

A percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável

Luciane Patrícia Boratti Karlinski
Silvana Soriano Frassetto

Resumo: A presente pesquisa aborda o tema autoeficácia em idosas e o envelhecimento saudável. O objetivo foi verificar qual a percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável. O método de pesquisa utilizado foi o qualitativo, onde foram entrevistadas 6 idosas, entre 70 a 80 anos, as quais responderam uma ficha com dados de identificação, dez questões de uma entrevista semiestruturada e também uma Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP). A base teórica que embasou a pesquisa foi a Social Cognitiva de Albert Bandura. Os dados foram explorados através da Análise de Conteúdo de Bardin, sendo as falas agregadas em unidades de sentido e categorizadas, valendo-se da interpretação e inferência. Os resultados apontaram que idosas com uma autoeficácia adequada possuem uma visão positiva do envelhecimento: não percebem limitações, são otimistas, resilientes e utilizam o enfrentamento através da religiosidade/espiritualidade, neste momento e ao longo do ciclo de suas vidas.

Palavras-chave: Idosas; Autoeficácia; Envelhecimento Saudável.

The perception of elderly women about the beliefs of self-efficacy and healthy aging

Abstract: This research addresses the theme self-efficacy in older and healthy aging. The objective was to verify the perception of old beliefs about the self-efficacy and healthy aging. The research method used was qualitative, where there were interviewed 6 older women, 70 to 80 years, which responded with a statement identifying data, ten issues of a semi-structured interview and also a range of General Perceived Self-Efficacy (EAEGP). The theory behind the research was to Albert Bandura's Social Cognitive. The data were explored through content analysis of Bardin, the lines being aggregated into units of meaning and categorized, using interpretation and inference. The results showed that elderly women with an adequate self-efficacy have a positive view of aging: do not realize limitations, are optimistic, resilient and coping through use of religiosity/spirituality, both now and over the course of their lives.

Keywords: Older Women; Self-Efficacy; Healthy Aging.

Introdução

A divulgação preliminar dos resultados do último censo realizado pelo IBGE (2010) apontou para o aumento de idosos e a diminuição da proporção de jovens no país. Houve um alargamento no topo da pirâmide etária, onde se observa que a participação relativa da população com mais de 65 anos, que em 1991 era de 4,8%, passou para 5,9% em 2000 e em 2010 chegou a 7,5%, demonstrando um aumento crescente.

É importante considerar que são diretrizes preconizadas para a atenção à saúde do idoso, segundo o Ministério da Saúde (2011), a promoção do envelhecimento saudável e ativo, a reabilitação e manutenção da capacidade funcional e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Sendo que, para uma vida saudável, o idoso deve ter autonomia

preservada tanto física como psiquicamente. Um envelhecimento ativo e saudável envolve qualidade de vida, com uma alimentação adequada, prática de atividades físicas, estimulação da convivência social e da diminuição do estresse com práticas prazerosas, evitando-se o cigarro, o álcool e a automedicação.

Este trabalho, que aborda o tema autoeficácia e envelhecimento saudável em idosas, utilizou o método qualitativo de pesquisa mediante a realização de uma entrevista semiestruturada, do preenchimento de um questionário de identificação e da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP). O objetivo principal foi verificar qual a percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e do envelhecimento saudável, e como escopo teórico embasou-se na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (Bandura, 1990).

A teoria social cognitiva proposta por Bandura (2008) discute a capacidade humana para se adaptar às mudanças, e de como as pessoas influenciam seu funcionamento e as situações de vida de modo ativo e intencional, baseadas na auto-organização, autorregulação e proatividade. As crenças pessoais afetam as escolhas das pessoas, influenciando em como organizam e encaminham os acontecimentos da vida.

A autoeficácia é a crença do indivíduo em sua capacidade para mobilizar suas habilidades, facilidades cognitivas, emocionais e comportamentais na execução de uma atividade ou tarefa num dado momento e contexto, sendo que poderá passar por alterações em função da dinâmica de interações do indivíduo com o ambiente (Azzi & Polidoro, 2006). Para Bandura (1990), dentre os mecanismos de agência, um dos mais centrais são as crenças dos indivíduos sobre as capacidades de exercerem controle sobre situações que ocorrem e afetam suas vidas. As crenças de autoeficácia possuem um papel importante na autorregulação da motivação e resultam de um processo complexo de autopersuasão.

