



*Artigo  
da capa*

## **Resiliência psicológica na velhice em tempos adversos**

[Artigo 1, páginas de 8 a 30]





### **Anita Liberalesso Neri**

*Psicóloga, doutora em psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), livre docente e professora titular pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), docente colaboradora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) e professora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.*  
[geronto@unicamp.br](mailto:geronto@unicamp.br); [anitalbn@uol.com.br](mailto:anitalbn@uol.com.br)

**RESUMO**

A resiliência psicológica é definida como um conjunto de recursos pessoais que contribuem para a adaptação positiva na presença dos riscos e das perdas da velhice e das vantagens e desvantagens acumulados ao longo da vida, atuando como capacidade de reserva e recurso de plasticidade. Estratégias de enfrentamento e seleção, otimização e compensação, bem-estar subjetivo e bem-estar eudaimônico integram o conjunto de recursos psicossociais dos idosos que, em interação com os recursos sociais, medeiam a relação entre riscos e perdas – também chamados de traumas, eventos de vida estressantes, pequenos aborrecimentos da vida cotidiana e tensão crônica de papéis sociais – e adaptação. Esta é definida como capacidade de superação e recuperação das adversidades e como tendência ao florescimento a partir da convivência com elas. O texto define os termos e exemplifica-os com dados de literatura, da experiência clínica e da convivência dos idosos e da sociedade com os determinantes e as consequências deletérias da pandemia de Sars-Cov-2. Sugere cautela com a noção de resiliência como condição inerente ao idoso, que terá que dar conta, sozinho, dos desafios pelos quais está passando. Recomenda-se que sejam estabelecidas políticas públicas baseadas no conceito de resiliência psicológica associado ao paradigma *life-span*.

**Palavras-chave:** resiliência psicológica; riscos à saúde; adaptação; idoso; envelhecimento.

**ABSTRACT**

*Psychological resilience is defined as a set of personal resources that contribute to positive adaptation, in the presence of the risks and losses of old age and the advantages and disadvantages accumulated throughout life; as reserve capacity and as a plasticity resource. Coping and selection, optimization and compensation strategies, subjective well-being and eudaimonic well-being are part of the set of psychosocial resources of aged people. In interaction with social resources, these conditions mediate the relationship between risks, losses, and challenges, also called trauma, stressful life events, hassles, chronic role strain, and adaptation. This is conceptualized as the ability to overcome and recover from adversity, and as a tendency to flourish from living with them. The text defines psychological terms and exemplifies them with data derived from the literature, from the clinical experience and from the interaction of the oldest and society with the determinants and deleterious consequences of the Sars-Cov-2 pandemic. It suggests caution with the notion of resilience as a condition inherent to the aged individuals, who will have to deal, alone, with the challenges they are going through. Recommends that public policies be established based on the concept of psychological resilience associated with the life-span paradigm.*

**Keywords:** *psychological resilience; health risks; adaptation; aged; aging.*

A palavra *resiliência* remete aos étimos latinos *re*, que significa intensidade ou reiteração; *sair*, que tem o sentido de sair, saltar, pular fora ou ricochetear; *en*, que remete à noção de agência; e *ia*, sufixo que indica qualidade. Ou seja, o conceito tem origem na experiência física de tomar a iniciativa de se livrar de um estressor. Atribui-se à resiliência, também, a capacidade de um corpo físico voltar ao seu estado original depois de ter sido afetado por um estressor, da mesma forma que os corpos podem reassumir sua forma original após sofrerem pressão exercida por outro corpo. A psicologia define resiliência como um processo de boa adaptação em face de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes significativas de estresse, ou como um processo de recuperação dos efeitos de experiências difíceis[1] ou, ainda, como um padrão de adaptação positiva ou de ausência de adaptação negativa face a um risco ou adversidade que dispõem uma considerável ameaça à adaptação[2].

Originalmente, o termo resiliência foi utilizado pela física, biologia e medicina, mas seu uso generalizou-se na psicologia e nas ciências sociais, que o adotam para explicar como pessoas de todas as idades, famílias, grupos sociais e organizações resistem, enfrentam, lidam, ultrapassam, se recuperam, se fortalecem e se enriquecem em face de estressores internos e externos que colocam em risco sua adaptação biológica, psicológica ou social.

Não existe uma definição única, integrativa ou consensual de resiliência na psicologia. Embora a maioria dos autores acredite que ela depende da história de vida das pessoas e do contexto em que vivem, outros pensam que ela é um traço de personalidade, ou seja um aspecto estrutural e constitutivo do indivíduo. Seja qual for a sua origem, resiliência psicológica significa superação das adversidades, capacidade de recuperação e de adaptação e realização de ajustes exitosos. É “magia comum”, ou seja, não é um fenômeno raro, mas universal e cotidiano e, em maior ou menor grau, uma capacidade inerente a todas as pessoas[3]. Relaciona-se com enfrentamento, boa saúde mental, competência para manter o equilíbrio, redução do estresse e da ansiedade, capacidade de eliciar emoções positivas e de lidar com as negativas, sustentação do desenvolvimento normal, adaptação positiva às condições de vida e processo de aprendizagem, reflexão, florescimento e aperfeiçoamento pessoal[4-5].

Resiliência é um tipo singular de funcionamento não normativo que só é exibido em face da adversidade. Como graves adversidades têm potencial para desequilibrar seriamente a maioria das pessoas, o

**Artigo 1**Resiliência psicológica  
na velhice em tempos adversos

funcionamento resiliente é geralmente visto como algo extraordinário, ou seja, simplesmente escapar de manifestações psicopatológicas já é considerado como resiliência[6]. Em contextos de exposição à significativa adversidade, a resiliência psicológica é tanto a capacidade de navegar rumo aos recursos psicológicos, sociais, culturais e físicos que sustentam o próprio bem-estar, como a capacidade de administrar individual e coletivamente a obtenção de recursos oferecidos pelos indivíduos e pelo grupo. Por isso se diz que a resiliência psicológica consiste em uma combinação de características de personalidade e de enfrentamento bem-sucedido, que permite ao indivíduo funcionar de forma adaptativa na presença ou depois da vivência de uma adversidade. A resiliência psicológica depende de vários fatores como, por exemplo, flexibilidade cognitiva, afeto positivo e otimismo, humor, aceitação, enfrentamento ativo, religião/espiritualidade, altruísmo, apoio social, modelos de papéis sociais, prática de exercícios, capacidade de se recuperar de eventos negativos e inoculação do estresse[7].

