

GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

Maria Helena Martins

ENVELHECIMENTO E RESILIÊNCIA

perspetivas para a reabilitação do idoso



Cadernos do GREI n.º 24

FEVEREIRO 2015

ENVELHECIMENTO E RESILIÊNCIA

perspetivas para a reabilitação do idoso

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Conceitos e perspetiva biopsicológica do envelhecimento	4
2. Desenvolvimento ao longo da vida e envelhecimento.....	7
3. Aspetos psicológicos e funcionamento adaptativo no envelhecimento	10
4. Fatores e processos de resiliência no envelhecimento	13
5. Resiliência: abordagem para a reabilitação do idoso?.	16
Reflexões finais.....	19
Bibliografia.....	20



GREI- Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

FICHA TÉCNICA

Título: Cadernos do GREI

Edição de: GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

*Rua Vergílio Ferreira, n.º 11
8005-546 FARO*

grupo@grei.pt

www.grei.pt

Capa: adaptada por Rute Ralha-Simões de “Velho na amargura” de Vincent Van Gogh

Conselho Editorial: Carlos Marques Simões (coordenador), Francisco Baptista Gil, Helena Ralha-Simões, Rosanna Barros, Carla Fonseca Tomás e Nuno Murcho

Data: fevereiro de 2015

Publicação de difusão restrita

A ortografia adotada no texto dos cadernos é da responsabilidade de cada autor(a).

A ortografia utilizada na capa, títulos, índice e resumo não segue o novo acordo ortográfico, segundo opção do coordenador editorial.

(...) tenho a velhice diante de mim e tenho medo de tê-la deixado para trás. O mundo que corresponde aos meus anos e ao meu corpo é muito diferente, porque a velhice é o mundo da verdade cansada, embora não da idade esmagada; (...) não sinto o peso da idade no espírito, embora o sinta no corpo.(...) mas o espírito está vigoroso e (...) afirma sem pejo que esta idade é a flor dos seus anos.

Séneca, Elogio da Velhice , in Cartas a Lucílio (63-64 d.C.)

(...) não há razões para lamentar os velhos. Os jovens deveriam, antes, invejá-los. É certo que os velhos não têm oportunidades, não têm possibilidades no futuro, mas têm mais do que isso. Em vez de possibilidades no futuro, têm realidades no passado (...) e nada nem ninguém pode alguma vez roubar esses bens ao passado.

Viktor Frankl, *Man's search for meaning* (1962)

RESUMO:

Nas últimas décadas o envelhecimento populacional a nível mundial, aliado ao aumento da prevalência de doenças relacionadas com a idade tem despertado grande interesse pelas suas consequências multidimensionais. Não obstante as adversidades e perdas que se colocam ao idoso, é fundamental que esta etapa seja vivida com maior qualidade e resiliência, constituindo-se como um dos grandes desafios do século XXI.

Palavras-chave: Envelhecimento; funcionamento adaptativo; resiliência; reabilitação.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, acompanhando as tendências internacionais, temos vindo a verificar um crescente aumento do número de pessoas com mais de 65 anos de idade (19,2%). Atualmente, verifica-se que esta faixa etária ultrapassa largamente o número de jovens (14,9%), sendo que a esperança de vida média é de 80 anos, nomeadamente 76,9 anos para os homens e 82,8 anos para as mulheres (PORDATA, 2014).

Embora este envelhecimento tenha ocorrido mais tardiamente do que nos países da Europa central e do norte, tem vindo a manifestar-se de modo “*mais vigoroso, devido sobretudo ao impacto das características do processo emigratório*” (Rodrigues & Dias, 2012, p. 181) e também à baixa natalidade nas últimas décadas.

Historicamente a velhice foi considerada como uma doença natural que causava decadência física e mental, discurso esse que progressivamente tem vindo a ser alterado, mas que continua ainda muito enraizado na sociedade e presente em diversos preconceitos como o ageísmo e em estereótipos, muitos deles negativos. O estudo científico do envelhecimento humano possibilitou uma alteração desta visão tradicional que enfatizava este período do ciclo de vida, estreitamente relacionado com o modelo de défice, descrevendo o idoso como incapaz e centrando-se nas consequências negativas do envelhecimento (Fonseca, 2012).

Este interesse pelo envelhecimento e pela velhice permitiu ainda o desenvolvimento de importantes ciências, como a geriatria, a gerontologia e a neuropsicologia geriátrica. Estas novas ciências têm contribuído, de forma significativa, para uma compreensão integrada deste processo, das patologias dos idosos e, sobretudo, de estratégias de intervenção que permitam um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

É indiscutível que, nesta etapa, o indivíduo se confronta inevitavelmente com diversas perdas e adversidades advindas de várias limitações funcionais em diferentes domínios, nomeadamente na saúde, nas circunstâncias gerais de vida e em acontecimentos de vida negativos (Afonso, 2012). Assinale-se que este processo é marcado por mudanças biopsicossociais específicas que se manifestam em graus e momentos diversos, conduzindo a uma grande variabilidade quer inter como intra-individual. Neste sentido, o envelhecimento não deve ser percecionado apenas como sinónimo de perdas, já que algumas funções ou capacidades podem melhorar, sendo que muitos idosos acabam por manifestar boa adaptação e qualidade de vida, evidenciando satisfação e demonstrando resiliência face às adversidades inerentes a este processo (Mühlig-Versen, Bowen & Staudinger, 2012).

A compreensão dos aspetos biopsicológicos do envelhecimento constituiu-se como uma importante contribuição para promover o desenvolvimento de estratégias que possam prevenir ou atenuar as suas consequências, para que envelhecer possa significar acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999; Calixto & Martins, 2010).