De acordo com Schultz e Schultz (2008), apresentando o conceito de autoeficácia de Bandura, as pessoas com baixa autoeficácia, quando encontram um obstáculo, desistem de modo rápido se a primeira tentativa de solução não surtir efeito. A baixa autoeficácia pode interferir na motivação, nas aspirações, na capacidade cognitiva e afetar a saúde física. Já as pessoas com elevada autoeficácia acreditam que conseguem lidar com as situações de modo satisfatório, apresentam maior confiança em sua capacidade encarando as adversidades como desafios e não como ameaças, fazendo com que haja uma redução do medo de fracasso e maior aperfeiçoamento para a resolução de problemas.

Bandura (1999) enfatiza que, se os indivíduos acreditam que podem manejar com efetividade os possíveis estressores ambientais, não são perturbados por eles; mas do contrário, se pensam que não podem controlá-los, isto vem causar angústia e incapacidade em termos de funcionamento. Silva e Lautert (2010), em investigação qualitativa para compreender como o senso de autoeficácia tem influência na manutenção dos comportamentos promotores de saúde em pessoas idosas participantes de um centro de lazer, constataram que o senso positivo de autoeficácia dos depoentes atinge diversas áreas; os mesmos acreditam em sua capacidade pessoal para garantir a manutenção dos comportamentos promotores de saúde e melhor adesão às atividades.

Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2008) em pesquisa para analisar a relação entre eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos em idosas, observaram que o maior risco de depressão foi relacionado ao uso de estratégias de enfrentamento focadas nas emoções negativas, em excessos de comportamento e

comportamentos de risco, experiência de situações que afetam a descendência, estar entre os 60 e 69 anos e avaliar a autoeficácia para enfrentar as situações como inadequada. Aqueles idosos que avaliaram a autoeficácia ao enfrentamento como inadequada, mostraram-se insatisfeitos com o próprio desempenho no evento estressante enfrentado. Além disso, tem sido descrito que o aumento da sintomatologia depressiva está relacionado a uma qualidade de vida prejudicada em idosos, principalmente nos aspectos emocionais, físicos e na saúde mental (Neves, Laham, Aranha, Santiago, Ferrari & Lucia, 2013).

Cardoso e Rabelo (2007), em revisão acerca da autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice, identificaram que quanto maiores as crenças de autoeficácia, existe menor incapacidade, menos sintomas depressivos e menor declínio em atividades cotidianas, sendo que a percepção de saúde, a adequação à dor, o ajustamento social e a capacidade de se mobilizar para enfrentar situações que dependam de esforço são maiores.

Uma velhice bem-sucedida ligasse a uma junção de três categorias: a primeira é uma baixa probabilidade de doenças, principalmente das que comprometem a autonomia. A segunda diz da manutenção de um alto nível de funcionamento cognitivo e físico, o que pode ser denominada de uma velhice otimizada, e a terceira é a conservação de um compromisso social e de um adequado bem-estar subjetivo. Estas três condições estão reunidas de modo variado de acordo com cada indivíduo e também considerando as influências desenvolvimentais diversas ocorridas ao longo da vida (Fontaine, 2007).

Deponti e Acosta (2010), em estudo realizado com 30 idosos participantes de um grupo de atividade física, onde foram utilizadas 2 questões abertas e 21 fechadas, perceberam nos idosos uma combinação de múltiplos fatores influenciando os mesmos, como os biológicos, psicológicos ou sociais. A satisfação acerca de sua saúde foi grande; apesar de algumas limitações, eles conseguem, em sua maioria, levar uma vida ativa e com convívio social.

O envelhecimento é um processo natural, e os indicadores apontam para um considerável aumento na população de faixas etárias mais avançadas. Verificar o que idosos percebem sobre o envelhecimento e a sua autoeficácia perante este processo, são pontos que justificam e norteiam esta pesquisa. O objetivo principal foi verificar qual a percepção de idosos acerca de suas crenças de uma autoeficácia adequada e do seu envelhecimento saudável. A partir do momento em que se conhece a realidade vivida pelos idosos e suas crenças relacionadas ao envelhecer, podem ser pensadas ações por parte dos profissionais da saúde auxiliando e contribuindo para que o envelhecimento seja vivenciado com qualidade de vida, de forma saudável e positiva.

