

Resiliência em idosos: fatores associados às condições sociodemográficas e de saúde

Resilience in elderly people: factors associated with sociodemographic and health conditions

Resiliencia en el adulto mayor: factores asociados a las condiciones sociodemográficas y de salud

Fernanda Resende Rodrigues¹

ORCID: 0000-0002-0473-2271

Darlene Mara dos Santos Tavares¹

ORCID: 0000-0001-9565-0476

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba,
Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Rodrigues FR, Tavares DMS. Resilience in elderly people: factors associated with sociodemographic and health conditions. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2):e20200171. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0171>

Autor Correspondente:

Fernanda Resende Rodrigues
E-mail: fernandaresende1@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 05-05-2020

Aprovação: 03-10-2020

RESUMO

Objetivo: descrever as características sociodemográficas e de saúde dos idosos, mensurar o escore de resiliência total e por sexo e verificar associação das variáveis sociodemográficas e de saúde com a resiliência total e por sexo. **Métodos:** inquérito domiciliar com 808 idosos, avaliados por instrumentos validados. Realizaram-se teste t de Student e regressão linear múltipla ($p < 0,05$). **Resultados:** a maioria era do sexo feminino, com 60|-|79 anos. O escore total de resiliência foi 78,06, sendo para homens 81,53 e para mulheres, 76,32. A resiliência total associou-se ao sexo masculino; autopercepção de saúde positiva; maior participação nas Atividades Avançadas da Vida Diária; menor número de morbidades; ausência de sintomas depressivos. Entre homens e mulheres, a resiliência associou-se à maior participação nas Atividades Avançadas da Vida Diária e ausência de sintomas depressivos e, especificamente, entre as mulheres a autopercepção de saúde positiva. **Conclusão:** esses resultados contribuem no cuidado de enfermagem, visando estímulo à resiliência.

Descritores: Idoso; Saúde do Idoso; Resiliência; Enfermagem Geriátrica; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic and health characteristics of elderly people, measure the score of total resilience and by sex and verify the association of sociodemographic and health variables with total resilience and by sex. **Methods:** this is a household survey with 808 elderly people, assessed by validated instruments. Student's t test and multiple linear regression ($p < 0.05$). **Results:** most were female, 60|-|79 years old. The total resilience score was 78.06, for men 81.53 and for women, 76.32. Total resilience was associated with males; positive self-perceived health; greater participation in Advanced Activities of Daily Living; fewer morbidities; absence of depressive symptoms. Among men and women, resilience was associated with greater participation in Advanced Activities of Daily Living and absence of depressive symptoms and, specifically, among women, positive self-perceived health. **Conclusion:** these results contribute to nursing care, aiming to encourage resilience.

Descriptors: Aged; Health of the Elderly; Psychological Resilience; Geriatric Nursing; Aging.

RESUMEN

Objetivo: describir las características sociodemográficas y de salud de las personas mayores, medir el puntaje de resiliencia total y por sexo y verificar la asociación de variables sociodemográficas y de salud con la resiliencia total y por sexo. **Métodos:** encuesta domiciliar a 808 ancianos, evaluada mediante instrumentos validados. Se realizaron la prueba t de Student y regresión lineal múltiple ($p < 0,05$). **Resultados:** la mayoría eran mujeres, de 60|-|79 años. La puntuación total de resiliencia fue 78,06, para los hombres 81,53 y para las mujeres, 76,32. La resiliencia total se asoció con los hombres; autopercepción positiva de la salud; mayor participación en Actividades Avanzadas de la Vida Diaria; menos morbilidades; ausencia de síntomas depresivos. Entre hombres y mujeres, la resiliencia se asoció con una mayor participación en las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria y ausencia de síntomas depresivos y, específicamente, entre las mujeres, con una salud autopercebida positiva. **Conclusión:** estos resultados contribuyen al cuidado de enfermería, con el objetivo de estimular la resiliencia.

Descriptor: Ancianos; Salud del Anciano; Capacidad de Resistencia; Enfermería Geriátrica; Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é frequentemente permeado por adversidades e riscos biológicos, econômicos e sociais que podem afetar o bem-estar em virtude das múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente⁽¹⁾. Apesar disso, muitos indivíduos conseguem manter suas vidas com bem-estar e contentamento, fazendo uso de vários recursos, dentre eles, a resiliência⁽²⁾.

