.676	91.124	2	380	.000
GSES10	.703	80.334	2	380	.000

O segundo teste é a igualdade das matrizes de variância e covariância, neste caso, o teste utilizado é o M de Box, que segundo Hair et al. (2005), trata-se de um teste estatístico utilizado para esse fim. Se o p-valor for maior que o nível de significância, então a igualdade das matrizes encontra sustentação, se for menor a suposição é violada. O resultado desse teste está na tabela 8, onde o p-valor de 0.378 é maior que o (nível de significância) de 0,05. Com isso, não se tem evidências estatísticas para duvidar de que as matrizes sejam realmente homogêneas.

Tabela 8. Resultados do Teste M de Box dos participantes.

Teste M de Box		1137.56
F	Aproximado	2.460
	Grau de Liberdade 1	420
	Grau de Liberdade 2	1231
	P-valor	0.378

A tabela 9 evidencia o valor do autovalor, que segundo Maroco (2007), é uma medida relativa de quão diferente os grupos são na função discriminante, ou seja, quanto mais afastado de 1 forem os autovalores, maiores serão as variações entre os grupos explicadas pela função discriminante.

Tabela 9. Autovalores, Percentual de Variância Explicada e Correlação Canônica dos Participantes:

Função Discriminante	Autovalor	% de Variância Explicada	% Variância Acumulado	Correlação Canônica
1º	3,583	77.9	77,9	0.88
2º	1,016	22,1	100.0	0.77

De acordo com a tabela 9, a primeira função discriminante apresenta um percentual de 78%, ou seja, esta função é a que mais contribui para demonstrar as diferenças entre os grupos. Já a segunda função apresenta um poder discriminante que explica 22% da variância entre os grupos.

O próximo teste de hipótese é o de Lambda de Wilks, que segundo Maroco (2007) serve para testar a significância das funções discriminantes e é calculado a partir do determinante da matriz da soma dos quadrados e produtos cruzados dentro dos grupos e do determinante da matriz da soma dos quadrados e produtos cruzado total. O resultado desse teste está na tabela 15, onde o p-valor é menor que o (nível de significância) de 0,05, concluindo que a função discriminante é altamente significativa.

Na primeira linha (tabela 10), são testadas as duas funções em conjunto, podendo-se concluir que pelo menos a primeira função discriminante é altamente significativa. A linha seguinte testa a segunda função discriminante e podendo se concluir que a segunda função discriminante é significativa.

Tabela 10. Testes Lambda de Wilks e Qui-quadrado dos Participantes.

Teste de Funções	Lambda de Wilks	Teste Qui-Quadrado	Grau de Liberdade	P-Valor
1 até 2	0.108	823,68	40	0.000
2	0.496	259,69	19	0.000

A tabela 11 apresenta os coeficientes estruturais, os quais estão agrupados de acordo com a correlação dentro dos grupos, entre as variáveis discriminantes (neste caso, 09) e a função. As variáveis estão ordenadas pelo grau absoluto de correlação dentro da função, ou seja, a primeira função contém 03 variáveis e a segunda função 06.

Assim, a matriz de estrutura apresentada a seguir (ver tabela 11) auxilia na interpretação da contribuição que cada variável forneceu para cada função discriminante, uma vez que apresenta as correlações entre as variáveis explicativas e as funções discriminantes canônicas padronizadas.

Tabela 11. Matriz de Estrutura dos Participantes.

Variáveis	Funções	
	F1	F2
CDRISC2	,435*	.035
CDRISC5	,411*	-.331
GSESE5	,358*	-.251
GSES1	,350*	-.317
GSES9	,346*	-.224
GSES7	,333*	-.238
GSES10	,330*	-.182
GSES6	,327*	-.277
CDRISC8	,314*	.123
CDRISC7	,307*	-.198
CDRISC6	,305*	-.260
GSES8	,296*	.010
CDRISC9	,275*	-.238
GSES3	,255*	-.198
CDRISC1	,254*	-.061
CDRISC4	.296	,470*
CDRISC3	.299	,438*
GSES2	.341	-,345*
CDRISC10	.233	,253*
GSES4	.222	-,242*

A próxima tabela (tabela 12) apresenta as variáveis selecionadas para compor a função e seus respectivos coeficientes não padronizados.

Tabela 12. Coeficientes das Funções Discriminantes dos Participantes.

Variáveis	Funções	
	F1	F2
CDRISC1	.195	-.071
CDRISC2	.364	.105
CDRISC3	.336	.512
CDRISC4	.385	.517
CDRISC5	.187	-.203
CDRISC6	.129	-.229
CDRISC7	.124	-.287
CDRISC8	.195	.261
CDRISC9	.100	-.168
CDRISC10	.107	.334

GSES1	.096	-.078
GSES2	.112	-.232
GSES3	.060	.050
GSES4	.091	-.005
GSES5	.098	-.125
GSES6	.034	-.047
GSES7	.183	-.148
GSES8	.026	.038
GSES9	.201	-.039
GSES10	.057	.002

Para Hair et al. (2005) e Maroco (2007), esses coeficientes, que também são chamados de pesos discriminantes, podem ser utilizados para avaliar a importância relativa de cada variável explicativa para a função discriminante. Os tamanhos de grupos usados no cálculo precedente são baseados no conjunto de dados empregado na amostra de análise e não incluem a amostra de validação (tabela 13).

Tabela 13. Centróides dos Grupos gerados para cada função discriminante das amostras dos Participantes.

Grupos (Cluster)	Função	
	1	2
G1	-3,337	1,306
G2	-0,710	-1,291
G3	1,748	0,508

Por fim, tem-se a validação dos resultados obtidos na análise discriminante. Neste processo utilizaram-se duas formas, a validação interna e a validação externa. A validação interna apresentada na tabela 14 consiste em verificar a eficácia da classificação das observações originais e a validação cruzada.

Tabela 14. Resultados da Classificação das amostras dos Participantes.

Grupos de Idosos			Probabilidade de Pertencer aos Grupos			Total
			Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	
Contagem Original ¹	Grupos	Cluster 1	64	1	0	65
		Cluster 2	3	128	6	137
		Cluster 3	0	3	178	181
	%	Cluster 1	98,5	1,5	0,0	100.0
		Cluster 2	2,2	93,4	4,4	100.0
		Cluster 3				

		Cluster 3	0,0	1,7	98,3	100.0
Contagem da Validação Cruzada ²	Grupos	Cluster 1	62	2	1	65
		Cluster 2	6	121	10	137
		Cluster 3	1	6	174	181
	%	Cluster 1	95,4	3,1	1,5	100.0
		Cluster 2	4,4	88,3	7,3	100.0
		Cluster 3	0,6	3,3	96,1	100.0

(1). 96,6% dos casos dos grupos originais estão corretamente classificados.

(2). 93,2% dos casos dos grupos da validação cruzada estão corretamente classificados.

Os resultados representados na tabela 14 permitem afirmar que 96.6% dos casos amostrados foram classificados de forma correta e apenas 3.4% foram classificados de forma incorreta pelo método estimado de duas equações discriminantes.

A função discriminante do grupo 1 indica que 95.7% dos casos amostrados foram corretamente classificados. A função discriminante estimada para o grupo 2 permitiu fazer a classificação correta de 96.7% dos participantes. A validação cruzada indicou que 93.2% dos participantes foram classificados corretamente, os resultados estão muito próximos da solução original, o que confere validade à análise.

A figura 1 mostra a discriminação dos três grupos de Participantes com destaque para os centroides de cada grupo, mostrando a ideia do comportamento e de como as funções discriminantes separam os três grupos.

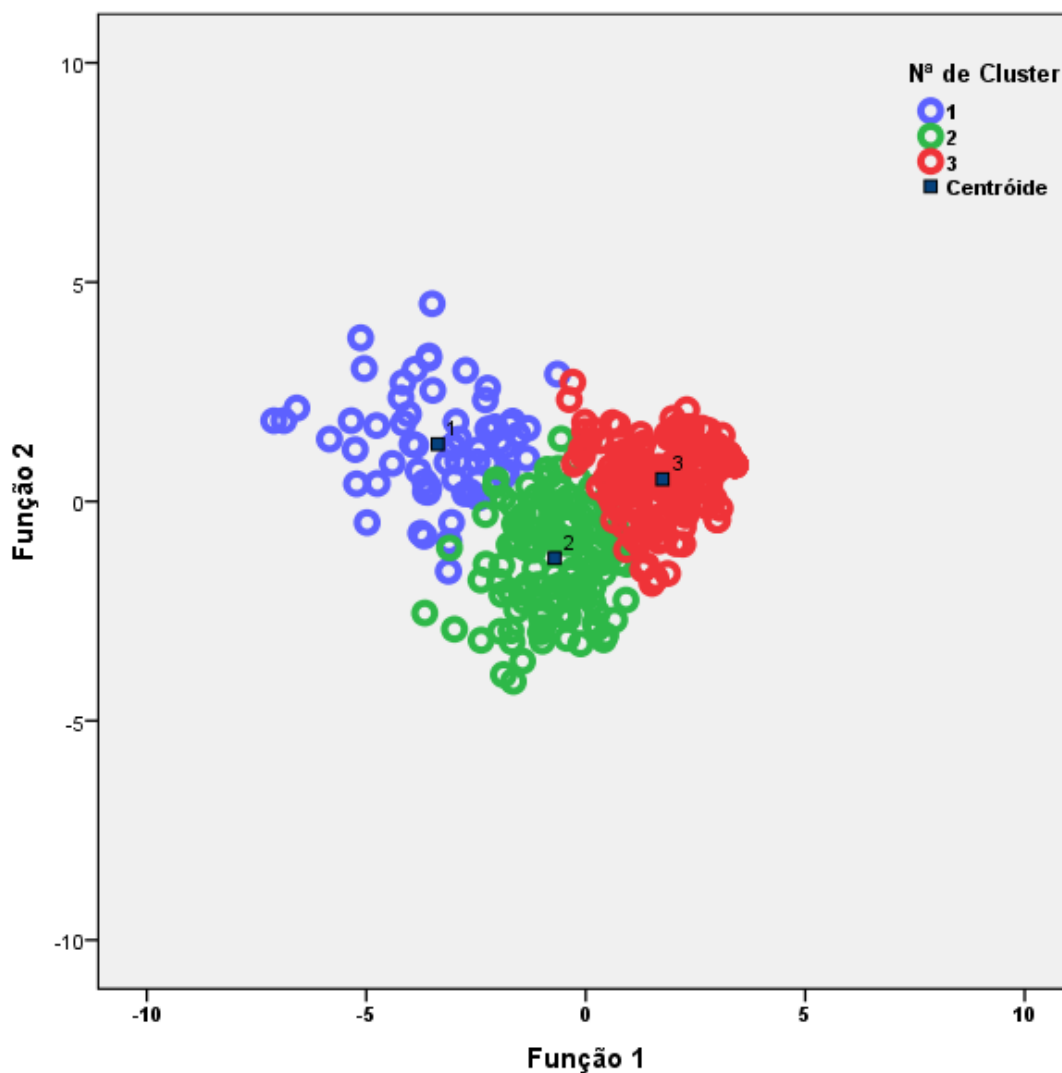


Figura 1. Mapa Discriminante dos Participantes.

Análise de Agrupamento (Cluster)

A análise de agrupamento, ou análise de clusters, é uma técnica usada para classificar objetos ou casos em grupos relativamente homogêneos chamados de agrupamentos ou conglomerados. Assim, os objetos em cada agrupamento tendem a ser semelhantes entre si, mas diferentes de objetos em outros agrupamentos.

Para determinar a partir de quantos clusters serão criados, seguiu-se a orientação de Hair et al. (2005). Procedeu-se a comparação de contagens e/ou as médias entre os indivíduos dos diferentes clusters e amostra total. Assim, permitiu verificação da existência de diferenças entre os três grupos de indivíduos nas variáveis a analisar.

O objetivo deste estudo, de natureza descritiva, é explorar relações conjuntas entre características sociodemográficas dos participantes e resultados obtidos nas escalas utilizadas. Após a realização da Análise de Cluster, os participantes puderam ser aglomerados em três grupos com resultados semelhantes nas escalas (tabela 15).

