

Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico

Coping strategies as indicators of resilience in elderly subjects: a methodological study

Arlete Portella Fontes (<https://orcid.org/0000-0001-7829-473X>)¹

Anita Liberalesso Neri (<https://orcid.org/0000-0002-6833-7668>)¹

Abstract Coping strategies as components of resilience among the elderly serve three purposes: protection against threats to adaptation, recovery from the effects of adversity, and personal development. The present paper aims to investigate internal and external validity for a coping inventory. 415 elderly subjects (aged 65 and older) answered questions that measure coping, depression, self-rated health and satisfaction with life. Scores were compared with each other as well as according to gender, age and income. Exploratory factor analysis and internal consistency analysis were conducted. Three factors explained 30.8% of the variance: 1. non-adaptive strategies, 2. adaptive strategies, and 3. development strategies. The scale showed moderate internal consistency ($\alpha = 0.541$). Development strategies were positively correlated with self-rated health and with satisfaction with life, and negatively correlated with depression ($p < 0.05$). The explained variance and internal validity were moderate, possibly because the coping inventory does not reflect specific situations of old age, and also because of the complexity of strategy-context relationships, among other reasons. Correlations found with other indicators of resilience encourage further studies.

Key words Coping, Psychological resilience, Depression, Elderly

Resumo O enfrentamento, componente de resiliência em idosos, serve a três objetivos: proteção em face de ameaças à adaptação, recuperação dos efeitos das adversidades e desenvolvimento. O objetivo deste artigo é derivar evidências de validade interna e externa para um inventário de enfrentamento. Responderam a medidas de enfrentamento, depressão, autoavaliação de saúde e satisfação com a vida 415 idosos (65 anos e mais). Os scores foram comparados entre si e com gênero, idade e renda. Foram realizadas análises fatorial exploratória e de consistência interna. A análise fatorial resultou em 3 fatores (1. estratégias não adaptativas, 2. adaptativas e 3. desenvolvimento), explicativos de 30,8% da variância. A escala apresentou índice moderado de consistência interna ($\alpha = 0.541$). Estratégias de desenvolvimento correlacionaram-se positivamente com autoavaliação de saúde e satisfação com a vida, e negativamente com depressão ($p < 0,05$). A variância explicada e o indicador de validade interna foram modestos, possivelmente, em parte, porque o inventário de enfrentamento não reflete situações específicas da velhice, em parte pela complexidade das relações estratégias-contexto. As correlações encontradas com outros indicadores de resiliência encorajam a realização de novos estudos.

Palavras-chave Enfrentamento, Resiliência psicológica, Depressão, Idoso

¹ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Av. Tessalia Vieira de Camargo 126, Barão Geraldo. 13083-887 Campinas SP Brasil. arletefontes@gmail.com

Introdução

Na velhice, as adversidades e os riscos biológicos, econômicos e sociais ao funcionamento e ao bem-estar tornam-se mais prováveis, ao mesmo tempo em que os recursos pessoais e sociais que permitem seu manejo ou enfrentamento sofrem declínio. No entanto, muitos idosos mantêm bons níveis de funcionamento e de bem-estar físico e psicológico, os quais, muitas vezes, configuram-se como incompatíveis com as condições econômicas, sociais e de saúde de que desfrutam. Há duas explicações para esse fenômeno. Para alguns autores, ele é devido à influência de características estáveis de pessoas resilientes, entre elas a autodeterminação, o senso de controle e a capacidade de buscar suporte social¹; a traços de personalidade como conscienciosidade e neuroticismo, associados ao ajustamento adequado ou não em pessoas com diabetes e esclerose múltipla; ao otimismo relacionado a um melhor ajustamento físico e psicológico no enfrentamento de doenças crônicas, como coronarianas, câncer e AIDS^{2,3}. Para outros, estaria em jogo a influência de recursos de autorregulação do self, entre eles as estratégias de enfrentamento do estresse utilizadas diante de desafios físicos associados à idade e mudanças nas redes sociais, como quando ocorrem perdas afetivas⁴. A capacidade de resiliência possibilitaria ao idoso adaptar suas necessidades individuais às demandas do contexto, aprender a desempenhar tarefas adaptativas e desenvolver habilidades cognitivas e comportamentais necessárias à sobrevivência frente aos estressores do envelhecimento⁵⁻⁷.

O paradigma *life-span* em Psicologia consagrou a utilização do conceito de resiliência psicológica na velhice com o significado de adaptação positiva, mesmo na presença de perdas e riscos ao funcionamento e ao bem-estar. Foi além, propondo que os processos de resiliência têm três funções: (a) proteger o organismo dos efeitos deletérios das ameaças à adaptação; (b) promover a recuperação do organismo dos efeitos deletérios das adversidades e dos riscos sobre seu bem-estar psicológico e sobre sua funcionalidade física, cognitiva e social, e (c) manter e promover o desenvolvimento em domínios selecionados, em face dos riscos, compensando perdas acumulativas e inevitáveis associadas ao envelhecimento⁸. Esse ponto de vista foi reforçado pela Psicologia Positiva⁹.