Entendida como um processo dinâmico, a resiliência tem se revelado como uma capacidade promotora da superação das adversidades⁽³⁾. Envolve superações a eventos negativos, sendo definida como a capacidade de a pessoa sair fortalecida de uma situação que poderia ter sido traumática. Assim, as dificuldades que surgirem não necessariamente a influenciarão de forma negativa e, em muitos casos, a fortalecerá⁽³⁾.

Até o momento, os estudos nacionais com idosos^(2,4) utilizaram escala validada com uma população mais jovem, com pessoas entre 12 e 19 anos. A presente pesquisa utilizou escala validada com adultos e idosos⁽⁵⁾, que, somada à escassez de publicações científica sobre a temática no Brasil, poderá contribuir de forma mais fidedigna para um melhor entendimento da resiliência frente aos desafios enfrentados na velhice⁽⁶⁾.

OBJETIVO

Descrever as características sociodemográficas e de saúde dos idosos, mensurar o escore de resiliência total e por sexo e verificar a associação das variáveis sociodemográficas e de saúde com a resiliência total e por sexo⁽⁶⁾.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2017, em conformidade com a Portaria 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁾. Após a anuência do idoso e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conduziu-se a entrevista.

Desenho, local do estudo e período

Estudo de abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, transversal e analítico. Os dados foram coletados, na zona urbana de Uberaba, MG, nos domicílios dos idosos entre maio de 2017 e junho de 2018.

População, critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos idosos com 60 anos ou mais de idade, que residem na zona urbana de Uberaba e que não possuem declínio cognitivo. Foram excluídos os idosos que estivessem institucionalizados, com problemas de comunicação como surdez não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala, com declínio cognitivo sem informante para responder ao Questionário de Atividades Funcionais (PFEFFER)⁽⁸⁾ ou quando o escore final era maior ou igual a seis pontos⁽⁶⁾.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se o coeficiente de determinação $R^2 = 0,02$ em um modelo de regressão linear múltipla com 10 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,2$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Ao utilizar o aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versão 13 e introduzir os valores acima descritos, obteve-se amostra de 808 idosos⁽⁶⁾.

Para a identificação dos idosos, considerou-se amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. No primeiro estágio, realizou-se o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município por meio de amostragem sistemática, sendo selecionados 202. No segundo estágio, o número de idosos a ser entrevistado segundo cálculo amostral (808) foi dividido pela quantidade de setores censitários (202), de tal forma que foram entrevistados quatro idosos por setor censitário, totalizando 808⁽⁶⁾.

Protocolo do estudo

A coleta dos dados foi realizada por entrevistadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, que receberam treinamento e supervisão. As entrevistas realizadas foram entregues ao supervisor de campo para verificar a completude e coerência dos dados⁽⁶⁾.

Para identificação do idoso a ser entrevistado, em cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente. Assim, verificou-se no domicílio a presença do idoso que atendia aos critérios estabelecidos para realização da entrevista, e, em sentido horário, visitava os demais domicílios até compor a amostra de cada setor censitário⁽⁶⁾.

O declínio cognitivo foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil⁽⁹⁾. Se o idoso apresentasse declínio cognitivo pelo MEEM, seria solicitada a participação do acompanhante, no qual foi aplicado o PFEFFER⁽⁸⁾. Se o idoso não tivesse informante no momento da entrevista, a mesma seria encerrada. Esta escala possui 11 questões que avaliam a capacidade do idoso em realizar determinadas atividades. Possui escore máximo de 33 pontos e verifica a presença/severidade do declínio cognitivo a partir da avaliação da funcionalidade e necessidade de assistência de outras pessoas. A aplicação do PFEFFER associada ao MEEM indica a presença mais grave de declínio cognitivo quando o escore for igual ou superior a seis pontos⁽⁸⁾. Resultado no PFEFFER inferior a seis: a entrevista se procedeu com o idoso, sendo as informações complementadas pelo informante. Caso o escore final tenha sido igual ou maior que seis, a entrevista foi encerrada⁽⁶⁾.