Tabela 15. Análise de Cluster via Método do K-médias

Grupo 1			Grupo 2					Grupo 3						
8	68	199	1	59	95	117	213	3	58	137	110	225	312	363
17	77	201	2	60	98	118	214	5	64	140	111	226	313	365
21	78	203	4	61	100	119	215	7	69	141	112	227	315	366
17	80	219	6	62	106	121	216	9	71	143	113	228	317	367
30	81	220	12	63	107	124	217	10	72	144	114	229	318	368
38	92	221	13	65	108	125	272	11	73	146	115	230	319	369
39	93	222	18	67	109	126	273	14	75	147	116	232	321	370
41	97	224	19	70	170	127	277	15	79	148	120	234	323	371
42	99	296	24	74	173	130	307	16	85	149	122	236	326	372
45	104	325	25	76	174	133	231	20	86	150	128	238	328	376
46	105	332	31	82	181	134	233	22	96	151	129	239	333	377
47	123	256	35	83	183	135	235	23	101	154	131	246	334	378
49	156	264	36	84	185	136	237	26	102	155	132	247	335	380
57	157	265	37	87	188	138	244	28	103	158	180	248	345	381
66	240	266	48	88	190	139	283	29	175	282	184	251	346	
168	241	267	50	89	192	142	286	32	176	284	187	252	347	
169	242	271	51	90	195	145	291	33	177	285	189	253	348	
171	243	281	52	91	200	152	308	34	178	287	191	257	349	
179	249	289	53	94	206	153	260	40	306	288	193	258	350	
182	250	295	54	210	207	159	261	43	309	290	194	337	351	
186	255	375	55	210	208	161	262	44	292	196	269	338	352	
		382	56	212	209	167	259	160	293	197	270	339	353	
			311	263	297	254	218	162	294	198	274	340	354	
			310	245	299	223	303	163	298	202	275	342	355	
			314	324	331	364	383	164	300	204	276	343	356	
			316	327	336	373	379	165	301	205	278	360	357	
			320	329	341	374	344	166	302	304	279	361	358	
			322	330				172	305	280	268	362	359	

Na tabela 16 e 17 podem ser identificados, diferenciando os grupos, o quantitativo para cada uma das alternativas das escalas.

Tabela 16. Estatística Descritiva para os grupos criados pela Análise de Cluster via Método do K-médias CDRISC

Variáveis	Categorias	Nº de Cluster			Total
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	
CDRISC1	Nunca é Verdade	14	20	15	49
	Difícilmente é Verdade	19	14	7	40
	Moderadamente é Verdade	23	25	17	65
	Freqüentemente é Verdade	8	35	40	83
	Sempre é Verdade	1	43	102	146
CDRISC2	Nunca é Verdade	5	8	2	15
	Difícilmente é Verdade	24	13	2	39
	Moderadamente é Verdade	32	48	15	95
	Freqüentemente é Verdade	4	37	39	80
	Sempre é Verdade	0	31	123	154
CDRISC3	Nunca é Verdade	10	43	7	60
	Difícilmente é Verdade	12	27	4	43
	Moderadamente é Verdade	24	37	23	84
	Freqüentemente é Verdade	15	19	58	92
	Sempre é Verdade	4	11	89	104
CDRISC4	Nunca é Verdade	8	41	6	55
	Difícilmente é Verdade	16	36	9	61
	Moderadamente é Verdade	20	31	16	67
	Freqüentemente é Verdade	14	17	53	84
	Sempre é Verdade	7	12	97	116
CDRISC5	Nunca é Verdade	7	2	0	9
	Difícilmente é Verdade	15	3	0	18
	Moderadamente é Verdade	21	14	7	42
	Frequentemente é Verdade	18	29	26	73
	Sempre é Verdade	4	89	148	241
CDRISC6	Nunca é Verdade	8	2	2	12
	Difícilmente é Verdade	16	8	3	27
	Moderadamente é Verdade	20	21	13	54
	Frequentemente é Verdade	19	30	47	96

	Sempre é Verdade	2	76	116	194
CDRISC7	Nunca é Verdade	6	1	0	7
	Difícilmente é Verdade	13	4	1	18
	Moderadamente é Verdade	25	27	16	68
	Frequentemente é Verdade	13	40	49	102
	Sempre é Verdade	8	65	115	188
CDRISC8	Nunca é Verdade	8	18	1	27
	Difícilmente é Verdade	12	9	3	24
	Moderadamente é Verdade	20	27	8	55
	Frequentemente é Verdade	17	35	28	80
	Sempre é Verdade	8	48	141	197
CDRISC9	Nunca é Verdade	4	1	0	5
	Difícilmente é Verdade	8	0	0	8
	Moderadamente é Verdade	11	10	5	26
	Frequentemente é Verdade	22	22	19	63
	Sempre é Verdade	20	104	157	281
CDRISC10	Nunca é Verdade	5	18	2	25
	Difícilmente é Verdade	11	15	8	34
	Moderadamente é Verdade	26	54	19	99
	Frequentemente é Verdade	12	27	65	104
	Sempre é Verdade	11	23	87	121

Tabela 17. Estatística Descritiva para os grupos criados pela Análise de Cluster via Método do K-médias GESES

Variáveis	Categorias	Nº de Cluster			Total
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	
GSES1	Não é Verdade	12	2	1	15
	Difícilmente é Verdade	26	7	3	36
	Moderadamente Verdade	19	47	45	111
	Totalmente	8	81	132	221
GSES2	Não é Verdade	9	4	1	14
	Difícilmente é Verdade	32	4	8	44
	Moderadamente Verdade	21	52	50	123
	Totalmente	3	77	122	202
GSES3	Não é Verdade	14	1	4	19
	Difícilmente é Verdade	15	19	10	44

	Moderadamente Verdade	30	50	51	131
	Totalmente	6	67	116	189
GSES4	Não é Verdade	12	3	7	22
	Difícilmente é Verdade	18	13	8	39
	Moderadamente Verdade	26	39	45	110
	Totalmente	9	82	121	212
GSES5	Não é Verdade	18	1	1	20
	Difícilmente é Verdade	23	12	12	47
	Moderadamente Verdade	22	81	63	166
	Totalmente	2	43	105	150
GSES6	Não é Verdade	9	1	2	12
	Difícilmente é Verdade	23	11	4	38
	Moderadamente Verdade	29	47	45	121
	Totalmente	4	78	130	212
GSES7	Não é Verdade	18	7	2	27
	Difícilmente é Verdade	17	10	4	31
	Moderadamente Verdade	25	43	44	112
	Totalmente	5	77	131	213
GSES8	Não é Verdade	12	7	1	20
	Difícilmente é Verdade	23	31	13	67
	Moderadamente Verdade	24	60	56	140
	Totalmente	6	39	111	156
GSES9	Não é Verdade	17	4	0	21
	Difícilmente é Verdade	22	16	12	50
	Moderadamente Verdade	20	46	35	101
	Totalmente	6	71	134	211
GSES10	Não é Verdade	18	2	1	21
	Difícilmente é Verdade	21	19	11	51
	Moderadamente Verdade	20	65	55	140
	Totalmente	6	51	114	171

Com relação ao perfil sociodemográfico na tabela 18 visualiza-se a estatística descritiva.

Tabela 18. Estatística Descritiva para os grupos criados pela Análise de Cluster via Método do K-médias dados Socioeconômico

Variáveis	Categorias	Nº de Cluster			Total
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	
Sexo	Masculino	25	60	56	141
	Feminino	40	77	125	242
Faixa Etária	60-64	10	41	56	107
	65-69	14	40	43	97
	70-79	21	36	66	123
	Acima de 80	20	20	16	56
Estado Civil	Solteiro	9	32	33	74
	Casados	29	61	66	156
	Viúvo	23	32	63	118
	Separados	1	2	4	7
	Outros	3	10	15	28
Zona Regional	Urbana	60	130	171	361
	Rural	5	7	10	22
Contexto de Moradia	Mora Sozinha	10	22	22	54
	Mora com a Família	55	115	159	329
Grau de Escolaridade	Não Alfabetizado	21	30	24	75
	Alfabetização	16	36	49	101
	Ensino Fundamental	15	32	57	104
	Ensino Médio	10	28	33	71
	Ensino Superior	3	9	16	28
	Posgraduação	0	2	2	4
Pratica Atividade Física	Sim	23	46	102	171
	Não	42	91	79	212
Regularidade Atividade Física	Todos os dias	11	14	21	46
	Até 5 Vezes	2	2	8	12
	Até 3 Vezes	5	19	37	61
	Até 2 Semanas	4	7	21	32
	Uma vez na Semana	1	3	11	15
	Nenhuma Regularidade	42	92	83	217
Lazer	Sim	17	50	102	169
	Não	48	87	79	214
Atividade de Lazer	Esporte	5	6	7	18
	Manuais	1	8	15	24
	Passeios/viagens	5	25	55	85

	Jogos/Atividades Coletivas	6	10	20	36
	Não pratica Atividade	48	88	84	220
Participa algum grupo da Comunidade	Sim	17	51	99	167
	Não	48	86	82	216
Tipo de grupo na Comunidade	Religioso	14	35	66	115
	Comunidade	2	3	7	12
	Associação de Idoso	1	9	23	33
	Vinculado ao Serviço Público	0	2	0	2
	Nenhum	48	88	85	221
Costuma Visitar Amigos	Sim	35	93	148	276
	Não	30	44	33	107
Amigos Costuma lhe Visitar	Sim	47	109	151	307
	Não	18	28	30	76
Problemas de Saúde	Sim	56	114	156	326
	Não	9	23	25	57
Tipos de Problemas de Saúde	Deficiência	0	3	0	3
	Doença Crônica	48	96	132	276
	Doença Auto Limitada	4	5	11	20
	Gastrointestinais	1	7	6	14
	Dores Sem Outras Especificações	2	0	4	6
	Não Soube Informar	0	5	3	8
	Sem Histórico de Doenças	10	21	25	56
Medicação	Sim	48	93	129	270
	Não	17	44	52	113
Religião	Sim	56	134	170	360
	Não	9	3	11	23
Tipo de Religião	Católica	38	89	105	232
	Evangélica	17	44	63	124
	Espírita	1	1	6	8
	Não Possui	9	3	7	19
Praticante da Religião	Sim	43	115	154	312
	Não	22	22	27	71
Ocupação	Sim	12	45	55	112
	Não	53	92	126	271
Renda Familiar	Inferior a 1 SM	15	21	5	41
	Um SM	29	66	81	176

	2 a 3 SM	15	36	68	119
	4 ou + SM	6	14	27	47
Perda Recente	Sim	23	61	83	167
	Não	42	76	98	216
Vínculo de Perda	Familiar	11	29	50	90
	Parentes	8	10	16	34
	Amigos	4	23	15	42
	Sem Perda	42	75	100	217
Depressivo	Sim	11	30	22	63
	Não	54	107	159	320
Sintomas da Depressão	Tristesa/Choro	6	22	8	36
	Isolamento/Solidão	2	3	3	8
	Desânimo/Falta Energia	1	2	4	7
	Não Soube Informar	2	4	7	13
	Não Apresenta	54	106	159	319

Vale demarcar que predominam na amostra os participantes de meios urbanos (94.2%), os que vivem com a família (84.2%) e os que não têm ocupação (69.4%). Dos que têm ocupação (n = 116 - 30.6%), mais da metade são autônomos (57.8%). As atividades mais representadas são os comerciantes/vendedores/empresários (12.3%), agricultura e pesca (11.3%), professores/pedagogos (10.4%), costura e artesanato (9.4%) e construção civil (7.5%). Um pouco mais da metade têm uma renda mensal de 1 salário mínimo (47.4%) ou inferior (8.4%). Existem ainda 31.8% com renda mensal de 2 a 3 salários mínimos e 12.4% com renda mensal de 4 ou mais salários mínimos (Tabela 19).

Tabela 19. Moradia, ocupação e renda.

	Categorias	N	%
Moradia – tipificação	Rural	22	5.8%
	Urbana	358	94.2%
Moradia – contexto	Sozinho(a)	60	15.8%
	Com a família	320	84.2%
Ocupação	Não	263	69.4%
	Sim	116	30.6%
Ocupação: tipo (entre os que referiram ter ocupação: N = 106)	Comerciante/ vendedor/ empresário	13	12.3%
	Agricultura e pesca	12	11.3%

	Professor/ pedagogo	11	10.4%
	Costura e artesanato	10	9.4%
	Construção civil	8	7.5%
	Agente/ auxiliar administrativo	6	5.7%
	Cozinheira	5	4.7%
	Agente de portaria / vigilante	5	4.7%
	Servidor público	4	3.8%
	Do lar/ doméstica	3	2.8%
	Autônomo	3	2.8%
	Agente de saúde e enfermagem	3	2.8%
	Outros	23	21.7%
Ocupação: regime (entre os que referiram ter ocupação e referiram qual a ocupação: N = 102)	Autônomo	59	57.8%
	Celetista	19	18.6%
	Estatutário	13	12.7%
	Federal	8	7.8%
	Diária	2	2.0%
	Empresário	1	1.0%
Renda	Inferior a 1 salário mínimo	32	8.4%
	1 salário mínimo	180	47.4%
	De 2 a 3 salários mínimos	121	31.8%
	4 ou mais salários mínimos	47	12.4%

Quanto as prática de atividades físicas, lazer e atividades sociais, nas tabelas 25, 26 e 27 são apresentados esses dados da caracterização.

Relativamente à atividade física (tabela 20), 45.3% referiram que praticam e, entre estes, mais da metade pratica até 3 dias por semana (61.6%): 9.5% 1 dia/semana, 21.3% 2 dias/semana e 30.8% 3 dias/semana. As atividades físicas mais referidas foram a caminhada (47.4%), ginástica (11.7%), hidroginástica (11.1%), dança (9.3%) e musculação/levantamento de pesos (8.2%).

Tabela 20. Caracterização da atividade física.