No contexto do English Longitudinal Study of Aging, Hildon et al.¹⁰ retomam a questão, ao

defender a necessidade de se estudar os aspectos positivos e de desenvolvimento da resiliência psicológica na velhice. Lerner et al.⁷ definem resiliência psicológica como produto das relações adaptativas que se estabelecem entre o contexto e o indivíduo, ao longo do seu curso de vida. Para os autores, a resiliência difere entre domínios e contextos, o que significa que não é traço ou característica estável de personalidade e que, assim, não se pode falar em indivíduos resilientes ou não resilientes.

As estratégias de enfrentamento, reconhecidas como constituintes do construto resiliência psicológica espelham-se em instrumentos que avaliam os comportamentos mediante os quais as pessoas alteram o ambiente e regulam suas cognições e emoções, quando são desafiadas por eventos estressantes de várias naturezas. Usualmente, esses instrumentos têm como fundamento a classificação das estratégias de enfrentamento como orientadas à solução de problemas (ex. fazer um plano de ação) e ao manejo de emoções (ex. expressar uma emoção), ou a ações positivas (ex: aceitar o problema) e negativas (ex: expressar hostilidade)¹¹.

Hildon et al.¹⁰ apresentam uma visão coerente com a proposição do paradigma *life-span* sobre resiliência psicológica na velhice, focalizando as estratégias de enfrentamento em termos de adaptação e de desenvolvimento. Com base em procedimentos lógicos e estatísticos, aplicados a instrumentos pré-existent, baseados no modelo bifatorial de Lazarus e Folkman¹¹, os autores descreveram um novo modelo de enfrentamento ancorado por uma estrutura de 3 fatores latentes: Fator 1. Estratégias de esquiva, definidas como formas de não se envolver com as adversidades, como por exemplo, fingir que elas não estão ocorrendo, ou esconder os sentimentos, que, no médio e no longo prazos podem ser disfuncionais; Fator 2. Estratégias de adaptação, definidas como maneiras de integrar as adversidades à experiência, ensinando a si mesmo como viver com um problema, e Fator 3. Estratégias de desenvolvimento, caracterizadas pela superação das adversidades de uma forma positiva, delas derivando aprendizagem. Os escores nos itens das três categorias de enfrentamento foram utilizados para a geração de indicadores de alta e baixa resiliência.

O modelo de Hildon et al.¹⁰ é uma contribuição interessante à teoria e à prática clínica. Não há estudos brasileiros que tenham considerado os mecanismos de enfrentamento como indicadores de resiliência psicológica na velhice e nem

tampouco estudos que se assentam em uma concepção clínica e de desenvolvimento a respeito desses processos. O presente estudo teve como objetivo investigar evidências de validade interna e externa para uma medida de enfrentamento considerado como componente da resiliência psicológica em idosos.

Métodos

O estudo foi realizado com base nos dados contidos no banco eletrônico do Estudo Fibra (Fragilidade em Idosos Brasileiros), conduzido pela Unicamp, em Parnaíba (PI) e em Ivoti (RS), cidades que integravam a amostra de sete cidades envolvidas em uma investigação de caráter multicêntrico sobre associações entre fragilidade e variáveis sociodemográficas, de saúde e psicossociais em homens e mulheres idosos com 65 anos e mais. Com base na distribuição dos respectivos setores censitários, foi estimado o tamanho de uma amostra probabilística em cada cidade, aceitando-se um nível de confiabilidade de 95% e um erro amostral de 4%¹².

Participantes

Os idosos foram recrutados em domicílio (484 em Parnaíba e 197 em Ivoti), por agentes comunitários de saúde, agentes de pastorais religiosas e estudantes universitários e foram convidados a comparecer para uma sessão de coleta de dados em local previamente estabelecido, na comunidade. A coleta de dados cumpriu duas fases. Ao final da primeira delas, que incluiu variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, de fragilidade e cognitivas, realizou-se a exclusão dos idosos cuja pontuação no Mini-Exame do Estado Mental¹³ fosse inferior à nota de corte para os respectivos níveis de escolaridade, menos um desvio-padrão. Por esse critério, 415 idosos (268 em Parnaíba e 147 em Ivoti) progrediram para o segundo bloco de medidas, do qual faziam parte as variáveis de interesse para o estudo ora relatado.

Variáveis e medidas

Sociodemográficas: gênero (masculino e feminino), idade (número de anos vividos) e renda familiar mensal (valor bruto).

Estratégias de enfrentamento: Foram avaliadas por meio do Inventário de Estratégias de Enfrentamento^{14,15}, com 19 itens escalares de quatro pontos cada um (nunca = 0, de vez em quando =

1, quase sempre = 2 e sempre = 3). O instrumento original era baseado no modelo bifatorial de enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção^{11,15,16}, mas, em 2008, Fortes-Burgos et al.¹⁴ publicaram um estudo realizado com amostra brasileira, cujos dados foram submetidos à análise fatorial e resultaram em cinco fatores ortogonais: 1. emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco; 2. religiosidade; 3. controle sobre o ambiente mais próximo; 4. esquiva e 5. inibição de emoções.

Replicando o procedimento de Hildon et al.¹⁰, cinco especialistas trabalharam independentemente e depois em conjunto, com critério de 100% de concordância, na recategorização dos itens do Inventário de Enfrentamento. O inventário recategorizado pelos especialistas foi comparado com os fatores encontrados por Fortes-Burgos et al.¹⁴ em uma análise fatorial do mesmo inventário.