Método

Participaram do presente estudo idosos entre 70 à 79 anos, não institucionalizadas e não acometidas de doenças que inviabilizassem a compreensão das questões, não apresentando quadro de comprometimento psíquico ou neurológico. As idosos participaram, mediante contato prévio com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e disponibilidade das mesmas. As participantes, em número de 6, foram selecionadas por conveniência.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram uma ficha com dados de identificação, um roteiro com 10 questões para a entrevista semiestruturada e também uma Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) validada no Brasil por Teixeira e Dias, no ano de 2005, conforme Benites (2006). Foram aplicados no mês de outubro de 2011.

A ficha com os dados de identificação foi preenchida pelas próprias idosas ou pela pesquisadora, composta por questionamentos como nome, sexo, idade, escolaridade, ocupação, número de filhos, profissão, ocupação atual, estado de saúde, medicações e se passou por alguma doença neurológica ou psiquiátrica. A mesma foi entregue primeiramente, em seguida repassou-se a escala e para finalizar foram respondidas as questões da entrevista.

As questões da ficha de identificação das participantes foram elaboradas tendo como base o questionário de dados sociodemográficos elaborado por Benites (2006) em sua tese de Mestrado e também por outras questões de interesse da pesquisa. As perguntas para a entrevista semiestruturada originaram-se a partir do levantamento bibliográfico e da teoria acerca das dimensões autoeficácia, envelhecimento e envelhecimento saudável, bem como questões sobre o que os idosos pensam e inferem do processo de envelhecimento, suas capacidades e potencialidades e a visão percebida sobre o envelhecimento saudável.

As questões foram as seguintes: 1- De que forma percebe o envelhecimento nesta fase de sua vida?; 2- O que é envelhecer de modo saudável para a Senhora?; 3- O que pensa sobre o seu futuro?; 4- Como se sente perante as dificuldades que enfrenta ou venha enfrentar neste momento de vida?; 5- De que forma percebe sua capacidade para atingir metas?; 6- Como se sente ao participar de atividades de integração com outras pessoas?; 7- O quanto de zero a dez considera-se capaz para enfrentar as situações imprevistas?; 8- Sente algum tipo de limitação em sua rotina em função da idade?; e 9- Quais atividades lhe dão prazer ou satisfação?. A questão número 10 (O que leva a senhora a ser assim, disposta, ativa e autoeficaz?) foi questionada tendo como base a avaliação das verbalizações ao longo da entrevista e a boa pontuação na EAEGP.

Conforme Gil (2002), a entrevista permite uma maior flexibilidade dentre as técnicas de interrogação, sendo que duas etapas devem ser seguidas, a especificação dos dados que se quer obter e a escolha e formulação das questões. A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) (Tabela 1), utilizada na pesquisa para identificar a autoeficácia das idosas participantes, foi utilizada por Benites (2006) em sua tese de Mestrado. Conforme Benites (2006), a EAEGP foi desenvolvida e viabilizada por pesquisas de Mathias Jerusalem e Ralf Schwarzer em 1979, passando por adaptações para 28 idiomas, sendo que no Brasil a escala foi traduzida e validada por Teixeira e Dias, no ano de 2005.

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) (Tabela 1) possui 10 itens. Cada frase pode ser avaliada pelo sujeito como 1, para nada verdadeiro, até 4, para totalmente verdadeiro. No máximo são somados 40 pontos o que indica máxima autoeficácia.

Tabela 1 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP)

Responda os itens abaixo assinalando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave de respostas apresentada.

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

Inicialmente foram explicados os objetivos da pesquisa às idosas participantes, questionando-se a sua vontade de participação. Foi marcado o melhor dia e horário para as entrevistas, sendo que foram iniciadas após a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, sob o número de Protocolo 2011 – 348H.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e, posteriormente, transcritas para se proceder o levantamento dos resultados da pesquisa, seguindo o método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo as mesmas esclarecidas do sigilo e confidencialidade quanto a preservação de seus nomes, antes da aplicação dos questionários e das respostas às questões, sanando-se qualquer dúvida. As idosas foram identificadas na pesquisa com a denominação de P1 à P6, sendo o P correspondente à participante e o número uma forma de organização quanto a ordem das entrevistas.

Resultados

Com a finalidade de conhecer as participantes, foram realizadas questões acerca da idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, saúde, ocupação, cujos resultados observam-se na Tabela 2.