	Categorias	N	%
Pratica atividades físicas	Não	208	54.7%
	Sim	172	45.3%
Regularidade de atividade física	1 dia/semana	16	9.5%
	2 dias/semana	36	21.3%
	3 dias/semana	52	30.8%

	4 dias/semana	4	2.4%
	5 dias/semana	11	6.5%
	6 dias/semana	4	2.4%
	7 dias/semana	41	24.3%
	Não sabe informar	5	3.0%
Atividades físicas praticadas ⁽¹⁾ (entre os que referiram praticar atividade física: N = 172)	Caminhada	81	47.4%
	Ginástica	20	11.7%
	Hidroginástica	19	11.1%
	Dança	16	9.3%
	Musculação/lev. Pesos	14	8.2%
	Ciclismo	10	5.8%
	Pilates	10	5.8%
	Natação	8	4.7%
	Fisioterapia	7	4.1%
	Futebol	7	4.1%
	Esportes (vôlei, basquete, remo)	4	2.3%
	Corrida	3	1.8%
	Outros	2	1.2%

⁽¹⁾ variável com mais do que uma opção de resposta.

A percentagem de participantes que afirmaram ter atividades de lazer foi de 47.4%, sendo as mais referidas os passeios e viagens (30.7%), a dança (11.1%) e idas à igreja (10.1%). Observe a tabela a (Tabela 21).

Tabela 21. Caracterização das atividades de lazer.

	Categorias	N	%
Pratica atividades de lazer	Não	200	52.6%
	Sim	180	47.4%
Atividades de lazer praticadas ⁽¹⁾ (entre os que referiram ter atividades de lazer: N = 180)	Passeios e viagens	55	30.7%
	Dança	20	11.1%
	Igreja	18	10.1%
	Desporto/ atividade física	11	6.1%
	Jogos (dominó, cartas, palavras-cruzadas,...)	10	5.6%
	Atividades manuais	10	5.6%
	Agricultura e jardinagem	9	5.0%
	Ir a balneários	8	4.5%
	Pescaria	7	3.9%
	Shopping	7	3.9%
	Ir à praça	7	3.9%
	Grupos de convivência	7	3.9%

Bordado/costura	6	3.4%
Cinema	5	2.8%
TV	5	2.8%
Festas	3	1.7%
Passar tempo com amigos ou parentes	3	1.7%
Leitura	2	1.1%
Restaurantes	2	1.1%
Outras	6	3.4%

⁽¹⁾ variável com mais do que uma opção de resposta.

Quanto à participação em grupos da comunidade, 45.3% afirmaram que participam. Destacam-se a igreja e grupos relacionados com instituições religiosas (60.2%), seguindo-se o grupo Lions (14.0%) e grupos de idosos do bairro ou comunidade (11.6%). A maioria afirmou que costuma visitar amigos (72.6%) e que costuma receber amigos (80.8%). Observe a tabela a seguir.

Tabela 22. Caraterização das atividades sociais.

	Categorias	N	%
Participa de algum grupo da comunidade	Não	211	54.7%
	Sim	172	45.3%
Grupo da comunidade em que participa ⁽¹⁾ (entre os que participam em grupos: N = 172)	Igreja ou grupos relacionados com instituições religiosas	103	60.2%
	Lions	24	14.0%
	Grupos de idosos do bairro ou comunidade	20	11.6%
	Associação de classe	5	2.9%
	Projeto do governo	7	4.1%
	Budismo	2	1.2%
	Feap	2	1.2%
	Outros	6	3.5%
Costuma visitar os amigos	Não	104	27.4%
	Sim	276	72.6%
Costuma receber visitas de amigos	Não	73	19.2%
	Sim	307	80.8 %

⁽¹⁾ variável com mais do que uma opção de resposta.

Em relação aos aspetos relacionados à saúde, a grande maioria referiu ter problemas de saúde (86.1%), sendo o problema mais referido a pressão alta/ hipertensão (46.2%). Seguiram-se a diabetes (10.4%), artrose/artrite (8.0%) e problemas de visão (8.0%). Observe a tabela a seguir.

Tabela 23. Caraterização quanto a problemas de saúde.

	Categorias	N	%
Tem problema de saúde	Não	53	13.9%
	Sim	327	86.1%
Problemas de saúde mais referidos ⁽¹⁾ (entre os que referiram problemas de saúde: N = 327)	Pressão alta/ hipertensão	151	46.2%
	Diabetes	34	10.4%
	Artrose/artrite	26	8.0%
	Visão	26	8.0%
	Colesterol	19	5.8%
	Reumatismo	15	4.6%
	Cardíaco/ coração	15	4.6%
	Coluna	15	4.6%
	Osteoporose/problemas ossos	14	4.3%
	Gastrointestinais	11	3.4%
	Dores	9	2.8%
	AVC	9	2.8%
	Câncer	7	2.1%
	Depressão/ ansiedade	5	1.5%
	Hérnia de disco	4	1.2%
	Tiróide	4	1.2%
	Alergia	4	1.2%
	Pedra na visícula	3	0.9%
	Parkinson	3	0.9%
	Sinusite	3	0.9%
	Asma	3	0.9%
	Epilepsia	3	0.9%
	Enxaqueca	2	0.6%
	Cálculo renal	2	0.6%
	Bucite	2	0.6%
	Joelho	2	0.6%
	Deficiência física físico	2	0.6%
	Outros	41	12.6%

⁽¹⁾ variável com mais do que uma opção de resposta.

Registou-se também uma grande percentagem que toma medicação (72.9%). Os medicamentos mais referidos foram Losartana (27.8%) e reguladores da pressão arterial (18.8%) (tabela 24).

Tabela 24. Caraterização quanto à medicação.

	Categorias	N	%
Toma medicação	Não	103	27.1%
	Sim	277	72.9%
Medicação mais referida ⁽¹⁾ (entre os que referiram medicação: N = 277)	Losartana	77	27.8%
	Reguladores da pressão arterial	52	18.8%
	Antidiabéticos	17	6.2%
	Metformina	13	4.7%
	Captopril	12	4.3%
	Insulina	10	3.6%
	Cálcio	5	1.8%
	Hidroclorotiazida	5	1.8%
	Antidepressivos	5	1.8%
	Colírio	3	1.1%
	Propranolol	3	1.1%
	Reposição hormonal	3	1.1%
	Diuréticos	2	0.7%
	Atenolol	2	0.7%
	Inibidores de agregação plaquetária	1	0.4%
	Antitrombóticos	1	0.4%
	Para neuralgias	1	0.4%
	Para pressão intra ocular	1	0.4%
	Colesterol	1	0.4%
	Anticonvulsivantes	1	0.4%
	Não soube informar	47	17.0%
	Outros	58	21.0%

⁽¹⁾ variável com mais do que uma opção de resposta.

Quanto à depressão, 17.6% afirmaram sentirem-se deprimidos. A tristeza (44.8), solidão (14.9%) e o choro (11.9%) foram os sentimentos indicados que mais se destacaram. A percentagem de participantes que perderam alguém recentemente foi de 43.7%. Destacam-se os que perderem irmãos (18.1%), amigos (14.5%), o cônjuge (12.7%) e o pai ou a mãe (12.1%) (tabela 25).

Tabela 25. Caracterização quanto à depressão e perda.

	Categorias	N	%
Tem depressão	Não	313	82.4%
	Sim	67	17.6%
Depressão – mais referidos ⁽¹⁾ (entre os que referiram depressão: N = 67)	Tristeza	30	44.8%
	Solidão	10	14.9%
	Choro	8	11.9%
	Desânimo	4	6.0%
	Angústia	4	6.0%
	Nervosismo	4	6.0%
	Isolamento	3	4.5%
	Ansiedade	2	3.0%
	Não soube dizer	6	9.0%
	Outros	26	38.8%
Perdeu alguém	Não	214	56.3%
	Sim	166	43.7%
Quem perdeu ⁽¹⁾ (entre os que perderam alguém: N = 166)	Irmão/irmã	30	18.1%
	Amigo(a)	24	14.5%
	Esposo(a)	21	12.7%
	Mãe/Pai	20	12.1%
	Filho(a)	14	8.5%
	Sobrinho(a)	14	8.5%
	Neto(a)	12	7.3%
	Primo(a)	11	6.7%
	Tio(a)	9	5.5%
	Cunhado(a)	5	3.0%
	Padrasto/madrasta	3	1.8%
	Genro/nora	2	1.2%
	Sogro(a)	2	1.2%
	Vizinho(a)	2	1.2%
	Animal de estimação	2	1.2%
	Outros	7	4.2%

⁽¹⁾ variável com mais do que uma opção de resposta.

ANOVA – para GSES, CD-RISC e MEEM

Após a análise descritiva na Escala de Autoeficácia, a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GSES) é composta por 10 questões com respostas em escala de Likert de 4 pontos: 1 = “Não é verdade a meu respeito”, 2 = “É dificilmente verdade a meu respeito”, 3 = “É moderadamente verdade a meu respeito” e 4 = “É totalmente verdade a meu respeito”. O escore total é a soma dos valores de todos os itens podendo-se obter um valor de 10 a 40 pontos. Quanto maior o valor do escore, maior é a Autoeficácia Geral Percebida. Para efeito de análise descritiva e melhor percepção dos níveis de Autoeficácia Geral Percebida na amostra, o escore foi dividido em 4 categorias: de 10 a 16, de 17 a 24, de 25 a 32 e de 33 a 40.

Na tabela 26 e figura 2 são apresentados os dados relativos aos níveis De Autoeficácia Geral Percebida na amostra. A média ($M = 32.8$; $DP = 5.9$) e a mediana ($Md = 34.0$) são superiores ao ponto central da escala (25) indicando a existência de níveis de autoeficácia elevados. Além disso, apenas 1.6% tiveram escore inferior a 17 e mais de metade teve escore superior ou igual a 33 (58.9%).

O Teste de Kolmogorov-Smirnov leva a concluir que o escore GSES não tem distribuição normal ($p < 0.001$).

Tabela 26. Caracterização da autoeficácia geral percebida (escore GSES) (N = 380).

Escore GSES	Categorias	N	%
Mínimo - máximo: 14 – 40	De 10 a 16	6	1.6%
Mediana: 34.0	De 17 a 24	38	10.0%
Média (DP): 32.8 (5.9)	De 25 a 32	112	29.5%
<i>Teste de Kolmogorov-Smirnov⁽¹⁾: $p < 0.001$</i>	De 33 a 40	224	58.9%

⁽¹⁾ Teste à normalidade dos dados.

Na tabela 27 e figura 2 são apresentados os resultados do estudo da associação entre a idade e os níveis de Autoeficácia Geral Percebida.

Tabela 27. Associação da autoeficácia geral percebida (escore GSES) com a idade.

Idade	Escore GSES	Teste de Kruskal-Wallis	Comparações entre os pares de grupos⁽¹⁾		
			60-64 anos	65-69 anos	70-79 anos

De 60 a 64 anos (n = 106)	M = 33.7; DP = 4.6		-	-	-
De 65 a 69 anos (n = 96)	M = 32.5; DP = 5.8		0.316	-	-
De 70 a 79 anos (n = 124)	M = 33.6; DP = 5.8	p = 0.005	0.548	0.105	-
80 ou mais anos (n = 54)	M = 29.8; DP = 7.5		0.004	0.044	0.001

⁽¹⁾ valores de significância dos testes de Dunn para as comparações múltiplas entre os pares de grupos.

Os resultados mostram a existência de uma associação significativa entre a idade e a Autoeficácia Geral Percebida ($p = 0.005$). A análise das médias e dos testes de comparações múltiplas entre os 4 grupos etários leva a concluir que o grupo de participantes mais velhos (80 ou mais anos – M = 29.8; DP = 7.5) tem níveis de autoeficácia significativamente mais baixos do que os 3 grupos etários mais novos. Os resultados mostram ainda que não existem diferenças significativas ($p > 0.05$) entre os grupos etários de 60 a 64 anos (M = 33.7; DP = 4.6), de 65 a 69 anos (M = 32.5; DP = 5.8) e de 70 a 79 anos (M = 33.6; DP = 5.8).

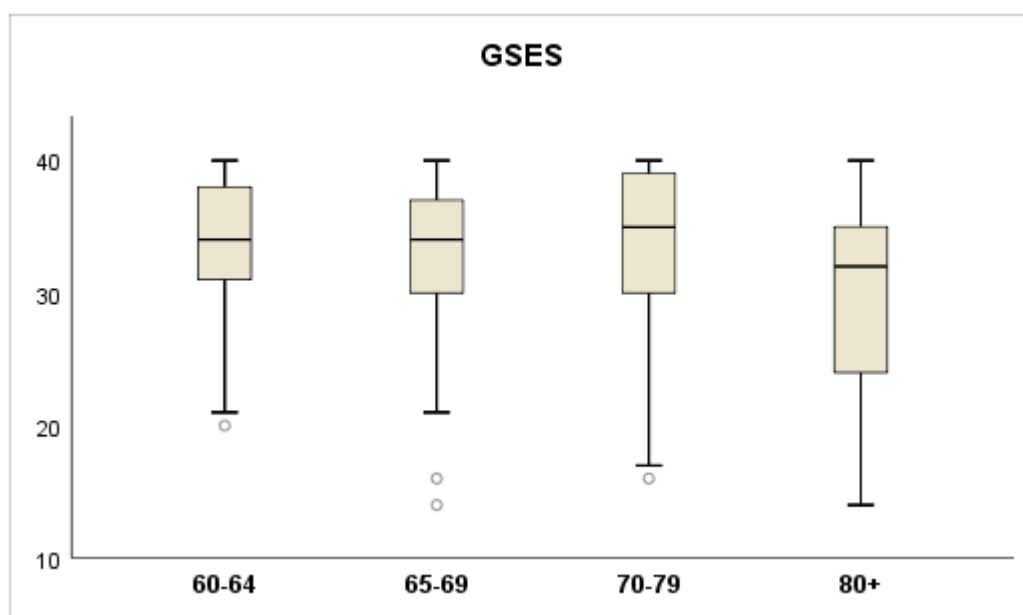


Figura 2. *Boxplots* dos escores GSES por grupo etário.