Os dados sociodemográficos foram coletados em instrumento construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde da UFTM. A capacidade funcional foi avaliada por meio da realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) utilizando o Índice de Katz, adaptado à realidade brasileira⁽⁹⁾. O instrumento investiga seis áreas de funcionamento relacionadas ao autocuidado. Cada questão possui três opções de resposta (de 1 a 3). Neste estudo, a primeira e a segunda respostas foram categorizadas como independência e a terceira resposta como dependência. O instrumento permite classificar o idoso em: independente para todas as atividades; dependente para uma atividade; dependente para duas atividades; dependente para três atividades; dependente para quatro atividades; dependente para cinco atividades; dependente

para todas as atividades⁽⁹⁾. A classificação varia de 0 a 6, em que: 0 = independente para todas as atividades; 1 = independente para cinco atividades e dependente para uma atividade; 2 = independente para quatro atividades e dependente para duas atividades; 3 = independente para três atividades e dependente para duas atividades; 4 = independente para duas atividades e dependente para quatro atividades; 5 = independente para uma atividade e dependente para cinco atividades; 6 = dependente para todas as atividades⁽⁶⁾.

Também foram mensuradas as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) por meio da Escala de Lawton e Brody, adaptada para o Brasil⁽¹⁰⁾, que é composta por sete itens com um escore que varia de sete a 21 pontos. Considera-se dependência total quando a pontuação final for sete, dependência parcial, de oito a 20 e independente quando o idoso obtiver 21 pontos^(6,10).

As Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) foram avaliadas por meio de treze perguntas de natureza social. As respostas possíveis são: nunca fiz, parei de fazer, ainda faço⁽¹¹⁾. Foram considerados como mais ativos aqueles que relataram realizar quatro ou mais atividades, e, como menos ativos, os que relataram realizar três ou menos atividades⁽¹²⁾.

O indicativo de presença de sintomas depressivos foi mensurado por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)⁽¹³⁾; para identificar a presença de resiliência, utilizou-se a Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25 (CD-RISC-25BRASIL)⁽⁵⁻⁶⁾.

As variáveis sociodemográficas do estudo foram: sexo (feminino e masculino); faixa etária (60-|79 e 80 anos ou mais); estado civil (com companheiro (a), sem companheiro (a)); escolaridade (sem escolaridade, com escolaridade); arranjo de moradia (mora acompanhado (a), mora só); renda individual mensal, em salário mínimo (<1; ≥1); indicativo de presença de sintomas depressivos (sim ou não); número de morbidades autorreferidas (nenhuma; 1 |-|4, 5 ou mais); autopercepção de saúde (positiva, negativa); capacidade funcional para ABVD (dependente e independente); AIVD (dependente total/parcial e independente) e AAVD (menor participação e maior participação)⁽⁶⁾.

Análise e tratamento dos dados

Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel®, e os dados coletados foram digitados em dupla entrada. Posteriormente, verificou-se consistência entre as duas bases de dados quando houve dados inconsistentes na entrevista original, sendo realizada a correção. O banco de dados foi importado para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)®, versão 22.0 para proceder a análise. Realizou-se análise descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para verificar a associação das características sociodemográficas e de saúde com o escore de resiliência, foi realizada análise bivariada preliminar, empregando-se o teste t de Student. Consideraram-se como variáveis de interesse: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda individual mensal, arranjo de moradia, autopercepção de saúde, indicativo de presença de sintomas depressivos, ABVD, AIVD e AAVD. As variáveis de interesse que atenderam ao critério de inclusão estabelecido ($p \leq 0,10$) foram introduzidas no modelo de regressão linear múltipla, tendo como desfecho o escore de resiliência ($p \leq 0,05$)⁽⁶⁾.

