

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA HERINGER MOREIRA ROSA

**PROATIVIDADE EM IDOSOS: CONSTRUÇÃO DE UMA MEDIDA E A
RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SUPORTE
SOCIAL E DEPRESSÃO.**

Belo Horizonte, 2019

FERNANDA HERINGER MOREIRA ROSA

**PROATIVIDADE EM IDOSOS: CONSTRUÇÃO DE UMA MEDIDA E A
RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SUPORTE
SOCIAL E DEPRESSÃO.**

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Doutora.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth do Nascimento

Belo Horizonte, 2019

153.4
R788p
2019

Rosa, Fernanda Heringer Moreira.
Proatividade em idosos [manuscrito] : construção de uma medida e a relação com variáveis sociodemográficas, suporte social e depressão / Fernanda Heringer Moreira Rosa . - 2019.
151 f.
Orientadora: Elizabeth do Nascimento.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Envelhecimento - Teses.
I. Nascimento, Elizabeth do. II. Rosa, Fernanda Heringer. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E
COMPORTAMENTO

UFMG


FOLHA DE APROVAÇÃO

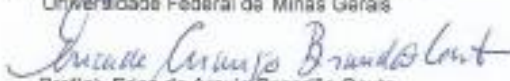
Proatividade em idosos: desenvolvimento e levantamento de evidências de validade de uma escala com base na estrutura interna e na relação com recursos externos, estressores e sintomas depressivos

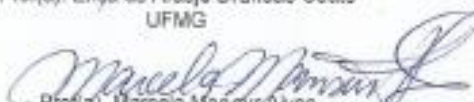
FERNANDA HERINGER MOREIRA ROSA


Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, área de concentração PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, linha de pesquisa Mensuração e Intervenção em Psicologia.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Elizabeth do Nascimento - Orientador
Universidade Federal de Minas Gerais


Prof(a). Erica de Araújo Brandão Couto
UFMG


Prof(a). Marcela Maristap Alves
UFMG


Prof(a). ALTEMIR JOSÉ GONÇALVES BARBOSA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA


Prof(a). Samila Sathier Tavares Batistoni
Universidade de São Paulo

Belo Horizonte, 1 de abril de 2019.

Agradecimentos

Meu profundo agradecimento ao eterno Deus que até aqui guiou e sustentou todas minhas decisões. A Ele toda honra, glória e força!

À minha orientadora, Dra. Elizabeth do Nascimento, que cordialmente esteve comigo nesse desafio acadêmico e extrapolou sua atenção para além de minhas demandas acadêmicas. Meu reconhecimento por tamanha generosidade e simplicidade.

Aos meus pais que até aqui me ajudaram, ensinaram e incentivaram mesmo quando tudo parecia sem rumo e direção.

Às minhas avós (in memoriam) que certamente foram a minha inspiração ao refletir, desde o início da minha trajetória na gerontologia, sobre o que era envelhecer bem.

Ao programa de pós-graduação, representado por todos docentes, minha gratidão pelas trocas de conteúdo tanto em sala de aula quanto fora da mesma.

Aos idosos que gentilmente se dispuseram a investir seu tempo e atenção na participação da pesquisa. Para mim, vocês não representam apenas números, me recordarei com carinho dos rostos, das frases, das orientações para minha vida pessoal e mais que tudo, pelo espírito prestativo com essa que aqui escreve.

Aos colegas do programa e por tantas trocas compartilhadas.

As especialistas Dra. Samila Sathler Batistoni, Dra. Pricila Cristina Côrrea, Dra. Natália Nunes Scoralick Lempke, Dra. Irani Argimon e a Esp. Alessandra Cardoso Siqueira pela valiosa colaboração na etapa da análise de juízes.

Às bolsistas de iniciação científica, Stéfani de Melo Camarco e Luísa Novaes Paiva que nos auxiliaram no processo de coleta e inserção dos dados.

*O cabelo grisalho é uma coroa de esplendor,
e obtém-se mediante uma vida justa.*

Provérbios 16:21

Resumo

Para melhor explorar o construto proatividade no Brasil, apresentaremos três estudos: o primeiro é uma revisão narrativa da proatividade no envelhecimento; o segundo estudo é o resultado da construção da primeira escala brasileira voltada a mensurar ações proativas do público idoso e o terceiro sobre a influência da proatividade, dos recursos externos e dos estressores sobre os sintomas de depressão em idosos participantes de grupos voltados à terceira idade na cidade de Belo Horizonte. Com vistas a uma melhor qualidade de vida, a proatividade auxilia no enfrentamento a estressores ligados ao envelhecimento, tanto os que se manifestam no presente como no futuro. No primeiro momento da tese, destacamos o modelo de Proatividade Corretiva e Preventiva (PCP) o qual possui pouca inserção no Brasil pois, predominantemente, as abordagens sobre adaptação do idoso relacionam-se a modelos como os de saúde ou de seleção, otimização via compensação. O avanço teórico do modelo PCP é importante de ser discutido entre profissionais que estudam mecanismos relacionados ao envelhecer bem e, por isso, desenvolvemos uma narrativa explicando o modelo, suas recentes evidências empíricas e possíveis aplicações no Brasil. A pesquisa da proatividade pode contribuir com políticas de prevenções e intervenções na saúde, no social e na adaptação ambiental do idoso. Em um segundo momento, apresentamos o desenvolvimento e o levantamento de evidências iniciais de validade da Escala de Proatividade para Idosos (PROI). Participaram 483 idosos (81% mulheres), com média de idade de 68,5 anos. Os instrumentos utilizados foram uma ficha sociodemográfica e a PROI. A coleta de dados foi realizada de forma online e presencial. A versão final da PROI constituiu de vinte e nove itens distribuídos em oito dimensões: promoção da saúde, oferta de ajuda a outros, substituição de papéis, planejamento financeiro, mudança de local, mudanças no local, gerenciamento da saúde e agregar pessoas. Os resultados indicam que a Escala de Proatividade para Idosos