Na tabela 28 são apresentados os resultados da associação da Autoeficácia Geral Percebida com as variáveis sociodemográficas. Os coeficientes de correlação do escore GSES com o nível de escolaridade ($R = 0.126$; $p = 0.014$) e com a renda ($R = 0.127$; $p = 0.013$) são

positivos e significativos, mas de grandeza baixa, indicando uma ligeira tendência de aumento da autoeficácia com o aumento do nível de escolaridade e com o aumento da renda. Ser religioso ($p = 0.007$), praticar uma religião ($p = 0.031$) e ter uma ocupação ($p = 0.038$) estão também significativamente associados com a autoeficácia: os religiosos ($M = 32.99$; $DP = 5.86$), os que praticam uma religião ($M = 33.44$; $DP = 5.43$) e os que têm uma ocupação ($M = 33.90$; $DP = 5.10$) têm níveis de autoeficácia mais altos.

Os resultados levam também a concluir que o gênero ($p = 0.342$), o estado civil ($p = 0.646$), o tipo de moradia ($p = 0.910$) e o contexto de moradia ($p = 0.183$) não têm influência significativa na Autoeficácia Geral Percebida (tabela 28).

Tabela 28. Associação da autoeficácia geral percebida (escore GSES) com as características sociodemográficas.

Caraterísticas sociodemográficas	Escore GSES	P
Gênero		
Feminino (n = 244)	M = 32.95; DP = 6.02	0.342 ⁽¹⁾
Masculino (n = 136)	M = 32.54; DP = 5.77	
Estado civil		
Casada(o)/ União estável (n = 161)	M = 32.81; DP = 5.72	0.646 ⁽²⁾
Divorciado(a)/ Separado(a) (n = 25)	M = 34.12; DP = 5.15	
Solteiro(a) (n = 70)	M = 33.11; DP = 5.20	
Viúvo(a) (n = 118)	M = 32.12; DP = 6.70	
Escolaridade		
Coeficiente de Correlação de Spearman	R = 0.126	0.014 ⁽³⁾
Religioso		
Não (n = 18)	M = 29.17; DP = 6.10	0.007 ⁽¹⁾
Sim (n = 362)	M = 32.99; DP = 5.86	
Religião – praticante		
Não (n = 74)	M = 31.23; DP = 7.07	0.031 ⁽¹⁾
Sim (n = 288)	M = 33.44; DP = 5.43	
Moradia – tipificação		
Rural (n = 22)	M = 32.95; DP = 5.89	0.910 ⁽¹⁾
Urbana (n = 358)	M = 32.80; DP = 5.93	
Moradia – contexto		
Sozinho(a) (n = 60)	M = 31.95; DP = 5.99	0.183 ⁽¹⁾
Com a família (n = 320)	M = 32.97; DP = 5.90	
Ocupação		
Não (n = 264)	M = 32.33; DP = 6.20	0.038 ⁽¹⁾

Sim (n = 116)	M = 33.90; DP = 5.10
Renda	
Coefficiente de Correlação de Spearman	R = 0.127 0.013⁽³⁾

⁽¹⁾ valor de significância do Teste de Mann-Whitney; ⁽²⁾ valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; ⁽³⁾ valor de significância do Coeficiente de Correlação de Spearman.

Os resultados da tabela 29 mostram que a prática de atividade física ($p = 0.001$), as atividades de lazer ($p < 0.001$), a participação em grupos da comunidade ($p = 0.001$), visitar amigos ($p = 0.004$) e receber visitas de amigos ($p = 0.009$) influenciam significativamente a Autoeficácia Geral Percebida. As análises das médias do escore GSES indicam que os idosos que se envolvem nestas atividades têm níveis de Autoeficácia Geral Percebida mais elevados do que os que não o fazem.

Tabela 29. Associação da autoeficácia geral percebida (escore GSES) com atividade física, lazer e atividades sociais.

Atividade física, lazer e atividades sociais	Escore GSES	P
Pratica atividades físicas		
Não (n = 208)	M = 32.05; DP = 5.89	0.001 ⁽¹⁾
Sim (n = 172)	M = 33.72; DP = 5.84	
Pratica atividades de lazer		
Não (n = 200)	M = 31.84; DP = 6.06	< 0.001 ⁽¹⁾
Sim (n = 180)	M = 33.88; DP = 5.58	
Participa de algum grupo da comunidade		
Não (n = 208)	M = 31.89; DP = 6.23	0.001 ⁽¹⁾
Sim (n = 172)	M = 33.91; DP = 5.34	
Costuma visitar os amigos		
Não (n = 104)	M = 31.27; DP = 6.46	0.004 ⁽¹⁾
Sim (n = 276)	M = 33.38; DP = 5.61	
Costuma receber visitas de amigos		
Não (n = 73)	M = 31.08; DP = 6.40	0.009 ⁽¹⁾
Sim (n = 307)	M = 33.20; DP = 5.75	

⁽¹⁾ valor de significância do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados do Anexo mostram que os idosos que perderam alguém (M = 32.25; DP = 5.96) têm níveis de Autoeficácia Geral Percebida significativamente mais baixos ($p = 0.018$)

do que os que não perderam ($M = 33.52$; $DP = 5.81$). Os idosos que declararam que estavam deprimidos ($M = 31.64$; $DP = 6.20$) têm também níveis de autoeficácia mais baixos do que os que afirmaram que não estavam deprimidos ($M = 33.05$; $DP = 5.84$), sendo as diferenças próximas da significância estatística ($p = 0.070$).

Ter problemas de saúde ($p = 0.701$) e tomar medicação ($p = 0.484$) não têm associação significativa com a Autoeficácia Geral Percebida (tabela 30).

Tabela 30. Associação da autoeficácia geral percebida (escore GSES) com aspetos relacionados à saúde.

Aspetos relacionados à saúde	Escore GSES	<i>P</i>
Tem problema de saúde		
Não (n = 53)	M = 33.32; DP = 5.21	0.701 ⁽¹⁾
Sim (n = 327)	M = 32.72; DP = 6.03	
Toma medicação		
Não (n = 103)	M = 33.30; DP = 5.39	0.484 ⁽¹⁾
Sim (n = 277)	M = 32.62; DP = 6.11	
Tem depressão		
Não (n = 313)	M = 33.05; DP = 5.84	0.070 ⁽¹⁾
Sim (n = 67)	M = 31.64; DP = 6.20	
Perdeu alguém		
Não (n = 214)	M = 33.52; DP = 5.81	0.018 ⁽¹⁾
Sim (n = 166)	M = 32.25; DP = 5.96	

⁽¹⁾ valor de significância do Teste de Mann-Whitney.

Considerando o escore total, testou-se a hipótese de que existiriam diferenças significativas nos níveis de autoeficácia em função do grupo etário. Para tanto, foram realizadas Análises de Variância (one-way-ANOVA) com os testes de comparações múltiplas (Tukey e Games-Howell), com o intuito de comparar os grupos.

Assim, a ANOVA permite concluir: para qualquer nível de significância, as médias dos vários grupos não são todas iguais, quer dizer que existem diferenças significativas na Autoeficácia dos 4 grupos etários (tabela 31).

Tabela 31. Análise de Variância para comparação dos Escores Total da Escala de Autoeficácia por grupos etários.

Autoeficácia	Soma dos Quadrados	Graus Liberdade	Quadrado Médio	Teste F	P-valor
Entre Grupos	790.806	3	263.602	7.588	0.000
Nos grupos	13165.805	379	34.738		
Total	13956.611	382			

Quando se rejeita a hipótese nula da igualdade das médias, não se tem informação sobre qual ou quais dos grupos são responsáveis pela diferença. Uma das possibilidades para efetuar comparações múltiplas consiste em comparar todos os pares de médias dois a dois (tabela 37), existindo vários métodos para construção dos intervalos, contudo, será utilizado o Método de *Tukey* e *Games-Howell* para tentar descobrir quais as médias dos escores que são de fato diferentes (tabela 32).

Tabela 32. Teste de Comparações Múltiplas para o Escore Total da Escala de Autoeficácia.

Faixa Etária			Diferença Média (I-J)	Erro Padrão	P-valor	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Teste de Tukey	60 a 64	65 a 69	.545	.826	.912	-1.59	2.68
		70 a 79	-.564	.779	.887	-2.57	1.45
		80 +	3,840*	.972	.001	1.33	6.35
	65 a 69	60 a 64	-.545	.826	.912	-2.68	1.59
		70 a 79	-1.110	.800	.509	-3.17	.96
		80 +	3,295*	.989	.005	.74	5.85
	70 a 79	60 a 64	.564	.779	.887	-1.45	2.57
		65 a 69	1.110	.800	.509	-.96	3.17
		80 +	4,404*	.950	.000	1.95	6.86
	80 +	60 a 64	-3,840*	.972	.001	-6.35	-1.33
		65 a 69	-3,295*	.989	.005	-5.85	-.74
		70 a 79	-4,404*	.950	.000	-6.86	-1.95
Teste de Games-Howell	60 a 64	65 a 69	.545	.776	.896	-1.47	2.56
		70 a 79	-.564	.710	.856	-2.40	1.27
		80 +	3,840*	1.129	.006	.88	6.80
	65 a 69	60 a 64	-.545	.776	.896	-2.56	1.47

	70 a 79	-1.110	.785	.493	-3.14	.92
	80 +	3,295*	1.178	.031	.21	6.38
70 a 79	60 a 64	.564	.710	.856	-1.27	2.40
	65 a 69	1.110	.785	.493	-.92	3.14
	80 +	4,404*	1.136	.001	1.43	7.38
80 +	60 a 64	-3,840*	1.129	.006	-6.80	-.88
	65 a 69	-3,295*	1.178	.031	-6.38	-.21
	70 a 79	-4,404*	1.136	.001	-7.38	-1.43

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Pelos Testes de comparações múltiplas, ao nível de significância de 5%, as médias dos escores da autoeficácia para o grupo etário de 80 ou mais anos apresentam diferença estatística significativa com todos os outros grupos etários, como a figura 3 permite visualizar.

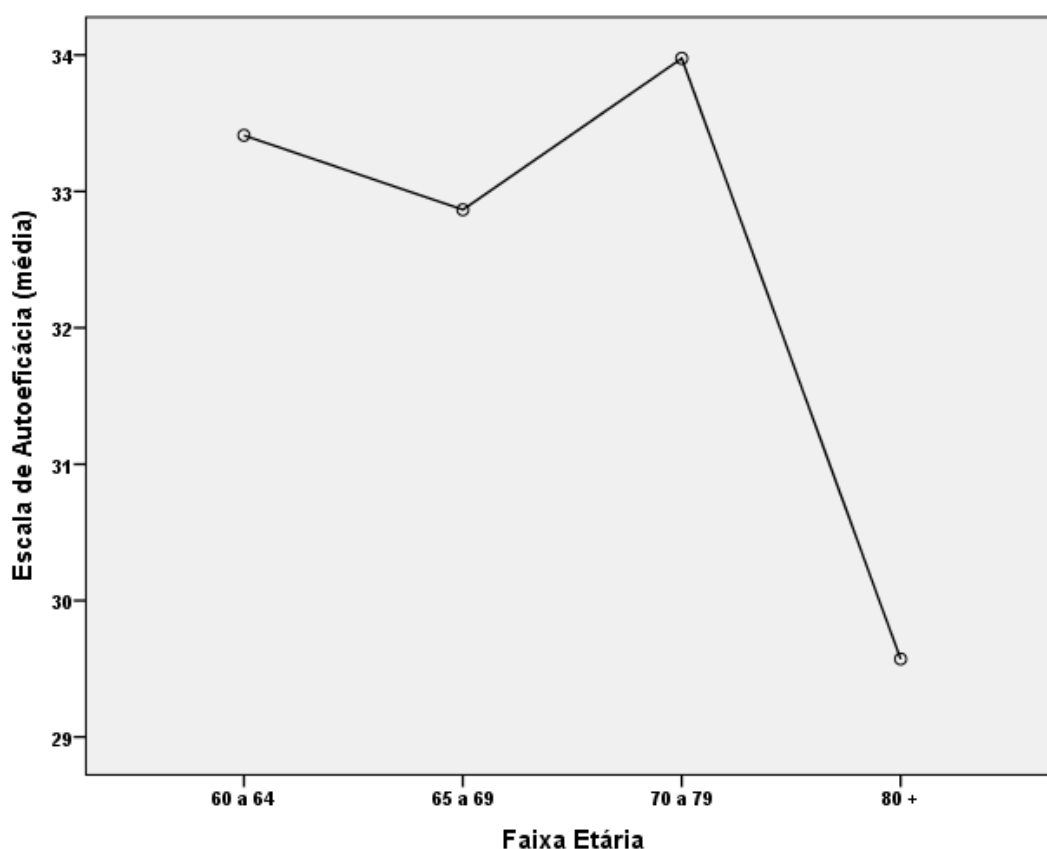


Figura 03. Diferença entre as Médias dos grupos etários para a Escala de Autoeficácia

Após a análise descritiva na Escala de Resiliência, a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC-10) inclui 10 perguntas com respostas em escala de Likert de 5 pontos,

de 0 (nunca é verdade) a 4 (sempre é verdade). O escore da escala obteve-se através da soma da pontuação de cada um dos itens e pode variar de zero e quarenta pontos. Pontuações elevadas indicam alta resiliência. Para efeito de análise descritiva e melhor percepção dos níveis de resiliência na amostra o escore foi dividido em 4 categorias: de 0 a 9, de 10 a 19, de 20 a 29 e de 30 a 40.