1. CONCEITOS E PERSPETIVA BIOPSIOLÓGICA DO ENVELHECIMENTO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1999) são consideradas idosas as pessoas com mais de 65 anos nos países desenvolvidos e mais de 60 anos de idade nos países em desenvolvimento.

Enquanto Riley (1988) diferencia a população idosa em jovens idosos (entre 65 e 74 anos), idosos (entre 75 e 84 anos) e idosos mais velhos (a partir dos 85 anos), outros investigadores defendem que o indivíduo apresenta não apenas uma idade (i.e., a cronológica), mas três idades distintas, nomeadamente a idade biológica, a social e a psicológica (Schroots & Birren, 1990). A idade biológica está associada ao envelhecimento orgânico, a modificações físicas e biológicas dos órgãos e tecidos, com diminuição do funcionamento, eficácia e estado de saúde. A idade social é influenciada pelas estruturas culturais e históricas e relaciona-se com os papéis, funções e expectativas sociais associadas a determinadas idades ou faixas etárias. Por último, a idade psicológica está relacionada com o desenvolvimento do indivíduo a nível cognitivo-emocional, com as suas motivações e competências adaptativas. A idade psicológica baseia-se, fundamentalmente, nas alterações a nível comportamental (competências que o indivíduo pode mobilizar em função das alterações do ambiente, como as capacidades mnésicas, intelectuais e as motivações para o empreendimento) e perceptivo (forma como as pessoas se percebem a si próprias, refletindo-se na capacidade individual de adaptação às mudanças) (Hutchison, 2003).

Não obstante os conceitos de velhice e envelhecimento sejam muitas vezes utilizados indiscriminadamente, são conceitos distintos. A velhice é uma etapa da vida com características típicas que definem a entrada neste estágio e que diferem de indivíduo para indivíduo, em função da idade, do género, do nível de escolaridade, ou do nível económico. O envelhecimento é um processo contínuo, complexo e heterogéneo que se relaciona com a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação ao meio ambiente e se caracteriza por um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo (Fernandes, 2002). Neste sentido, o processo de envelhecimento é uma realidade biológica com uma dinâmica própria, alheia ao controlo humano e sujeita às construções biopsicossociais que cada sociedade faz desta etapa da vida.

O processo de envelhecimento é atualmente considerado um fenómeno biopsicossocial, uma vez que, para além da componente biológica, é influenciado pelos contextos de vida e pela cultura vigente. Não se constituindo como uma doença, torna contudo o organismo mais propício às patologias, sendo a fragilidade maior conforme a idade aumenta. Embora não esteja geneticamente programado existem evidências de que a alteração de alguns genes promove mudanças na *performance* funcional e na longevidade dos organismos (Almeida, 2012).

O envelhecimento normal ou senescência, caracterizado pela ausência de patologia biológica e mental grave, relaciona-se com alterações no funcionamento do organismo advindas da idade e deve distinguir-se do envelhecimento patológico ou senilidade. Este último relaciona-se com a presença de doenças ou patologias graves que afetam a cognição e a saúde mental, como as consequências de determinadas doenças. O envelhecimento está associado a alterações em todos os sistemas e órgãos do corpo humano. De entre as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento normal, destacam-se as alterações na composição corpórea, com redução significativa da massa celular e da água no organismo, na componente gordura que tende a aumentar e a revelar uma distribuição mais acentuada na região do abdómen e, ainda, alterações na estatura e no conteúdo mineral dos ossos (mais reduzido no idoso) (Pelegriño, 2009).

Ocorrem também alterações morfológicas, como o aumento da circunferência do crânio, da amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos, resultando na conformação facial típica do idoso. Assinala-se também um menor rendimento na função cardíaca, pulmonar, renal e controlo respiratório. Verificam-se ainda alterações na função digestiva (diminuição da saliva e motilidade da língua, do palato e da faringe e alterações na contração do esófago dificultando a progressão dos alimentos), no estômago (menor acidez, motilidade e fluxo sanguíneo para os intestinos), com consequências na perda de peso e da capacidade de absorção de água e de determinados nutrientes. Relativamente ao sistema

endócrino verifica-se também redução na produção de diversas hormonas como a do crescimento, da antidiurética, da melatonina (responsável pela regulação do sono) e das sexuais (levando à menopausa na mulher e à andropausa no homem) (Pelegrino, 2009).

Diversas são ainda as alterações no sistema nervoso central, verificando-se perda de neurónios, mais significativas nas áreas responsáveis pela regulação do equilíbrio (homeostase), temperatura, pressão arterial e frequência cardíaca. Ocorre também diminuição no volume e peso cerebral, na concentração cerebral de neurotransmissores (serotonina e a acetilcolina) importantes para o humor e para a realização de novas aprendizagens e para o comportamento motor, assim como o aumento da quantidade de alterações microscópicas no cérebro (emaranhados neurofibrilares e placas senis). As alterações no cérebro, coadjuvadas com as mudanças nos órgãos da visão e da audição, promovem transformações nas principais funções mentais, nomeadamente memória, linguagem, funções executivas e visuo-espaciais (Almeida, 2012).

Assinale-se que, no processo de envelhecimento normal, embora algumas alterações fisiológicas sejam comuns a todos os indivíduos, o seu aparecimento e intensidade podem apresentar variações de indivíduo para indivíduo, sendo uma experiência heterogénea, que pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa de acordo com a história de vida e, sobretudo, com a representação de velhice do próprio e da sociedade em que está inserido (Mühlig-Versen, Bowen & Staudinger, 2012).