Tabela 2: Dados das Participantes

Dados	Participantes					
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
Idade	76	78	79	70	72	70
Estado Civil	Casada	Divorciada	Viúva	Divorciada	Solteira	Viúva
Nº Filhos	3	3	0	2	0	4
Escolaridade	Superior Incompleto	Ginásio	Formada em História e Geografia	Técnico em Enfermagem	Fundamental Incompleto	Ensino Médio
Ocupação	Voluntariado	Aposentada	Aposentada	Aposentada	Aposentada	Aposentada
Saúde	Boa	Boa	Boa	Boa	Boa	Boa
Pontuação EAEGP	32	39	40	37	37	39

Os resultados demonstram uma pontuação alta nas respostas à EAEGP [média=37,3 \pm 2,9 (DP)], sendo que a escala possui como maior pontuação 40 pontos (quando há autoeficácia máxima), o que demonstra uma autoeficácia adequada das idosas entrevistadas. Quanto às idades das participantes [média= 74,2 \pm 4,0 anos (DP)], observa-se que há homogeneidade quanto ao grupo pesquisado.

Após a transcrição e leitura das entrevistas, iniciou-se o processo de agregação em unidades de sentido, procurando-se através de uma leitura atenta e cuidadosa organizar o material levantado de modo que as verbalizações pudessem ser reunidas conforme os propósitos da pesquisa, sendo assim que se originaram as categorias. Na análise das entrevistas foram encontradas sete categorias que correlacionou-se com a percepção das idosas acerca das crenças de uma autoeficácia adequada e envelhecimento saudável. Destacaram-se as seguintes categorias: Características de Temperamento; Religiosidade/Espiritualidade; Visão do Envelhecimento (Subcategorias: Aceitação do Envelhecimento e Ausência de Limitações); Visão do Futuro; Características do Pensamento; Resiliência; e Integração Social (Subcategorias: Voluntariado e Internet/Redes Sociais), conforme apresentadas na Tabela 3 a seguir.

Bassit e Witter (2010) enfatizam sobre a necessidade de pesquisas referentes ao envelhecimento, reforçando que a psicologia tem papel importante nesta construção no momento em que desenvolve estudos a partir da perspectiva do sujeito do processo, o que permite uma visão mais ampla e não somente relacionada aos limites do corpo físico dos sujeitos que envelhecem. Apontam ainda para a responsabilidade da psicologia em promover estudos que rompam com a lógica da associação direta entre doença e velhice. Esta visão destes autores está relacionada às categorias demonstradas neste trabalho, algo que vai além do envelhecimento como processo limitante e de causa e efeito, e na forma como as idosas vivenciam, compreendem e percebem esse processo e momento de suas vidas.

Tabela 3 – Categorias identificadas através da análise das entrevistas.