(PROI) possui propriedades psicométricas satisfatórias. Para finalizar, buscou-se identificar as relações e influências dos estressores sociais, dos recursos externos e da proatividade sobre os sintomas depressivos. Os dados dessa pesquisa foram provenientes de uma pesquisa de corte transversal com 330 idosos que vivem na comunidade na cidade de Belo Horizonte e são participantes de grupos voltados a terceira idade. Os resultados demonstraram que os comportamentos proativos se associaram com alto suporte social e uma maior renda. As dimensões de alta proatividade gerenciamento da saúde, mudança de ambiente e planejamento econômico, juntamente com suporte emocional, apresentaram ser preditoras para uma ausência de sintomas depressivos. O presente estudo apresentou o primeiro instrumento de mensuração de proatividade para idosos como também identificou associações e influências da renda, do estresse físico, suporte social emocional e ações proativas sobre os sintomas depressivos.

Palavras-chave: proatividade; validação; envelhecimento; sintomas depressivos

Abstract

This study describes the proactivity construct in Brazil and presents three studies: the first is a narrative review of proactivity in aging. The goal of the second study was to build and investigate the factorial structure of the scale of proactive actions of the elderly public. The third study was about the influence of proactivity, external resources and stressors on the symptoms of depression in elderly participants of elderly groups. With a view to a better quality of life, proactivity helps in coping with stressors related to aging, both present and future. In the first moment of the thesis, we highlight the Corrective and Preventive Proactivity (PCP) model which has little insertion in Brazil because, predominantly, the approaches on the adaptation of the elderly are related to models such as health or selection, compensation optimization. The theoretical advance of the PCP model is important to be discussed among professionals who study mechanisms related to aging well and, therefore, we developed a narrative explaining the model, its recent empirical evidence and possible applications in Brazil. Proactivity research can contribute to preventive and intervention policies on health, social and environmental adaptation of the elderly. Secondly, we present the development and the initial evidence of validity of the Escala de Proatividade para idosos (PROI). The sample of 483 elderly (81% women) participated, with a mean age of 68.5 years. The instruments used were a sociodemographic protocol and the PROI. The final version of PROI consisted of twenty-nine items distributed in eight dimensions: health promotion, offering help to others, role replacement, financial planning, relocation, location changes, health management, and aggregating people. Data collection was performed online and in person. Results indicate that the Proactivity Scale for the Elderly (PROI) has satisfactory psychometric properties. Finally, we sought to identify the relationships and influences of social stressors, external resources and proactivity on depressive symptoms. The data from

this research came from a cross-sectional survey of 330 elderly people living in the community in the city of Belo Horizonte and participating in groups aimed at the elderly. Results showed that proactive behaviors were associated with high social support and higher income. The dimensions of high proactive health management, environment change, and economic planning, along with emotional support, were predictive of an absence of depressive symptoms. The present study presented the first proactivity measuring instrument for the elderly as well as identified associations and influences of income, physical stress, social support, and proactive actions on depressive symptoms.

Keywords: proactivity; validation; aging; depressive symptoms

Lista de tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra - PROI	65
Tabela 2. Definições constitutiva e operacional dos componentes da PCP	68
Tabela 3. Entrevista com público alvo.	70
Tabela 4. Coeficientes de Validade de Conteúdo	72
Tabela 5. Distribuição dos itens por dimensões	73
Tabela 6. Solução fatorial da versão final com 29 itens.....	74
Tabela 7. Índices de consistência interna	75
Tabela 8. Tabela de correlações entre os oito fatores	76

Lista de figuras

Figura 1. Processos adaptativos e a proatividade	29
Figura 2. Operacionalização do modelo de proatividade corretiva e preventiva Tradução Kahana et al., 2014	29
Figura 3. Os cinco passos do enfrentamento proativo (Tradução: Asprawal & Taylor, 1997).	48
Figura 4. Operacionalização da escala de proatividade na velhice	62
Figura 5. Dimensionalidade da PROI	71
Figura 6. Mapa perceptual e análise de correspondência múltipla: variáveis: Renda, suporte social e proatividade.....	96
Figura 7. Mapa perceptual e análise de correspondência múltipla: estressores e depressão ...	98

Lista de siglas

ACM	Análise de Correspondência Múltipla
ADF	Isento de Pressupostos de Distribuição
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
DP	Desvio Padrão
ECPO	Escala de Comportamentos Proativos nas Organizações
EP	Enfrentamento Proativo
FDI	Factor Determinacy Index
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
GL	Grau de Liberdade
KMO	Kaiser-Meier-Olkin
M	Média
MME	Modelo de Equações Estruturais
MOS	Escala de Suporte Social
PCI	Proactive Coping Inventory
PCP	Proatividade Corretiva e Preventiva
PRI	Preventive Resources Inventory
RMSEA	Root Mean Square Error of Aproximation
SM	Salário Mínimo
SRSM	Standardized Root Mean Square Residual
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PROI	Escala de Proatividade para Idosos
QV	Qualidade de Vida
SOC	Seleção, Otimização e Compensação
UPCC	Proactive Coping Competence Scale
VBS	Velhice Bem-Sucedida
VIF	Variance Inflation Factor