Os resultados da tabela 35 mostram que, de uma forma geral, os níveis de resiliência da amostra são elevados. De fato, a média ($M = 29.0$; $DP = 6.9$) e a mediana ($Md = 30.0$) do escore CD-RISC-10 foram elevadas – bem acima do ponto central da escala que é 20. Além disso, apenas 1.3% tiveram escore inferior a 10 e mais de metade teve escore superior ou igual a 30 (52.9%).

O Teste de Kolmogorov-Smirnov leva a concluir que o escore CD-RISC-10 não tem distribuição normal (tabela 33).

Tabela 33. Caracterização da resiliência (escore CD-RISC-10) ($N = 380$).

Escore CD-RISC-10	Categorias	n	%
Mínimo - máximo: 8 – 40	De 0 a 9	5	1.3%
Mediana: 30.0	De 10 a 19	30	7.9%
Média (DP): 29.0 (6.9)	De 20 a 29	144	37.9%
<i>Teste de Kolmogorov-Smirnov⁽¹⁾: $p < 0.001$</i>	De 30 a 40	201	52.9%

⁽¹⁾ Teste à normalidade dos dados.

Na tabela 34 e figura 3 são apresentados os resultados do estudo da associação entre a idade e os níveis de resiliência.

Tabela 34. Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com a idade.

Idade	Escore CD-RISC-10	Teste de Kruskal-Wallis	Comparações entre os pares de grupos⁽¹⁾		
			60-64 anos	65-69 anos	70-79 anos
De 60 a 64 anos ($n = 106$)	$M = 30.4$; $DP = 5.9$	$p < 0.001$	-	-	-
De 65 a 69 anos ($n = 96$)	$M = 29.0$; $DP = 6.7$		0.168	-	-
De 70 a 79 anos ($n = 124$)	$M = 29.6$; $DP = 6.7$		0.420	0.519	-

80 ou mais anos (n = 54)	M = 25.0; DP = 8.0	< 0.001	0.003	< 0.001
--------------------------	--------------------	---------	-------	---------

⁽¹⁾ valores de significância dos testes de Dunn para as comparações múltiplas entre os pares de grupos.

Os resultados mostram a existência de uma associação significativa entre a idade e a resiliência ($p < 0.001$). A análise das médias e dos testes de comparações múltiplas entre os 4 grupos etários leva a concluir que o grupo de participantes mais velhos (80 ou mais – M = 25.0; DP = 8.0) tem níveis de resiliência significativamente mais baixos do que os 3 grupos etários mais novos. Os resultados mostram ainda que não existem diferenças significativas ($p > 0.05$) entre os grupos etários de 60 a 64 anos (M = 30.4; DP = 5.9), de 65 a 69 anos (M = 29.0; DP = 6.7) e de 70 a 79 anos (M = 29.6; DP = 6.7).

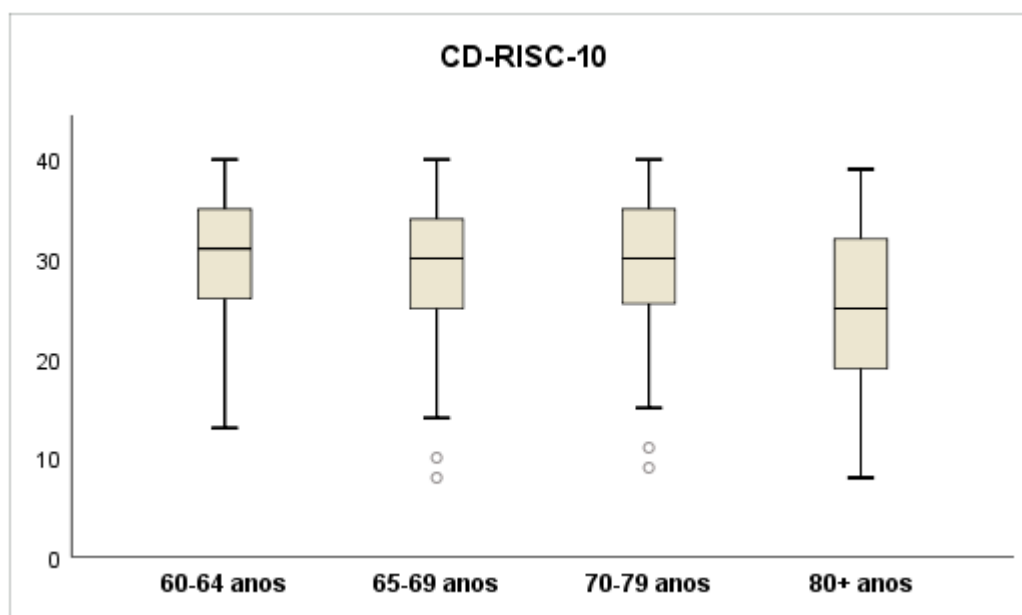


Figura 4. *Boxplots* dos escores CD-RISC-10 por grupo etário.

Os resultados da tabela 37 mostram a existência de uma associação significativa da resiliência com o nível de escolaridade ($p < 0.001$), com a prática religiosa ($p = 0.012$), com a ocupação ($p = 0.011$) e com a renda ($p < 0.001$). Os coeficientes de correlação positivos da relação da resiliência com o nível de escolaridade ($R = 0.211$) e com a renda ($R = 0.215$) indicam que a resiliência aumenta com o aumento do nível de escolaridade e com o aumento da renda. Quanto à religião, os praticantes (M = 29.53; DP = 6.66) são mais resilientes do que

os não praticantes ($M = 27.08$; $DP = 7.68$). Os participantes com ocupação ($M = 30.54$; $DP = 5.99$) têm níveis de resiliência mais altos do que os que não têm ocupação ($M = 28.35$; $DP = 7.15$).

Os resultados levam também a concluir-se que o gênero ($p = 0.436$), o estado civil ($p = 0.789$), ser religioso ($p = 0.502$), o tipo de moradia ($p = 0.585$) e o contexto de moradia ($p = 0.458$) não têm influência significativa na resiliência (tabela 37).

Tabela 35. Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com as características sociodemográficas.

Caraterísticas sociodemográficas	Escore CD-RISC-10	P
Gênero		
Feminino (n = 244)	M = 29.11; DP = 7.03	0.436 ⁽¹⁾
Masculino (n = 136)	M = 28.83; DP = 6.65	
Estado civil		
Casada(o)/ União estável (n = 161)	M = 28.63; DP = 6.79	0.789 ⁽²⁾
Divorciado(a)/ Separado(a) (n = 25)	M = 29.24; DP = 7.25	
Solteiro(a) (n = 70)	M = 29.27; DP = 5.40	
Viúvo(a) (n = 118)	M = 29.02; DP = 7.66	
Escolaridade		
Coeficiente de Correlação de Spearman	R = 0.211	< 0.001 ⁽³⁾
Religioso		
Não (n = 18)	M = 28.72; DP = 5.60	0.502 ⁽¹⁾
Sim (n = 362)	M = 29.03; DP = 6.94	
Religião - praticante		
Não (n = 74)	M = 27.08; DP = 7.68	0.012 ⁽¹⁾
Sim (n = 288)	M = 29.53; DP = 6.66	
Moradia - tipificação		
Rural (n = 22)	M = 28.27; DP = 6.67	0.585 ⁽¹⁾
Urbana (n = 358)	M = 29.10; DP = 6.93	
Moradia - contexto		
Sozinho(a) (n = 60)	M = 28.60; DP = 6.67	0.458 ⁽¹⁾
Com a família (n = 320)	M = 29.09; DP = 6.94	
Ocupação		
Não (n = 264)	M = 28.35; DP = 7.15	0.011 ⁽¹⁾
Sim (n = 116)	M = 30.54; DP = 5.99	
Renda		
Coeficiente de Correlação de Spearman	R = 0.215	< 0.001 ⁽³⁾

⁽¹⁾ valor de significância do Teste de Mann-Whitney; ⁽²⁾ valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; ⁽³⁾ valor de significância do Coeficiente de Correlação de Spearman.

Os resultados da tabela 36 mostram que a prática de atividade física ($p < 0.001$), as atividades de lazer ($p < 0.001$), a participação em grupos da comunidade ($p < 0.001$), visitar amigos ($p < 0.001$) e receber visitas de amigos ($p = 0.004$) influenciam significativamente a resiliência. A análise das médias do escore CD-RISC-10 levam a concluir-se que os idosos que se envolvem nestas atividades têm níveis de resiliência mais altos do que não os que não se envolvem.

Tabela 36. Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com atividade física, lazer e atividades sociais.

Atividade física, lazer e atividades sociais	Escore CD-RISC-10	P
Pratica atividades físicas		
Não (n = 208)	M = 27.78; DP = 6.88	< 0.001 ⁽¹⁾
Sim (n = 172)	M = 30.52; DP = 6.60	
Pratica atividades de lazer		
Não (n = 200)	M = 27.57; DP = 7.22	< 0.001 ⁽¹⁾
Sim (n = 180)	M = 30.63; DP = 6.11	
Participa de algum grupo da comunidade		
Não (n = 208)	M = 27.57; DP = 6.98	< 0.001 ⁽¹⁾
Sim (n = 172)	M = 30.77; DP = 6.34	
Costuma visitar os amigos		
Não (n = 104)	M = 26.50; DP = 7.38	< 0.001 ⁽¹⁾
Sim (n = 276)	M = 29.97; DP = 6.44	
Costuma receber visitas de amigos		
Não (n = 73)	M = 26.90; DP = 7.16	0.004 ⁽¹⁾
Sim (n = 307)	M = 29.52; DP = 6.73	

⁽¹⁾ valor de significância do Teste de Mann-Whitney.

Das questões relacionadas com a saúde incluídas na pesquisa (tabela 39), a depressão (auto-declarado) é a única que está significativamente associada com a resiliência ($p = 0.018$): os que afirmaram ter depressão (M = 27.22; DP = 7.09) têm menor resiliência do que os que disseram que não têm depressão (M = 29.40; DP = 6.79).

Ter problemas de saúde ($p = 0.627$), tomar medicação ($p = 0.816$) e ter perdido alguém ($p = 0.558$) não têm associação significativa com a resiliência (tabela 37).

Tabela 37. Associação da resiliência (escore CD-RISC-10) com aspetos relacionados à saúde.

Aspetos relacionados à saúde	Escore CD-RISC-10	P
Tem problema de saúde		
Não (n = 53)	M = 28.91; DP = 6.39	0.627 ⁽¹⁾
Sim (n = 327)	M = 29.04; DP = 6.97	
Toma medicação		
Não (n = 103)	M = 29.30; DP = 6.49	0.816 ⁽¹⁾
Sim (n = 277)	M = 28.91; DP = 7.03	
Tem depressão		
Não (n = 313)	M = 29.40; DP = 6.79	0.018 ⁽¹⁾
Sim (n = 67)	M = 27.22; DP = 7.09	
Perdeu alguém		
Não (n = 214)	M = 28.84; DP = 6.94	0.558 ⁽¹⁾
Sim (n = 166)	M = 29.25; DP = 6.82	

⁽¹⁾ valor de significância do Teste de Mann-Whitney; ⁽²⁾ valor de significância do Coeficiente de Correlação de Spearman.

Considerando o escore total, testou-se a hipótese de que existiriam diferenças significativas nos níveis de Resiliência em função do grupo etário. Para tanto, realizou-se Análises de Variância (one-way-ANOVA) com os testes de comparações múltiplas (Tukey e Games-Howell), com o intuito de comparar os grupos. Nestas análises, os requisitos de distribuição normal dos dados e de homogeneidade de variâncias foram atendidos.

Uma vez que o p-valor é aproximadamente zero (tabela 38) rejeita-se a hipótese nula de igualdade de médias para qualquer nível de significância. Assim, a ANOVA permite concluir: para qualquer nível de significância, as médias dos vários grupos não são todas iguais, quer dizer que existem diferenças significativas na Resiliência dos 4 grupos etários.

Tabela 38. Análise de Variância para comparação dos Escores Total da Escala de Resiliência por grupos etários.

Resiliência	Soma dos Quadrados	Graus Liberdade	Quadrado Médio	Teste F	P-valor
Entre Grupos	1273.455	3	424.485	9.646	.000
Nos grupos	16678.931	379	44.008		
Total	17952.386	382			

Quando se rejeita a hipótese nula da igualdade das médias, não se tem informação sobre qual ou quais dos grupos são responsáveis pela diferença. Uma das possibilidades para efetuar comparações múltiplas consiste em comparar todos os pares de médias dois a dois (tabela 39), tendo sido utilizado o Método de *Tukey* e *Games-Howell* para tentar descobrir quais as médias dos escores que são de fato diferentes.