Indicadores alternativos de resiliência psicológica: Foram avaliados: (a) A frequência de sintomas depressivos, por meio da Escala de Depressão Geriátrica – EDG, com 15 itens dicotômicos¹⁷ e nota de corte ≥ 6 ; (b) Satisfação com a vida, por meio de item único em que se perguntava ao idoso se se sentia muito, mais ou menos ou pouco satisfeito com a vida, e (c) Autoavaliação de saúde, evocada pela pergunta: “De um modo geral, como o/a sr/sra avalia a sua saúde no momento atual, numa escala de 1 a 5, em que 1 = muito ruim, 2 = ruim, 3 = intermediária, 4 = boa e 5 = muito boa?” Os cinco níveis dessa autoavaliação foram transformados em três - positiva, correspondendo às respostas muito boa e boa, intermediária e negativa, correspondendo às respostas ruim e muito ruim.

No início da sessão de coleta de dados, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, a duração e o conteúdo da entrevista; o caráter voluntário da participação; o direito ao sigilo sobre a identidade; a confidencialidade dos dados individuais, e os benefícios, os riscos e o direito a indenização em caso de prejuízo decorrente da participação. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que foi aprovado juntamente com o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas em 27/08/13.

Análise de dados

Foram feitas análises descritivas de todas as variáveis. Como não se tratava de distribuições normais, foram adotados testes estatísticos não

paramétricos para análise dos dados. Com o objetivo de testar a estrutura teórica subjacente aos dados do Inventário de Enfrentamento (validade interna) realizou-se primeiramente uma análise de conteúdo do instrumento por meio da classificação das estratégias por cinco especialistas, com base no modelo proposto por Hildon et al.¹⁰. Os resultados dessa classificação foram comparados com a análise fatorial exploratória do mesmo instrumento realizada por Fortes-Burgos et al.¹⁴ e com a análise fatorial que foi um dos objetos deste estudo. Para a realização da análise fatorial exploratória adotou-se o método de componentes principais¹⁸. A matriz de correlações obtida foi submetida a rotação pelo método Varimax, que permite a extração de fatores ortogonais. Para analisar a consistência interna dos itens do inventário foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach.

Com o objetivo de avaliar a validade externa do instrumento os resultados dos idosos no Inventário de Enfrentamento foram ponderados pelas cargas fatoriais dos itens e os valores obtidos foram comparados com as variáveis sintomas depressivos, autoavaliação de saúde e a satisfação com a vida, considerados indicadores de resiliência psicológica¹⁹. Foram realizadas análises de correlação (Spearman), análises comparativas entre grupos de gênero, idade e renda (teste qui-quadrado) e comparação entre as distribuições de frequência de uso das estratégias, conforme as medidas consideradas (testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$). As análises foram feitas por meio dos programas SPSS, versão 15.1 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), e SAS, versão 8.02 (SAS Inst., Cary, Estados Unidos).

Resultados

A maioria dos participantes eram mulheres (62,5%). A média de idade da amostra como um todo foi de 72 anos e 6 meses ($dp = 5$ anos e 6 meses), 37,6% tinham entre 65 e 69 anos, 29,9% entre 70 e 74, 19% entre 75 e 79 e 13% tinham 80 anos e mais. A média de renda familiar foi de 3,5 salários mínimos (SM) ($dp = 2,4$), 11,4% tinham renda familiar menor que um SM, 54,3% tinham renda de 1,1 a 3 SM, 18,9% tinham renda de 3,1 a 5 SM e 15,4% tinham renda de 5 SM ou mais.

Como resultado da comparação entre os fatores obtidos por Hildon et al.¹⁰ e as classes de estratégias reclassificadas por critérios teóricos realizada pelos especialistas brasileiros, as estratégias

denominadas de esquiwa pelos autores ingleses foram denominadas de não adaptativas pelos especialistas brasileiros, que adotaram a definição original, ou seja, estratégias não adaptativas são aquelas que não lidam com a adversidade, incluindo-se entre elas as de esquiwa, podendo tornar-se disfuncionais no médio e no longo prazos. Para as outras duas classes de estratégias foram mantidas as definições originais: as de adaptação, como maneiras de integrar as adversidades à experiência e as de desenvolvimento como a superação das adversidades de forma positiva, com novas aprendizagens.

No Quadro 1 os resultados da análise de conteúdo feita pelos especialistas, segundo definições de Hildon et al.¹⁰, foram comparados com os fatores apresentados por Fortes-Burgos et al.¹⁴. A maioria das estratégias não adaptativas envolveu itens que se agregaram no fator 1, anteriormente denominado de “emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco”. As adaptativas envolveram um misto de estratégias consideradas como controle sobre o ambiente externo, esquiwa e religiosidade. As estratégias de desenvolvimento corresponderam àquelas envolvendo controle sobre o ambiente externo, esquiwa e inibição de emoções.

O índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de ajuste da amostra foi superior a 0,60, indicando consistência suficiente para a análise fatorial. Pelo critério de seleção de fatores com autovalor maior do que 1 foram inicialmente obtidos oito fatores que explicavam 60,4% da variabilidade dos dados. O teste de resíduos (*scree test*) revelou que com três fatores a curva se estabilizou, com um percentual acumulado de explicação da variância da ordem de 30,8%. O fator 1 explicou 12,5% da variabilidade total dos dados, o fator 2 explicou 10% e o fator 3 explicou 8,4%. Para a composição dos fatores foram considerados itens com carga superior a 0.40.