Sumário

1 Introdução	15
2 Objetivos	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 Hipóteses	20
4 Revisão narrativa e estudos	21
Uma revisão narrativa do modelo de proatividade corretiva e preventiva	21
1 O paradigma do estresse e o enfrentamento proativo.....	21
2 O Modelo de Proatividade Corretiva e Preventiva	24
3 Proatividade: variáveis psicológicas e instrumentos de mensuração.....	45
4 Conclusão.....	51
Referências.....	52
Estudo 1:	61
Evidências de Validade da Escala de Proatividade para Idosos – PROI.....	61
Método	61
Participantes	65
Procedimentos.....	66
Resultados	68
Discussão e Conclusão.....	76
Referências.....	81
Estudo 2:	87
A influência da proatividade, dos recursos externos e dos estressores sobre os sintomas de depressão em idosos participantes de grupos da terceira idade na cidade de Belo Horizonte	87
Método	87
Participantes	87
Instrumentos.....	87
Procedimentos de coleta de dados	90
Análise de dados	90
Resultados	92
Discussão	102
Conclusão	109
5 Considerações finais da tese	118

1 Apresentação

A presente tese nasceu de uma aspiração pessoal pela continuidade em pesquisas relacionadas aos aspectos para um envelhecer bem-sucedido, tendo seu início na graduação do curso de Psicologia e continuidade no mestrado em Gerontologia. Contudo, no meio do percurso me deparei com diversos entraves que prejudicariam o objetivo principal, a dizer, o desenvolvimento de um instrumento para mensuração do construto velhice bem-sucedida. Em detrimento da imensa dificuldade de concordância conceitual do termo, resolvi cessar a proposta, no entanto, o desejo em trabalhar com uma perspectiva positiva e preventiva de uma boa velhice agitava minhas motivações e anseios mais profundos para o desenvolvimento de uma pesquisa. Foi quando me deparei com o modelo de proatividade corretiva e preventiva e, desde então, tal proposta teórica abriu um novo horizonte com dados empiricamente comprovados sobre as possibilidades de autogerenciamento do idoso em busca de um desfecho mais adequado de velhice.

A expectativa em estudar os caminhos para o sucesso e não somente fomentar dados sobre os processos de fragilidade ou patológicos do envelhecimento surgiu, dentre outros pontos, do desafio brasileiro sobre o acelerado aumento do contingente de idosos em nosso país. O Brasil vive um processo transacional de envelhecimento em que a promoção e a manutenção de uma velhice bem-sucedida tornaram-se desafios na área da saúde. Exemplos de tais esforços são apresentados nas diretrizes de cuidados de saúde do idoso desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (2014): ampliação da cobertura vacinal, práticas de atividades físicas, prevenção de quedas, higiene e saúde bucal, autocuidado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Somando forças a propostas como essas, eu convido o leitor a um mergulho no objeto de estudo proatividade o qual considero um relevante mediador em favor de um melhor desfecho na qualidade de vida (QV) do idoso para além dos critérios da saúde.

Notemos que as pesquisas tradicionais tendem a concentrar maior atenção no enfrentamento reativo (que envolve compensar danos ou perdas do passado), no entanto, há um gradativo reconhecimento internacional de que a proatividade é um importante componente para examinar os resultados do estresse (Joana & Greenglass, 2013). Isto posto, o modelo de Proatividade Corretiva e Preventiva (PCP) afirma que os idosos são agentes que engajam em adaptações preventivas e corretivas no objetivo de aumentar a qualidade de vida por meio da utilização de recursos internos (tais como, *locus* de controle e altruísmo) e recursos externos (por exemplo, financeiros, sociais e ajuda tecnológica) (Kahana & Kahana, 1996).

Optei pela investigação fundamentada no modelo PCP porque ele faz uma costura coerente desde a capacidade do indivíduo para o reconhecimento de ameaças futuras até o uso de estratégias que possam compensar tais desafios antecipadamente. Em outros termos, a capacidade de lidar efetivamente com eventos estressantes é um ponto relevante para a velhice bem-sucedida e pesquisas já sinalizam para as habilidades dos idosos na prevenção de problemas futuros e também no emprego do enfrentamento proativo para alcançar metas potenciais (Ouwehand, 2005; Ouwehand, Ridder, & Benzing, 2007). É relevante um adendo do quanto os eventos de vida estressantes causam uma diminuição na resistência geral para as doenças, o que conduz a uma maior vulnerabilidade do indivíduo aos processos de adoecimento (Kahana & Kahana, 1983). Por esta razão, focar em um modelo patológico do envelhecimento é como ampliar a demanda para os serviços constantes, contudo, o reconhecimento em estudar os fatores que levam ao bem-estar, independência e papéis contribuidores podem auxiliar a prevenir a necessidade da expansão dos suportes. Sendo assim, a identificação do modelo de proatividade agregou tudo que vislumbro: ações de autogerenciamento, manejo de recursos e o foco desses arranjos em prol de uma melhor velhice.