Tabela 39. Teste de Comparações Múltiplas para o Escore Total da Escala de Resiliência.

Faixa Etária			Diferença média (I-J)	Erro Padrão	P-valor	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Teste de Tukey	60 a 64	65 a 69	1.400	.930	.436	-1.00	3.80
		70 a 79	.645	.877	.883	-1.62	2.91
		80 +	5,613*	1.094	.000	2.79	8.44
	65 a 69	60 a 64	-1.400	.930	.436	-3.80	1.00
		70 a 79	-.754	.901	.837	-3.08	1.57
		80 +	4,213*	1.113	.001	1.34	7.09
	70 a 79	60 a 64	-.645	.877	.883	-2.91	1.62
		65 a 69	.754	.901	.837	-1.57	3.08
		80 +	4,967*	1.069	.000	2.21	7.73
	80 +	60 a 64	-5,613*	1.094	.000	-8.44	-2.79
		65 a 69	-4,213*	1.113	.001	-7.09	-1.34
		70 a 79	-4,967*	1.069	.000	-7.73	-2.21
Teste de Games-Howell	60 a 64	65 a 69	1.400	.900	.407	-.93	3.73
		70 a 79	.645	.803	.852	-1.43	2.72
		80 +	5,613*	1.182	.000	2.52	8.71
	65 a 69	60 a 64	-1.400	.900	.407	-3.73	.93
		70 a 79	-.754	.923	.846	-3.15	1.64
		80 +	4,213*	1.267	.007	.90	7.52
	70 a 79	60 a 64	-.645	.803	.852	-2.72	1.43
		65 a 69	.754	.923	.846	-1.64	3.15
		80 +	4,967*	1.200	.000	1.83	8.11
	80 +	60 a 64	-5,613*	1.182	.000	-8.71	-2.52
		65 a 69	-4,213*	1.267	.007	-7.52	-.90
		70 a 79	-4,967*	1.200	.000	-8.11	-1.83

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Pelos Testes de comparações múltiplas, ao nível de significância de 5%, as médias dos escores da Resiliência para o grupo etário de 80 ou mais anos apresentam diferença estatística significativa com todos os outros grupos etários, conforme é visualizado na figura a seguir.

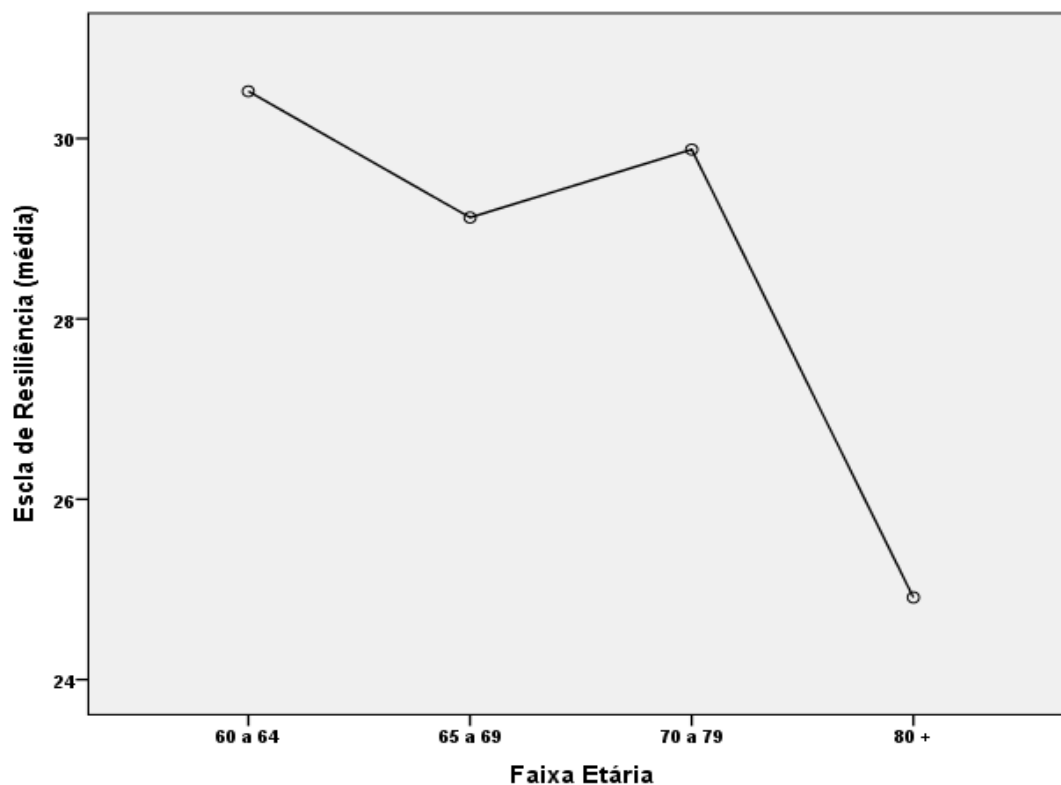


Figura 05. Diferença entre as Médias dos grupos etários para a Escala de Resiliência

Correlação da Resiliência com a Autoeficácia Geral Percebida

Na tabela 40 e anexo 2 são apresentados os resultados do estudo da correlação entre a resiliência (escore CD-RISC-10) e Autoeficácia Geral Percebida (escore GSES) no total da amostra e dentro de cada grupo etário.

Considerando toda a amostra, observa-se a existência de uma correlação positiva, forte e significativa ($R = 0.587$; $p < 0.001$) entre resiliência e Autoeficácia Geral Percebida, indicando que o aumento dos níveis de resiliência está associado ao aumento dos níveis de Autoeficácia Geral Percebida, e vice-versa.

Tabela 40. Correlação da resiliência (escore CD-RISC-10) com a autoeficácia geral percebida (escore GSES).

	Coeficiente de Correlação (CD-RISC-10 vs. GSES)
Em toda a amostra (N = 380)	R = 0.587; $p < 0.001$
No grupo de 60 a 64 anos (N = 106)	R = 0.536; $p < 0.001$
No grupo de 65 a 69 anos (N = 96)	R = 0.578; $p < 0.001$
No grupo de 70 a 79 anos (N = 124)	R = 0.525; $p < 0.001$
No grupo de com 80 ou mais anos (N = 54)	R = 0.717; $p < 0.001$

Conforme observado nas tabelas anteriores, tendências tanto na diminuição de índices de resiliência e autoeficácia, quanto de correspondência entre os percentuais desses constructos apesar de existirem em todos os grupos etários, demonstram maior associação no grupo etário com 80 ou mais anos ($R = 0.717$; $p < 0.001$).

Discussão

Inicialmente, com relação as escalas utilizadas na pesquisa, a escala de Resiliência CD-RISC, validada por Lopes e Martins (2011) que utilizaram 463 participantes de 18 a 68 anos de idade, com média de 28 anos ($DP= 9,7$), e obteve índice alpha de 0,82; os dados do presente estudo demonstraram-se condizentes e confiáveis ao obterem alpha 0,76 para a população estudada, pessoas acima de 60 anos de idade, da região norte brasileira. Foi possível ainda diferir para CD-RISC dois eixos principais de avaliação, um primeiro envolvendo as questões 2 (lidar com quaisquer situações), 5 (dar a volta por cima), 6 (atingir objetivos) e 9 (ser pessoa forte) e um segundo envolvendo as questões 3 (ver o lado engraçado dos problemas) e 4 (lidar com estresse). Nessa análise considera-se possível excluir as questões 1 (adaptar a mudanças) e 10 (lidar com sentimentos desagradáveis) devido não demonstrarem poder de determinação nas avaliações propiciadas pela escala.

Na escala de Autoeficácia Geral Percebida - GSES, o estudo de Patrão et al. (2017) utilizaram 144 participantes acima de 65 anos para validação da escala na população idosa brasileira e obtiveram alpha de 0,91. Os resultados do presente estudo mais uma vez foram condizentes com o estudo original, obtendo-se alpha de 0,88, tendo sido possível demarcar 3 eixos de importância. O primeiro composto pelas questões: 1 (Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída), 2 (Mesmo que alguém se oponha, eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero) e 3 (Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas). O segundo composto pelas questões: 4 (Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário), 5 (Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções), 6 (Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante), 7 (Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos), 8 (Devido as minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas) e 9 (Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade

de resolver problemas). O terceiro composto pela questão: 10 (Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade). Logo, ambas as escalas utilizadas, com estudos anteriores de validação, demonstraram confiabilidade estatística para a população participante, possibilitando as demais análises que se seguiram.

A análise discriminante realizada no estudo possibilitou a discriminação de três grupos entre os participantes da pesquisa, sendo o terceiro grupo o mais representativo. Em conjunto com as descrições oportunizadas pela Análise de Cluster é plausível a identificação das características mais preponderantes entre os grupos diferenciados.

No primeiro grupo 63% dos participantes tinham 70 anos ou mais, eram casados (44,6%), residiam em ambientes urbanos (92%), moravam com a família (84,6%), eram não alfabetizados (32,3%), não praticavam atividade física (64,6%), não reconheciam atividades de lazer (73,8%), não frequentavam grupos da comunidade (73,8%), tinham hábito de visitar amigos (53,8%) e receber visitas de amigos (72,3%), apresentavam problemas de saúde (86,2%), faziam uso regular de algum tipo de medicação (73,8%), identificavam-se como religiosos (86,2%), não tinham ocupação profissional (81,5%), possuíam renda familiar igual a um salário mínimo (44,6%), não indicaram perda recente (64,6%) e não apresentavam sintomas de depressão (83%). Nesse grupo dos 10 itens da escala CD-RISC, em 9 deles a maioria dos participantes optou pela alternativa “Moderadamente é Verdade”, sendo o único item em que essa informação se diferenciou o item CD-RISC9 “Ser pessoa forte” em que a maioria dos participantes desse primeiro grupo avaliou com a alternativa “Frequentemente é verdade”. Enquanto na escala GSES, dos 10 itens componentes, a maioria das respostas desse grupo variaram entre “Difícilmente é verdade” e “Moderadamente é verdade”, indicando tendência a respostas mais neutras na escala Likert.

No segundo grupo 59,2% dos participantes tinham de 60 à 69 anos, em maioria eram casados (44,5%), residiam em zona urbana (94%), residiam com a família (83,9%), eram

alfabetizados (26,3%), não praticavam atividade física (66,5%), não indicaram atividades de lazer (63,5%), não frequentavam grupos da comunidade (62,7%), costumavam visitar amigos (67,8%) e receber visitas (79,5%), apresentavam problemas de saúde (83,3%), faziam uso de medicações (67,8%), consideravam-se religiosos (97,8%), não tinham ocupação profissional (67%), tinham renda familiar igual a um salário mínimo (48%), não indicaram perda recente (55,5%) e não apresentavam sintomas de depressão (78%). Nesse grupo as respostas para a escala CD-RISC variavam entre “nunca é verdade” ou “sempre é verdade” como predominante entre a maioria. E entre “Moderadamente verdade” e “Totalmente verdade” na escala GSES, indicando tendência em respostas mais próximas ao mínimo ou máximo em escalas Likert.

No terceiro grupo em que 60,2% tinham entre 65 à 79 anos de idade, em maioria eram casados ou viúvos (71,2%), residiam em zona urbana (94,4%), moravam com a família (87,8%), eram alfabetizados ou tinham o ensino fundamental (58,5%), praticavam atividade física (56,3%), identificavam atividades de lazer na rotina (56,3%), participavam de grupos da comunidade (54,6%), costumavam visitar amigos (81,7%) e receber visitas (83,4%), apresentam problemas de saúde (86,1%), fazem uso regular de medicação (71,2%), possuem religião (93,9%), não indicaram ocupação profissional (69,6%), não tiveram perdas recentes (54,1%) e não possuíam sintomas de depressão (87,8%). Nesse grupo as respostas para a escala CD-RISC foram em todas as questões em maioria avaliadas como “Sempre é verdade” e “Totalmente verdade” na escala GSES, indicando tendência em respostas mais próximas ao máximo em ambas as escalas utilizadas, atingindo altos indicativos de resiliência e autoeficácia em sua maioria.

Essa observação entre os três grupos discriminados permite perceber que o grupo que mais se difere, entre as caracterizações possibilitadas no estudo, é o terceiro grupo com melhores índices de Resiliência e Autoeficácia. Esse grupo difere-se com relação a faixa etária, não são os mais jovens e não são os mais idosos, entre os participantes gerais. Indicaram ser

participantes de grupos comunitários, indicaram atividades de lazer e escolaridade entre alfabetização e ensino fundamental.

Os demais grupos discriminados (primeiro e segundo grupo) diferenciam-se principalmente pela idade majoritária, mais idosos do estudo e mais jovens do estudo respectivamente. Sendo assim, a análise de Cluster realizada permitiu inferir a idade como um fator que pode apresentar correlação entre as tendências de autoavaliação para Resiliência e Autoeficácia.

