

Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*)

Resilience, according to the paradigm of the development along the life (life-span)

Arlete Portella Fontes

Resumo

Resiliência, dentro da abordagem do desenvolvimento ao longo da vida, refere-se à capacidade de recuperação e manutenção do comportamento adaptativo quando a pessoa se sente ameaçada por algum evento estressante (Staudinger, Marsiske e Baltes, 1995). Apesar de as perdas tornarem-se mais prováveis do que os ganhos evolutivos, os idosos podem apresentar considerável estabilidade, autoestima, competência, autoeficácia, qualidade de vida subjetiva. A resiliência apoia-se em recursos protetores atuantes ao longo da vida: mecanismos de autorregulação do *self*, autoeficácia, regulação emocional, mecanismos de enfrentamento do estresse, estratégias de seleção, otimização e compensação dos domínios do funcionamento humano. Ao final do artigo, sugerem-se intervenções para aumentar a resiliência dos idosos.

Palavras-chave: Resiliência; *Life-span*; Fatores de vulnerabilidade; Fatores de proteção.

Abstract

Resilience, in the approach of the development along the life, refers to the capacity of recovering and maintenance of the adaptive behavior when the person feels threatened by any distressing event (Staudinger, Marsiske and Baltes, 1995). Although the losses become more likely than the developed gains, the aged people can present considerable stability, self-esteem, competence, self-efficacy, subjective quality of life. The resilience is based on active protecting resources along the life: mechanisms of self-regulation, self-efficacy, emotional regulation, mechanisms of stress coping, selection strategies, optimization and compensation of the domains of human functioning. At the end of the article, interventions to increase the resilience of the aged are suggested.

Keywords: Resilience; *Life-span*; Protective factors.

1. Introdução

O paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*) caracteriza o desenvolvimento por: 1. Atuar como um processo multidirecional e multidimensional, incluindo aspectos genético-biológicos e sócio-culturais, 2. Equilíbrio entre ganhos e perdas, implicando em mudança adaptativa constante, envolvendo considerável variabilidade intra-individual, 3. Alocação de recursos diferenciada ao longo da vida: desenvolvimento na infância, manutenção na idade adulta, regulação e manejo de perdas na velhice, 4. Atuação sistêmica de mecanismos de seleção, otimização e compensação das perdas, visando produzir um desenvolvimento bem-sucedido ou adaptativo (Staudinger, Marsiske e Baltes, 1995; Baltes e Smith, 2003; Neri, 2006).

Do ponto de vista psicológico, a resiliência tem sido associada a diferentes recursos pessoais, que levariam a comportamentos adaptativos, atuando como protetores diante da adversidade, entre eles, autoeficácia, autoestima e capacidade para resolver problemas (Rutter, 1987). Tem sido associada ainda à satisfação com a vida, ao manejo de estresse, aos baixos níveis de depressão, à melhor saúde e a comportamentos promotores de saúde (Wagnild, 2003). O conceito pode ser comparado a um guarda-chuva sob o qual se abrigariam recursos como autoestima, controle pessoal e competência (Windle, Markland e Woods, 2008).

No modelo *life-span*, a resiliência é influenciada por específicas coortes e estágios ao longo da vida, determinando diferentes trajetórias de vida (Baltes, Lindenberger e Staudinger, *apud* Ungar e Lerner, 2008). Neste sentido, a pobreza é provavelmente experimentada como uma adversidade cumulativa ao longo da vida, enquanto a doença ou a perda de familiares são experimentadas como adversidades na velhice.

2. O que é resiliência?

Resiliência integra conceitos assemelhados como capacidade de reserva e plasticidade (Staudinger, Marsiske e Baltes, 1995). A *plasticidade* é vista como qualquer mudança na capacidade adaptativa do organismo, incluindo aumento, diminuição ou manutenção de determinada capacidade. A resiliência comporta um tipo de plasticidade relacionada ao potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal. Já *capacidade de reserva* inclui fatores e recursos que direcionam o crescimento para além do nível de funcionamento normal, enquanto que

a resiliência, como capacidade de reserva, diz respeito aos recursos latentes que podem ser ativados, referindo-se apenas à manutenção ou à recuperação dos níveis normais de adaptação.