Na primeira metade do século XX, época em que se desenvolveram as grandes teorias do desenvolvimento infantil e adolescente que conhecemos hoje, não havia espaço para a suposição de que uma criança educada em um ambiente adverso pudesse ser mentalmente saudável na vida adulta. Não era corrente a ideia de que crianças e jovens pudessem reagir positivamente aos riscos e às adversidades e tirar partido deles para seu próprio enriquecimento. Estudos clínicos baseados em autorrelatos retrospectivos de experiências infantis negativas corroboravam noções pessimistas sobre o desenvolvimento[8].

A Grande Depressão Americana (1929-1933) não só devastou a economia mundial e destruiu famílias e histórias de vida que prometiam ser normais e bem-sucedidas como contribuiu para alterar essas noções por meio de uma linha de pesquisa sobre os efeitos de longo prazo do alcoolismo, da doença mental e do suicídio de progenitores; da privação de alimentos, educação, proteção e bem-estar; e do empobrecimento generalizado das comunidades[9-11]. Foram identificados fatores da personalidade das crianças que facilitaram sua adoção por tutores bem-intencionados, assim como se percebeu que a oferta de apoio social e afetivo por mentores de várias orientações auxiliou na adaptação dessas crianças. Além disso, o reconhecimento social e as oportunidades educacionais compensatórias oferecidas aos que se engajaram nas forças armadas foram de extrema valia para seu desenvolvimento exitoso. Ou seja, todas as crianças da Grande Depressão não

se tornaram reféns dos traumas e das adversidades, em boa parte porque foram acolhidas em seus esforços de superação[9-10].

O termo resiliência foi citado pela primeira vez pela *PubMed/Medline* em 1986, no título de um artigo sobre crianças vítimas de queimaduras em um incêndio acidental, em que sofreram traumas físicos e psicológicos de grande intensidade[12]. Porém, o estudo considerado pioneiro sobre resiliência foi realizado por Werner e Smith (1989)[13] e publicado sob o sugestivo título *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children*. O papel desempenhado pelos recursos pessoais foi exemplarmente explorado pelas autoras[14-16], que ao longo de mais de 40 anos acompanharam a trajetória de desenvolvimento de uma coorte de 698 havaianos nascidos em 1955, na ilha de Kauai, no Havaí (coortes são grupos de pessoas nascidas em um mesmo período que, por isso, compartilham espaço geográfico, valores e experiências socioculturais). Essa coorte foi monitorada quando seus integrantes tinham 1, 2, 10, 18, 32 e 40 anos, idades consideradas como críticas para o cumprimento das tarefas evolutivas (Erikson, 1951)[17].

Duzentas e dez crianças que haviam sido expostas a fatores de risco – entre eles dificuldades na vida pré-natal e no parto, pobreza extrema, alcoolismo de um ou de ambos os progenitores, ausência paterna, doenças mentais na família e violência intrafamiliar – foram selecionadas para acompanhamento até os 40 anos. Parte delas enfrentou problemas de ajustamento, parte desenvolveu-se sem sobressaltos. Estudando os fatores que poderiam ter contribuído para a resiliência desse grupo, Werner e Smith identificaram três classes de recursos: pessoais, familiares e da comunidade, e mostraram que nem todas as crianças e os jovens provenientes de ambientes de risco estão condenados ao fracasso. Consolidaram a noção de que resiliência é um conjunto de habilidades pessoais construídas com a ajuda de variáveis do contexto. Além disso, desviaram a atenção dos estudiosos das condições antecedentes negativas para as condições de proteção e fortaleceram a ideia que a resiliência psicológica resulta da interação entre determinantes genéticos, epigenéticos, hormonais, emocionais, contextuais e de curso de vida.



**Seja qual for a sua origem, resiliência psicológica significa superação das adversidades, capacidade de recuperação e de adaptação e realização de ajustes exitosos.**

**RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA NA VELHICE: PERSPECTIVA LIFE-SPAN**

Pensar a velhice em uma perspectiva *life-span* corresponde a considerá-la como a última fase do ciclo vital, ao longo do qual a dinâmica de ganhos e perdas que preside o desenvolvimento nas idades pré-reprodutivas torna-se cada vez mais deficitária. Ou seja, enquanto nas fases iniciais do desenvolvimento a grande maioria das mudanças pode ser caracterizada como ganho, na velhice predominam as perdas. Embora preserve o potencial para ganhos evolutivos em domínios selecionados pela genética e pela experiência individual, o envelhecimento é caracterizado pelo declínio gradual das capacidades e pelo aumento da probabilidade de ocorrência de eventos não normativos, que desafiam fortemente as reservas dos idosos[18-19].

Na velhice, o organismo torna-se mais vulnerável a estressores externos[18-19], como alimentos, clima, fármacos, poluição ambiental, preconceito etário e violência urbana. Também torna-se mais vulnerável à influência de estressores internos, como o medo de morrer sozinho e sem socorro durante uma pandemia, ou o senso de que não vale a pena tentar fazer nada para controlar a situação de crise porque a pobreza e a falta de valorização social com as quais conviveu a vida toda fizeram dele e de seus semelhantes seres impotentes e sujeitos a desgraças de toda ordem. A cognição torna-se menos plástica, ou seja, a capacidade de aprender coisas novas declina. O ambiente sócio-físico torna-se cada vez menos amigável, dispondo condições para incapacidade e isolamento. Ocorre um aumento do risco de atuação de estressores intrapsíquicos, tais como a solidão, o ressentimento e o senso de vazio existencial.

A consideração das questões envolvidas com a resiliência na velhice surgiu na literatura psicológica nos anos 1990, pelas mãos de teóricos adeptos do paradigma *life-span*[20-21]. Sua compreensão sobre o fenômeno foi pautada por um conjunto de princípios que presidiu a constituição do campo da psicologia do envelhecimento[21-22] (ver Quadro 1). Em face desses princípios ou proposições ficaram estabelecidos três significados associados à resiliência: (a) recurso pessoal que contribui para a adaptação positiva na presença de riscos e perdas típicos da velhice e acumulados ao longo da vida, (b) capacidade de reserva e (c) plasticidade[18-21, 23].

**Quadro 1. Proposições teóricas sobre velhice e envelhecimento vistos de uma perspectiva *life-span* de interesse para a compreensão da resiliência psicológica .**

**Proposição 1.** Existem diferentes substanciais entre velhice normal (caracterizada por ausência de doenças biológicas e psicológicas), velhice ótima (referenciada a algum critério ideal de bem-estar pessoal e social) e velhice patológica (com presença de síndromes típicas da velhice, como fragilidade, e/ou de doenças crônicas degenerativas, como Parkinson e Alzheimer).