RESULTADOS

Verificou-se que, do total de idosos entrevistados (808), a maioria era do sexo feminino (66,7%), com faixa etária de 60-|79 (78,6%), sem companheiro (a) (58,3%), com escolaridade (83,2%), com renda mensal individual maior ou igual a um salário mínimo (91,0%) e morava acompanhado (a) (81,6%). A Tabela 1⁽⁶⁾ apresenta as variáveis sociodemográficas dos idosos entrevistados⁽⁶⁾.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	269	33,3
Feminino	539	66,7
Faixa etária (em anos)		
60 - 79 anos	634	78,5
80 ou mais	174	21,5
Estado civil		
Com companheiro (a)	337	41,7
Sem companheiro (a)	471	58,3
Escolaridade (em anos)		
Sem escolaridade	137	17,0
Com escolaridade	671	83,2
Renda (em salário mínimo)		
<1	73	9,00
≥1	735	91,0
Arranjo de moradia		
Só	149	18,4
Acompanhado (a)	659	81,6

Em relação às condições de saúde, o maior percentual de idosos era independente nas ABVD (92,8%), com dependência parcial nas AIVD (72,5%), maior participação nas AAVD (73,8%), sem indicativo de presença de sintomas depressivos (76,5%), com 5 ou mais morbidades (67,5%) e autopercepção de saúde negativa (54,5%)⁽⁶⁾.

A média do escore total de resiliência entre os idosos foi 78,06 pontos ($\pm 16,66$), para o sexo feminino, foi 76,32 ($\pm 17,57$), e para o masculino, 81,53 ($\pm 14,09$)⁽⁶⁾.

As variáveis que atenderam ao critério estabelecido ($p \leq 0,10$) e foram submetidas à análise da regressão linear múltipla foram: sexo, estado civil, arranjo de moradia, autopercepção de saúde, AIVD, AAVD, número de morbidades autorreferidas e indicativo de presença de sintomas depressivos (Tabela 2)⁽⁶⁾.

A Tabela 2⁽⁶⁾ apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde segundo escore de resiliência de idosos da comunidade.

Na regressão linear múltipla, as variáveis que associaram aos maiores escores de resiliência foram: sexo masculino, autopercepção de saúde positiva, maior participação nas AAVD, ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos e ter 0 a 4 de morbidades autorreferidas (Tabela 3)⁽⁶⁾.

Entre as idosas, as variáveis que atenderam ao critério estabelecido ($p \leq 0,10$) para análise da regressão linear múltipla foram: estado civil, arranjo de moradia, autopercepção de saúde, AIVD, AAVD e indicativo de presença de sintomas depressivos⁽⁶⁾.

As variáveis associadas aos maiores escores de resiliência entre as mulheres idosas foram: autopercepção de saúde positiva, maior participação nas AAVD e ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos (Tabela 4)⁽⁶⁾.

Tabela 2 – Análise comparativa do escore de resiliência com as variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Média	Desvio Padrão (±)	P
Sexo			
Masculino	81,53	14,09	0,000
Feminino	76,32	17,57	
Faixa etária (em anos)			
60 - 79 anos	77,99	17,01	
80 ou mais	78,27	15,38	0,846
Estado civil			
Com companheiro (a)	80,78	15,03	0,000
Sem companheiro (a)	76,10	17,50	
Escolaridade (em anos)			
Com escolaridade	78,33	16,82	0,301
Sem escolaridade	76,71	15,84	
Renda (em salário mínimo)			
<1	78,35	15,73	0,873
≥1	78,02	16,76	
Arranjo de moradia			
Acompanhado (a)	78,75	16,18	0,023
Só	74,99	18,42	
Autopercepção de saúde			
Positiva	82,80	14,12	0,000
Negativa	74,08	17,58	
ABVD			
Independente	78,18	16,71	0,422
Dependente	76,36	16,13	
AIVD			
Independente	82,46	14,17	0,000
Dependente total/parcial	76,42	17,22	
AAVD			
Maior participação	80,63	15,32	0,000
Menor participação	70,82	18,15	
Número de morbidades autorreferidas			
0 a 4	80,01	15,90	0,020
5 ou mais	77,11	16,95	
Indicativo de presença de sintomas depressivos			
Não	82,49	13,09	0,000
Sim	63,63	18,78	

Nota: ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária; AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária; AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária.