Segundo Bandura (1997), o termo “capacidade de reserva” deriva de uma conotação biológica, segundo a qual todos os organismos mostram um declínio após um pico de desempenho máximo, mantendo a capacidade de homeostase, embora diminuída, após atingir este ponto de culminância e desenvolvimento. Na psicologia, o termo capacidade de reserva é predominantemente cognitivo, referindo-se à inteligência, às competências da vida diária, à resolução de problemas sociais, aos conhecimentos especializados e ao autoconhecimento.

Resiliência e capacidade de reserva são termos que algumas vezes se confundem. Ainda que resiliência caminhe entre o desenvolvimento normal e o patológico e possa significar, em determinadas situações, a ativação de capacidades de reserva, Staudinger *et al.* (1995) consideram que os conceitos devam estar separados, entendendo resiliência como capacidade de manutenção do desenvolvimento normal, a despeito da presença de riscos e ameaças.

Na velhice, ocorre a diminuição da capacidade de reserva, podendo ser lenta ou abrupta, dependendo de eventos fisiológicos que possam determinar maiores ou menores perdas neuronais (Bandura, 1997). No entanto, é possível utilizar reservas para evitar os efeitos negativos ou patológicos causados pelo envelhecimento (Staudinger *et al.*, 1995).

Resiliência não é considerada um traço, podendo mudar em função das transações com o meio e desafios específicos. O grau de resiliência de um indivíduo é função de fatores protetores que modificam a resposta do indivíduo a alguma circunstância ambiental (Lopes, 2005). São exemplos desses fatores saúde, competências comportamentais, recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, enfrentamento do estresse) e recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais).

Outro ponto relevante a ser apontado é que resiliência não se relaciona, necessariamente, ao poder aquisitivo. Muitas pessoas, apesar das condições desfavoráveis na vida, são capazes de superar a adversidade e exercerem papéis produtivos. Ao comparar resiliência com envelhecimento bem-sucedido, Wagnild (2003) explica a resiliência pela presença de estressores, como viuvez, educação e

saúde deficientes, não necessariamente sendo ela menor em grupos com baixo rendimento.

3. Fatores de vulnerabilidade *versus* fatores de proteção

A pesquisa sobre resiliência identifica fatores de vulnerabilidade, referindo-se àqueles que intensificam o risco e fatores de proteção, designando aqueles que modificam em uma direção positiva os efeitos do risco (Luthar, Sawyer e Brown, 2006). Em idosos frágeis, características como anorexia, sarcopenia, osteoporose, fadiga, risco de quedas e saúde física frágil, podem deixá-los mais vulneráveis à incapacidade, dependência, necessidade de cuidados ao longo prazo e morte. No âmbito do estresse, os idosos são mais propensos a estressores como problemas de saúde, doenças crônicas, perda de amigos ou familiares, questões intrapsíquicas, relativas à finitude (Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro III, 1996; Fortes-Burgos e Neri, 2008), eventos de vida normativos como a aposentadoria, onde ocorre perda de papéis relevantes, aborrecimentos da vida diária (vizinhos, manejo da casa, trânsito, mudanças tecnológicas) (Fortes e Neri, 2004), a exposição às situações traumáticas como assaltos e sequestros, situações frequentes na vida moderna.

A seguir, estão elencados os recursos de proteção desenvolvidos ao longo da vida.

3.1 Mecanismos de autorregulação do *self*

Dentro da abordagem *life-span*, a resiliência psicológica é associada à presença de mecanismos de autorregulação do *self*, aprendidos ao longo da vida, podendo variar de indivíduo para indivíduo, conforme a exposição a diferentes condições de saúde, inteligência e personalidade (Neri, 2006; Freire, 2006).

Dentre os mecanismos autorreguladores do *self* incluem-se a capacidade de estabelecer metas, o ajustamento dos níveis de aspiração por meio de comparações sociais, o desenvolvimento de múltiplos *selves* ou múltiplos papéis, a revisão de vida, as crenças de autoeficácia, a regulação emocional e os mecanismos de enfrentamento do estresse, dentre outros (Staudinger *et al.*, 1995; Freire, 2006).