**Proposição 2.** O envelhecimento é uma experiência heterogênea, dependente de como cada pessoa organiza seu curso de vida a partir de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes doenças durante o envelhecimento normativo e da interação entre fatores genéticos e ambientais.

**Proposição 3.** Na velhice fica resguardado o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual.

**Proposição 4.** Os prejuízos inerentes ao envelhecimento podem ser minimizados pela ativação das capacidades de reserva, observados os limites da plasticidade individual.

**Proposição 4.** As perdas nas funções cognitivas básicas, tais como memória operacional e episódica, atenção, orientação espacial e temporal e compreensão de linguagem, que dependem mais da estrutura cerebral, podem ser compensadas por ganhos em funções cognitivas que dependem da educação, dos talentos e especialidades e da experiência cultural, tais como memória semântica e fluência verbal.

**Proposição 5.** Com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo.

**Proposição 6.** Com o envelhecimento, os mecanismos de autorregulação cognitivo-emocionais do self mantem-se intactos sendo, assim, um importante recurso pessoal de resiliência.

Baltes e Baltes, 1991[21], adaptado por Neri, 1995[22].

**Artigo 1**Resiliência psicológica  
na velhice em tempos adversos

Vista como competência ou recurso pessoal, a resiliência psicológica dos idosos é produto das relações adaptativas que se estabelecem entre o contexto e o indivíduo ao longo do curso de vida. À medida em que o indivíduo se desenvolve, a resiliência transforma-se em uma dimensão relativamente estável do seu funcionamento psicossocial. Vista como capacidade de reserva, a resiliência diz respeito a recursos biológicos e psicológicos latentes, dependentes da história de desenvolvimento, que podem ser ativados em momentos de necessidade, especificamente quando a pessoa se vê na presença de estressores avaliados como superiores às forças do seu organismo para suportá-los. Ou seja, a resiliência psicológica é um tipo específico de capacidade de reserva que pode ser ativada na presença de estressores. Plasticidade significa potencial para mudança na capacidade adaptativa, a qual se reflete em novas aprendizagens e em manutenção ou diminuição das competências. Como as plasticidades biológica e a cognitiva diminuem na velhice, a possibilidade de adaptação exitosa dos idosos repousa largamente sobre as capacidades de reserva físicas e cognitivas e sobre os recursos pessoais de resiliência psicológica[20-21, 23].

Os processos de resiliência psicológica 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 envelhecimento[20-21, 23].

Parte das perdas e dos riscos associados ao envelhecimento são consequentes à senescência e têm natureza normativa, ou seja, são previsíveis em termos temporais e na direção de sua influência. Entre eles citam-se o declínio da velocidade psicomotora, que gradualmente afeta o funcionamento físico e o funcionamento cognitivo-motor. Pode-se citar, também, a diminuição normativa na resposta imune, que prejudica a capacidade dos idosos de resistir a estressores biológicos (como vírus e bactérias), sociais (como a discriminação por idade ou ageísmo[24]) e psicológicos (como o sentimento de solidão). Embora a velocidade e o produto final dessas mudanças estejam sujeitos a fortes variações interindividuais, todos os idosos passam por elas.

Uma outra classe de mudanças evolutivas tem no tempo histórico das coortes um importante determinante. Eventos históricos que afetam coletividades são chamados de eventos graduados por história[18]: os anos 2020-2021 ficarão para sempre marcados pela pandemia

Sars-CoV-2, que teve taxas de mortalidade mais altas entre os idosos do que entre os não idosos por causa da negação de tratamento de que são vítimas, com base em critérios econômicos e de conveniência. A indiferença, a falta de compaixão, o negacionismo científico e o oportunismo dos políticos permanecerão como evidências de sua responsabilidade pelas 250 mil mortes observadas no Brasil no último ano. As atuais coortes de crianças herdarão a tarefa de recompor o pacto social, cuidar dos sobreviventes e custear a loucura que preponderou nestes tristes tempos.

Existe uma terceira classe de influências representada por eventos e condições cuja época de ocorrência é imprevisível, motivo pelo qual são vividos pelos idosos como idiossincráticos e geralmente incontrolláveis. São os eventos não normativos[18], exemplificados por cair doente por infecção do novo coronavírus, pela falsa aplicação de imunizantes contra a Sars-CoV-2 em pessoas idosas ou pela morte de filhos, amigos, cônjuge e vizinhos durante a pandemia. Em face de eventos deste tipo, as pessoas podem desenvolver desamparo aprendido, rebaixamento da autoestima, sentimentos negativos, perda de apetite, diminuição da capacidade imunológica, crises hipertensivas, dores, insônia, ansiedade, ideações suicidas, confusão mental e outros sinais de desadaptação psicológica e biológica.

O significado dos eventos normativos e não normativos depende em grande parte da avaliação cognitivo-emocional realizada pelos idosos com base em seus recursos intelectuais e de personalidade, nos recursos sociais de que dispõem dos padrões e nos valores sociais vigentes em seu tempo. Dada sua imprevisibilidade e incontrollabilidade, os eventos não normativos tendem a gerar maior desafio aos recursos dos indivíduos e grupos do que os normativos[20, 25]. Não obstante, como regra geral, na velhice, tanto as influências normativas como as não normativas tendem a se tornar crescentemente negativas e a ameaçar progressivamente as capacidades de adaptação[20], gerando demandas cada vez mais expressivas nos recursos pessoais ou de resiliência psicológica e nos recursos sociais dos idosos. A Figura 1 contém uma representação do raciocínio do paradigma *life-span* sobre o envelhecimento e a resiliência psicológica.