Os resultados da análise fatorial replicaram os da conceitual feita pelo painel de especialistas, visto que a classificação de 14 dos seus 19 itens foi coincidente. As exceções foram: “Queixou-se ou desabafou com alguém” (classificada como adaptativa pelo painel e não adaptativa pela análise fatorial), “Reza e pede orientação a algum ente superior” (classificada como de desenvolvimento pelo painel e adaptativa pela análise fatorial), “Confia em outras pessoas que, a seu ver, têm capacidade para resolver o problema” (classificada como adaptativa pelo painel e de desenvolvimento pela análise fatorial), “Tentou esquecer que o problema existia” (classificada como não

Quadro 1. Itens do Inventário de Enfrentamento de Estresse^{14,15} categorizados em estratégias não adaptativas, adaptativas e de desenvolvimento por especialistas e sua correspondência com fatores baseados em Fortes-Burgos et al.¹⁴. PENSEA – Projeto Estudo do Envelhecimento saudável, 2002-2003.

Item	Domínios conceituais de acordo com Hildon et al. ¹⁰ .	Fatores de acordo com Fortes-Burgos ^{14*}
	Estratégias não adaptativas	
1	Aceitou a situação ou achou que ela aconteceu porque tinha que acontecer.	EN
2	Achou que a situação aconteceu por culpa dos outros.	EN
4	Chegou à conclusão que não havia nada a ser feito.	EQ
7	Demonstrou hostilidade.	EN
9	Isolou-se.	EN
11	Guardou seus sentimentos para si mesmo.	IE
13	Bebeu e comeu em excesso para se compensar ou esquecer do que estava acontecendo.	EN
17	Tentou esquecer que o problema existia.	EQ
19	Gritou e xingou.	EN
	Estratégias adaptativas	
3	Queixou-se ou desabafou com alguém.	IE
6	Procurou distrair-se, dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.	EQ
10	Confiou em outras pessoas que, a seu ver, tinham capacidade para resolver o problema.	CA
12	Chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores.	EQ
16	Procurou relaxar ou tirar uma folga, quando a situação lhe pareceu pesada demais.	CA
18	Usou remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.	EN
	Estratégias de desenvolvimento	
5	Esperou ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão.	CA
8	Rezou e pediu orientação a algum ente superior.	RL
14	Fortaleceu seus laços afetivos com outras pessoas.	CA
15	Confiou em Deus ou em algum ser ou força superior.	RL

*EN = Fator 1. Emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco. RL = Fator 2. Religiosidade. CA = Fator 3. Controle sobre o ambiente mais próximo. EQ = Fator 4. Esquiva. IE = Fator 5. Inibição de emoções.

adaptativa pelo painel e adaptativa pela análise fatorial), “Usar remédios para controlar a ansiedade” (classificada como adaptativa pelo painel e não adaptativa pela análise fatorial).

O fator 1 - Estratégias não adaptativas - foi composto por 8 itens; o fator 2 - Estratégias adaptativas - foi composto por 6 itens e o fator 3 - Estratégias de desenvolvimento - por 5 itens. O item 6 (“Procurou distrair-se, dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão”) foi o de maior comunalidade, isto é, teve 52,6% da sua variabilidade explicada pelo fator. O item 12 (“Chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores”) foi o de comunalidade mais baixa (12,3% de explicação). Os itens 4. “Chegou a conclusão que não havia nada a ser feito (item invertido) e 12. “Chegou a conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores” tiveram carga menor que 0,30, porém, foram mantidos no

modelo para fins exploratórios. Para evitar problemas de interpretação os itens com carga negativa devem ser interpretados na forma oposta ao que está descrito. Por exemplo, no item “aceitou a situação”, tido como estratégia não adaptativa, a carga negativa indica que a descrição do item é oposta, ou seja, “não aceitou a situação” (Tabela 1).

A análise da consistência interna do Inventário de Enfrentamento com base no novo modelo revelou um índice moderado ($\alpha = 0.541$). Foram calculados valores de consistência interna após retirada dos itens 1, 4 e 11, que tinham carga negativa. Sua retirada proporcionou aumento modesto nos valores de consistência interna (0.568 e 0.359), motivo pelo qual os itens foram mantidos no modelo (Tabela 2).

Dezoito por cento dos idosos pontuaram acima do ponto de corte na Escala de Depressão Ge-

Tabela 1. Estrutura fatorial resultante da análise fatorial exploratória aplicada ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento. Estudo Fibra, Unicamp. Brasil, Idosos, 2008-2009.