Tais mecanismos mostram grande estabilidade e pode-se dizer que há algum nível de aumento durante a velhice, podendo ser vistos como mecanismos adaptativos e compensatórios diante de perdas inerentes ao envelhecimento. Por exemplo, o desenvolvimento de múltiplos *selves* refere-se à capacidade de envolvimento em diferentes identidades e papéis sociais que possam proporcionar diversidade de

contatos, experiências e significados, principalmente, quando um dos papéis acha-se limitado ou empobrecido. Um exemplo é a viuvez na qual o idoso pode atuar em outros papéis como avô, vizinho ou membro da igreja.

3.2 Autonomia e bem-estar

Apesar de a velhice ter sido associada a perdas da capacidade física e cognitiva, fatores psicossociais e funcionais, como o bem-estar e a autonomia, são tidos como importantes preditores de incapacidade e doença, tendo uma atuação mais significativa que os fatores clínicos ou demográficos em relação ao envelhecimento bem-sucedido, associado à resiliência (Hardy, Concato e Gill, 2004).

Um estudo dos japoneses centenários identificou nove fatores relacionados à autonomia: atividades da vida diária preservadas, bom *status* social e cognitivo, exercício regular, acordar espontaneamente de manhã, mastigação preservada, não ser usuário de bebida alcoólica, não apresentar nenhuma queda severa depois dos 95 anos, ingestão frequente de proteínas, viver em casa e ser homem (Strandberg e Pitkälä, 2007).

Em outro estudo, foi avaliada a relação entre resiliência diante de eventos estressantes e fatores psicossociais em idosos de uma comunidade, não incapacitados, com mais de 70 anos. Hardy *et al.* (2004) encontraram resiliência associada à independência nas atividades de vida diária, boa a excelente saúde percebida e poucos sintomas depressivos. A resiliência foi definida pelos autores como pequena diminuição dos efeitos iniciais do evento estressante, rápida recuperação e diminuição das consequências negativas de longo prazo.

3.3 Crenças de autoeficácia

As crenças de autoeficácia, no contexto da teoria social cognitiva, são consideradas como aquelas que as pessoas têm em sua própria capacidade de organizar e executar um determinado curso de ação para produzir um determinado resultado (Bandura, 1997).

As crenças na capacidade de exercer controle sobre aquilo que afeta as pessoas são fortes preditores do nível de realizações que os indivíduos atingem e afetam processos cognitivos, afetivos e de seleção, ou seja, como as pessoas pensam, sentem e se motivam, inclusive para o enfrentamento dos estressores e o manejo do ambiente social e físico (Bandura, 1993).

Imuta, Yasumura, Abe e Fukao (2004), estudando idosos fragilizados no Japão, apontam que sua autoeficácia é mais baixa e pior é a saúde percebida em relação aos idosos independentes. Os idosos que se locomovem fora de casa sentem-se mais autoeficazes e socialmente ativos, menos incapacitados e depressivos do que aqueles que saem com menor frequência (Kono, Kai, Shakato e Rubenstein, 2004).

As crenças de autoeficácia afetam também a quantidade de estresse e depressão que as pessoas podem experimentar, especialmente quando afetadas pela severidade e cronicidade das doenças (Bandura, 1993, 1997, 2001). Os idosos autoeficazes nos cuidados em relação à doença, além de melhorarem a qualidade de saúde e reduzirem a necessidade de serviços médicos, utilizam melhor estratégias de enfrentamento.

Crenças na eficácia pessoal ocupam um papel regulatório central na prevenção da saúde e no desenvolvimento de comportamentos resilientes para lidar com a vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas idosas.

3.4. Regulação emocional, seletividade socioemocional e otimismo

As vantagens relacionadas à idade em relação à regulação emocional podem ser um dos componentes centrais da resiliência (Kessler e Staudinger, 2009). Refletem-se na maior capacidade de adequar-se à intensidade dos eventos, integração cognitiva e afetiva, mecanismos de defesa mais maduros, uso de estratégias pró-ativas de enfrentamento e satisfação com a vida (Neri, 2006).