Tabela 3 – Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idoso da comunidade, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	β	P
Sexo masculino	0,096	0,004
Estado civil (com companheiro)	0,008	0,812
Arranjo de moradia (mora acompanhado)	0,052	0,122
Autopercepção de saúde positiva	0,124	0,000
Independência nas AIVD	0,045	0,155
Maior participação nas AAVD	0,122	0,000
Ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos	0,402	0,000
0 a 4 morbidades autorreferidas	-0,077	0,019

Nota: AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária; AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária.

Entre os homens idosos, as variáveis que atenderam ao critério estabelecido ($p \leq 0,10$) para análise da regressão linear foram: estado civil, escolaridade, arranjo de moradia, autopercepção de saúde, AIVD, AAVD, número de morbidades autorreferidas e indicativo de presença de sintomas depressivos. Associaram-se aos maiores escores de resiliência entre os homens idosos a maior participação nas AAVD e a ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos (Tabela 4)⁽⁶⁾.

Tabela 4 – Modelo final de regressão linear múltipla do escore de resiliência de idosos da comunidade, para o sexo feminino e masculino, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Fem. β	P	Masc. β	P
Estado civil (com companheiro)	0,003	0,930	0,073	0,309
Arranjo de moradia (mora acompanhado)	0,066	0,088	0,009	0,900
Autopercepção de saúde positiva	0,099	0,012	0,105	0,078
Independência nas AIVD	0,036	0,348	0,050	0,402
Maior participação nas AAVD	0,107	0,006	0,170	0,006
Ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos	0,446	0,000	0,242	0,000
Número de morbidades autorreferidas			0,043	0,460

Nota: AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária; AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária.

DISCUSSÃO

Pesquisas nacionais desenvolvidas entre idosos da comunidade também encontraram maior percentual do sexo feminino^(4,14) e da faixa etária de 60 |-|79⁽¹⁴⁾. Tais achados estão relacionados à feminização do envelhecimento, em que há maior concentração de mulheres a partir de 60 anos em relação aos homens^(6,14).

Semelhante a este estudo, a ausência de companheiro predominou em investigação com idosos atendidos em um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso no norte de Minas Gerais (83,0%)⁽¹⁵⁾. Esse dado denota a necessidade do profissional de saúde obter esta informação na prática clínica, somada ao arranjo de moradia, uma vez que pesquisas verificaram que idosos sem companheiros apresentam maior tendência à incapacidade funcional^(6,16).

Pesquisa de âmbito nacional com idosos da comunidade identificou que a maioria tinha pelo menos um ou mais anos de estudo⁽¹⁷⁾, o que corrobora a presente investigação. O baixo nível de escolaridade pode aumentar a vulnerabilidade do idoso no que se refere à compreensão das orientações do autocuidado em saúde, como o manuseio de medicamentos, seguimento de dietas, prescrições, dentre outros⁽¹⁸⁾. Nessa perspectiva, é mister que o profissional de saúde se certifique que as ações de educação em saúde estão sendo efetivas para os idosos e familiares.

Condizente com o perfil de idosos da comunidade de uma pesquisa realizada no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, a maioria possui ganho mensal maior ou igual a um salário mínimo^(6,19). A renda familiar é um determinante social que pode interferir na resiliência, uma vez que a condição socioeconômica tem relação com o estilo e a qualidade de vida dos indivíduos⁽¹⁹⁾.

Pesquisa verificou que idosos que dispõem do apoio familiar têm estrutura de enfrentamento melhor em relação aos que não têm⁽²⁰⁾. Laços familiares contribuem para o bem-estar dos indivíduos, além de possibilitarem permanecerem integrados aos seus contextos de vida. A demonstração de afetividade é essencial para que os idosos se sintam valorizados e vivam com dignidade⁽²⁰⁾.

Investigação conduzida em Unidade Básica de Saúde em Teresina, Piauí verificou o predomínio de idosos independentes para as ABVD, corroborando os achados dessa investigação^(6,16).

No âmbito da funcionalidade, resiliência tem sido associada à capacidade de se manter ativo e não desenvolver sintomas depressivos diante das adversidades⁽⁴⁾. A limitação funcional pode significar uma ameaça à vida ativa do idoso, tornando-se um fator de risco e diminuindo seu nível de bem-estar e satisfação⁽⁴⁾.