2. DESENVOLVIMENTO AO LONGO DA VIDA E ENVELHECIMENTO

Durante muitas décadas o envelhecimento foi conceptualizado como um período de declínio e de perdas e, como tal, oposto ao processo de desenvolvimento. Atualmente, as teorias contextuais desenvolvimentais têm vindo a ganhar destaque defendendo o desenvolvimento e o envelhecimento como processos que ocorrem ao longo do ciclo vital,

embora com diferentes contribuições para a determinação das mudanças evolutivas (Bastos, Faria & Moreira, 2012).

Esta alteração, segundo Baltes, Lindenberger e Staudinger (2006), remonta a Johann Tetens que, em 1777, desenvolveu um trabalho sobre a natureza e o desenvolvimento humano, defendendo o desenvolvimento como um processo que ocorre ao longo do ciclo de vida. Durante a década de sessenta do século XX, Riegel retoma esta teoria fundando a **escola dialética** e dando origem a diversos estudos sobre o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Contributos significativos foram dados posteriormente pelos trabalhos de Schaie (1996) Birren e Shaie (2006) e de Baltes (2006) que defendem a "**life-span developmental psychology**". Fundado em 1981, o **Center for Lifespan Psychology** no **Max Planck Institute for Human Development**, constituiu-se um importante contributo para o estudo do desenvolvimento ao longo da vida.

A **teoria do desenvolvimento e do envelhecimento** de Baltes focaliza as interações que ocorrem entre o indivíduo e os seus contextos, postulando que o desenvolvimento abrange todo o ciclo de vida, desde a conceção até à morte. O desenvolvimento é assim conceptualizado como um processo ao longo da vida (i.e., com períodos de continuidade e de descontinuidade), organizando-se através de equilíbrios entre ganhos e perdas (Baltes, 2006).

Segundo Baltes podem acontecer alterações específicas em todas as fases do ciclo da vida, sendo que todas elas contribuem de igual modo para a regulação da natureza do desenvolvimento humano, não existindo nenhum período com supremacia sobre o outro. Este autor sustenta ainda que a multidimensionalidade e a multidirecionalidade são características do desenvolvimento humano. Por multidimensionalidade entende que o que influencia o desenvolvimento do indivíduo é a interação dinâmica e complexa de fatores endógenos e exógenos, embora alguns fatores possam desempenhar um efeito mais poderoso sobre um determinado domínio. Relativamente à multidirecionalidade, defende que o desenvolvimento de um determinado domínio não acontece de

uma forma exatamente linear, aumentando a eficácia funcional de uma modalidade particular. Assim, o desenvolvimento pode ser caracterizado como possibilitando quer o aumento quer a diminuição da eficácia durante o curso da vida de um indivíduo, sendo que, como resultado, o desenvolvimento de vários domínios é multidirecional na sua natureza (Baltes, 2006).

O conceito de plasticidade, defendido também por Baltes (2006), revela-se extremamente importante para a compreensão do envelhecimento, assinalando a variabilidade intrapessoal e focalizando as potencialidades e limites da natureza do desenvolvimento humano. Este conceito postula a existência de diversos resultados de desenvolvimento possíveis, consignando a natureza do desenvolvimento humano como aberta e pluralista. De referenciar que a plasticidade neuronal, ou seja a capacidade do cérebro para se adaptar às novas exigências, é ainda um importante fator a considerar, postulando que a capacidade do indivíduo para a mudança é um processo que decorre ao longo da vida.

É neste sentido que Baltes, Lindenberger e Staudinger (2006) defendem que o desenvolvimento, enquanto processo que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, implica ganhos e perdas, sendo o **modelo da seleção, otimização e compensação (SOC)** o seu paradigma operacional. O **modelo da otimização seletiva com compensações** conceptualiza o envelhecimento bem-sucedido mediante uma maximização de ganhos e uma minimização de perdas, através de processos de seleção, otimização e compensação.

Este modelo, desenvolvido por Baltes, defende que, ao longo da vida, os indivíduos se vão deparando com alterações nos seus recursos cognitivos e comportamentais relacionadas com a progressão da idade. Através da seleção do que é mais importante e da sua posterior otimização, com eventuais compensações, o idoso vai envelhecer de um modo mais positivo. A seleção possibilita-lhe a diminuição das alternativas possíveis; isto é, ao escolher os objetivos mais importantes para si, atendendo às perdas inerentes ao envelhecimento, o idoso irá focalizar-

-se numa dada prioridade. Neste sentido, as expectativas do indivíduo são ajustadas de modo a permitir a manutenção da sua satisfação. É através da otimização que os recursos internos e externos são aplicados, no sentido de uma maior funcionalidade, amplificando as escolhas realizadas e tendo em atenção os meios através dos quais o indivíduo pode vir a alcançar os objetivos definidos. Por último, a compensação tem a ver com a capacidade de equilibrar as perdas com a escolha de alternativas e com o investimento em recursos que possibilitem a manutenção de um bom nível de funcionamento, não obstante as perdas e os défices decorrentes do processo de envelhecimento (Fonseca, 2005).

Face a diferentes alternativas, o idoso opta por não realizar aquilo que lhe é difícil ou inviável e tenta compensar procurando outros domínios possíveis de realização. Este processo, embora universal, está relacionado com diversos fatores como o contexto cultural, a história de vida e as circunstâncias pessoais com as quais o indivíduo se vai confrontando durante o envelhecimento. Assim, como resultado deste processo, o idoso pode aumentar a sua eficiência, melhorar o seu desempenho e reduzir os comportamentos desadaptativos.

3. ASPETOS PSICOLÓGICOS E FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO NO ENVELHECIMENTO

Ao longo do processo de envelhecimento ocorrem diversos tipos de perdas e mudanças, físicas e psicológicas, que transformam as funções do indivíduo, provocando alterações na sua forma de ser, agir e estar e nos seus papéis sociais. Estas mudanças constituem-se como desafios para a manutenção do bem-estar do idoso, provocando stresse e dificultando uma velhice bem-sucedida.