Segundo a teoria da seletividade socioemocional, os idosos tornam-se seletivos em relação aos seus relacionamentos socioemocionais, evitando envolver-se em muitas relações, priorizando vínculos que signifiquem proximidade afetiva, promovendo o bem-estar subjetivo (Carstensen, 1995; Charles e Carstensen, 2010).

O bem-estar emocional pode ser conceituado em termos de felicidade, satisfação com a vida, equilíbrio entre experiências positivas e negativas, sendo a velhice associada a baixos níveis de afeto negativo, ansiedade, depressão maior e aumento da satisfação com a vida e níveis estáveis de afeto positivo (Charles e Carstensen, 2010). Quando ocorrem decréscimos em relação ao bem-estar, estes geralmente ocorrem depois dos 60 anos e em pequena magnitude. Diante de tensões interpessoais inevitáveis e de situações estressantes, os idosos assumem posturas mais acomodativas, deixando a situação passar. Altos e baixos níveis de afetos negativos e

positivos decrescem a partir da meia-idade, é o que mostra pesquisa realizada com uma amostra de 277 participantes entre 20 e 80 anos (Kessler e Staudinger, 2009).

Jopp e Rott (2006), no *Heidelberg Centenarian Study*, investigaram os efeitos de recursos básicos como cognição, saúde, rede social, extroversão e crenças de autoeficácia e otimismo em relação à felicidade e ao bem-estar (idosos centenários de 99 a 110 anos, maioria mulheres, 50% institucionalizados, saúde e cognição fortemente debilitadas). Os resultados indicaram que os idosos sentiam-se felizes apesar das limitações físicas e cognitivas impostas pelo envelhecimento e os recursos básicos parecem não ter efeitos diretos sobre o bem-estar. Já as crenças de autoeficácia e o otimismo contribuem para atenuar o impacto das perdas, atuando como recursos protetores do envelhecimento.

No entanto, quando colocado diante de altos níveis de estresse, observa-se a redução da flexibilidade do idoso, o que prolonga a experiência emocional negativa. Segundo Charles e Carstensen (2010), embora o idoso apresente um funcionamento socioemocional igual ou superior ao de adultos jovens, há circunstâncias nas quais ele fica impossibilitado de empregar estratégias efetivas. São elas: comprometimento cognitivo que impeça o uso de estratégias cognitivas, presença de doenças crônicas e experiência de perda de familiares e amigos, frequentemente associadas à depressão. Com relação às doenças crônicas, um idoso pode registrar o mesmo nível de afeto negativo que um adulto jovem, sem doença crônica, porém esta vantagem desaparece diante de altos níveis de estresse.

3.5 Mecanismos de enfrentamento do estresse

As abordagens *life-span* e do estresse abarcam conceitos como transição, agência e coorte (Pearlim, 2009). No enfrentamento do estresse, tais conceitos tornam-se críticos, em especial o de agência, referindo-se às diferentes decisões e ações que alguém pode tomar visando dirigir sua trajetória de vida, em especial, diante de adversidades presentes no percurso de vida (Bandura, 1997).

Nesse sentido, os idosos utilizam um enfrentamento mais acomodativo em relação a situações estressantes do que o confronto, apresentando maior flexibilidade frente ao fracasso e à adversidade, quando comparados com adultos jovens (Staudinger *et al.*, 1995). O enfrentamento acomodativo funciona como fator regulador de perdas inerentes ao envelhecimento. Os idosos enfrentam diretamente os problemas tanto quanto se esquivam, sentem-se menos responsáveis por eles,

aprendem a diferenciar estressores controláveis dos incontrolláveis (Aldwin e Gilmer, 2003).