**Figura 1**

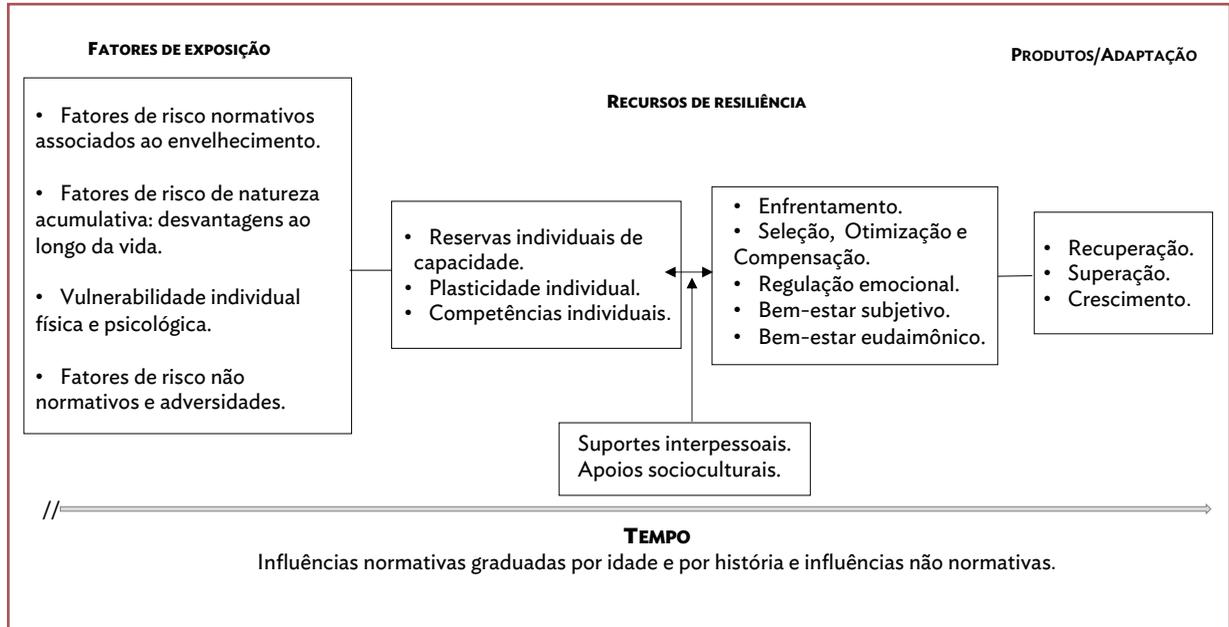


Figura 1. Resiliência psicológica na velhice, conforme o paradigma *life-span*: recursos de resiliência integrados por estratégias de enfrentamento, estratégias de seleção, otimização e compensação, regulação emocional, bem-estar subjetivo e bem-estar eudaimônico medeiam efeitos dos riscos, adversidades e vulnerabilidades atuais e da história passada (variáveis independentes) sobre a adaptação bem-sucedida, representada por recuperação, superação e crescimento (variáveis dependentes). O processo é registrado no tempo e inclui a interação dos recursos pessoais de resiliência com recursos sociais [Neri, 2021].

O conceito de evento estressor é componente indispensável na definição de resiliência psicológica. Uma forma de lidar com estressores, adotada nos contextos clínico e de pesquisa, é classificá-los em termos de duração e gravidade de seus efeitos[26]. Se bem que haja sobreposição entre as categorias geradas por esse raciocínio bidimensional, elas podem ser úteis para orientar a compreensão dos efeitos causados pelos estressores, identificados como traumas, estresse crônico associado a papéis sociais e pequenos aborrecimentos ou transtornos da vida diária.

Os traumas são classificados como individuais (associados a assaltos, raptos, estupros, tentativas de assassinato, atropelamentos ou combates) ou coletivos (causados por desastres naturais, como tsunamis e

incêndios florestais, ou por desastres tecnológicos, como o rompimento de uma barreira de contenção de detritos de mineração). Tendem a ser de curta duração, mas seus efeitos costumam ser de longo prazo e causam profundos danos físicos e psicológicos. Os traumas sofridos coletivamente geralmente ocorrem sem prévio aviso, envolvem extrema ameaça à vida e oferecem pouca possibilidade de exercício de controle pessoal<sup>27</sup>. Sasaki, Tsuji, Koyama et al. (2020)[28] chamam a atenção para a importância do capital social na recuperação dos efeitos negativos de um grande desastre sofrido coletivamente, assim como para os laços com os vizinhos como fortalecedores da resiliência e da prontidão para lidar com o estressor que atinge a coletividade.

As perturbações associadas ao exercício de papéis sociais[29] – como o de idoso, o conjugal, o parental, o profissional e o de cuidador familiar –, em princípio, podem não parecer ameaçadoras, mas seus efeitos costumam estender-se no tempo e exaurir as reservas das pessoas, justamente por expô-las a constantes, sobrepostas e duradouras pequenas perturbações e contradições do cotidiano[30] e dos papéis. Essa situação leva muitos idosos a sentirem uma espécie de alívio triste quando ocorre a morte de um marido ou de uma esposa abusadores; ou da morte de um idoso cuidado por 10 longos anos de perdas, crises, privações, restrições à vida pessoal, familiar e profissional, gerando conflitos familiares e intrapsíquicos.

O desempenho do papel de idoso, um papel etário, implica em fortes contradições. Ao mesmo tempo em que há um discurso positivo e de respeito de direitos e prerrogativas, há um sem-número de brincadeiras, falsa compaixão e discriminação por idade (ageísmo)[24] presentes no cotidiano dos mais velhos. Ser idoso e, além disso, pobre, negro, mulher, gordo, com incapacidades e multimorbidades[31] implica em ser tratado como invisível, inferior, doente, inútil, irrelevante, dependente e um fardo para a sociedade. O pior é que esses conceitos são internalizados pelos idosos, que passam a conviver com autocrenças negativas de eficácia pessoal, com expectativas negativas de desempenho cognitivo e com medo do ridículo e da desvalorização, como se tudo isso fosse natural e típico da velhice. Ser idoso é frequentemente fonte de tensão crônica e de perturbações, às quais os velhos podem responder com ansiedade e vergonha, com aceitação ou com depressão, apatia e fadiga.

Ser idoso configura-se como instância de tensão crônica associada ao desempenho de papéis sociais, a qual é agravada pela ambiguidade das leis e políticas oficiais e pelo tratamento preconceituoso que os ve-

Idosos recebem nos transportes, na previdência, nos bancos, nos serviços de atenção primária à saúde e nos hospitais. Exemplo dessa realidade é a negação seletiva de cuidados de terapia intensiva, de respiradores e de medicamentos aos muito idosos sob a hipócrita alegação que, como não existem para todos, é lícito ou moralmente justificável direcionar esses recursos a indivíduos jovens e produtivos. A significativamente mais alta prevalência de mortes de idosos do que de não idosos por covid-19 é um indicador robusto da ocorrência de práticas discriminativas contra esse segmento etário.

Os eventos de vida são acontecimentos que determinam e dão sentido histórico ao curso de vida de grupos de idade e indivíduos[32]. Marcam a vida das instituições sociais e dos indivíduos que viviam à época de sua ocorrência, de tal forma que coortes inteiras passam a se denominar ou a serem designadas como as que viveram este ou aquele momento de transição. Assim os sobreviventes haverão de se lembrar do antes e do depois da pandemia Sars-CoV-2.