Categorias	Verbalizações das entrevistadas
- Características de Temperamento	<p>“Sou assim, sempre fui desse jeito, é da natureza da gente” – P5; “...Já quando criança eu tinha essa alegria” – P3; “O que sempre me levou... o meu jeito de ser...” – P1.</p>
- Religiosidade / Espiritualidade	<p>“Eu sou espírita, mas a minha filosofia verdadeira, a minha essência é esotérica. Nada é totalmente bom ou totalmente ruim, tudo vem pro bem maior, e também tenho o lado espiritual, não somos pura matéria, estamos aqui para crescer” – P2; “Acontece que sou muito espiritualista, de manhã a primeira coisa que faço é dar bom dia pra Deus, em silêncio” – P1; “Eu amo a Deus sobre todas as coisas” – P3.</p>
- Visão do Envelhecimento	<p>“O envelhecimento não me assusta, é uma coisa da vida, todo mundo vai passar” – P5;</p>
Subcategoria: Aceitação	<p>“A gente nasce, cresce, envelhece e morre, envelhecer é natural, não é algo negativo, essa é a vida que Deus nos deu” – P6; “Mais a parte física, orgânica, mas não na minha cabeça” (sic). – P2.</p>
Subcategoria: Ausência de Limitações	<p>“Eu não posso dizer que tenho alguma, me cuido, eu subo escada” – P2; “Não, eu não sinto. Não gosto de estar vestida que nem velha, eu nunca enxergo a velhice, eu nunca me acho velha” – P6; “Não, não eu não sinto. A única coisa que vejo como limitação é subir num ônibus um pouco mais alto, por causa das pernas né, essas coisas assim. Mas, no mais eu não tenho limitação” – P1.</p>
- Visão do Futuro	<p>“Otimismo absoluto” – P2; “O futuro não me angustia, pois é nascer, viver e morrer, essa é a lei da vida, é o natural” – P6; “Estou aprendendo a viver o dia de hoje, que eu acho muito importante. Eu vivo o hoje, com toda plenitude, com as coisas boas e ruins” – P1.</p>
- Características do Pensamento	<p>“A gente tem que se manter no bom pensamento, aceitando as coisas como elas são e não como a gente gostaria que fosse...Dentro do pior momento algo de bom vai nos acontecer, tudo depende do ângulo, tudo está na nossa mente, temos de saber fazer do limão uma limonada, para poder enfrentar” – P2; “Procuro elevar meu pensamento, eu não faço da vida um suplício, já passei muitos sabores, mas nem por isso me entreguei” – P3; “Se vejo que na direita não dá, vou pela esquerda. Acredito que tudo vai passar, e se vem algo de mal eu pulo fora” – P6.</p>
- Resiliência	<p>“Todos os imprevistos que tive tentei solucionar sozinha, pelas coisas que eu já passei na vida e já sai ileso de tudo, eu acho que sou uma vitoriosa, na idade em que estou” – P3; “O que é pra mim é meu e vamos ver” – P2; “...já sai de muitas dificuldades. Eu sei sair destas situações difíceis” – P6.</p>
- Integração Social	<p>“Eu faço voluntariado há vinte anos, e foi por escolha minha, numa época em eu comecei a parar com meu trabalho, quando eu me autoaposentei” – P2;</p>
Subcategoria: Voluntariado	<p>“Participo das voluntárias de São Sebastião, que frequento há uns dez anos” – P3; “O meu contato com o voluntariado também é muito importante, onde estou a mais de quinze anos, o que eu não largo de jeito nenhum – P4;</p>
Subcategoria: Internet/Redes Sociais	<p>“Sou de uma confraria do Facebook, que é um grupo de pessoas especiais e que se encontra e se reúne também” – P4; Faço três horas no computador e relaxo tanto que eu começo a cochilar, é a minha terapia, é o meu programa” – P2; “eu gosto do computador, passo e-mail, recebo e-mail” – P3.</p>

Discussão

No presente grupo de idosas evidenciou-se que o envelhecimento é visto como um processo natural e que faz parte do curso de vida. Neste sentido, Fontaine (2007) enfatiza que o envelhecimento não é um estado; porém, um processo de degradação que é gradativo e diferente para cada indivíduo, e que diz respeito a todos os seres vivos. O termo natural é a morte do organismo. Aponta ainda que pontuar seu começo é impossível, pois segundo o nível em que cada um situa-se, se biológico, psicológico ou sociológico, a velocidade e rigor irão variar consideravelmente de uma pessoa a outra.

As participantes também sinalizaram na categoria Visão do Envelhecimento que não percebem limitações, e que o envelhecer de modo saudável é poder fazer as atividades da rotina, aceitar a vida como ela é, ter bons pensamentos, acreditar em Deus e ter saúde, sendo que todas avaliaram-se como tendo uma boa saúde. Neste sentido, Cupertino, Moreira e Ribeiro (2007) também demonstraram, através de suas pesquisas com idosos, que estes não visualizam o envelhecimento como patológico, e apontam ainda que o envelhecimento é visto como algo heterogêneo e multidimensional.

Quanto à visão de futuro, as idosas em sua maior parte enfatizaram que focam no aqui-agora, no viver e aproveitar o dia de hoje, sem preocupações com o que virá. Evidencia-se uma atitude que decorre do amadurecimento e das experiências de vida, e, conforme Neri (2001), as mulheres idosas possuem um envelhecimento diferenciado em relação aos homens idosos; pertencer ao gênero feminino determina papéis que conectam as mulheres ao mundo dos relacionamentos e à interdependência. A maior interação reflete em satisfação e acesso a recursos sociais e interpessoais, que funcionam como proteção, especialmente para as idosas.