Os idosos utilizam, ainda, o enfrentamento pró-ativo. Este refere-se ao uso de estratégias de prevenção ou minimização do efeito de futuros estressores, apoiando-se em recursos acumulados ao longo da vida com o objetivo de tornar-se resiliente (Aspinwall e Taylor, 1997). Prevenir-se em relação a futuros estressores pode fazer com que os idosos não se desvinculem de objetivos importantes, podendo envolver-se em programas de intervenção para o desenvolvimento de competências de enfrentamento de tais estressores. Por exemplo, um idoso que venha apresentando perdas de memória pode engajar-se em atividades para treino de memória, como uma forma de mantê-la ativa (Owehand, Ridder e Bensing, 2007).

O enfrentamento de estressores pelos idosos está relacionado ao desenvolvimento de habilidades de autorregulação, que proporcionam meios de se recuperar após perdas e traumas, ao lado de capacidades como as de simbolizar, planejar estratégias alternativas (antecipar), aprender com experiências vicárias (observando outros), autorreflexão (atribuir significados às próprias ações), auto-observação e automonitoramento (Bandura, 1997; Bandura, 2001; Pajares, 2002).

3.6 O modelo Seleção, Otimização e Compensação (SOC)

O modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido pressupõe, ao longo da vida, a utilização de estratégias de seleção, compensação e otimização em relação aos diversos domínios do funcionamento humano, como meios para equilibrar limites e potencialidades, decorrentes do envelhecimento, contribuindo para aumentar a resiliência (Baltes e Baltes, 1990).

As estratégias de seleção destinadas a dar direção ao comportamento atuam para ajudar a definir quais especialidades individualizadas e específicas devem ser mantidas durante o envelhecimento (Baltes e Heydens-Gahir, 2003). Por exemplo, o indivíduo pode ser forçado a mudar determinado objetivo, em função da perda de um recurso interno (audição) ou externo (dinheiro). O uso de aparelhos auditivos, óculos, agendas, calendários é visto como compensação das perdas.

Quando o idoso se depara com a diminuição de determinada performance em dada área de conhecimento pode lançar mão das estratégias de otimização, que envolvem o refinamento de recursos para alcançar objetivos de vida. Desse modo, ex- atletas e bailarinos podem se tornar treinadores e professores de dança,

respectivamente. A capacidade de se manter produtivo na velhice, exercendo funções de mentoria, aconselhamento, e consultoria, também pode ser vista como uma estratégia de otimização.

4 Aumentando a resiliência

As relações sociais podem ser vistas como importante fator de proteção na velhice, facilitando a resiliência. Fuller-Iglesias, Sellars e Antonucci (2008) examinaram dois tipos de determinantes sociais: o tamanho da rede social e o impacto das relações conjugais sobre idosos com mais de 65 anos, que tinham experienciado seis ou mais eventos de vida negativos nos últimos doze anos. As redes sociais maiores e a qualidade das relações conjugais foram associadas aos poucos sintomas depressivos e à maior satisfação com a vida.

Dentro do modelo anteriormente apresentado por Staudinger *et al.* (1995), a resiliência pode ser suportada pela capacidade de reserva, mas pode, também, ser instaurada por meio de intervenções e desenvolvimento, o que abre uma janela para a instauração de programas de desenvolvimento em diferentes áreas do funcionamento humano: cognição, emoção, afetividade e motivação, envolvendo a mobilização de recursos internos e externos.

Neste sentido, os modelos de envelhecimento bem-sucedido podem oferecer diversidade de mecanismos e estratégias visando aumentar a capacidade de resiliência dos idosos. Tais modelos têm recebido críticas porque associam a possibilidade de envelhecer bem à disponibilidade de recursos sociais e de saúde. Apesar disso, oferecem ampla gama de possibilidades de desenvolvimento da capacidade de recuperação das adversidades da vida.

Kahana E., Kahana B. e Kercher (2003) apresentam um modelo de envelhecimento bem-sucedido baseado na pró-atividade corretiva e preventiva como possibilidades para incluir idosos com disfuncionalidade. Neste modelo, os idosos são agentes que se engajam em atividades preventivas e corretivas visando aumentar sua qualidade de vida através da utilização de recursos internos (por exemplo, otimismo, altruísmo) e recursos externos (financeiros, sociais e ajuda tecnológica). Os recursos sociais incluem acesso à família e aos amigos que possam oferecer ajuda.