Com relação aos dados descritivos e a comparação entre os grupos etários inicialmente idealizados para o estudo, acerca da identificação da Autoeficácia Geral Percebida e Resiliência de pessoas acima de 60 anos de idade, a relação com o subgrupo etário a pesquisa possibilitou, por meio da ANOVA, para um critério, analisar a redução desses constructos avaliados no subgrupo acima de 80 anos, leva a conclusões divergentes das de Carstensen (1992; 1995; 1997; 1999). Ou seja, contrário a análise da Teoria da Seletividade Socioemocional (SOC: *Theory of socioemotional selectivity*) que propõe a compensação de alguns constructos psicológicos por meio da seletividade com o avanço da idade, os resultados da pesquisa sugerem que há redução em aspectos psicológicos importantes na constituição do bem-estar dos idosos relacionados ao processo de envelhecimento. O que pode ser observado com a redução dos índices nas escalas CD-RISC, GSES e MEEM nos participantes com 80 anos ou mais. Ainda assim, os resultados colaboram para compreensão de que os aspectos estudados, autoeficácia e resiliência, estão relacionados, indicando equivalência.

O dado relacionando a idade é importante, sendo válido lembrar a compreensão proposta no paradigma *life span* a qual não compreende a “idade” como uma variável influente por si só, isto é, as pessoas e ambientes são entidades interdependentes e aspectos componentes de suas trajetórias de vida, devem esta determinar as características que observou-se nos coortes etários (Neri, 2016). As constatações relacionadas aos idosos mais velhos apenas ressaltam as mudanças contemporâneas nos períodos evolutivos em que provavelmente o

cenário cultural de enaltecimento da juventude e consequente desvalorização da velhice pode ocasionar (Piletti et al., 2014). Inclusive com relação a autoeficácia, o cenário cultural pode ser associado ao influente “persuasão social” conforme demarcado por Bandura (1994), que conforme os dados da pesquisa podem estar contribuindo para índices mais baixos de autoeficácia entre os idosos com 80 anos ou mais.

Experiências de domínio, aspecto também demarcado por Bandura (1994), relacionadas a eventos incontrolláveis, como por exemplo a perda de pessoas próximas, também indicaram ter relação com a redução dos índices de Autoeficácia Geral Percebida e Resiliência. Da mesma forma que estados de humor, em que participantes que indicaram sintomas de depressão apresentaram resultados mais baixos de Autoeficácia Geral Percebida e Resiliência.

O nível de atividade e envolvimento em convívio social também estiverem positivamente relacionados aos constructos estudados. O que pode estar relacionado aos fatores protetivos conjecturados por Netto (2016) acerca do funcionamento ativo na vida diária. Além disso, também pode indicar tanto experiências de domínio quanto vicárias na constituição de índices mais elevados de Autoeficácia Geral Percebida. Observa-se a importância desses dados para proposição de políticas públicas voltadas aos idosos, tendo em vista a necessidade de se valorar e instigar tanto grupos de convivência como programas voltados ao esporte e lazer desse público.

Acerca dos resultados sociodemográficos é interessante observar o dado de que não houve relação significativa dos constructos observados às características de gênero, estado civil e moradia; e pouca relação com escolaridade e renda. Sendo os aspectos mais relevantes associados aos resultados de Autoeficácia Geral Percebida e Resiliência os referentes a ocupação e religião. Que podem ser analisados como associados a experiências de domínio, no caso da manutenção da ocupação mesmo na velhice, e persuasão social, no caso da prática de religiões que frequentemente envolvem concepções positivas acerca do mundo e da existência.

No mesmo sentido dos estudos revisados acerca da autoeficácia dos idosos, os resultados corroboram não só para a validade de autoavaliações, ao se constatar a equivalência dos índices de Autoeficácia Geral Percebida e resiliência, mais também a possibilidade de utilizar essas avaliações como recurso para políticas de prevenção. O que incita, por exemplo, medições da autoeficácia para identificação de possíveis pontos de intervenção na promoção do envelhecimento sadio.

O estudo realizado não objetivou declaradamente a observação das variáveis associadas a autoeficácia conforme demarcado por Bandura (1994). Entretanto, possibilitou a inferência de possíveis determinantes. Nesse sentido, considera-se que novos estudos poderiam colaborar na compreensão das variáveis independentes associadas aos índices além do fator etário.

Os achados desse estudo somam aos estudos consultados no sentido de indicação da passagem do tempo como fator que contribui para alguma diminuição natural da autoeficácia. Essa informação pode indicar que esse aspecto humano talvez esteja compondo muitas das características já identificadas em outros estudos do envelhecimento os quais tem demarcado o declínio de funções cognitivas. Cabendo, para se suprir os questionamentos, novas pesquisas na temática abordada que justamente investiguem em especial funções cognitivas.

Conclusões

Com relação ao objetivo da pesquisa de verificar o envelhecimento saudável a partir da análise da Autoeficácia Geral Percebida e da Resiliência em idosos longevos, o presente estudo cumpriu a expectativa de avaliar esses construtos com amostra representativa do Município de Macapá. Realizou-se tanto a identificação da Autoeficácia Geral Percebida e da Resiliência quanto proporcionou-se comparação entre esses índices.

Acerca disso, os resultados de Resiliência e Autoeficácia Geral Percebida apresentaram importantes índices de correlação. Cabendo a conclusão, tal qual demarcado pela literatura consultada, acerca da contribuição de ambos os fatores para o bem-estar geral e qualidade de vida e indicando que versam sobre aspectos correlatos no funcionamento psicológico.

Outro importante indicativo encontrado diz respeito as características relacionadas a presença de sintomas de depressão, que demonstraram, colaborando com estudos anteriores, relação com resultados negativos entre os dois constructos estudados. Além disso, a observação sobre esses sintomas referenciou a possibilidade de autopercepções desses estados depressivos. Tendo em vista que este estudo não incluía escala avaliativa para o estado de depressão, e sim, questionou-se aos participantes quanto a percepção pessoal de sintomas depressivos, e, ainda assim, identificou-se que aqueles que responderam afirmativamente para a presença de sintomas depressivos de fato apresentaram menores resultados de Resiliência e Autoeficácia.

Outro aspecto relevante dessas verificações é que se constatou a possibilidade de utilização de escalas validadas em regiões centrais do país para populações da região norte com índices de confiabilidade condizentes aos estudos originais. Além disso, possibilitou o mapeamento geral da Resiliência e da Autoeficácia Geral Percebida de idosos residentes do Município de Macapá, obtendo, sobretudo índices considerados normais e alertando para índices menores entre idosos a partir de 80 anos.

Com relação ao apontamento de menores resultados em participantes acima de 80 anos, considerou-se a observação mais pertinente e alarmante dessa pesquisa. Já que chama a atenção à necessidade de se investigar os determinantes ao longo do desenvolvimento que podem estar impactando nos resultados negativos de Resiliência e Autoeficácia. Tendo em vista que os dados de caracterização demarcados nesse estudo, que consideravam aspectos socioeconômicos e de saúde, não foram suficientes para clarificar diferenças discriminantes tanto entre os grupos inicialmente idealizados para o estudo (coortes de 60 a 80 anos ou mais), quanto nos grupos compostos por análise estatística. Denotou-se apenas a influência da característica “idade” (acima de 80 anos) nos resultados mais baixos.

Apesar desses resultados, reconhece-se, tendo-se por ponto de partida o paradigma *life span*, que a variável “faixa etária” não é suficiente para informar as especificidades do grupo identificado como com resultados menores em Autoeficácia e Resiliência. E sim, sobressalta-se com isso a emergência de identificação dos fatores que possam colaborar para essas diferenciações e que não foram vislumbrados nesse estudo. Inclusive, esta pode ser considerada uma lacuna do estudo que ao não proporcionar variáveis qualitativas, isto é, especificidades das particularidades do cotidiano dos participantes ou do seu contexto de desenvolvimento, não permitiu uma análise dos influentes nos resultados observados.

Permanece a dúvida acerca das variáveis que estão levando nossos membros mais idosos da população a apresentarem resultados que demonstram fragilidades em componentes, os quais seriam justamente aspectos protetivos para a manutenção da qualidade de vida na velhice. Pesquisas que possibilitem a identificação desses determinantes, tais quais personalidade e temperamento, podem auxiliar propostas pertinentes para essa população de idade avançada que tende a crescer e demonstra emergência por intervenções.

Referências

- Alders, A. (2011). Perceived Self-Efficacy and Its Role in Education-Related Cognitive Performance in Latino American Elderly. *Journal of Latinos and Education*, 10, 299-319. doi:10.1080/15348431.2011.605680.
- Baldin, N., & Munhoz, E. M. B. (2011). *Snowball* (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. X Congresso Nacional de Educação. PUCPR: Curitiba, *Anais*. 07-10/11. Recuperado de http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. 4, 71-81. New York: Academic Press. Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>.
- Bertoldo, L., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F., & Okamoto, I.H. (2014). Collective efficacy and depressive symptoms in Brazilian elderly. *Gerontology and geriatrics*. 59(3):624-9. doi: 10.1016/j.archger.2014.08.001.
- Brucki, Sonia M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3B), 777-781. doi:10.1590/S0004-282X2003000500014.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019–1028.
- Carmel, S., Raveis, V. H., & O'Rourke, N., Tovel, H. (2016). Health, coping and subjective well-being: results of a longitudinal study of elderly Israelis. *Aging & Mental Health*, 21(6), 616-623. doi:10.1080/13607863.2016.1141285.

- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338. doi:10.1037/0882-7974.7.3.331.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Psychological Science*, 4(5), 151-156. doi: 10.1111/1467-8721.ep11512261
- Carstensen, L. L, Fung, H. H., & Charles, S. T. (1995). Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123. doi:10.1023/A:1024569803230.
- Carstensen, L. L, Gross, J. J., Pasupathi, M., Tsai, J., Gotestam Skorpen, C., & Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression., and control. *Psychology and Aging*, 12(4), 590-599. doi: 10.1037/0882-7974.12.4.590.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz. D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking Time Seriously: A Theory of Socioemotional Selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181. doi:10.1037/0003-066X.54.3.165.
- Cloninger, S. C. (1999). *Teorias da personalidade*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Coll, C., Marchesi, A., & Palácios, J. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia Evolutiva* (Vol. 1). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.
- Cozby, P. C. (2006). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo, SP: Atlas.
- Fastamea, M. C., Hitchcottb, P. K., & Penna, M. P. (2015). Do self-referent metacognition and residential context predict depressive symptoms across late life span: A developmental study in an Italian sample. *Aging & Mental Health*, 19(8), 698-704. doi:10.1080/13607863.2014.962003.

- Fontes, A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J., & Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 7-17. doi: 10.1590/1809-9823.2015.13201.
- Fortes-Burgosa, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-7972&lng=en&nrm=iso.
- Fortes, T. F. R., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. de L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 455-463. doi: 10.1590/S0103-166X2009000400006.
- Godoy-Izquierdo, D., Moreno, R. L., Perez, M. L. V., Serrano, F. A., & Garcia, J. F. G. (2013). Correlates of Happiness Among Older Spanish Institutionalised and Non-Institutionalised Adults. *Journal Happiness Study*, 14, 389–414. doi:10.1007/s10902-012-9335-5
- Gorsuch, R. L. *Factor Analysis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1983.
- Groeppel-Klein, A., Helfgen, J., Spilski, A., & Schreiber, L. (2017). The impact of age stereotypes on elderly consumers' self-efficacy and cognitive performance. *Journal of Strategic Marketing*, 25, 211-225. doi:10.1080/0965254X.2017.1299787.
- Guzman, A. B. de, Lacao, R. A., & Larracas, C. (2015). A Structural Equation Modelling on the Factors Affecting Intolerance of Uncertainty and Worry Among a Select Group of Filipino Elderly. *Educational Gerontology*, 41, 106-119. doi:10.1080/03601277.2014.918837.
- Hair Jr, J. F. et al. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- Herdman M, Fox-Rushby J, & Badia X. (1997). Equivalence and the translation and adaptation of health-relates quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6,237-47. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9226981>.

- Hyung Hur, M. (2016). Empowering the elderly population through ICT-based activities: An empirical study of older adults in Korea. *Information Technology & People*, 29, 318-333. doi:10.1108/ITP-03-2015-0052.
- Kaiser, H. F.; Rice, J. Little Jiffy, mark IV. (1974) *Education and Psychological Measurement*.
- Lopes, Vanessa Rodrigues, & Martins, Maria do Carmo Fernandes. (2011). Validação fatorial da escala de resiliência de connor-davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 11(2), 36-50.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: com a utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Mazzo, L. M. B., Gongora, M. A. N. (2007). Controle aversivo do comportamento: das definições operacionais aos subprodutos indesejáveis e desejáveis. In Silva, W. C. M (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.42-62). Santo André, SP: Esetec Editores Associados.
- Mingoti, S.A. *Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada*. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- Monfort E., Gandit, M., & Jouanneaux, N. (2016). Évaluation pragmatique d'un programme de stimulation cognitive informatisée. *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, 16, 326-332. doi: 10.1016/j.npg.2016.09.005.
- Moreno, R. L., Godoy-Izquierdo, D., Pérezac, M. L. V., Garcíaa, A. P., Serranoab, F. A., & García, J. F. G. (2014). Multidimensional psychosocial profiles in the elderly and happiness: a cluster-based identification. *Aging & Mental Health*, 18(4), 489-503. doi:10.1080/13607863.2013.856861.
- Neri, A. L. (2006). O Senso de Auto-eficácia como Mediador do Envelhecimento bem-sucedido no âmbito da cognição, das competências para a vida diária e do autocuidado à Saúde. In R. G. Azzi & S. Polydoro (Orgs.), *Autoeficácia em diferentes contextos* (pp. 59-85). Campinas, SP: Alínea.