Embora alguns idosos apresentem dificuldades para se adaptar, estudos têm demonstrado que manifestam uma significativa capacidade de adaptação para suportar as situações de transição, de mudanças e per-

das (Fernandez-Ballesteros, 2007; Schroots & Birren, 1990; Staudinger, Freund, Linden, & Maas, 1999).

Referenciando três tarefas adaptativas relativas ao desenvolvimento humano (crescimento, manutenção e regulação de perdas), Baltes e colaboradores referem que a manutenção e a regulação de perdas são processos básicos (Baltes & Smith, 1990; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006). Assim, através da manutenção, os idosos “*procuram manter os níveis de funcionamento psicológico desejados face a um acontecimento de vida significativo que ocorra (resiliência), ou retomar níveis anteriores na sequência de perdas desenvolvimentais específicas*” (Fonseca, 2012, p. 102). Por outro lado, a regulação de perdas permite que os idosos consigam organizar o funcionamento psicológico em níveis básicos de adaptação, sobretudo quando a manutenção ou a retoma dos níveis ótimos de funcionamento já não é possível, atendendo às perdas irreversíveis, quer de recursos internos quer de externos.

Afonso (2012, p. 162) defende que o impacto no bem-estar das alterações e perdas depende muito da avaliação que o idoso faz, tornando ou não esses acontecimentos stressores, bem como das estratégias que utiliza para lidar com essas situações. Efetivamente, o que parece mais importante é que as estratégias sejam adaptativas e que o idoso seja capaz de “*discernir, perante uma situação o que pode ou não mudar, para seletivamente, aplicar um ou outro tipo de estratégia*”.

Assinale-se que a sabedoria e o pensamento pós-formal, característicos desta fase da vida, são extremamente importantes. Brandstädter e Renner (1990) referem que, embora o idoso possa utilizar estratégias de assimilação e acomodação, parece haver uma maior predisposição para que utilize estratégias de acomodação.

Enquanto as estratégias de assimilação envolvem uma mudança ativa da situação geradora de stresse – para a aproximar da meta esperada, implicando o controlo primário, estratégias centradas no problema, de carácter externo e uma ação direta para alterar a situação percebida como stressante – as estratégias de acomodação implicam uma trans-

formação nos projetos para que estes se harmonizem com as situações existentes. Assim, as estratégias mais utilizadas pelo idoso associam-se fundamentalmente ao controlo secundário e a estratégias internas, mais centradas na emoção, com o objetivo de modificar a percepção da situação, quer a nível cognitivo e/ou emocional, e no sentido de aproximar os acontecimentos dos seus desejos ou necessidades (Afonso, 2012).

Ao enfrentar uma adversidade, o idoso pode inicialmente utilizar estratégias de assimilação, sendo que, quando estas se demonstram ineficazes, se poderá deprimir, resignar-se ou desenvolver estratégias de acomodação, incrementando esforços para intentar outros objetivos ou valores de modo a efetuar uma reavaliação das situações, aproximando o percurso percecionado daquele que é o ideal. Os idosos utilizam ainda o enfrentamento proativo, que se relaciona com o uso de estratégias de prevenção ou minimização do efeito de futuros stressores, apoiando-se nos recursos acumulados ao longo da vida (Aspinwall & Taylor, 1997).

Ao analisar os processos de stresse e as estratégias de *coping* relacionadas com o envelhecimento, Lazarus (1998) sublinha o fator individual como a chave para compreender tais processos, sendo que nos idosos o impacto do declínio da saúde, da reforma, da viuvez, ou da perda do poder económico é interpretado de uma forma subjetiva, dependendo do significado que cada idoso lhe atribui. Embora exista uma heterogeneidade individual, os idosos revelam uma maior predisposição para ativarem estratégias de *coping* adaptativas e uma maior flexibilidade que lhes permite passar de estratégias centradas no problema, para estratégias centradas na emoção, sobretudo quando as primeiras se revelam inadequadas.

Face a situações de stresse e ansiedade e perante as diferentes perdas ao avaliar os objetivos e recursos disponíveis, caso o idoso considere que a situação exige esforços e recursos que estão para além das suas possibilidades ou que se trata de situações irreversíveis, tenderá mais facilmente a usar estratégias centradas na emoção, alterando significados, redefinindo as suas preferências e prioridades (Afonso, 2012).

Como justificativa para estas tendências, Baltes e Smith (1990) referem a hipótese da perspectiva situacional ou de uma explicação mais relacionada com a maturidade característica da velhice. A perspectiva situacional defende que estas tendências estão relacionadas com o facto de que o idoso vai experienciando cada vez mais dificuldades e acontecimentos que não consegue controlar, sendo que o recurso a estratégias externas não se revela eficaz e adaptativo; neste sentido, irá alterar as suas perceções, quer através da acomodação, quer do *coping* adaptativo. A maior maturidade poderá advir ainda da sabedoria, característica da velhice, que permite ao indivíduo idoso, partindo da sua experiência de vida, ser capaz de aceitar e relativizar as situações com que se depara.

Esta perspectiva positiva do envelhecimento, que alicerça a aplicação da ideia de desenvolvimento psicológico no envelhecimento, fundamenta-se nos estudos sobre a plasticidade do desenvolvimento humano e de acordo com Fonseca (2012, p. 98), “*tem subjacente um conjunto de princípios que sustentam a necessidade de os idosos passarem a ser vistos como pessoas a desenvolver e não como problemas a resolver*”.

4. FATORES E PROCESSOS DE RESILIÊNCIA NO ENVELHECIMENTO

Durante várias décadas, o envelhecimento foi conceptualizado como uma fase de declínio, de incapacidades e demência. Apesar das vulnerabilidades e riscos, muitos idosos apresentam capacidades que lhes permitem ultrapassar as diversas adversidades, revelando resiliência e uma boa adaptação, vivenciando a velhice com satisfação e bem-estar (Edwards, Hall & Zautra, 2012).