O modelo inclui, além de estratégias tradicionais como os cuidados com a saúde (exercício físico, controle de peso, não tabagismo), o suporte social (familiares e amigos), o planejamento do futuro e a substituição e engajamento em novos papéis,

também estratégias pró-ativas como uso de tecnologia (internet e saúde), acesso aos recursos de saúde, autodesenvolvimento, educação e espiritualidade.

Outra opção para aumentar a capacidade de resiliência, segundo a teoria social cognitiva, é o desenvolvimento de habilidades autorreguladoras que contribuem para aumentar a eficácia pessoal e podem impactar níveis de tensão física e psicológica provocados pelo estresse (Bandura, 1997). Além das habilidades autorregulatórias como automonitoramento, avaliação de autoeficácia, delimitação de objetivos, auto-incentivo específico, tomada de decisões, análise e solução de problemas (Bandura, 1997, 2001), incluem-se competências emocionais como empatia, comunicação, colaboração, cooperação, entre outras (Fontes, 2006). O incremento dessas habilidades pode contribuir para atuação preventiva em relação ao estresse, em especial, daquele advindo de doenças crônicas ou incapacitantes como diabetes e hipertensão.

Como exemplo de um modelo de desenvolvimento de programas para o desenvolvimento de crenças de autoeficácia menciona-se um programa de desenvolvimento de autoeficácia para idosos hipertensos, que teve como objetivo desenvolver crenças de autoeficácia em relação ao autocuidado no controle de hipertensão e à adesão ao tratamento, priorizando o desenvolvimento de habilidades como consciência do funcionamento corporal e de si mesmo, controle do estresse e da ansiedade, hábitos e estilos saudáveis (alimentação, atividades físicas e desenvolvimento de relações sociais).

5 Considerações finais

Ao darmos ênfase à capacidade de recuperação diante de situações adversas enfrentadas pelos idosos, desconstruímos um mito do declínio uniforme na idade avançada, característico das concepções biológicas. Muitas pessoas podem navegar bem através dos anos.

Acreditamos que as perdas na capacidade da reserva biológica podem ser compensadas com ganhos na resiliência psicológica, sendo possível alocar reservas para evitar efeitos negativos ou patológicos causados pelo envelhecimento. Esta visão não significa, porém, uma crença ilimitada e onipotente na capacidade de recuperação. Em contrapartida à resiliência, a finitude, como condição inerente ao envelhecimento, traz questões próprias que merecem atenção e pesquisa.

Referências

- ALDWIN, C. M.; SUTTON, K. J.; CHIARA, G.; SPIRO III, A. (1996) Age differences in Stress, Coping and Appraisal: Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51 B (4): 179.
- ALDWIN, C. M. e GILMER, D. F. (2003) *Health, illness, and optimal aging: Biological and Psychosocial Perspectives*, USA: Sage Publications, 279-82.
- ASPINWALL, L. G. e TAYLOR, S. E. (1997) A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-36.
- BALTES, P. B. e BALTS, M. M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P. B. e BALTES, M. M.(orgs.) *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*. New York, Cambridge University Press.
- BALTES, P.B. e SMITH J. (2003) New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontologist*, 49:123-35.
- BALTES, P. B. e HEYDENS-GAHR, H. A. (2003) Reduction of work-family conflict through the use of selection, optimization, and compensation behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1005-18.
- BANDURA, A. (1993) Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-48.
- BANDURA, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- BANDURA, A. (2001) Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviews Psychology*, 52, 1-26.
- Carstensen, L. L. (1995) Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: Neri, A. L. (org.) *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Papirus.
- CHARLES, S.T. e CARSTENSEN, L. L. (2010) Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61: 383-409.
- FONTES, A. P. (2006) *O enfrentamento do estresse na idade adulta*. Dissertação de mestrado (Gerontologia). Campinas: UNICAMP.
- FORTES-BURGOS, A. C. G. e NERI, A. L. (2004) Eventos de vida e envelhecimento humano. In: Neri, A.L. e Yassuda, M.S. (orgs.) *Velhice bem-sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus, 51-70.
- FORTES-BURGOS, A. C. G. e NERI, A. L. (2008) Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento*, Passo Fundo, v.5, n.º 1, jan-jun, 103-14.
- FREIRE, S.A. (2006) A personalidade na velhice: Estabilidade e Mudança. In: Freitas, E. V. de; Py L.; Caçado, F.A.X.; Doll, J.; Gorzoni, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1260-5.
- FULLER-IGLESIAS, H.; SELLARS, B. e ANTONUCCI, T. C. (2008) Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor. *Research in Human Development*, 5(3), 181-93.