- Neri, A. L. (2016). Freitas, E. V. Paradigmas e teorias em Psicologia do Envelhecimento. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Netto, P. M (2016). Estudo da Velhice / Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2012), *Introdução à Psicologia*. (15a.ed.). São Paulo, SP: Cengage Learning.
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano*. (12ª.ed.) Porto Alegre, RS: AMGH Editora Ltda.
- Parisi, J. M., Gross, A. L., Marsiske, M., Willis, S. L., & Rebok, G. W. (2017). Control, Beliefs and Cognition Over a 10-Year Period: Findings From the ACTIVE Trial. *Psychology and Aging*, 32, 1, 69-75. doi:10.1037/pag0000147.
- Patrão, A. L., Alves, V. P., & Neiva, T. (2017). Propriedades psicométricas da Escala de Auto-eficácia Geral em idosos brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 18(1), 29-38. doi: 10.15309/17psd180103.
- Peek, M. E., Wilson, S. C., Gorawara-Bhat, R., Odoms-Young, A., Quinn, M. T., & Chin, M. H. (2009). Barriers and Facilitators to Shared Decision-making Among African-Americans with Diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1135-1139. doi:10.1111/jgs.13146.
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasello, A. G. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 131-138.
- Piletti, N., Rossato, S. M., & Rossato, G. (2014). *Psicologia do desenvolvimento humano*. São Paulo: Contexto.
- Quatrin, L. B., Galli, R., Moriguchi, E. H., Gastal, F. L., & Pattussi, M. P. (2014). Collective efficacy and depressive symptoms in Brazilian elderly. *Gerontology and geriatrics*, 59(3), 624-9. doi: 10.1016/j.archger.2014.08.001.

- Rencher, A. C. (1995/ 2002). *Methods of multivariate analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Sbicigo, J. B., Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G., & Aglio, D. D. D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Psico*, 43, 2, 139-146. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11691/8037>.
- Schultz, D. P. (2013). *História da psicologia moderna*. São Paulo, Cengage Learning.
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo, SP: Editora da universidade de São Paulo.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para realização permanente*. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva.
- Sidman, M. (2009). *Coerção e suas implicações*. (Trad. Maria Amália Andery Tereza Maria Sério). Campinas /SP: Livro Pleno.
- Sims, T., Hogan, C., & Carstensen, L. (2015) Selectivity as an Emotion Regulation Strategy: Lessons from Older Adults. *Current Opinion in Psychology*. 1(3), 80–84. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.02.012.
- Souza, I., & Souza, M. A. (2004). Validação da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas*, 26, 12-17. Recuperado de <http://www.editora.ufrj.br/revistas/humanasesociais/rch/rch26/Revista%20C.%20Humanas%20v.%2026%20n.%201-2/3.pdf>.
- Tovel, H., & Carmel, S. (2013). Maintaining Successful Aging: The Role of Coping Patterns and Resources. *Journal Happiness Study*, 15, 255–270. doi:10.1007/s10902-013-9420-4
- Tovel, H., & Carmel, S. (2016). Function Self-Efficacy Scale—FSES: Development, Evaluation, and Contribution to Well-Being. *Research on Aging*, 38(6), 643-64. doi:10.1177/0164027515596583.

- Wiesmann, U., & Hannich, H. (2010). A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons. *Research on Aging*, 32, 349 –371. doi:10.1177/0164027509356954.
- Wozniak, D., & Falcão, D. V. da S. (2016). Idosos Centenários: a importância de recursos individuais psicológicos e familiares para o bem-estar. Falcão, D. V. S. da S., L. F. Araújo, J. da S. Pedroso (Orgs.), *Velhices: temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Yunes Maria Angela Mattar (2003). Positive psychology and resilience: focus on the individual and families. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84. doi: org/10.1590/S1413-73722003000300010.

Apêndice A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na resolução Nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Projeto: **Autoeficácia do Idoso: Estudo transversal no envelhecimento.**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), na pesquisa: Autoeficácia do Idoso: estudo transversal no envelhecimento. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra pertence ao pesquisador responsável. Em caso de dúvida você pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa (endereço):**.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Esta pesquisa está sendo realizada com a orientação do Professor Dr. Janari da Silva Pedroso, da Universidade Federal do Pará/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, e tem como objetivo investigar a autoeficácia, confiança pessoal na capacidade de organizar e executar certas ações, e as possíveis relações deste fator com o processo de envelhecimento.

Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o Sr/a Sra. permitirá que o pesquisador lhe entreviste. Você tem a liberdade de recusar e/ou interromper a qualquer momento e nestes casos não será penalizado(a).

Coleta de dados: envolve a realização dos seguintes instrumentos: Questionário de caracterização, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Autoeficácia Geral Percebida GSES e Escala de Resiliência de Connor-Davidson CD-RISC-10. A leitura e preenchimento destes instrumentos pode levar aproximadamente de 30 a 60 minutos.

Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais, ou seja, não tem potencial gerador de riscos físicos, nem tampouco psicológicos aos participantes. Caso haja algum desconforto nos participantes será amenizado via estabelecimento de um clima acolhedor no momento da coleta de dados com os esclarecimentos.

Benefícios: sua participação contribuirá para a construção de um arcabouço de dados sobre a temática do envelhecimento. Caso seja identificado algum problema, você será encaminhado para um serviço de atendimento público de saúde/SUS.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados coletados serão utilizados para a elaboração de um relatório de pesquisa e artigos científicos. A identidade dos participantes será preservada e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Todo o material desta pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador responsável durante o período de análise e depois será destruído. Dados individuais sobre os participantes da pesquisa não serão informados à instituição. Pesquisador responsável:

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: Lidiane Colares de Faro Martínez

Endereço: Avenida Tailândia, 159, Cabralzinho, Macapá-Amapá.

Celular (96) 999642318. E-mail: lidfaro@gmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações necessárias.

NOME: _____

Macapá, ____/____/____ RG: _____

Assinatura do (a) participante.

Apêndice B

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

Nome (Siglas).....
 Idade:
 Data de nascimento:
 Endereço:.....

➤ **Estado Civil**

() Solteiro () Casado () Viúvo () Outros:.....

➤ **Moradia**

Mora na zona rural ou urbana? () rural () urbana

Mora com quem? () sozinho () com a família

➤ **Escolaridade**

Estudou até que série?

➤ **Atividades físicas**

Pratica alguma atividade física?

() não () sim. qual?

Quantas vezes na semana?

➤ **Lazer**

Possui alguma atividade de lazer?

() não () sim. qual?

Participa de algum grupo da comunidade?

() não () sim . qual?

Costuma visitar os amigos?

() não () sim

Amigos costumam lhe visitar?

() não () sim.

➤ **Saúde**

Possui ou já possuiu algum problema de saúde?

() não () sim. qual?

.....

.....

Faz uso de medicação?

() não () sim. qual (is)?

.....

.....

➤ **Religiosidade**

Possui alguma religião?

() não () sim. qual?

É praticante?

() não () sim

➤ **Ocupação profissional**

Possui alguma ocupação profissional?

() não () sim. qual?

Em que tipo de regime?.....

➤ **Renda**

Qual a renda familiar?

() inferior a um salário mínimo () um salário mínimo () de 2 a 3 salários mínimos () quatro ou mais salários mínimos.

➤ **Estressores**

Teve alguma perda recente?

() não () sim. qual?

Considera que possui sintomas ou indicativos de depressão?

() não () sim. qual?

Apêndice C

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: () Analfabeto () 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () mais de 11.

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____

Orientação Temporal Espacial 1. Qual é o (a) Dia da semana?__ 1 Dia do mês?_____ 1 Mês?_____ 1 Ano?_____ 1 Hora aproximada?__ 1 2. Onde estamos? Local?_____ 1 Instituição (casa, rua)?__ 1 Bairro?_____ 1 Cidade?_____ 1 Estado?_____ 1	Linguagem 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2 6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1
Registros 1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3	7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3 8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1 09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1

3. Atenção e cálculo

Sete seriado ($100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$).

Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

Interrompa a cada cinco respostas.

_____ 5

4. Lembranças (memória de evocação)

Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão

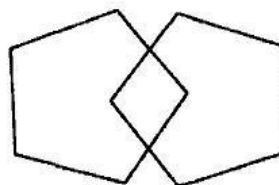
2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

_____ 3

10. Copie o desenho abaixo.

Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.

_____ 1



Apêndice D

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA GSES

Versão adaptada por Patrão et al. (2017)

NOME:

Idade:

Data: ____/____/____

Abaixo são apresentadas algumas frases. Marque X no número que corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmações:

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito
---------------------------------	--	---	--

1. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha, eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
4. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
5. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.	1	2	3	4
8. Devido as minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
9. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
10. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade.	1	2	3	4

Apêndice E

ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON
CD-RISC-10

Versão adaptada por Lopes & Martins (2011)

NOME: _____

Idade: _____

Data: ____/____/____

Abaixo são apresentadas algumas frases. Marque X no número que corresponde à sua opinião sobre sua capacidade pessoal com relação as seguintes afirmações:

0 – Nunca é verdade	1- é dificilmente verdade	2- é moderadamente verdade	3- é frequentemente verdade	4- Sempre é verdade
---------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------

1. Adaptar a mudanças.	0	1	2	3	4
2. Lidar com qualquer situação.	0	1	2	3	4
3. Ver o lado engraçado dos problemas.	0	1	2	3	4
4. Lidar com estresse.	0	1	2	3	4
5. Dar a volta por cima.	0	1	2	3	4
6. Atingir objetivos.	0	1	2	3	4
7. Concentração e pensamento claro.	0	1	2	3	4
8. Não ser desencorajado pelo fracasso.	0	1	2	3	4
9. Ser pessoa forte.	0	1	2	3	4
10. Lidar com sentimentos desagradáveis.	0	1	2	3	4

Anexo 1

Tabela: Matriz de Correlações para a escala GSESE

Matriz de Correlação	GSES1	GSES2	GSES3	GSE4	GSES5	GSES6	GSES7	GSES	GSESE9	GSES10
GSES1	1,000									
GSES2	,595	1,000								
GSES3	,468	,454	1,000							
GSES4	,353	,454	,452	1,000						
GSES5	,501	,464	,401	,416	1,000					
GSES6	,540	,508	,399	,438	,496	1,000				
GSES7	,436	,466	,474	,453	,456	,488	1,000			
GSES8	,379	,385	,376	,329	,394	,405	,398	1,000		
GSES9	,457	,453	,327	,368	,532	,513	,480	,393	1,000	
GSES10	,491	,503	,489	,388	,482	,393	,447	,477	,471	1,000

Anexo 2

Tabela: Matriz Anti-imagem com a Medida de Adequação da Amostra GSES(MSA)

MAS	GSES1	GSES2	GSES3	GSES	GSES5	GSES6	GSES9
GSES1	,859a						
GSES2	-,333	,882 ^a					
GSES3	-,197	-,125	,892 ^a				
GSES4	,071	-,184	-,250	,875 ^a			
GSES5	-,166	-,068	-,093	-,130	,895 ^a		
GSES6	-,221	-,125	-,050	-,160	-,132	,898a	
GSES9	-,090	-,111	,011	-,063	-,284	-,223	,886a

Anexo 3

Tabela: Estatísticas de Itens

ITENS	Média	Desvio Padrão	N
GSES1	3,40	,816	383
GSES2	3,34	,822	383
GSES3	3,28	,855	383
GSES4	3,34	,880	383
GSES5	3,16	,835	383
GSES6	3,39	,791	383
GSES7	3,33	,900	383
GSES8	3,13	,881	383
GSES9	3,31	,898	383
GSES10	3,20	,871	383

Anexo 4

Tabela: Estatísticas Básicas dos Itens

ITENS	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Variância	N de itens
Médias de item	3,289	3,128	3,405	,277	,009	10
Variâncias de item	,732	,626	,809	,183	,004	10
Covariâncias entre itens	,325	,251	,399	,148	,001	10
Correlações entre itens	,445	,327	,595	,269	,003	10

Anexo5

Tabela: Estatística de Itens-Total para a Escala GSES

Estatísticas dos Itens-Total	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
GSES1	29,49	29,978	,659	,875
GSES2	29,55	29,839	,671	,874
GSES3	29,61	30,196	,597	,879
GSES4	29,56	30,295	,565	,882
GSES5	29,73	29,910	,649	,876
GSES6	29,50	30,214	,655	,876
GSES7	29,56	29,462	,641	,876
GSES8	29,77	30,447	,546	,883
GSES9	29,58	29,647	,622	,878
GSES10	29,69	29,618	,649	,876
Total	32,89	36,53		0,88

Anexo 6

**Diagramas de dispersão – relação entre o CD-RISC-10 e o GSES
E faixas etárias.**