No.	Estratégias	Cargas fatoriais			λ^2
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	
Não-adaptativas					
2	Achou que a situação aconteceu por culpa dos outros.	0,581			0,358
7	Demonstrou hostilidade.	0,522			0,3288
13	Bebeu e comeu em excesso para se compensar ou esquecer do que estava acontecendo.	0,519			0,278
19	Gritou e xingou.	0,501			0,265
3	Queixou-se ou desabafou com alguém.	0,457			0,429
18	Usou remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.	0,454			0,229
9	Isolou-se.	0,407			0,178
1	Aceitou a situação ou achou que ela aconteceu porque tinha que acontecer (item invertido).	-0,457			0,275
Adaptativas					
6	Procurou distrair-se, dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.		0,724		0,526
16	Procurou relaxar ou tirar uma folga, quando a situação lhe pareceu pesada demais.		0,710		0,508
17	Tentou esquecer que o problema existia.		0,562		0,486
8	Rezou e pediu orientação a algum ente superior.		0,428		0,276
15	Confiou em Deus ou em algum ser ou força superior.		0,424		0,276
12	Chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores		0,292		0,123
De desenvolvimento					
10	Confiou em outras pessoas que, a seu ver, tinham capacidade para resolver o problema.			0,535	0,287
14	Fortaleceu seus laços afetivos com outras pessoas.			0,475	0,295
5	Esperou ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão.			0,421	0,200
4	Chegou à conclusão que não havia nada a ser feito. (item invertido)			-0,263	0,166
11	Guardou os sentimentos para si próprio (invertido)			-0,552	0,382

Método de componentes principais. λ^2 = comunalidade do item (porcentagem da variabilidade explicada pelo item). Para composição dos fatores foram considerados itens com carga superior a 0,40.

Tabela 2. Análise de consistência interna da escala de estratégias de enfrentamento pelos três fatores da análise fatorial (n = 415).

Rotação / Fator	Nº de Itens	Coefficiente α de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente α (após retirada)**
Ortogonal ou Oblíqua / Fator 1	8	0,570	---	---	---
Ortogonal ou Oblíqua / Fator 2	6	0,547	12	0,141	0,568
Ortogonal ou Oblíqua / Fator 3	5	0,345	4	0,092	0,359

* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total. ** Coeficiente α de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência. Itens invertidos: itens 1, 4 e 11.

riática (M = 3,2 e dp = 2,5); 71,6% declararam-se muito satisfeitos com a vida, 24% como moderadamente satisfeitos e 3,4% como pouco satisfeitos; 22,5% avaliaram a própria saúde como muito boa e boa, 30,7% como intermediária e 46,8%

como ruim e muito ruim. Não foram observadas diferenças significativas quanto à proporção de homens e de mulheres e de idosos pertencentes aos quatro grupos de idade e aos três grupos de renda, com relação ao uso das estratégias.

As análises de correlação de postos entre os escores dos idosos no Inventário de Enfrentamento e nos três instrumentos adotados como parâmetros externos resultaram em índices baixos, mas estatisticamente significativos. Quanto mais altos os escores em estratégias não adaptativas, mais baixas as pontuações em autoavaliação de saúde e em satisfação com a vida e mais altas as pontuações em sintomas depressivos. Quanto mais altos os escores em estratégias de desenvolvimento, maiores as pontuações em autoavaliação de saúde e satisfação e menores em sintomas depressivos (Tabela 3).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre a frequência de uso de estratégias não adaptativas por homens e por mulheres, mas as mulheres relataram fazer uso mais frequente de estratégias adaptativas e de desenvolvimento do que os homens. Entre os idosos que pontuaram acima da nota de corte na EDG foi relatada frequência mais alta de uso de estratégias não adaptativas do que no grupo que pontuou abaixo da nota de corte nesse instrumento. Os idosos com pontuação abaixo da nota de corte na EDG utilizam mais estratégias de desenvolvimento do que os que pontuam acima da nota de corte. Entre os idosos com autoavaliação negativa de saúde, a frequência de uso de estratégias não adaptativas era maior do que entre os com avaliação positiva de saúde, que, por sua vez, relataram usar mais estratégias de desenvolvimento.

Os com alta satisfação usavam mais estratégias de desenvolvimento e menos estratégias não adaptativas do que aqueles que pontuavam em nível intermediário de satisfação. Os pouco satisfeitos com a vida usavam mais estratégias não adaptativas e menos estratégias de desenvolvimento em relação aos muito satisfeitos (Tabela 4).

Discussão

A descrição das estratégias de enfrentamento sob a ótica da adaptação e do desenvolvimento traz importantes contribuições, particularmente, no que tange à descrição de estratégias benéficas ao controle e à prevenção da ansiedade e da depressão, à adaptação à doença crônica e à viuvez, e à manutenção da qualidade de vida de idosos. Um enfrentamento resiliente implica num incremento de habilidades cognitivas tidas como autorreguladoras, envolvendo a capacidade de planejar, escolher cursos de ação, delimitar recursos materiais, analisar problemas e tomar decisões²⁰.

As poucas diferenças encontradas entre os resultados da análise fatorial e os da análise de conteúdo dos itens do Inventário de Enfrentamento podem ser explicadas pelo peso dos pressupostos teóricos utilizados pelos especialistas para classificação. Como por exemplo, tomar remédios pode estar associado a sumeter-se a tratamento e, por isso, ter sido considerada como adaptati-

Tabela 3. Correlações entre os escores nas estratégias de enfrentamento e indicadores psicológicos de resiliência Estudo FIBRA, Unicamp, Brasil. Idosos, 2008-2009.