A maioria das participantes faz parte de atividades de integração com outras pessoas, como atividades voluntárias, sendo uma rotina para quatro das seis participantes. Uma delas também pratica atividade esportiva em grupo, e outra retomou os estudos e tem contato com pessoas que como ela voltaram aos bancos escolares. Algo que sinaliza para uma nova dinâmica é o acesso às redes sociais como oportunidade de interação e contato social. Quatro das seis idosas utilizam com habitualidade a troca de e-mails, as pesquisas em sites, e duas interagem através do Facebook, o que é avaliado por elas como positivo. Neste sentido, Jardim e Medeiros (2006), em estudo qualitativo com dez idosos para conhecer o que percebiam sobre o envelhecimento, demonstraram que os idosos não apresentavam uma visão negativa e homogênea da velhice, e sim com diversas vivências sobre esse momento, visto como uma fase prazerosa. Assim, a velhice associada à perda, doença ou incapacidade ficava mais na visão dos outros do que na visão de si dos idosos. Ressalta-se que as idosas apontaram para o fato de já possuírem essa característica de temperamento, esse jeito de ser autoeficaz, como algo que as acompanha ao longo do ciclo vital.

Por outro lado, Silva, Smith-Menezes, Tribess, Rómo-Perez e Júnior (2012) descrevem que a presença de limitações na realização das atividades instrumentais da vida diária do idoso está associada à percepção negativa do estado de saúde, sendo que o elemento essencial mediador da autoavaliação pessimista da saúde pode ser a própria

dependência. Assim, os autores sugerem que o declínio na capacidade funcional do idoso pode ser o maior indicador para o próprio indivíduo de sua condição na velhice.

Schultz e Schultz (2008), quando mencionam os estágios de desenvolvimento e a relação com a autoeficácia, apresentando a teoria de Bandura, enfatizam que para o autor, ser autoeficaz é um fator decisivo na determinação de sucesso ou fracasso ao longo de toda a vida. Assim, as pessoas que ao longo de seu desenvolvimento tem a autoeficácia como uma característica, sentem-se mais confiantes nos momentos que exigem adaptação e enfrentamento de situações novas, como na aposentadoria, em uma doença, ou nas perdas que ocorrem ao longo do ciclo vital.

Outra categoria identificada foi a da religiosidade/espiritualidade, onde todas as participantes referiram a importância do apoio espiritual. Conforme Socci (2010), escrever sobre religiosidade/espiritualidade ainda representa um desafio à Psicologia científica, mas a atual tendência da psicogerontologia é considerar este enfoque como variável de mediação entre eventos estressantes e as respostas às situações negativas na velhice ou também como recurso para o enfrentamento nas perdas, dificuldades ou adversidades.

Resiliência e características de pensamento com ênfase no positivo são questões percebidas nas falas das participantes. Considerando o que aponta Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009), a resiliência é a capacidade do ser humano de enfrentar as dificuldades do dia a dia e de responder a elas de modo positivo, apesar das adversidades, e que se origina de uma combinação entre atributos individuais e das interações entre o ambiente familiar, social e cultural. Segundo Couto (2010), a vulnerabilidade biológica e a incapacidade funcional em idosos podem gerar baixa resiliência física, que está intimamente ligada aos aspectos psicológicos e à subjetividade dos recursos internos. A autoavaliação das capacidades funcionais e das dificuldades em manter ou aceitar os recursos reabilitatórios depende de critérios como autoestima e autoeficácia.

Neri (2007) aponta que se os idosos adaptam as crenças de autoeficácia às novas condições desencadeadas pelo envelhecimento, criam-se outras crenças sobre os próprios recursos e capacidades. A autoeficácia e a rede de relações podem contribuir para a adesão a tratamentos de saúde, a investimentos no bem-estar pessoal e ao envolvimento no exercício de controle pessoal. Sendo assim, o incentivo ao desenvolvimento de crenças de autoeficácia exerce um papel relevante no bem-estar dos idosos.

Conhecer como as idosas vivenciam e percebem o envelhecimento e as crenças de autoeficácia relacionadas a este processo, constituiu-se foco desta pesquisa que apontou como resultados o fato das participantes possuírem uma visão de vida que coaduna com ações e pensamentos relacionados a uma autoeficácia adequada.