Os eventos de vida também referentes ao curso de vida individual podem ter uma natureza normativa (por exemplo, a aposentadoria, o climatério e a chegada dos netos) ou não normativa (um acidente de carro, uma infecção, uma queda, migração, divórcio, viuvez, ganhar na loteria, apaixonar-se aos 70 ou reencontrar um velho amor aos 65 anos). Os que têm maior potencial de serem vividos como estressantes e causar prejuízos à saúde física e emocional são os que ocorrem de forma imprevisível, ou fora de tempo; os que apresentam forte teor de incontornabilidade, os que não são autodeterminados e os que são vividos como dano, perda, ameaça ou desafio[32]. Populações de risco do ponto de vista social estão mais expostas a eventos incontornáveis com os quais não conseguem lidar nem individual, nem coletivamente[25]. Existe grande probabilidade que, sob tais circunstâncias, esses grupos tendam ao conformismo, representado pela atribuição dos eventos ao destino, à ação de forças sobrenaturais ou à vontade de pessoas ou instituições que detêm poder. A escassa pró-atividade dos idosos em se contrapor às negligências e aos abusos de que são vítimas pode ser creditada aos danos decorrentes da desinformação, de duradouras experiências de incontornabilidade e do senso de ineficácia coletiva compartilhado por membros de grupos, como eles, cronicamente desfavorecidos. Em contrapartida, nesses grupos, a abundante reatividade propiciada pelo enfrentamento religioso e pela solidariedade intragrupal e intrafamiliar são fortes candidatas a determinantes da adaptação dos idosos a eventos incontornáveis.

### **RECURSOS PESSOAIS DE RESILIÊNCIA**

Entre os recursos pessoais de resiliência psicológica que podem contribuir para a boa adaptação, selecionamos o enfrentamento do estresse; a seletividade socioemocional; a satisfação com a vida e o equilíbrio entre afetos positivos e negativos (bem-estar subjetivo); e o bem-estar eudaimônico (baseado na busca de excelência pessoal).

**Estratégias de enfrentamento do estresse** são esforços cognitivos e comportamentais usados para lidar com demandas internas ou externas avaliadas como onerosas ou superiores à capacidade de lidar com elas[33]. Entre as taxonomias disponíveis, a mais usada é a que as classifica em orientadas ao problema e orientadas às emoções. As estratégias focadas no problema envolvem ações que modificam a situação geradora de estresse; as focadas na emoção alteram emoções e sentimentos gerados pela situação estressora, gerando ações e cognições com potencial protetor ou amortecedor da força do estressor[33]. Sua adoção é mais comum em situações de incontornabilidade ou por idosos e outros grupos minoritários que incorporaram autopercepções permanentes de incontornabilidade[33-34]. São exemplos de estratégias focalizadas no problema: definir o problema; avaliar e escolher soluções; reavaliar o problema, tendo em vista a diminuição das aspirações; e reduzir o envolvimento pessoal. Como exemplos de estratégias com foco nas emoções podem ser citados: minimizar a dimensão do problema ao realizar uma comparação social com semelhantes em condições piores do que as suas; buscar significados positivos; rezar; confiar a solução do problema a um ser superior; esquivar-se; e buscar apoio social[34].

As capacidades de enfrentamento promovem resiliência porque são mobilizadas para transformar ou atenuar o impacto das adversidades[35]. Permitem dar continuidade às mudanças de vida, como mostra o estudo de Hildon, Smith, Netuveli et al. (2008)[36], em que foram exploradas as relações entre adversidade e proteção em idosos entre 70 e 80 anos. Os participantes mais bem-sucedidos utilizavam recursos voltados à busca de estabilidade e continuidade – que incluíam a construção de narrativas que reinterpretavam as adversidades do passado à luz dos fatos recentes –, à manutenção de atividades e papéis sociais que davam prazer e aumentavam o senso de domínio, ao enfrentamento instrumental e à busca de apoio social nos relacionamentos mais próximos.

As tentativas de integrar ou assimilar a adversidade à própria experiência ou de tentar manejá-la podem falhar, dando origem a sentimentos

de desesperança, desorientação e resignação. Esses sentimentos podem ser atenuados por meio de reavaliações cognitivas, do ajustamento dos níveis de aspiração, da neutralização de avaliações negativas e pelo reconhecimento do progresso. A tendência dominante entre idosos expostos a eventos estressantes é usar uma combinação de estratégias adaptativas e de desenvolvimento[36-37].

A diminuição da vulnerabilidade psicológica ao longo da vida está intimamente associada à capacidade de **regulação das emoções**, definida como qualquer variação consciente ou não consciente que venha a alterar a valência e a intensidade de uma experiência emocional, ou que tenha o propósito de alterar uma experiência emocional futura. São exemplos de regulação emocional as estratégias voltadas para a alteração do estressor, entre elas a reavaliação de uma situação vivenciada para torná-la menos caótica, o afastar-se de um problema para ter uma visão mais abrangente da situação ou o fazer um exercício de meditação[38].

A regulação ou controle emocional reflete-se em maior adaptação dos sistemas cardiovascular e imune; mais recursos cognitivo-emocionais; maior habilidade de buscar suporte social; maior capacidade de adaptação à intensidade dos eventos estressantes; mecanismos de enfrentamento mais maduros; diminuição do neuroticismo (traço de personalidade relacionado a sintomas depressivos, ansiedade e infelicidade) e aumento da conscienciosidade (traço de personalidade relacionado à disciplina, ao comprometimento e à confiabilidade); uso de estratégias proativas de enfrentamento; satisfação com a vida[38-39]; otimismo; e maior longevidade.

Na velhice, uma adequada adaptação está ligada à capacidade de regulação emocional; à seleção de alvos positivos para investimento afetivo e cognitivo; à diminuição da intensidade e da variabilidade de experiências emocionais positivas e negativas; à capacidade de



**Populações de risco do ponto de vista social estão mais expostas a eventos incontroláveis com os quais não conseguem lidar nem individual, nem coletivamente[25].**

vivenciar experiências emocionais mais complexas e de nomear e compreender as próprias emoções e as emoções alheias; e à capacidade de selecionar parceiros sociais que representem oportunidade de conforto emocional (mais do que de informação e status, que são temas típicos da juventude e da vida adulta)<sup>40</sup>. Trata-se aqui de manifestação do **processo adaptativo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC)**[21], que é deflagrado pela diminuição do horizonte de tempo futuro entre os idosos[41].

Os processos SOC levam os idosos a escolher e a investir em alvos afetiva e cognitivamente importantes para si, ou em domínios em que conservam maestria (seleção e otimização) para compensar as perdas associadas ao processo normativo do envelhecimento. A preferência por estímulos emocionais positivos, a diminuição na variedade e na intensidade de respostas emocionais, o autoconhecimento e a própria regulação emocional fazem parte de um padrão igualmente adaptativo, preparado para que os idosos convivam melhor com as perdas emocionais[42]. Ambos os processos formam a seletividade socioemocional.