- HARDY, S. E.; CONCATO, J. e GILL, T. M. (2004) Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 252-7.
- IMUTA H.; YASUMURA, S., ABE, H.; FUKAO, A. (2001) Prevalence and Psychosocial characteristics of the frail elderly in Japan: a community-based study. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 13 (6), 443-53.
- JOPP, D. e ROTT, C. (2006) Adaptation in Very Old Age: Exploring the Role of Resources, Beliefs, and Attitudes for Centenarians' Happiness. *Psychology and Aging*, American Psychological Association, 21(2), June, 266–80.
- KAHANA, E.; KAHANA, B. e KERCHER, K. (2003) Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-80.
- KESSLER, E.M. e STAUDINGER, U. M. (2009) Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and Aging*, 24(2), Jun, 349-62.
- KONO, A.; KAI, I., SHAKATO, C.; RUBENSTEIN, L.Z. (2004) Frequency of going outdoors: a predictor of functional and psychosocial change among ambulatory frail elders living at home. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59 A (3), 275-80.
- LOPES, E. S. L. (2005) Resiliência. In: NERI, A. L. (org.) *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 178-81.
- LUTHAR, S.S. e BROWN, P.J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Dev Psychopathol.*, 19(3): 931–55.
- NERI, A. L. (2006) Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E. V. de; PY L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 58-77.
- OUWEHAND, C.; RIDDER, D. T. D. e BENSING, J. M. (2007) A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important strategy. *Clinical Psychology Review*, vol. 27, n.º 8, 873-84.
- PAJARES, F. (2002) *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Disponível em: <<http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>>. Acesso em: outubro de 2008.
- PEARLIN, L. (2010) The Life Course and the Stress Process: Some Conceptual Comparisons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65(2), 207-15.
- RUTTER, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-31.
- STAUDINGER, U. M.; MARSISKE, M. e BALTES, P. B. (1995) Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria do curso de vida. Trad.: Anita Liberalesso Neri e Lucila L. Goldstein de Staudinger. In: NERI, A. L. (org.) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papyrus, 195-228.
- STRANDBERG, T. E e PITKÄLÄ, K. H. (2007) Fragility. *The Lancet*; Apr 21-27, Health Module.

UNGAR, M.; LERNER, R.M. (2008) Introduction to a Special Issue of Research in Human Development: Resilience and Positive Development across the Life-Span: View of the Issue. *Research in Human Development*, 5(31), 135-8.

WAGNILD, G. (2003) Resilience and Successful Aging: Comparison Among Low and High Income Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*; 29 (12).

WINDLE, G.; MARKLAND, D.A. e WOODS, R. T. (2008) Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging of Mental Health*, 12(3), May, 285-92.

Arlete Portella Fontes - Psicóloga Clínica e Organizacional e do Trabalho (PUCC), Mestre em Gerontologia (UNICAMP, 2006), Analista Bioenergética (*International Institute Bioenergetic Analysis, 2004*) e Psicodramatista. Atua em psicoterapia, *coaching* e desenvolvimento de equipes. Membro voluntário do Ambulatório de Geriatria (Unicamp). Interesses de pesquisa: saúde mental e trabalho, enfrentamento do estresse na idade adulta, resiliência e envelhecimento.

Contato: arletefontes@gmail.com. www.psicoterapiaesaude.com.br

Recebido em 30/05/2010

Aceite Final em 20/06/2010