Ademais, os profissionais da saúde são cômicos de que recursos internos e recursos externos podem influenciar a QV a curto e longo prazo (Aspirarall & Taylor, 1997; Kahana & Kahana, 2014). No entanto, são poucas as pesquisas que investigam sobre como esses domínios funcionam em conjunto com a proatividade quando o idoso enfrenta estressores sociais, de saúde e ambientais.

Após uma busca cuidadosa na revisão da literatura brasileira sobre a proatividade no envelhecimento, identifiquei a irrisória presença de pesquisas focadas no construto, bem como de instrumentos que o abordassem. Assim, este estudo visou desenvolver um instrumento de proatividade voltado ao idoso (Escala de Proatividade para Idosos – PROI) e a examinar a dinâmica do processo de usar recursos externos e adaptações proativas frente a desfechos na qualidade de vida, como é o caso de sintomas depressivos. No modelo PCP, dentre as variáveis de desfecho são exemplificados os estados afetivos e a satisfação com a vida. Ademais, alguns estudos apontam os sintomas depressivos como variável de mensuração nessa averiguação, por esta razão elegeu-se os sintomas depressivos como variável de desfecho.

No que concerne o desenvolvimento da PROI, vislumbramos que ela possa auxiliar na mensuração do construto proatividade de forma inédita no contexto gerontológico brasileiro. Lourenço e Paiva (2011) destacam a necessidade em desenvolver instrumentos que sejam direcionados às especificidades do envelhecimento em favor de diagnósticos mais acurados e reprodutíveis. Concordamos com os autores ao afirmarem que medidas padronizadas podem auxiliar o profissional da saúde a pautar metas terapêuticas baseadas em resultados objetivos. Além desses pontos, a proposta de construção do instrumento de proatividade no Brasil pode auxiliar na mensuração desse construto de forma distinta dos instrumentos existentes, uma vez que abarca estressores específicos relacionados ao processo de envelhecimento bem como

considera a proatividade como uma das possíveis respostas em como os seres humanos otimizam seus recursos em prol de uma velhice bem-sucedida.

Com o objetivo de melhor guiar o leitor, a tese será exposta por meio de três momentos que foram confeccionados e distribuídos da seguinte maneira: no primeiro momento apresentamos uma proposta narrativa sobre o modelo PCP e suas implicações no cenário de pesquisas: “Uma revisão narrativa do modelo de Proatividade Corretiva e Preventiva”, a revisão é norteadora para os dois estudos seguintes. No segundo momento apresentamos o estudo 1 com o resultado da construção da primeira escala brasileira voltada a mensurar ações proativas do público idoso: “As evidências de validade da escala PROI”. Por fim, o último momento visou apresentar no estudo 2: “A influência da proatividade, dos recursos externos e dos estressores sobre os sintomas de depressão em idosos participantes de grupos voltados à terceira idade na cidade de Belo Horizonte”. Ao final, são tecidas considerações finais.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Com base no modelo de proatividade corretiva e preventiva os objetivos da pesquisa foram:

- Desenvolver e levantar evidências de validade da escala de enfrentamento proativo para o público idoso (PROI).
- Investigar a influência das ações proativas, dos recursos externos e dos estressores sobre os sintomas depressivos entre participantes idosos de grupos voltados à terceira idade.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar uma revisão narrativa do modelo de proatividade corretiva e preventiva: histórico, componentes constituintes, pesquisas que corroboram com o modelo, como também as limitações no que concerne aos aspectos psicológicos do modelo (Revisão narrativa);
- Construção e levantamento das propriedades psicométricas da PROI (Estudo 1);
- Identificar as associações e influências das variáveis sociodemográficas, estresse, recursos externos e proatividade sobre os sintomas depressivos (Estudo 2).

3 Hipóteses

- Os itens elaborados na escala de proatividade em idosos (PROI) representam adequadamente o construto proatividade.
- Existe associação entre as variáveis idade, gênero, escolaridade e renda com a variável sintomas depressivos.
- O suporte social e a renda se associam com a proatividade.
- Os estressores, a proatividade, o suporte social e a renda explicam sintomas depressivos.

4 Estudos

Estudo 1: Uma revisão narrativa do modelo de proatividade corretiva e preventiva (Artigo submetido à publicação)

1 O paradigma do estresse e o enfrentamento proativo

O significado do envelhecer bem é tão amplo quanto controverso sobre o que de fato compreende viver com qualidade nessa fase da vida. Distintas nomenclaturas são apontadas na literatura: envelhecimento ativo, envelhecimento saudável, velhice bem-sucedida (VBS) dentre outras (Peterson & Martim, 2015). Em levantamento recente, a revista *Gerontologist* lançou uma edição especial em 2015 com 16 artigos e apresentou que, na última década, foram desenvolvidos e consolidados importantes modelos de estudo sobre a VBS (Martin et al., 2014). Isto posto, quatro perspectivas explicativas se destacaram tanto pela base teórica formulada quanto pelo importante alcance na comunidade científica: o modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1998); o modelo de seleção, otimização e compensação (SOC) de Baltes (1990); os estudos sobre velhice bem-sucedida segundo a percepção dos idosos (Levy, 2003) e o modelo de Proatividade Corretiva e Preventiva (PCP) (Kahana, Kahana & Lee, 2014).