As emoções negativas – entre elas a hostilidade, a raiva e a ansiedade – afetam o bem-estar subjetivo e a resiliência psicológica por meio das respostas fisiológicas e comportamentais típicas dos estados de ativação emocional gerados por elas. Os efeitos da hostilidade, da agressividade e da ansiedade incluem a potencialização de respostas cardiovasculares e neuroendócrinas a eventos estressantes; o risco elevado para doenças cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais; a super-reatividade a estressores e morte súbita por motivos cardíacos, hipertensão e taxas altas de colesterol de baixa densidade (LDL) e de triglicérides; a potencialização das respostas fisiológicas mediadas pelo sistema simpático e enfraquecimento daquelas mediadas pelo sistema parassimpático; a supressão da função imune; e a exposição a conflitos interpessoais e à escassez de ajuda em ambientes menos favoráveis ao funcionamento[43].

A regulação emocional, ou equilíbrio entre afetos positivos e negativos, integra o **bem-estar subjetivo**, que é a experiência interna de congruência entre as expectativas e as realizações de acordo com os padrões individuais e socioculturais vigentes[44]. É fator de proteção em face de adversidades de origem biológica (por exemplo, dor crônica, incapacidade, processos inflamatórios e riscos cardiovasculares), socioeconômica (por exemplo, restrições ao acesso a recursos econômicos e educação), cognitiva (perdas reais ou presumidas de memória) e social (disponibilidade de apoios materiais, instrumentais e afetivos)[45].

Se os afetos são o aspecto emocional relativamente mais instável do bem-estar subjetivo, a satisfação global ou referenciada a domínios particulares da vida é seu aspecto cognitivo relativamente estável. Tende a manter-se estável na velhice, ou seja, não declina por causa da idade[46]. No entanto, tende a declinar na presença de incapacidade, dor crônica, depressão e traumas ou eventos de vida incontrolláveis, mas, tão logo os recursos de resiliência superem a ação desses estressores, o bem-estar subjetivo tende a voltar a seus níveis basais. Os idosos tendem a apresentar maior satisfação com a vida do que os jovens, provavelmente porque têm maior capacidade de ajustar aspirações e metas aos recursos disponíveis e porque a vida lhes ensinou a ter menos pressa e maior resistência a frustrações[47]. Os idosos com baixa escolaridade e baixa renda tendem a pontuar mais alto do que os de escolaridade e renda mais altas, talvez porque tenham menos chance de aprender a serem exigentes e críticos[48]. Fatores constitucionais, como tendência à atividade e à busca de estímulos emocionais positivos, em vez de baixa proatividade; curiosidade e prontidão das respostas, em vez de apatia; e traços de personalidade, como alta extroversão e baixo neuroticismo são fortes preditores de bem-estar subjetivo em adultos e idosos[49].

Nos anos 1990, uma nova ideia tomou corpo entre psicólogos e cientistas sociais: o conceito de bem-estar subjetivo seria insuficiente para explicar uma boa vida. Estaria faltando um terceiro elemento, a **eudaimonia** (de eu=bom e daimon=talento), uma dimensão de natureza ética e evolutiva definida por Aristóteles (384-322 a.C.) como o desejo e o esforço constantes de atualização do próprio potencial, de busca da virtude e de perseguição de um ideal de excelência pessoal [50-51]. O homem feliz, porque virtuoso, levaria uma vida moral e faria suas escolhas com base na sabedoria. Segundo Ryff, replicando Aristóteles, uma “boa vida” seria orientada a uma finalidade elevada, de autodesenvolvimento, que confere sentido à existência (eudaimonismo), e não apenas como a busca de experiências de prazer e contentamento (hedonismo) [50-51].

Com base em pesquisas, essa autora desenvolveu um modelo composto de seis domínios ou fatores: autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, propósito na vida e autoaceitação[49-51]. No Quadro 2 são apresentadas descrições das características de adultos e idosos que pontuam alto e baixo nas avaliações do bem-estar psicológico.

**Quadro 2. Caracterização de adultos e idosos com alta e baixa pontuação em medidas de bem-estar eudaimônico.**

Aspectos positivos	Aspectos negativos
<b>Autoaceitação</b>	
Atitude positiva em relação ao self; reconhecem e aceitam os múltiplos aspectos do self, incluindo boas e más qualidades. Têm sentimentos positivos em relação ao passado.	Insatisfeitos com o self, desapontados com a história passada, confusos a respeito de algumas qualidades pessoais e gostariam de ser diferentes do que são.
<b>Relações positivas com os outros</b>	
Calorosos e satisfeitos, mantêm relações de confiança e preocupam-se com o bem-estar dos outros. São capazes de forte empatia, afeto e intimidade. Compreendem os processos de dar e receber que caracterizam a vida humana.	Poucas relações de confiança; dificuldade de serem calorosos, abertos e preocupados com os outros; isolados e frustrados com as relações interpessoais; sem disposição para comprometerem-se com os outros.
<b>Autonomia</b>	
Autodeterminados e independentes; são capazes de resistir a pressões sociais para pensar e agir de determinadas maneiras; mostram-se autorregulados e avaliam o self por padrões pessoais.	Preocupados com os padrões, as expectativas e as opiniões dos outros; dependência dos julgamentos dos outros para tomar importantes decisões; conformistas com relação aos padrões e às expectativas sociais.
<b>Domínio sobre o ambiente</b>	
Senso de competência e de domínio para manejar o ambiente; controle de uma ampla variedade de atividades externas; aproveitamento das oportunidades; competência para criar ou escolher contextos adaptados às necessidades e aos valores pessoais.	Dificuldade de manejar as tarefas do cotidiano, não percebem as oportunidades disponíveis e têm baixo senso de controle em relação ao que acontece no ambiente.
<b>Propósito na vida</b>	
Metas de vida e senso de direção; vida passada e atual significativas; crenças que dão sentido à vida e desejos e objetivos pelos quais viver.	Pobre senso de significado existencial; poucos desejos e metas e pouco senso de direção e de propósito na vida passada e atual; sem crenças que dão sentido à vida.
<b>Crescimento pessoal</b>	
Sentimento de contínuo desenvolvimento; self visto como em crescimento e expansão; abertura a novas experiências; crença de que estão realizando seu potencial; percepção do self e do comportamento como em aperfeiçoamento; autoconhecimento e efetividade.	Senso de estagnação pessoal; baixo senso de aperfeiçoamento ou expansão ao longo do tempo; sentem-se entediados e desinteressados pela vida e incapazes de desenvolver novas atitudes e comportamentos.