Variáveis	Parâmetros	Estratégias de enfrentamento		
		Não adaptativas (Fator 1)	Adaptativas (Fator2)	De Desenvolv. (Fator 3)
Idade	r	0,011	-0,039	-0,102
	p	0,821	0,434	0,038
	n	415	415	415
Renda familiar	r	-0,007	-0,059	0,090
	p	0,895	0,266	0,087
	n	361	361	361
Sintomas de depressão	r	0,326	0,072	-0,194
	p	<0,001	0,143	<0,001
	n	414	414	414
Autoavaliação de saúde	r	-0,138	-0,002	0,140
	p	0,005	0,974	0,004
	n	414	414	414
Satisfação com a vida	r	-0,194	0,026	0,134
	p	<0,001	0,598	0,007
	n	413	413	413

r = coeficiente de correlação de Spearman; p = valor p; n = número de participantes.

Tabela 4. Escores nas estratégias de enfrentamento, conforme indicadores psicológicos de resiliência, idade e gênero. FIBRA - Unicamp, Brasil. Idosos, 2008-2009.

Variáveis		Estratégias	Média(dp)	Valor p*	
Gênero	Masculino	Não adaptativas	1,62(0,45)	p = 0,120	
		Adaptativas	2,88(0,71)	p = 0,037	
		Desenvolvimento	2,33(0,70)	p = 0,012	
	Feminino	Não adaptativas	1,71(0,51)		
		Adaptativas	3,04(0,64)		
		Desenvol.	2,51(0,69)		
Idade	65-69	Não adaptativas	1,64(0,50)	p = 0,127	
		Adaptativas	2,98(0,69)	p = 0,811	
		Desenvolvimento	2,50(0,71)	p = 0,202	
	70-74	Não adaptativas	1,74(0,47)		
		Adaptativas	3,02(0,66)		
		Desenvolvimento	2,48(0,66)		
	75-79	Não adaptativas	1,70(0,50)		
		Adaptativas	2,97(0,66)		
		Desenvolvimento	2,35(0,72)		
	>=80	Não adaptativas	1,62(0,49)		
		Adaptativas	2,92(0,68)		
		Desenvolvimento	2,30(0,72)		
Autoavaliação de saúde	Negativa	Não adaptativas	1,73(0,52)	p = 0,048	
		Adaptativas	3,00(0,69)	p = 0,824	
		Desenvolvimento	2,34(0,70)	p = 0,006	
	Intermediária	Não adaptativas	1,65(0,45)		
		Adaptativas	2,95(0,64)		
		Desenvolvimento	2,47(0,67)		
	Positiva	Não adaptativas	1,59(0,46)		
		Adaptativas	2,99(0,68)		
		Desenvolvimento	2,61(0,71)		
	Sintomas depressivos	<6	Não adaptativas	1,61(0,45)	p<0,001
			Adaptativas	2,97(0,67)	p = 0,697
			Desenvolvimento	2,49(0,71)	p = 0,005
≥6		Não adaptativas	1,96(0,56)		
		Adaptativas	3,02(0,68)		
		Desenvolvimento	2,23(0,63)		
Satisfação com a vida	Baixa	Não adaptativas	1,76(0,47)	p<0,001	
		Adaptativas	3,09(0,71)	p = 0,621	
		Desenvolvimento	1,99(0,60)	p = 0,008	
	Intermediária	Não adaptativas	1,83(0,51)		
		Adaptativas	2,93(0,66)		
		Desenvolvimento	2,34(0,68)		
	Alta	Não adaptativas	1,62(0,47)		
		Adaptativas	3,00(0,67)		
		Desenvolvimento	2,50(0,71)		

* Valor p referente ao teste de Mann-Whitney para comparação entre 2 grupos e ao teste de Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos.

va pelos especialistas, enquanto que na análise fatorial ela se aglutina com as demais estratégias não adaptativas, possivelmente relacionadas com esquiwa.

Ao descrever a funcionalidade das estratégias não só para lidar aqui e agora, mas para ir além do problema, incluindo as estratégias de desenvolvimento, o modelo excede a tipologia

clássica de enfrentamento (foco no problema e na emoção). Neste estudo utilizou-se a medida de enfrentamento como um componente da resiliência psicológica. Segundo Leibold and Greve²¹ a resiliência pode ser entendida como uma ponte teórica que se faz entre os processos de enfrentamento e de desenvolvimento, sendo ela mais do que um conjunto de estratégias de enfrentamento. Os autores a definem como uma combinação de respostas individuais, dada certa situação e determinado contexto social. Se o episódio de enfrentamento resulta em sucesso, estabilidade ou mudança positiva progressiva, fala-se em resiliência. Assim, a diferença entre enfrentamento e resiliência é muito mais uma questão hierárquica conceitual do que uma questão empírica.

A pesquisa tradicional sobre estratégias de enfrentamento não se refere a elas como boas ou ruins em si mesmas, uma vez que as qualidades do processo somente podem ser avaliadas em situações específicas²². Sob a ótica da resiliência, para investir no próprio desenvolvimento, o idoso tende a priorizar experiências emocionais com a família e com os amigos, assim como valores humanos, deixando de lado estratégias orientadas à expansão e à preocupação com o futuro⁵. Bem a propósito, a análise fatorial agrupou como estratégias de desenvolvimento “confiar em outras pessoas” e “fortalecer laços afetivos com outras pessoas”, sugerindo que tais estratégias cumprem funções de adaptação e desenvolvimento, contribuindo para melhor saúde e bem-estar. Da mesma forma, agrupou itens relativos à resolução de problemas (“buscar informações antes de agir”, “achar que é possível exercer controle sobre as situações”), dados que vão na mesma direção dos veiculados por outros estudos, segundo os quais, as habilidades de resolução de problemas e de regulação emocional são componentes críticos da resiliência, enquanto processo de adaptação e desenvolvimento²³⁻²⁶. A regulação emocional permanece relativamente preservada, ou até mesmo aumenta com a idade⁵.