Com o avançar dos anos o idoso é exposto a diferentes níveis de estressores, como os relacionados às perdas físicas, sociais e emocionais, os quais se apresentam como desafios para a qualidade de vida (Kahana & Kahana, 1983a). Psicólogos ao longo dos anos investigam tanto os desafios do desenvolvimento quanto o potencial de redução de reservas

do idoso e enfatizam a vantagem de acessar recursos disponíveis para a otimização seletiva com compensação dos mesmos (Baltes & Baltes, 1990); a utilização da seletividade socioemocional (Carstensen, 1994) ou ainda formas de adaptação com base a algumas variáveis de desfechos na saúde (Rowe & Kahn, 1998). No Brasil, tais modelos teóricos demonstram-se bem consolidados na gerontologia, contudo, destacar-se-á no presente manuscrito um modelo de proatividade pouco explorado no país que visa compreender os caminhos de autogerenciamento para a manutenção do bem-estar psicológico e do engajamento em atividades sociais, a dizer o modelo PCP.

Antes de adentrar ao modelo, brevemente será descrito o paradigma do estresse por ser este uma das bases conceituais que fundamentam o modelo PCP (Pearling, 1989; Kahana & Lee, 2014). O paradigma do estresse é representado por três elementos: estressores, mediadores do estresse e resultados do estresse (ou desfecho adaptativo). Para o paradigma, o contexto estrutural (tais como o econômico, o social, a raça, a etnia, o gênero e a idade) é pertinente para a compreensão desses três elementos. Neste modelo, alguns estressores são exemplificados, tais quais os eventos de vida; as tensões crônicas; a convergência entre eventos e tensões e a compreensão entre estressores primários e secundários. Há de se destacar o prevalente consenso na literatura de que os estressores acarretam diferentes resultados na vida das pessoas e uma das maneiras em compreender as diferenças de tal impacto é por meio da observância dos mediadores no processo adaptativo (Pearling, 1989).

O primeiro mediador é o *coping* que se refere as ações (e percepções) que as pessoas realizam por conta própria ao evitarem ou diminuírem o impacto dos eventos de vida. O *coping* objetiva a mudança da situação estressante, o manejo do significado da situação para reduzir o caráter de ameaça e a tentativa de manter os sintomas do estresse dentro de limites manejáveis (Neri e Fortes-Burgo, 2012). O segundo mediador é o suporte social, o qual permite as pessoas perceberem seus próprios recursos sociais no manejo de determinadas

situações estressoras (Pearling, 1989). Por fim, tem-se a autorregulação que é definida como os meios pelos quais as pessoas controlam e dirigem suas próprias ações e, nas palavras de Neri (2011, pp.1501), “o que permite uma construção de experiência pessoal por meio de mecanismos seletivos da memória autobiográfica”. Para finalizar os componentes do paradigma do estresse, destacam-se os resultados (ou desfechos adaptativos), os quais se referem às manifestações do estresse no organismo do indivíduo (Pearling, 1989).

Em face dos avanços nas pesquisas sobre o enfrentamento ao estresse, outro elemento moderador destacou-se: o enfrentamento proativo. Lawton (1989) ressaltou que o idoso é capaz de preventivamente agir no ambiente no intuito de alcançar respostas desejadas. Para o autor, tal consideração caminhava na contramão da perspectiva de sua época a qual tendia a caracterizar o envelhecimento somente por representações de incapacidade, privação, isolamento ou passividade. Destaca-se ainda que Pearling e Schooler (1978, citado por Kahana & Kahana, 1983) já sugeriam que o estudo da adaptação pudesse representar uma convergência nas abordagens sociológicas e psicológicas para entender o funcionamento e o bem-estar dos idosos. Desta forma, a proatividade passou a ser postulada como uma facilitadora para o aumento do bem-estar, da autoeficácia, dos recursos ambientais e da competência. Sublinha-se que, conceitualmente para o EP, as pessoas que empregam estratégias proativas não avaliam o estresse potencial como uma ameaça, dor ou perda, mas sim são capazes de perceber diferentes situações como desafios (Moring, Fuhrman & Zauszniewski, 2011; Schwarzer & Luszczynska, 2008; Katter & Greenglass 2013).

Aspinwall e Taylor (1997) definem o Enfrentamento Proativo (EP) como esforços pessoais empreendidos ao avançar de um estressor potencial para compensar ou prevenir suas consequências no futuro. Ademais, os autores pontuam que o indivíduo ao enfrentar proativamente os estressores, possivelmente experimentará melhor ajuste do que àquele que não realiza tais atividades preparatórias. Tal afirmação é corroborada com estudos que

apresentam relações positivas entre a proatividade e melhores desfechos na qualidade de vida (Gamrowska & Steuden, 2014; Kim, Kubzansky, Smith & Arbor, 2015; Menichetti & Graffigna, 2016). Vale apontar pesquisas que sinalizaram variáveis que podem afetar diretamente o EP, tais como o nível de escolaridade (Ouwehand, 2005; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2008), o suporte social (Moring, et al., 2011; Tovel & Kavel, 2014), as orientações individuais como a orientação temporal e a orientação a metas (Ouwehand, Ridder & Bensing, 2008) e também o nível sócio econômico.