Atualmente, a resiliência é entendida como um processo dinâmico que engloba uma adaptação positiva num contexto de adversidade significativa. Implícitas nesta definição estão subjacentes dois aspetos fundamentais, nomeadamente a exposição a uma ameaça ou adversidade grave, que é avaliada como representando risco ao desenvolvi-

mento, e a realização positiva, possibilitando que o indivíduo consiga ultrapassar essa situação, recuperando e sendo bem-sucedido nesse confronto (Luthar, Cicchetti & Becker 2000).

No mesmo sentido, Ryff Singer, Love & Essex (1998) conceptualizam a resiliência no envelhecimento como um processo dinâmico que abrange as relações entre fatores protetores a nível biológico, psicológico, relacional e sociológico. Assim, a nível biológico salientam a imunocompetência e a diminuição da sensibilidade à dor; a nível psicológico, a influência das características da personalidade e dos mecanismos de interpretação (comparações sociais, avaliações, autoperceções que os indivíduos utilizam para atribuir significado às suas experiências) e a avaliação da forma como se reage face aos acontecimentos e se lida com as perdas. Relativamente ao nível relacional referem o efeito “*amortecedor*” do suporte social, da integração social, da rede social e das relações familiares face aos acontecimentos stressantes. Finalmente, a nível sociológico assinalam a relevância da educação e do rendimento económico.

A resiliência constituiu-se assim como importante fator de proteção no envelhecimento, possibilitando aos idosos a superação das adversidades presentes nesta etapa, apresentando-se como um processo regenerador que auxilia na manutenção da saúde (Edwards *et al.*, 2012).

Nas últimas décadas diversos estudos referenciam a existência de um conjunto de fatores internos que promovem o desenvolvimento da resiliência e que detêm importante papel no envelhecimento, nomeadamente características motivacionais e espirituais, a estabilidade emocional, o bem-estar físico, a existência de sonhos e objetivos de vida, bem como a determinação e a perseverança para a sua realização. Também a perceção de controlo sobre a própria vida, a esperança, o otimismo, o humor e a felicidade são assinaladas como fundamentais para a resiliência e manutenção da qualidade de vida nesta fase da vida (Ryff *et al.*, 1998).

Segundo Joseph e Linley (2006) a resiliência dos idosos está associada significativamente com o otimismo, as emoções positivas e a exis-

tência de uma rede de apoio social. Outras características internas – como a autoestima, a autoeficácia e a coesão familiar – desempenham também um papel protetor para o idoso (Hardy *et al*, 2004).

Manciaux (2003) assinala ainda como sendo importantes para a resiliência a cultura, o realizar de atividades diversificadas, conseguir quebrar algumas rotinas, manter e fazer novos amigos e a autoconfiança. Também a espiritualidade, a transcendência e o sistema de crenças se constituem como importantes fatores de resiliência.

Os resultados de um estudo realizado por Silva e Alves (2007), tendo como objetivo identificar as adversidades e os fatores protetores que os idosos apresentavam, constatou que as principais adversidades eram a instabilidade familiar, a morte, a existência de patologias e de carências económicas. No que se refere aos fatores protetores os investigadores assinalam o humor, a autoestima, o sentido da vida, a iniciativa, o autoconceito positivo, a aceitação, a autonomia e a independência, o otimismo, a espiritualidade e o apoio familiar e social.

Um estudo desenvolvido por Balbé (2011) com um grupo de idosas concluiu que as variáveis associadas à resiliência eram a perceção de saúde (i.e., uma perceção positiva sobre a própria saúde permite maior resiliência); o humor (i.e., a boa disposição e o humor possibilitam níveis mais elevados de resiliência) e a felicidade (i.e., as idosas felizes apresentam níveis mais elevados de resiliência). A investigadora constatou ainda que a prática de atividade física se constituiu como fator de resiliência, permitindo uma maior autoestima, maior felicidade e mais humor.

Refira-se, ainda, a investigação conduzida por Ferreira, Santos e Maia (2012), cujos resultados revelaram que a autoestima e o suporte social se relacionam positivamente com a resiliência (i.e., quanto maior a autoestima e o suporte social que os idosos apresentam, maior será a sua resiliência).

Tendo como objetivo analisar as relações entre a resiliência e o *coping*, como preditores do bem-estar psicológico nos idosos, a investigação desenvolvida por Tomás e colaboradores demonstrou que a resi-

liência, o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado na emoção afetam o bem-estar psicológico. Verificou-se ainda que a resiliência, isoladamente, se revelou como o mais forte preditor para o bem-estar psicológico dos idosos (Tomás, Sancho, Melendez & Mayordomo, 2012).

Ainda neste âmbito, é de referenciar o estudo de Wiles, Wild, Kerse e Allen (2012) que pretendeu analisar a opinião dos idosos sobre o envelhecimento resiliente. De forma geral, os fatores identificados como contribuindo para o envelhecimento resiliente foram a atitude positiva, a manutenção dos relacionamentos sociais, a existência de atividades que permitem a ocupação dos idosos e a capacidade para lidar com as situações difíceis e com as adversidades.

Tendo como referencial estes resultados, pode constatar-se que a resiliência é entendida pelos idosos não apenas como uma característica ou comportamento, mas como um processo multidimensional, do qual fazem parte integrante quer fatores individuais e psicológicos, fatores de ordem social e envolvental.