A análise fatorial agrupou entre as estratégias adaptativas aquelas voltadas ao enfrentamento religioso (“rezou e pediu orientação a algum ente superior”; “confiou em Deus ou em algum ser ou força superior”), à reavaliação cognitiva (“chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores”) e à diminuição do estresse (“procurou distrair-se” e “procurou relaxar e tirar um dia de folga”). Agrupou como estratégias de desenvolvimento “confiar em outras pessoas” e “fortalecer laços afetivos com outras pessoas”, ilustrando a noção de que tais estratégias promovem adapta-

ção e desenvolvimento. O bem-estar emocional e o estresse dependem centralmente do relacionamento social. Com a idade, os idosos podem registrar maior satisfação com suas redes sociais e mais emoções positivas com familiares do que adultos jovens⁷. A adaptação positiva aos estressores pressupõe competência para lidar com o estresse, incluindo a capacidade de minimizar os efeitos do evento estressante; capacidade de recuperação rápida após o trauma; e, em longo prazo, contenção de respostas negativas e capacidade de prover consequências positivas a comportamentos que implicam em superação da adversidade²⁷.

A relação entre depressão e estratégias de enfrentamento não adaptativas aqui encontrada replica a observada por Fortes-Burgos et al.¹⁴, em que as estratégias com foco na expressão de emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco (no presente estudo, agrupadas como não adaptativas) relacionaram-se de forma robusta com depressão. Estudo de revisão sistemática de enfrentamento e depressão, envolvendo idosos com mais de 60 anos, mostra que apesar da diversidade de contextos e instrumentos utilizados, os resultados apontam para uma inequívoca relação entre estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos, em especial, o uso de enfrentamento ativo e religioso, altos níveis de senso de coerência interna e orientação interna de controle²⁸.

A autoavaliação de saúde, descrita como importante indicador de bem-estar, é significativamente associada à depressão, com efeito comparável ao da saúde física²⁹. No presente estudo, a autoavaliação de saúde foi utilizada como um componente de resiliência psicológica, supondo-se que uma melhor avaliação subjetiva da saúde se refletiria em utilização de estratégias de enfrentamento voltadas para a adaptação e o desenvolvimento. De fato, a autoavaliação negativa de saúde mostrou-se mais frequente entre aqueles que fazem uso de estratégias não adaptativas e autoavaliação positiva de saúde entre os que usam estratégias de desenvolvimento.

Em um estudo com idosos centenários (95 a 107 anos) da comunidade, os participantes registravam um funcionamento cognitivo alto, boa saúde e níveis baixos de depressão. A análise de regressão logística indicou que as diferenças individuais em depressão eram associadas à autoavaliação de saúde, atividades instrumentais da vida diária e suporte familiar³⁰.

Ainda, no presente estudo os mais satisfeitos com a vida usavam mais estratégias de desenvolvimento e, com menor frequência, estratégias

não adaptativas do que aqueles com nível intermediário de satisfação. Os indicadores de bem-estar, entre eles a felicidade, os afetos positivos e a satisfação com a vida relacionam-se à baixa morbidade, poucos sintomas depressivos e dor, aumento da longevidade, funcionando como um amortecedor do impacto da mudança e da diversidade sobre a adaptação⁶. A resiliência associou-se à satisfação com a vida em estudo alemão investigando relações entre o impacto de fatores de vulnerabilidade (como ansiedade e depressão e envelhecimento) e de recursos pessoais e sociais sobre satisfação com a vida. A satisfação com a vida foi associada à resiliência e também às variáveis emprego, presença de companheira, autoestima positiva, ausência de ansiedade e depressão³¹.

A análise de confiabilidade do instrumento revelou índice moderado de consistência interna para o inventário, de forma semelhante à observada anteriormente por Fortes-Burgos et al.¹⁴. Valores altos de confiabilidade não são necessariamente apropriados aos inventários de enfrentamento e podem estar relacionados ao fato de que o uso de uma única estratégia seja suficiente para reduzir o estresse e não haver necessidade de usar outras respostas do mesmo tipo ou de categorias diferentes²², porém, dificilmente as estratégias possuem uma natureza unidimensional¹⁴, uma vez que os processos de enfrentamento não são um fenômeno isolado e refletem a interação entre pessoas, o ambiente e a relação entre eles.

É necessário mencionar algumas limitações deste estudo. Primeiramente, não houve uma caracterização dos riscos a que estavam expostos os idosos que compuseram a amostra. Ao contrário, o estudo partiu do pressuposto que a velhice acarreta vivências de declínio e de perdas normativas que, em si mesmos, representam riscos à adaptação e ao desenvolvimento. Estudos futuros deverão estabelecer claramente quais são os riscos e as adversidades a que uma amostra

particular está exposta, para que as ameaças à resiliência fiquem caracterizadas, assim como a demanda por recursos do self. Sintomas sugestivos de depressão, autoavaliação de saúde e satisfação com a vida foram utilizados como indicadores de resiliência, mas como o estudo foi de corte transversal, não foram feitas medidas repetidas desses desfechos que pudessem evidenciar seu papel explicativo. Dado que se utilizou o inventário de enfrentamento de estresse como uma medida de resiliência, dentro de uma nova concepção teórica das estratégias, seria oportuna a comparação desse instrumento com outras medidas de resiliência.