2 O Modelo de Proatividade Corretiva e Preventiva

2.1 Breve contextualização

Eva Kahana e Boás Kahana, a partir de dados provenientes de pesquisas na década de 1970 nos Estados Unidos e, fundamentados no paradigma do estresse, sugeriram que o controle comportamental minimizaria as incertezas do tempo e dos eventos estressantes. Os autores destacavam que o compromisso pessoal diante do futuro permitiria uma melhor adaptação ao longo do curso da vida. Neste contexto, planejar o futuro e desejar mudanças no curso da vida foram apresentadas como importantes variáveis que favoreceriam uma velhice bem-sucedida. Ademais, variáveis como o *insight*, a competência e a esperança foram identificadas como predominantemente presentes naqueles que se antecipavam em direção às mudanças durante os anos mais avançados da vida (Kahana & Kahana, 1983a).

Corroborando aos dados de outras pesquisas à época os autores destacaram os principais eventos estressantes prevalentes na velhice tais como mudanças psicológicas, perdas sociais, diminuição nas oportunidades e papéis diminuídos, e a vulnerabilidade ambiental (variáveis inseridas como estressores normativos no modelo atual). É importante

destacar que os principais pesquisadores deste modelo são sociólogos, sendo assim, eles aprofundaram suas pesquisas, inicialmente, nas mudanças ambientais uma vez que as viam como um relevante meio pelo qual o idoso é capaz de exercer o controle pessoal e a esperança na busca de um futuro melhor, entretanto, de forma gradativa, variáveis psicológicas foram inseridas nas pesquisas. Em todo o caso, permeado nessa visão de esperança, os autores fizeram críticas ao enfoque exclusivo da patologização do envelhecimento, reconhecendo a necessidade de estudos referentes ao bem-estar, à independência e aos papéis sociais que permitissem a expansão dos suportes sociais ao longo da vida (Kahana & Kahana, 1983a). Tais pesquisas, portanto, geraram os primeiros elementos constituintes do modelo PCP.

Historicamente, o modelo PCP teve a primeira operacionalização de seus componentes na década de 1990 (Kahana & Kahana, 1996), em que se privilegiou a proatividade na manutenção da saúde. Os pesquisadores foram influenciados no primeiro modelo a partir dos modelos de promoção da saúde (Pender, 1987, citado por Kahana e Kahana, 1996), os quais veem as crenças na saúde como importante agente para se reconhecer a importância da busca do bem-estar e da auto-realização entre os idosos. Assim, a primeira operacionalização do modelo PCP explorou caminhos pelos quais os idosos se munem de recursos e melhoram seu bem-estar no curso da vida à medida em que se preparam para confrontar e enfrentar estressores normativos do envelhecimento. Tal abordagem confirmava a visão de Neugarten (1976) a qual afirmava que os eventos de vida esperados permitiam novas adaptações muito mais do que ameaças para a continuidade do *self* (citado por Kahana e Kahana, 1996).

Posterior a este primeiro modelo, algumas categorias de proatividade foram revisadas e, no início do século XXI, inseriram também a contextualização temporal e social (Kahana, Kahana et al., 2003). A versão mais atual da PCP data-se de 2014 (Kahana et al., 2014) e será melhor explorada no próximo tópico. As modificações no modelo ao longo dessas três etapas

trouxeram acréscimos ou fusões de categorias de proatividade e não necessariamente mudanças conceituais dos componentes anteriormente existentes.

Para demonstrar o processo de consolidação do modelo PCP, foram localizados alguns estudos ancorados nessa perspectiva para a investigação de grupos vulneráveis de idosos, tais como aqueles com doenças como o câncer (Kahana, Kahana, Wykle & Kulle, 2009; Kahana, Kahana, Lovegreen, Kahana, Brown, & Kulle, 2011; Kahana et al., 2014; Kahana, Kahana, Langendoerfer, & Marshall, 2015); o HIV/AIDS (Kahana & Kahana, 2001) e por aqueles que passaram por eventos marcantes como o holocausto (Kahana et al. 2014; Kahana, Kahana, Lee, Bhatta & Wolf, 2015). Há o entendimento nesses estudos de que os idosos são detentores de controle e conseguem obter resultados positivos, mesmo diante do aumento de fragilidades físicas e perdas sociais associadas com o envelhecimento (Kahana, Kahana & Zhang, 2005; Tovel & Carmel, 2014). Pesquisas sobre a relevância do engajamento social em prol do bom envelhecimento também foram identificadas (Midlarski & Kahana, 1983; Kahana, Midlarsky & Kahana, 1987; Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana & Midlarsky, 2013; Ye, Chen, & Kahana, 2016).

Reintera-se assim que o modelo PCP é contemporâneo a outros que investigavam padrões de enfrentamento, tais como o de Seleção, Otimização e Compensação (SOC) (Baltes & Baltes, 1990) o que demonstra o movimento daquela época na busca de dados que sustentassem os principais indicadores para uma adequada manutenção da qualidade de vida entre os idosos. No paradigma *Life Span*, o desenvolvimento envolve o equilíbrio entre perdas e ganhos e também no se adaptar perante as mudanças constantes. É na interação desses três elementos que serão providos os componentes básicos de adaptação às mudanças provenientes do envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990). O modelo PCP permitirá uma reflexão também voltada aos processos adaptativos do envelhecimento, no entanto, toma-se como pressuposto ações planejadas preventivas que possam desenvolver os recursos (internos

e externos) tão necessários ao processo de seleção, otimização e compensação. Tal configuração preventiva pode auxiliar na fundamentação para ações de políticas públicas no cenário da Gerontologia brasileira, em especial, para a Psicologia.