Estudo desenvolvido na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul com idosos da comunidade encontrou maior prevalência de idosos independentes (83,7%) em relação às AAVD, diferentemente do obtido nesta investigação⁽²¹⁾. A incapacidade para a realização de alguma dessas atividades, além de prejudicar a vida social do idoso, pode implicar transtornos para ele e sua família, que terá que mobilizar maior tempo, energia e recursos financeiros para prover as demandas que possam surgir^(4,6).

Semelhante ao encontrado em pesquisa com idosos da comunidade, a maior participação nas AAVD foi prevalente neste estudo⁽¹²⁾. As AAVD podem indicar boa saúde física e mental, e a redução na sua participação pode sugerir início de declínio funcional⁽¹²⁾. Diante disso, a enfermagem pode usar recursos, como grupos de convivência, para desenvolver habilidades na realização das atividades diárias ou melhorar a aptidão física desses idosos. Desenvolver oficinas que reproduzam cenas cotidianas pode ser uma estratégia útil ao enfermeiro para minimizar o declínio funcional^(6,22).

Estudo de base populacional realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, encontrou percentual de sintomas depressivos (15,2%)⁽²³⁾, semelhante aos achados nessa investigação⁽⁶⁾. Tais sintomas precisam ser identificados precocemente em idosos, uma vez que o entendimento do estado de saúde mental dos idosos pode contribuir no planejamento de políticas de atenção que visem um envelhecimento saudável⁽²³⁾.

Referente ao número de morbidades autorreferidas, dados semelhantes foram encontrados em outro estudo, em que a maioria dos idosos relatou possuir cinco ou mais doenças, o que pode influenciar de forma negativa a sua autoimagem e segurança⁽²⁴⁾. Nesse campo, a enfermagem pode intervir, abordando sobre hábitos de vida e escolhas saudáveis. A educação em saúde pode ser uma estratégia útil, sendo uma possibilidade de intervenção no autocuidado do idoso^(6,22).

Os achados deste estudo corroboram uma pesquisa de base populacional no norte de Minas Gerais, em que prevaleceram maiores percentuais de idosos com autopercepção de saúde negativa/regular (57,5%)⁽²⁵⁾. Investigação obteve que idosos que possuíam autopercepção de saúde negativa apresentam maior risco de mortalidade em comparação aos que relataram ter ótima saúde^(6,25). Tal achado reforça a necessidade de o enfermeiro identificar esta informação, junto ao idoso, visando compreender os aspectos que geram a autopercepção negativa para a intervenção em saúde.

O escore total de resiliência da presente investigação foi acima ao obtido com idosos da comunidade na Coreia (50,26)⁽²⁶⁾ e da China (57,91)⁽²⁷⁾. Já o escore de resiliência entre as idosas foi semelhante à pesquisa realizada em San Diego, Califórnia (75,7)⁽²⁷⁾, enquanto que, para os homens idosos da Coreia, foi abaixo (54,66)⁽²⁵⁾. A compreensão da resiliência permite trabalhar com as potencialidades das pessoas. Com isso, a enfermagem pode identificar aquilo que ela tem de latente, mas que não se manifestou, e, dessa forma, ajudá-la a descobrir essa potencialidade emergindo uma melhor possibilidade de enfrentamento⁽³⁾.

Assim, como nesta pesquisa, o maior escore de resiliência total foi associado ao sexo masculino em investigação conduzida na Coreia ($p < 0,001$)⁽²⁶⁾. Conforme o modelo culturalmente construído, ser homem é aprender a ter independência desde a infância, lidando com as dificuldades sem pedir auxílio⁽²⁴⁾. Este pode ser um dos fatores que ajuda a compreender o resultado obtido. Nesta perspectiva, o maior escore de resiliência entre os homens não advém somente das adversidades presentes no processo de envelhecimento, e sim permeando sua trajetória da vida⁽²⁷⁾. Nesse contexto, é necessário que o enfermeiro, durante sua prática profissional, seja sensível às questões sociais e culturais nas quais os idosos estão inseridos⁽²⁸⁾.