5. RESILIÊNCIA: ABORDAGEM PARA A REABILITAÇÃO DO IDOSO?

A resiliência surge como um conceito importante nesta área de conhecimento consubstanciando uma abordagem extremamente importante para a reabilitação do idoso que viabiliza o envelhecimento bem-sucedido. Permitindo lidar com as adversidades e perdas desta etapa do curso de vida, de uma forma mais adaptativa, a resiliência pode ser ativada e promovida mediante intervenções apropriadas (Manciaux, 2003).

Estas intervenções podem ser desenvolvidas através de diversas estratégias, nomeadamente: i) estimulação cognitiva, promovendo atividades e discussões que possibilitam a otimização do funcionamento cognitivo, emocional e social, realizada prioritariamente em situação grupal; ii) treino cognitivo, envolvendo a execução de diversas tarefas-padrão abrangendo funções cognitivas específicas, realizadas em grupo ou individualmente pelo idoso; iii) reabilitação cognitiva, que consiste numa abordagem individualizada em função de um conjunto específico

de objetivos estabelecidos para o idoso, pretendendo-se a partir dos pontos fortes compensar as áreas mais deficitárias (Carvalho, Machado & Caramelli, 2014).

Staudinger e colaboradores (1995) assinalam que a resiliência pode ser suportada pela capacidade de plasticidade neuronal e reserva cerebral do sujeito, entendida esta última como o mecanismo cerebral de adaptação cognitiva em resposta a um prejuízo ou lesão, ou seja, como a habilidade para aperfeiçoar ou maximizar o desempenho através do recrutamento de redes neuronais e de estratégias cognitivas alternativas (Caixeta & Pinto, 2014). Acrescentam ainda que a resiliência pode, também, ser estabelecida por meio de intervenções através de programas de desenvolvimento em diferentes áreas do funcionamento humano, como a cognição, a emoção, a afetividade e a motivação, envolvendo a mobilização de recursos internos e externos.

Kahana, Kahana, e Kercher (2003) e Hardy, Concato e Gill (2004) referem que a resiliência pode aprender-se e exercitar-se e que é possível incrementar a capacidade de resiliência no idoso através de estratégias direcionadas para a proatividade. Este modelo aconselha a mobilização, quer dos recursos internos (por exemplo, o otimismo, o altruísmo, entre outros), quer dos recursos externos (por exemplo, financeiros e ajuda tecnológica) e ainda de recursos sociais (por exemplo o acesso à família, aos amigos e outros recursos da sociedade) que possam oferecer ajuda de modo a que o idoso desenvolva a sua resiliência. O modelo inclui, além de estratégias tradicionais como o acesso aos recursos e a cuidados com a saúde (exercício físico, controlo de peso, não tabagismo), o planeamento do futuro, a substituição e o envolvimento em novos papéis, bem como estratégias proativas como o uso de tecnologia (*internet* e saúde), autodesenvolvimento, educação e espiritualidade.

No âmbito da abordagem do *life-span development*, a resiliência psicológica está ainda associada com a presença de mecanismos de autorregulação do *self* aprendidos ao longo da vida, sendo que, de acordo com a teoria social cognitiva, outra opção para a reabilitação do idoso é o desenvolvimento de habilidades autorreguladoras para promo-

ver a eficácia pessoal. Tais mecanismos revelam grande estabilidade, existindo algum nível de aumento durante a velhice, podendo ser conceptualizados como mecanismos adaptativos e compensatórios diante das perdas inerentes ao envelhecimento. Além das habilidades autorreguladoras como a automonitorização, a avaliação de auto-eficácia, a delimitação de objetivos e estratégias alternativas, o auto-incentivo específico, a tomada de decisões, a análise e solução de problemas (Bandura, 2001), podem ainda incluir-se competências emocionais como a empatia, a comunicação, a colaboração, a cooperação, entre outras (Fontes, 2010). As estratégias proativas, como por exemplo prevenir-se em relação a futuros stressores, podem ainda permitir que o idoso não se desvincule de objetivos importantes da sua vida, podendo envolver-se em programas de desenvolvimento de competências que lhe permitam enfrentar com maior eficácia esses stressores. Por exemplo, um idoso que apresente perdas de memória pode envolver-se em atividades para treino de memória, como uma forma de mantê-la ativa (Owehand, Ridder & Bensing, 2007).

O enfrentamento de stressores pelos idosos relaciona-se assim com habilidades de autorregulação que lhe proporcionam meios para recuperar após perdas e traumas, bem como através da autorreflexão atribuindo significados às próprias ações. Ainda no contexto da teoria social cognitiva, as crenças de autocontrolo e de eficácia pessoal ocupam um papel fundamental na prevenção da saúde e desenvolvimento de comportamentos resilientes permitindo a reabilitação no envelhecimento. Estas são extremamente importantes afetando os processos cognitivos, afetivos e de seleção, isto é, o modo como os idosos pensam, sentem e se motivam de forma a fazer face aos stressores e adversidades. As crenças de auto-eficácia afetam ainda os níveis de stresse e depressão, nomeadamente na presença de doenças crónicas e severas. Os idosos auto-eficazes nos cuidados em relação à doença, além de melhorarem a qualidade de saúde e reduzirem a necessidade de serviços médicos, utilizam melhor as estratégias de enfrentamento (Bandura, 2001).

Kessler e Staudinger (2009) destacam também a regulação emocional, a seletividade socioemocional e o otimismo como fundamentais a

serem trabalhados com os idosos para a promoção de uma maior resiliência, uma vez que potenciam uma maior capacidade de adequação aos stressores e adversidades, à integração cognitiva e afetiva, à utilização de mecanismos de defesa mais maduros e de estratégias proativas de enfrentamento e satisfação com a vida. De acordo com a teoria da seletividade socioemocional, o idoso vai-se tornando mais seletivo no que se refere aos seus relacionamentos socioemocionais, sendo que prioriza os vínculos mais afetivos e evitando envolver-se em muitas relações (Charles & Carstensen, 2010).