2.2 O modelo de Proatividade Corretiva e preventiva

O modelo PCP é consistente com as abordagens que valorizam o autogerenciamento e a competência no planejamento em prol da manutenção da boa qualidade de vida no envelhecimento em face aos estressores (Kahana, et al., 2012). Logo, a proatividade do idoso diz de ações volitivas, motivadas por uma orientação ao futuro, cujo objetivo é eliminar ou minimizar um determinado estressor por meio de ações que visam melhorar os próprios recursos.

O autogerenciamento proativo perante possíveis perdas é importante no processo de envelhecimento e parece que uma das características fundamentais se assenta no fato das pessoas não esperarem a ocorrência de perdas ou metas para serem minimizadas, ao contrário, existe um investimento na construção e manutenção de recursos relevantes para o bem-estar (Aspinwall e Taylor 1997). Assim, o autogerenciamento no envelhecimento pode implicar em estratégias ativas ou habilidades não somente aplicadas nas reações em relação às perdas, mas também com comportamentos ativos que visam zelar por seus próprios recursos. Steverink & Lindenberg (2008) identificaram que o autogerenciamento se relacionou positivamente com a satisfação com a vida e os afetos positivos; negativamente com os afetos negativos e negativamente com os déficits nos recursos físicos e sociais.

Além da importância do autogerenciamento para o modelo PCP, destaca-se o pressuposto de que todos os idosos enfrentam estressores normativos. Infere-se que, se não

houvesse a presença de tais estressores normativos relacionados à idade, seria desnecessária a distinção entre o sucesso no envelhecimento em relação a qualquer outro período no curso da vida (Kahana et al., 2014; Peterson & Martim, 2015). Portanto, a boa qualidade de vida (ou sucesso na velhice) pode ser mantida uma vez que os idosos são capazes de utilizar tanto os recursos internos de enfrentamento como os recursos sociais. Tais recursos podem ser usados ou melhorados por meio da proatividade (preventiva e corretiva). Essas proatividades por sua vez amenizam os efeitos adversos dos estressores sobre a qualidade de vida (tais como bem-estar psicológico, significado na vida e relacionamentos). O modelo ainda considera as dimensões contextuais macro (tanto os aspectos demográficos quanto os contextos mais amplos do indivíduo na sociedade) sobre a velhice bem-sucedida (Peterson & Martim, 2015).

O esquema a seguir foi formulado pelas autoras a fim de apresentar a posição da proatividade (aqui representadas pelas ações preventivas e corretivas) em um contexto mais amplo de processos adaptativos (Figura 1). Dentro dos processos adaptativos, o *coping* é um mecanismo de autorregulação ao enfrentar os agentes estressantes e pode ser interpretado pelo indivíduo como uma ameaça ou um desafio. Tal autorregulação dependerá dos recursos que estejam disponíveis na vida do indivíduo. Por sua vez, a proatividade é uma adaptação em resposta às transições de vida maiores (eventos/estressores) tendo o controle pessoal como um importante aspecto a ser considerado (Lowental, Thurner e Chiriboga, 1974, citado por Kahana, Fairchild & Kahana, 1982). Isto posto, no modelo PCP, a proatividade é entendida como um tipo de *coping*, representada por ações preventivas e corretivas, em que o indivíduo interpreta os possíveis eventos estressantes como um desafio a ser transposto em prol de uma velhice bem-sucedida (desfecho).

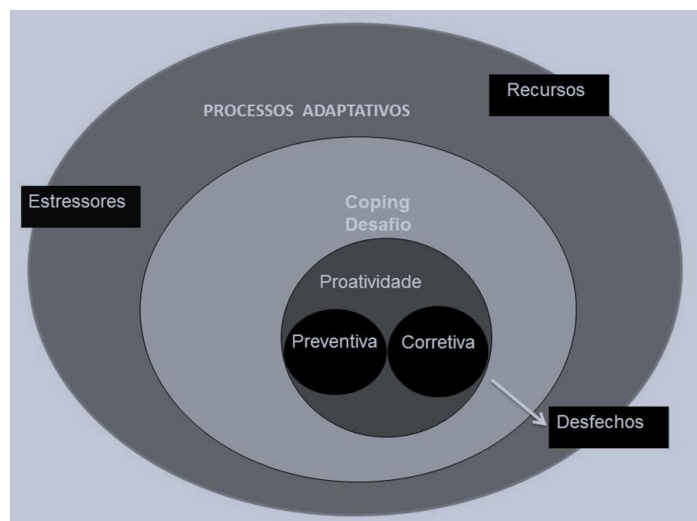


Figura 1. Processos adaptativos e a proatividade

O modelo PCP propõe que a proatividade pode intervir nas fases iniciais de um possível efeito cascata dos estressores, minimizando desta forma um desfecho de fragilidade (Kahana, et al., 2005). A seguir, todos componentes do modelo PCP serão descritos: o contexto, os estressores, o desfecho, os recursos e os enfrentamentos proativos (corretivo e preventivo). Figura 2.