As participantes julgam-se capazes de enfrentar as adversidades, aceitam o envelhecimento de modo geral como algo natural e integrante do ciclo vital, e denotam a importância de pensamentos que apontem no sentido de uma perspectiva positiva e resiliente perante a vida, nas situações difíceis e no enfrentamento do dia a dia. Há uma aceitação do envelhecimento e disposição para levar uma vida com vitalidade, naturalidade e bom humor. Bandura (1999) reforça que a autoeficácia percebida é vista como um importante determinante de uma conduta que favorece a saúde, capacitando as pessoas a exercer certo controle de ação sobre sua vitalidade e qualidade de vida.

Neste sentido, sugere-se que mais pesquisas possam ser realizadas no intuito de conhecer melhor a realidade vivida pelos idosos em nosso contexto, pois, a partir do momento em que isso é conhecido, podem ser pensadas, planejadas e implementadas ações por parte dos profissionais da saúde, com o foco em melhor atender e intervir no fomento da qualidade de vida, saúde, incentivo à interação social e um novo enfoque para com os idosos, suas necessidades e possibilidades. A Psicologia tem papel importante neste processo, e deve voltar-se para as pesquisas e estudos no que concerne aos idosos e ao envelhecimento, uma faixa etária merecedora de atenção, e onde devem ser implementadas intervenções no intuito de auxiliar na promoção de qualidade de vida e bem-estar.

Referências

- Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2006). Autoeficácia proposta por Albert Bandura. Em R. G. Azzi & S. A. J. Polydoro (Orgs.). *Autoeficácia em diferentes contextos* (pp. 09-23). Campinas: Editora Alínea.
- Bandura, A. (1990). Perceived Self-Efficacy in the exercise of personal agency. *Revista Española de Pedagogia*, 48(187), 397-427.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva em sociedades cambiantes. Em: A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual* (pp. 19-54). Editorial Desclée de Brouwer.
- Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. Em: A. Bandura, R. G. Azzi & S. Polydoro. *Teoria Social Cognitiva Conceitos Básicos* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bassit, A. Z. & Witter, C. (2010). Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. Em: G. P. Witter (Org.), *Envelhecimento – referenciais teóricos e pesquisas* (pp. 15-31). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Benites, D. (2006). *Autoeficácia Geral e Autorrelato de Falhas de Memória Prospectiva e Retrospectiva em Adultos e Idosos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (p. 89). Porto Alegre.
- Cardoso, C. M. & Rabelo, D. F. (2007). Autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *PsicoUSF*, 12(1), 75-81.
- Couto, F. B. D. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Revista Kairós*, 7, (1)51-62.
- Cupertino, A. P. F. B., Moreira, F. H. & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.
- Deponti, R. N. & Acosta, M. A. F. (2010). Compreensão dos idosos sobre fatores que influenciam no envelhecimento saudável. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15(1), 33-55.
- Fontaine, R. (2007). *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Edições Loyola.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 72-82.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010*. Acessado em: <10 maio de 2011> Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_vizualiza.php?id_noticia=1>.
- Jardim, V. C. F. S. & Medeiros, B. F. (2006). Um olhar sobre o processo de envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(2), 25-34.
- Ministério da Saúde. (2011). *Informações sobre Saúde do Idoso*. Disponível em: Acessado em 12 de abril de 2011> Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466>.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. Em: A. L. Neri (Org), *Desenvolvimento e envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). 4.ed. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Em: A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 13-59). Campinas, São Paulo: Editora Alínea.
- Neves, R. F., Laham, C. F., Aranha, V. C., Santiago, A., Ferrari, S. & Lucia, M. C. S. (2013). Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicologia Hospitalar*, 11(2), 72-98.
- Noronha, M. G. R. C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P. & Centa, M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2008). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Cengage Learning.
- Silva, M. C. S. & Lautert, L. (2010). O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 44(1), 61-67.
- Silva, R. J. S., Smith-Menezes, A., Tribess, S., Rómo-Perez, V. & Júnior, J. S. V. (2012). Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 49-62.
- Socci, V. (2010). Religiosidade e o adulto idoso. Em: G. P. Witter (Org.), *Envelhecimento – referenciais teóricos e pesquisas* (pp. 87-101). 2.ed. Campinas, SP: Editora Alínea.

Recebido em março de 2014

Aceito em abril de 2014

Luciane Patrícia Boratti Karlinski: Psicóloga pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Silvana Soriano Frassetto: Psicóloga e Bióloga. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (WP – Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental). Doutora em Bioquímica (Ênfase em Neurociência – UFRGS). Professora da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Endereço para contato: silvanafrassetto@terra.com.br