REFLEXÕES FINAIS

O envelhecimento populacional a nível mundial, aliado ao aumento da prevalência de doenças neuropsiquiátricas relacionadas com a idade tem vindo a despertar grande interesse, dadas as suas consequências multidimensionais, apontando para a necessidade urgente de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde no envelhecimento.

De uma visão sobre o envelhecimento centrada em aspetos como o declínio, as doenças e as incapacidades de vária ordem, passou a defender-se uma posição “*que encara o envelhecimento numa perspetiva global, valorizando os seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais*” (Fonseca, 2005, p. 281). Não obstante se defenda que deve ser entendida de uma forma natural, há que ter em atenção que a velhice é uma fase crítica caracterizada por diversas perdas e acontecimentos incontáveis e irreversíveis. Todavia, diversos investigadores, como Rowe e Kahn (1998, p. 37), defendem que o envelhecimento bem-sucedido pode ser alcançado pelo idoso e “*está dependente das escolhas e dos componentes individuais, e pode ser obtido através do esforço individual*” e da adoção de estratégias de *coping* adequadas para lidar com os desafios inerentes a esta etapa da vida.

Atualmente constata-se a existência de uma vasta literatura sobre a intervenção e reabilitação neuropsicológica no envelhecimento, conti-

nuando o número de publicações a aumentar, em resposta às necessidades advindas do envelhecimento populacional mundial e às orientações da Organização Mundial de Saúde.

A intervenção junto do idoso deve considerar todos os fatores que interferem na sua reabilitação, de um modo dinâmico, orientado para a saúde, com o objetivo de potenciar o funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. Ora, a reabilitação das capacidades do idoso através do desenvolvimento da resiliência possibilita um envelhecimento ativo, entendido como “*o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem*” (Organização Mundial da Saúde, 2005, p. 13).

Desenvolver programas de intervenção para promover a resiliência nos idosos é uma alternativa extremamente promissora para a preservação quer das funções cognitivas, ligadas com a ativação conceptual e o raciocínio abstrato, quer do desenvolvimento da interpersoalidade (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015), ajudando a manter a sua qualidade de vida e independência (Valenzuela & Sachdev, 2006).

Também a focalização na capacidade de recuperação e na reabilitação do idoso contribui para desconstruir o estereótipo negativo do declínio uniforme e generalizado no envelhecimento, pois que as perdas na capacidade da reserva psicológica podem ser compensadas com ganhos na resiliência, evitando os efeitos negativos do envelhecimento (Fontes, 2010) e reforçando a convicção de Fernández-Ballesteros (2002) de que é possível promover um funcionamento positivo na velhice, encarando-a não como uma fatalidade mas, como mais um desafio na aventura da vida.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). *Manual de Gerontologia* (pp. 163-176). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). *Manual de Gerontologia*. (pp. 21-40). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.

- Aspinwall, L.G. & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-36.
- Balbé, G. (2011). *Fatores associados à resiliência entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico*. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina (tese de mestrado).
- Baltes, P.B. (2006). *Lifespan development and the brain*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In W. Damon & R.M. Lerner (eds.). *Handbook of child psychology: Vol.1. Theoretical models of human development*, 6th ed. (pp. 569–664). New York: Wiley.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.1](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1).
- Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: Dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Birren, J. E. & Schaie, K. W. (eds.) (2006). *Handbook of the psychology of aging*, 6th ed. San Diego: Elsevier.
- Brandstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis for assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58–67.
- Caixeta, L. & Pinto, P.H. (2014). Reserva cerebral, plasticidade e o cérebro do idoso. In L. Caixeta & A.L. Teixeira (orgs.). *Neuropsicologia Geriátrica* (pp.45-55). Porto Alegre: Artmed.
- Calixto, E. & Martins, M.H. (2010). Os fatores bio-psico-sociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 510-522). Portugal: Universidade do Minho.
- Carvalho, V.A., Machado, T.H. & Caramelli, P. (2014). Reabilitação da memória no idoso. In L. Caixeta & A.L. Teixeira (orgs.). *Neuropsicologia Geriátrica* (pp.301-310). Porto Alegre: Artmed.
- Charles, S.T. & Carstensen, L.L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409. doi: [10.1146/annurev.psych.093008.100448](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448).
- Edwards, E.S., Hall, J. & Zautra, A. (2012). Resilience in aging. *Elder care - A Resource for Interprofessional providers*. Consultado em <https://nursingandhealth.asu.edu/files/ors/aging/provider-sheets/resilience.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações de depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, C.L., Santos, L.M. & Maia, E.M. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*; 46(2), 328-34. doi:[org/10.1590/S0080-62342012000200009](https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200009).
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Fonseca, A.M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A.M. Fonseca (coord.). *Envelhecer em Portugal - Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). *Manual de Gerontologia* (pp. 95-106).Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Fontes, A.P. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). *Revista Kairós*, 7. <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/3917/2558>.
- Hardy, S.E., Concato, J. & Gill, T.M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262. doi: [10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x).
- Hutchison, E.D. (2003). *Dimension of human behavior. The changing life course*, 2nd ed. London: Sage Publications.
- Joseph, S. & Linley, P.A. (2006). *Positive therapy: A meta-theory for positive psychological practice*. New York: Routledge.
- Lazarus, R.S. (1998). *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus*. Mahwah: Erlbaum.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543-562.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Kahana, E., Kahana, B. & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-80. doi: [10.1007/s12126-003-1022-8](https://doi.org/10.1007/s12126-003-1022-8).
- Kessler, E.-M. & Staudinger, U.M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived regulation. *Psychology and Aging*, 24(2), 349-362. doi: [10.1037/a0015352](https://doi.org/10.1037/a0015352).
- Mühlig-Versen, A., Bowen, C.E. & Staudinger, U.M. (2012). Personality plasticity in later adulthood: Contextual and personal resources are needed to increase openness to new experiences. *Psychology & Aging*, 27(4), 855-866.
- Organização Mundial da Saúde (1999). *Relatório Mundial de Saúde, Banco de Dados*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Relatório Mundial da Saúde 2005 - Para que todas as crianças e mães contem*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Owehand, C., Ridder, D.T. & Bensing, J.M. (2007). A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873-84. doi:[10.1016/j.cpr.2006.11.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.003).

- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). (coord.). *Envelhecer em Portugal - Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pelegrino, S.P. (2009). *Perspetiva biopsicológica do envelhecimento*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/Fundação Padre Anchieta.
- PORDATA (2012). *Base de dados de Portugal contemporâneo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Riley, M. (1988). Letters to the editor. *Gerontologist*, 38, 151.
- Rodrigues, E. & Dias, I. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). *Manual de Gerontologia*. (pp. 179-201). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., Love, G.D. & Essex, M.J. (1998). Resilience in adulthood and later life: defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (ed.). *Handbook of aging and mental health* (pp. 69-96). New York: Plenum.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Success aging*. New York: Pantheon Books.
- Schaie, K.W. (1996). Intellectual development in adulthood. In J.E. Birren & K.W. Schaie (eds.). *Handbook of the psychology of aging*, 4th ed. (pp. 266-286). San Diego: Academic Press.
- Schroots, J.J. & Birren, J.E. (1990). Concepts of time and aging in science. In I. Birren, J.E.I. Schaie & K. Warner (orgs.). *Handbook of the psychology of aging* (pp. 45-64). London: Academic Press.
- Silva, A.I. & Alves, V.P. (2007). Envelhecimento: resiliência e espiritualidade: história de vida de idosos: superar as adversidades sem perder o senso de integridade. *Diálogos Possíveis*, 191-209.
- Sousa, C.S. & Rodríguez-Miranda, F.P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação & Realidade*, 40(1), 33-51. http://www.ufrgs.br/edu_realidade.
- Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M. & Maas, I. (1999). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. In P.B. Baltes & K.U. Mayer (Eds.). *The Berlin aging study: Aging from 79 to 100* (pp. 302-328). New York: Cambridge University Press.
- Tomás, J.M., Meléndez, J.C., Sancho, P. & Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 283-289. doi.org/10.1027/1015-5759/a000108.
- Valenzuela, M. J. & Sachdev, P. (2006). Brain reserve and cognitive decline: a non-parametric systematic review. *Psychological Medicine*, 36(8), 1065-1073. [doi:morg/10.1017/S0033291706007744](https://doi.org/10.1017/S0033291706007744).
- Wiles, J.L., Wild, K., Kerse, N. & Allen, R. (2012). Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science & Medicine*, 74(3), 416-424. [doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.005](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.005).

A AUTORA

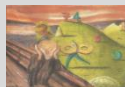
Maria Helena Martins - Professora Auxiliar na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, onde exerce funções docentes e de investigação desde 1999. Foi subdiretora desta faculdade de 2011 a 2013 e diretora do curso de licenciatura em Psicologia de 2009 a 2014. É atualmente coordenadora do Gabinete de Apoio ao Estudante com Necessidades Especiais da Universidade do Algarve. É formada em Educação Pré-Escolar pela Escola Normal de Educadores de Infância de Évora, tendo-se licenciado em 1991 em Psicologia Educacional pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Concluiu o mestrado em Educação Especial na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa em 1996. Em 2006, doutorou-se em Psicologia da Educação pela Universidade do Algarve.

Cadernos do GREI já publicados

n.º 16

Carlos Marques Simões

A ECONOMIA DO MEDO: uma reflexão sociopsicológica sobre as origens da crise portuguesa



n.º 17

Nora Almeida Cavaco

INTEGRAÇÃO OU INCLUSÃO? Contributo para uma prática educativa inclusiva



n.º 18

Helena Ralha-Simões

RESILIÊNCIA E PROFISSIONALIDADE: a competência do professor enquanto contributo para uma nova perspetiva



n.º 19

Carla Fonseca Tomás

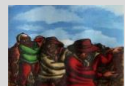
RELAÇÕES QUE CURAM: a evolução espiritual como fator de saúde e bem-estar psicológico



n.º 20

Rosanna Barros

ENSAIO SOBRE PEDAGOGIA-EDUCAÇÃO SOCIAL: pensar as repercussões da filosofia político-pedagógica de Paulo Freire



n.º 21

Claúdia Luísa

TEORIAS LEIGAS EM PESSOAS IDOSAS: principais desafios na área da saúde e da doença



n.º 22

Carlos Marques Simões

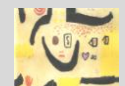
IDENTIDADE DO PROFESSOR: uma abordagem socio-psicológica do desenvolvimento pessoal e profissional



n.º 23

Brigite Micaela Henriques

DESMISTIFICANDO OS VIDEOJOGOS: Suporte social e bem-estar subjetivo



Cadernos do GREI

n.º 24

Maria Helena Martins

ENVELHECIMENTO E RESILIÊNCIA: perspetivas para a reabilitação do idoso



A publicar:

Helena Ralha-Simões

PSICOLOGIA POSITIVA E FELICIDADE HUMANA: as ciladas conceptuais dos modelos psicopatológicos



Nora Almeida Cavaco

QUEM SOU EU? Identidade e imagem do corpo na adolescência



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares

Giordano Bruno



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares

Giordano Bruno

Cadernos do GREI n.º 24 – Fevereiro 2015