Neste estudo, idosos com menor número de morbidade se associaram a maiores escores de resiliência⁽⁶⁾. A convivência com morbidades requer comportamentos adaptativos, além de acesso à toda informação necessária para seu manejo satisfatório. Dessa forma, atua como uma adversidade, e como tal, evoca mecanismos de resiliência no processo de adoecimento enfrentado pelas pessoas⁽²⁹⁾.

Neste estudo, a autopercepção de saúde positiva esteve associada ao melhor escore de resiliência total e do sexo feminino. Frente aos cuidados com a própria saúde, as mulheres são mais proativas que os homens. Ser homem, culturalmente, está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com a demonstração de fraqueza representada pela procura aos serviços de saúde^(6,28). Isso reflete na autopercepção de saúde masculina, o que, conseqüentemente, também impacta de forma distinta na resiliência⁽²⁸⁾. A mulher, ao contrário, tende a procurar os serviços de saúde regularmente, inclusive para medidas preventivas, sentindo-se corresponsável em prevenir o aparecimento, progressão ou agravamento de alguma doença, o que pode aumentar a autopercepção de saúde positiva^(6,30).

Em uma investigação realizada com idosos da comunidade em Ermelino Matarazzo, São Paulo, foi verificado que as mulheres tendem a apresentar maior participação nas AAVD de forma semelhante ao encontrado neste estudo⁽¹¹⁾. As AAVD constituem um conjunto de atividades de lazer realizadas no tempo livre, independentes do trabalho, capazes de promover o companheirismo e socialização^(6,11).

O maior escore de resiliência foi associada ao sexo masculino, autopercepção positiva de saúde, maior participação nas AAVD, ausência do indicativo de depressão e ter de 0 a 4 de doenças autorreferidas. Dessa forma, as AAVD podem ser percebidas como uma influência positiva no contexto das adversidades, favorecendo a resiliência⁽⁶⁾.

Limitações do estudo

Apesar de a escala de Connor Davidson ser amplamente utilizada, existe escassez de estudos realizados exclusivamente com indivíduos idosos.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Reconhecer a contribuição da resiliência para a mudança de paradigma em ciências da saúde, deslocando a atenção na

doença para as potencialidades da pessoa, pode ajudar a encontrar respostas de enfrentamento⁽⁶⁾. Assim, a resiliência pode ser promotora das potencialidades humanas, contribuindo na práxis da enfermagem através dos programas de educação e promoção da saúde frente a esse grupo etário⁽³¹⁾. Além disso, compreender a resiliência ao longo do curso da vida poderá ser importante nos próximos anos para o desenvolvimento de políticas de saúde relacionadas às múltiplas dimensões do processo de envelhecimento⁽³²⁾.

CONCLUSÃO

A média do escore de resiliência foi 78,06, sendo 76,32 para o sexo feminino e 81,53 para o masculino. Os maiores escores de resiliência tanto para as mulheres quanto para os homens foram associados à maior participação nas AAVD e ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos. Contudo, para as mulheres idosas, as maiores escores de resiliência associaram também à autopercepção de saúde positiva⁽⁶⁾.

Os resultados deste estudo indicam a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção preventivas específicas a cada

sexo⁽⁶⁾. Assim, os profissionais de saúde, desde a avaliação inicial do idoso, poderão incluir em seu plano de cuidados, fatores que colaborem para a promoção de características resilientes. As atividades educativas, pautadas no estímulo a autonomia, autocuidado e autoestima, possibilitam melhores condições de adaptação do idoso frente às condições adversas e ao envelhecimento. Além disso, a identificação dos fatores associados à resiliência subsidia novos estudos de planejamento e implementação, favorecendo o estímulo ou desenvolvimento de resiliência para enfrentar o novo contexto de vida no qual os idosos estão inseridos⁽⁶⁾.