Pessoas com níveis mais elevados de propósito tendem a ser mais resilientes: sua orientação voltada a objetivos favorece a eficiência dos sistemas neurais e o desenvolvimento neurocognitivo. Neuroticismo, solidão, isolamento social e sintomas depressivos associam-se com o aumento do risco de desenvolver doença de Alzheimer. Em contrapartida, altos níveis de extroversão e de integração social associam-se à diminuição do risco de demência. Escores altos em propósito relacionam-se com diminuição do risco de mortalidade por qualquer causa. Quanto mais comorbidades, menor a satisfação com a vida e mais altos os níveis de afetos negativos. Afetos positivos, relações positivas com os outros e propósito não se correlacionam com o status de saúde indicado pelo número de doenças crônicas, mas idosos com altos níveis de propósito, relações positivas com os outros e afetos positivos têm níveis de inflamação mais baixos do que aqueles que pontuam baixo em bem-estar psicológico[45]. Altos escores em propósito, autorrealização, crescimento pessoal e autoaceitação relacionam-se com longevidade e com uma boa vida, assim como propósito prediz menor risco para doença de Alzheimer, derrame e infarto do miocárdio[52]. Propósito tem um sentido de intencionalidade, direcionamento ou orientação do comportamento. Favorece a motivação para aprender de maneira construtiva e para reavaliar eventos negativos de modo adaptativo, com efeitos benéficos para a aprendizagem, o desenvolvimento e a regulação emocional. Pode ser considerado um fator de resiliência na presença de grandes e pequenos eventos do curso de vida e dos aborrecimentos e tensões da vida cotidiana. Pessoas com alto nível de propósito têm mais motivação para se manter saudáveis, cuidar da própria saúde e valorizar a vida[53].

Boylan e Ryff (2015)[54] observaram que recursos pessoais de natureza psicossocial, tais como afetos positivos, satisfação com a vida e senso de crescimento pessoal predizem redução do risco para surgimento da síndrome metabólica ao longo do tempo e em diferentes grupos de idade. Segundo Radler, Rigotti e Ryff (2018)[55], adultos e idosos com níveis altos de senso de domínio sobre o ambiente e de autoaceitação, ao longo de 9 a 10 anos, apresentaram níveis mais baixos de colesterol HDL e de triglicérides do que os que pontuaram baixo em bem-estar psicológico, mas suas taxas de colesterol LDL não foram afetadas. Yoo e Ryff (2019)[56] derivaram dados de grande interesse para o estudo das relações entre bem-estar psicológico e saúde em diferentes culturas ao mostrar que elas são similares em amostras japonesas e norte-americanas estudadas longitudinalmente.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Graciliano Ramos disse que “viver é muito perigoso... carece de ter coragem”. Se alguém tinha dúvida sobre a aplicabilidade desse pensamento à velhice, ter estado vivo e pensante ao longo deste último longo ano da graça de Nosso Senhor Jesus Cristo terá servido para dissipar todas as suas suposições e indagações a respeito. A velhice é uma fase da vida naturalmente sujeita a riscos, desafios e adversidades de origem interna e externa, recentes ou de longo prazo, de natureza biológica, socioeconômica, afetiva, cognitiva e social. A esses eventos, de uma forma que jamais sonhamos, acrescentaram-se os efeitos naturais e socioeconômicos de uma pandemia. No Brasil, desafortunadamente, está ocorrendo um processo concorrente de destruição dos princípios e valores de veracidade, solidariedade, empatia, compaixão e respeito que idealmente devem reger as relações humanas.

Estamos perplexos, desejando descobrir formas de os idosos conseguirem se salvar dos efeitos deletérios das trajetórias evolutivas do vírus propriamente dito e das profundas alterações nos modos de vida e nos fundamentos da humanidade e da civilidade que nós humanos estamos vivendo. Temo que, pelo menos para alguns, o conceito de resiliência psicológica possa parecer uma solução perfeita para que os idosos saiam sozinhos dessa tempestade perfeita que se formou sobre eles. Não é, porque para funcionar ela depende, também, de fatores favoráveis oriundos do contexto. Temo igualmente pela romantização da resiliência, quer como uma espécie de competência que surge como que por um passe de mágica na velhice, quer como vantagem reservada a poucos idosos que, de qualquer forma, também estão por sua própria conta e seu próprio risco nessa aventura. Temo pela invenção da resiliência como decorrência do envelhecimento, ou como prêmio por uma vida virtuosa. Espero que, mais uma vez, os idosos não sejam enganados.

Como cidadã deste desafortunado país, eu digo que a saída para os idosos é transformar a proteção e o incentivo à resiliência psicológica, biológica, social e comunitária em políticas e práticas públicas. Promover e proteger a saúde física e mental, a integridade, a liberdade, o direito à segurança e à educação, a igualdade, a dignidade, a cidadania e a felicidade da população são medidas que já tardam se queremos salvar não só os idosos como os brasileiros de todas as idades do caos que se prenuncia logo adiante.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. American Psychological Association (2015). *The road to resilience*. Disponível em: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>. Acesso em: 3 out. 2020.
2. Smith GC, Hayslip JrB (2012). Resilience in adulthood and later life: what does it mean and where are we heading? In Hayslip JrB; Smith GC (ed.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life* (32, p. 3-28). New York: Springer Publishing Company. doi.org/10.1080/03601277.2013.844028.
3. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001, 56, 227-238. doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227.
4. Aburn G, Gott M, Hoare K (2016). What is resilience? An integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (5), 980-1.000.
5. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina*, 55, 745. doi:10.3390/medicina55110745.
6. Barber BK. Annual research review: the experience of youth with political conflict-challenging notions of resilience and encouraging research refinement. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 2013, 54, 461-473.
7. Ungar M. The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascente construct. *Am. J. Orthopsychiatr.* 2011, 81, 17.
8. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur. Psychol.*, 2013, 18, 12.
9. Clausen JA (1993). *American lives: looking back to the children of Great Depression*. New York: Free Press.
10. Elder GH Jr. (1996). Human lives in changing societies: life course and developmental insights. In Cairns RB, Elder Jr. GH, Costello E (ed.). *Developmental Sciences*, p. 31-62. New York: Cambridge University Press.
11. Elder GH Jr. (1999). *Children of the Great Depression: social change in life experience*. Boulder, CO: Westview.
12. Byrne C, Love B, Browne G, Brown B, Roberts J, Streiner D (1986). *The social of children following burn injury: a study of resilience. The Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 7 (3), 247-252.
13. Werner E, Smith RS (1999). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children*. New York: Adams, Bannister Cox.
14. Werner EE, Smith RS (1977). *Kauais's children come of age*. Honolulu, Hawaii: University Press of Hawaii.
15. Werner EE, Smith RS (1982). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
16. Werner EE, Smith RS (2001). *Journey from childhood to midlife risk, resiliency and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
17. Erikson EH (1951). *Childhood and society*. NY: Norton.
18. Baltes PB (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
19. Baltes PB (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366.
20. Staudinger UM, Marsiske M, Baltes PB (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: perspectives from life-span theory. *Developmental Psychopathology*, 5(04), 541-566. doi.org/10.1017/S0954579400006155.
21. Baltes PB, Baltes MM (1990). Psychological perspectives on successful aging:

- the model of selective optimization with compensation. In Baltes PB, Baltes M (ed.). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. London: Cambridge University Press, p. 1-34.
22. Neri AL (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In Neri AL (org.). *Psicologia do envelhecimento*, p.13-40. Campinas: Papirus.
23. Lerner RM, Weiner MB, Arbeit MR, Chase PA, Agans JP, Schmid KL, Warren AEA (2012). Resilience across the life span. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32, 275-299.
24. Kidd A, Fleming A, Gardner S (2018). Ageism in the third age. In Ayalon L, Tesch-Römer C (ed.). *Contemporary perspectives on ageism*. p. 115-130. New York: Springer Open.
25. Diehl M (1999). Self-development in adulthood and aging: the role of critical life events. In Ryff CD, Marshall VW (ed.). *The self and society in aging process*. p.150-183. New York: Springer Publishing Company.
26. Aldwin CM, Yancura LA, Boeninger DK (2007). Coping, health, and aging. In Aldwin CM, Park CL, Spiro III A (ed.). *Handbook of health psychology and aging*. p. 210-226. New York: The Guilford Press.
27. Garnefski N, Van Rood Y, de Roos C, Kraaij VJ (2017). *Relationships between traumatic life events, cognitive emotion regulation strategies, and somatic complaints*. *Clinical Psychology in Medical Settings*. Jun.; 24(2):144-151.
28. Sasaki Y, Tsuji T, Koyama S, Tani Y, Saito T, Kondo K, Kawachi I, Aida J (2020). Neighborhood ties reduce depressive symptoms in older disaster survivors: iwanauma study, a natural experiment. *International Journal of Environment Research and Public Health*, Jan.; 17(1), 337. doi: 10.3390/ijerph17010337.
29. Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SS, Neri AL (2016). Zarit burden interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016, v. 24. doi/10.1590/1518-8345.1379.2835.
30. Aldwin CM (1994). *Stress, coping and development: na integrative perspective*. New York: Guilford.
31. Krekula C, Nikander P, Wilinska M (2018). Multiple marginalizations based on age: gendered ageism and beyond, p. 33-50. In Ayalon L, Tesch-Römer C (ed.). *Contemporary perspectives on ageism*. p. 115-130. New York: Springer Open.
32. Gerritsen L, Wang HX, Reynolds CA, Fratiglioni L, Gatz M, Pedersen NL (2017). *Influence of negative life events and widowhood on risk for dementia*. *Am J Geriatr Psychiatry*. Jul.; 25(7):766-778. doi: 10.1016/j.jagp.2017.02.009.
33. Folkman S, Moskowitz JT (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
34. Neri AL, Fortes-Burgos ACG, Fontes AP, Santos GA, Araújo LF (2013). Eventos de vida, estratégias de enfrentamento e fragilidade: dados de Parnaíba e Ivoti. In Neri AL (ed.). *Fragilidade e qualidade de vida na velhice*. p. 299-320. Campinas: Editora Alínea.
35. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G (2010). 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*, 50, 1, 36-47. doi:10.1093/geront/gnp067.
36. Hildon Z, Smith G, Netuveli G, Blane D (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health and Illness*, 30 (5), 726-740. doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01087.x.
37. Fontes AP, Neri AL (2019). Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. *Ciência e Saúde Coletiva*, abr., 24, (4), 1.265-1.276. doi.org/10.1590/1413-81232018244.05502017.

38. Charles ST, Carstensen LL (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100448.
39. Kessler EM, Staudinger UM (2009). Affective experience in adulthood and old age: the role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and Aging*, 24, 2, 349-362. doi:10.1037/a0015352.
40. Carstensen, LL (1992). *Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemotional selectivity*. Nebraska Symposium of Motivation, 40:209-54.
41. Lang FR, Carstensen LL (2002). *Time counts: future time perspective, goals, and social relationships*. *Psychology and Aging*. Mar.;17(1):125-139. doi: 10.1037/0882-7974.17.1.125.
42. English T, Carstensen LL (2014). *Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved Emotional experience in daily life*. *International Journal of Behavioral Development*. Mar., 1;38(2):195-202. doi: 10.1177/0165025413515404.
43. Davis MC, Zautra AJ, Johnson LM, Murray KE, Okvat HA (2007). Psychosocial stress, emotion regulation, and resilience among older adults. In Aldwin CM, Park CL e Spiro III A (ed.). *Handbook of health psychology and aging*. Nova York: Guilford, p. 250-266.
44. Diener E, Oishi S, Tay L (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*. 2(4):253-60. doi: 10.1038/s41562-018-0307-6.
45. Ryff CD, Friedman E, Morozink J, Tsenkova V (2012). Psychological resilience in adulthood and later life: implications for the health. In B Hayslip Jr.; G Smith (ed.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life*, 32, 73-92. New York: Springer Publishing Company.
46. Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2016;19(2):203-22.
47. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
48. Diener E, Suh ME (1997). Subjective well-being and age: an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 17:304-324.
49. Ryff CD (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1):10-28.
50. Ryff CD (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57:1.069-1.081.
51. Boyle PA, Buchman AS, Barnes LL, Bennett DA (2012). Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Archives of General Psychiatry*. 67:304-31.
52. Kim ES, Strecher VJ, Ryff CD (2014). Purpose in life and use of preventive health care services. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*. 18; 111(46):16.331-6.
53. Boylan JM, Ryff CD (2015). Psychological well-being and metabolic syndrome: findings from the midlife in the United States national sample. *Psychosomatic Medicine*. 77:548-58.
54. Radler BT, Rigotti A, Ryff CD (2018). Persistently high psychological well-being predicts better HDL cholesterol and triglyceride levels: findings from the midlife in the U.S. (MIDUS) longitudinal study Radler et al. *Lipids in Health and Disease*. 17:1. doi:10.1186/s12944-017-0646-8.
55. Yoo J, Ryff CD (2019). Longitudinal profiles of psychological well-being and health: findings from Japan. *Frontiers in Psychology*. 10:2.746. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02746.