Conclusão

A utilização de instrumentos válidos e confiáveis para a avaliação do enfrentamento dos estressores por idosos possibilita aos profissionais da saúde, quer no contexto clínico, quer no âmbito da saúde coletiva, a escolha de estratégias e ações psicoeducacionais que possam ser mais efetivas à promoção do bem-estar subjetivo e da saúde dos idosos, no contexto de um envelhecimento resiliente.

A variância explicada pelo instrumento e o indicador de validade interna foram modestos. Tais resultados podem espelhar a complexidade inerente às relações entre as estratégias de enfrentamento e o contexto. Por outro lado, esses dados podem ser atribuídos ao fato de o inventário de enfrentamento não fazer referência a situações específicas da velhice. No entanto, as correlações encontradas entre os dados do enfrentamento e os outros indicadores de resiliência, que foram objeto de investigação, encorajam a realização de novos estudos. Sugere-se que a solução fatorial obtida seja submetida a análises fatoriais confirmatórias realizadas com dados provenientes de outras amostras de idosos.

Colaboradores

AP Fontes e AL Neri planejaram o estudo e redigiram o artigo. AL Neri, coordenadora do estudo Fibra, polo Unicamp, revisou a versão final do texto.

Referências

1. Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging Ment Health* 2008; 12(3):285-292.
2. Helgeson VS, Zajdel M. Adjusting to Chronic Health Conditions. *Annu Review of Psychology* 2017; 68:545-571.
3. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Reppold CT. Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Front Psycho* 2017; 7:2022.
4. Browne-Yung K, Walker RB, Luszcz MA. An Examination of Resilience and Coping in the Oldest Old Using Life Narrative Method. *Gerontologist* 2017; 57(2):282-291.
5. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Annu Rev Psychol*. 2010; 61:383-409.
6. Ryff CD, Friedman EM, Morozink JA, Tsenkova V. Psychological Resilience in Adulthood for health. In: Haylip Junior B, Smith G, editors. *Annu Rev Gerontol Geriatr. Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life*. New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 73-92.
7. Lerner RM, Weiner MB, Arbeit MR, Chase PA, Agans JP, Schmid KL, Warren AEA. Resilience Across the Life Span. In: Haylip Junior B, Smith G, editors. *Annu Rev Gerontol Geriatr. Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life*. New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 275-299.
8. Staudinger UM, Marsiske M, Baltes PB. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Dev Psychopatho* 1993; 5(4):541-566.
9. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol* 2000; 55(1):5-14.
10. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *Gerontologist* 2010; 50(1):36-47.
11. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50(5):992-1003.
12. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, Santos GA, Moura JGA. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):778-792.
13. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3b):777-781.
14. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2008; 21(1):74-82.
15. Yancura LA, Aldwin CM, Levenson MR, Spiro A. Coping, Affect, and the Metabolic Syndrome in Older Men: How Does Coping Get Under the Skin? *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61(5):295-303.

16. Aldwin CM, Shiraish R, Cupertino APFB. *Paper presented at the annual convention. Change in stability of coping: Longitudinal findings from the DSL of the American*. San Francisco: American Psychologist Association; 2001.
17. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2):421-426.
18. Hatcher L. *A Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Cary: SAS Institute Inc; 1994. 588pp.
19. Reppold CT, Gurgel LG, Hutz CS. O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica* 2014; 13(2):307-310.
20. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Duffield: Worth Publishers; 1997.
21. Leipold B, Greve W. Resilience. A conceptual Bridge Between Coping and Development. *Eur Psychol* 2009; 14(1):40-50.
22. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55:745-774.
23. Charles ST, Luong G, Almeida DM, Ryff C, Sturm M, Love G. Fewer ups and downs: daily stressors mediate age differences in negative affect. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 May; 65B(3):279-286.
24. Larcom MJ, Isaacowitz DM. Rapid emotion regulation after mood induction: age and individual differences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64(6):733-741.
25. Kessler EM, Staudinger UM. Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychol Aging* 2009; 24(2):349-362.
26. Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *J Pers* 2009; 77(6):1777-1804.
27. Hardy S, Contato J, Gill T. Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(2):257-262.
28. Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Kouwenhoven SE, Helvik AS. Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2013; 35(3-4):121-154.
29. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS, Palmer BW, Rock D, Golshan S, Kraemer HC, Depp CA. Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. *Am J Psychiatry* 2013; 170(2):188-196.
30. Jopp DS, Park M-KS, Lehrfeld J, Paggi ME. Physical, cognitive, social and mental health in near-centenarians and centenarians living in New York City: findings from the Fordham Centenarian Study. *BMC Geriatrics* 2016; 16:1
31. Beutel ME, Glaesmer H, Wiltink J, Marian H, Braehler E. Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *Aging Male* 2010; 13(1):32-39.

Artigo apresentado em 16/11/2016

Aprovado em 27/06/2017

Versão final apresentada em 29/06/2017