FOMENTO

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

AGRADECIMENTO

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Fontes AP, Neri AL. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. *Ciê Saúde Colet*. 2019;24:1265-76. doi: 10.1590/1413-81232018244.05502017
2. Santos MM, Araújo CLO. Perfil de idosas resilientes que participam de Centros de Convivência no Vale do Paraíba. *Rev Kairos*. 2015;18(1):391-404. doi:10.23925/2176-901X.2015v18i1p391-404
3. Silva LWS, Silva DMG, Silva DS, Lodovici FMM. A resiliência como constructo à práxis da Enfermagem: inquietações reflexivas. *Rev Kairos*. 2015;18(4):101-15. doi: 10.23925/2176-901X.2015v18i4p101-115
4. Fontes AP, Fattori A, D'Elboux MJ, Guariento ME. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):7-17. doi: 10.1590/1809-9823.2015.13201
5. Solano JPC, Bracher ESB, Faisal-Cury A, Ashmawi HA, Carmona MJC, Lotufo Neto F, et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *Sao Paulo Med J*. 2016; 134(5):400-6. doi: 10.1590 / 1516-3180.2015.02290512
6. Rodrigues FR. Fatores relacionados à resiliência entre idosos [Dissertação]. Uberaba (Brasil): Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2018. 94 p.
7. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Aug 12]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [cited 2019 Jul 12]. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
9. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001
10. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010
11. Santos RL, Virtuoso Jr JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008;21(4):290-6. doi: 10.5020/18061230.2008.p290
12. Ribeiro LHM, Neri AL. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciê Saúde Colet*. 2012;17(8):2169-80. doi:10.1590/S1413-81232012000800027
13. Oliveira EMD, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST, et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico USF*. 2015;20(1):109-20. doi: 10.1590/1413-82712015200110
14. Pinto Jr EP, Silva IT, Vilela ABA, Casotti CA, Pinto FJM, Silva MGC. Functional dependency and associated factor in elderly living with relatives. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(4):404-12. doi: 10.1590/1414-462X201600040229

15. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa, FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):780-5. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0633
16. Pereira LC, Figueiredo MDLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):112-8. doi:10.1590/0034-7167-2016-0046
17. Silva MMA, Mambriini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Públ.* 2017;51(1 Suppl):1-10. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051000243
18. Agne T, Lorenzatto LB, BusatoMA, Lutinski JA. Vulnerabilidades e risco em saúde: percepção dos idosos. *Cinergis.* 2016;18(1):29-34. doi: 10.17058/cinergis.v18i1.8122
19. Gross CB, Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Berlezi EM. Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(2):209-16. doi: 10.1590/1982-0194201800030
20. Lima PV, Valença TDC, Reis LA. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. *Rev Bras Pesqui Saúde [Internet].* 2017 [cited 2019 Jul 12];17(2):96-101. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6082>
21. Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(4):643-52. doi: 10.1590/1809-98232016019.150156
22. Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: etnoenfermagem. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3). doi: 10.5935/1414-8145.20160064
23. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciê Saúde Colet.* 2016;21:3575-84. doi: 10.1590/1413-812320152111.19552015
24. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiol Serv Saude.* 2017;26(2):295-304. doi: 10.5123/S1679-49742017000200007
25. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil. *Ciê Saúde Colet.* 2016;21(11):3377-86. doi: 10.1590/1413-812320152111.18752015
26. You S, Park M. Resilience protected against suicidal behavior for men but not women in a community sample of older adults in Korea. *Frontiers Psychol.* 2017;8:401. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00401
27. Lu C, Yuana L, Lin W, Zhou Y, Pan S. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;71:34-42. doi: 10.1016/j.archger.2017.02.011
28. Pinto BK, Muniz RM, Schwartz E, Budó MLD, Heck RM, Lange C. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):942-48. doi: 10.1590/0034-7167.2014670612
29. Lemos CMM, Moraes DW, Pellanda LC. Resiliência em Pacientes Portadores de Cardiopatia Isquêmica. *Arq Bras Cardiol.* 2016;106(2):130-5. doi: 10.5935/abc.20160012
30. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciê Saúde Colet.* 2014;19:1263-74. doi: 10.1590/1413-81232014194.01242013
31. Santos LG et al. Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27. doi: 10.1590/1518-8345.3133.3212
32. Lemes MR, Alves LCCB, Yamaguchi MU. Level of resilience in the elderly according to the Connor-Davidson scale: a systematic review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(3). doi: 10.1590/1981-22562019022.180209