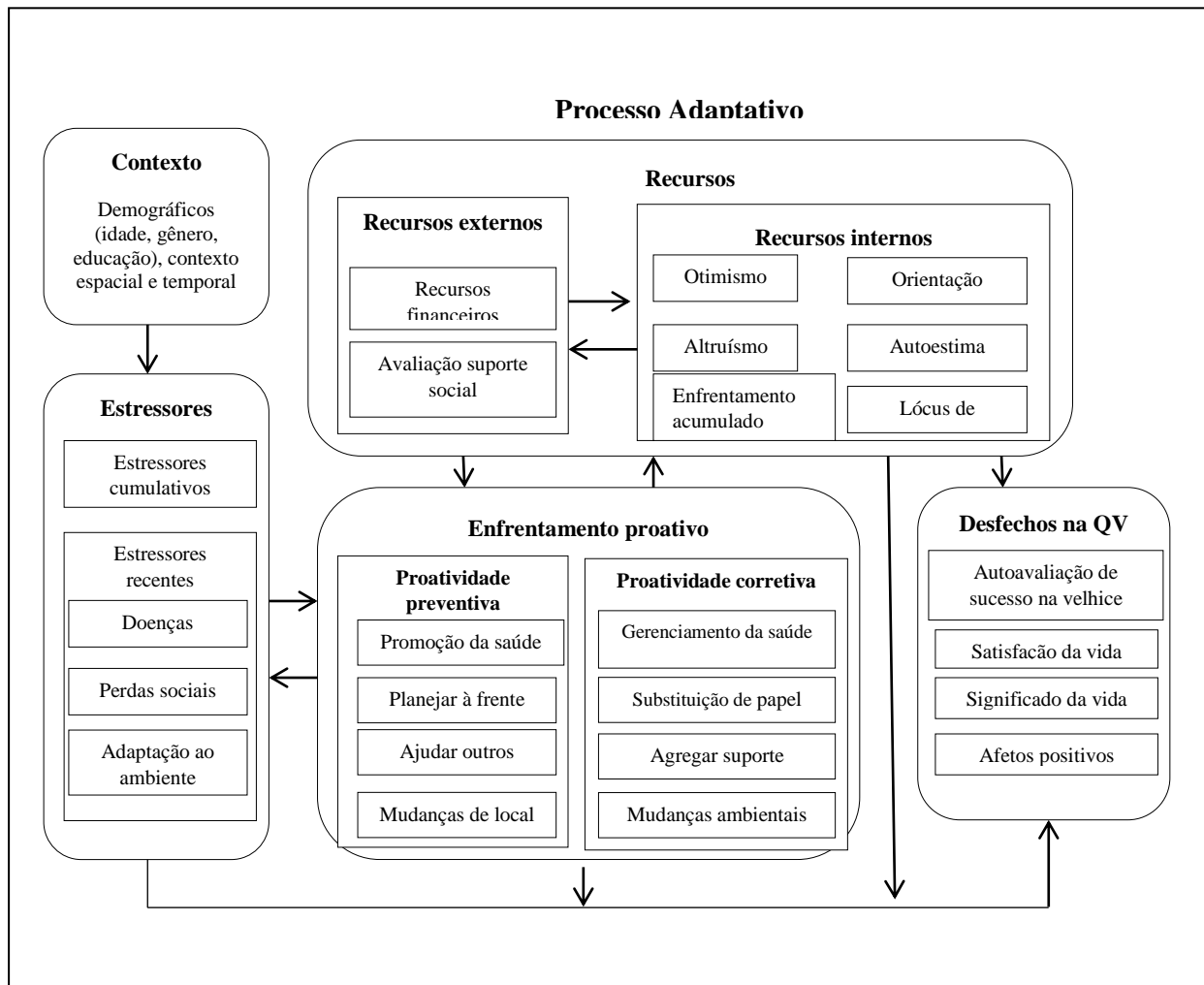


Figura 2. Operacionalização do modelo de proatividade corretiva e preventiva (Tradução Kahana et al., 2014).

2.2.1 Contexto

Neste componente estão o momento histórico em que vivem os indivíduos (meio cultural, político e social da época) bem como o contexto demográfico (idade, gênero, escolaridade, estado civil, número de filhos, dentre outros).

O primeiro componente refere-se às variáveis que ao longo da vida envolveram o indivíduo, como a cultura, a situação política ou mesmo econômica. O impacto dessas variáveis é exemplificado no estudo desenvolvido por Erzin, Gazdowska, Piotrowska-Pórolnik (2017), cujo objetivo foi examinar o bem-estar subjetivo, a felicidade, os níveis de

depressão e o enfrentamento proativo entre habitantes da Rússia e da Polônia. Identificaram que os poloneses apresentaram maiores escores no bem-estar psicológico e na felicidade, bem como níveis de depressão maiores do que os Russos. No entanto, os Russos utilizaram mais dos enfrentamentos proativos e preventivos. As análises de correlação apresentaram ainda que os níveis de depressão foram negativamente associados com o enfrentamento proativo. Concluíram que as diferenças encontradas entre os participantes desse estudo derivavam-se, em especial, das condições sociais, políticas e sociais de seu país.

Dentre as variáveis de contexto, têm-se também as variáveis sociodemográficas como idade, gênero, escolaridade, estado civil, número de filhos, dentre outros. Segundo Diener (2014), distintas pesquisas, que focaram em valores financeiros, indicam evidências robustas de que os valores são importantes para a felicidade dos indivíduos. Deste modo, compreende-se que todo contexto ambiental do indivíduo deve ser considerado ao se investigar a adesão ou não em ações proativas no curso da vida.

2.2.2 Os estressores

Referem-se aos eventos de vida normativos na velhice. A literatura aponta que os estressores tendem a diminuir a qualidade de vida na ausência de adaptações comportamentais efetivas, no entanto, para o modelo, os estressores podem servir como estímulos externos os quais convocam respostas adaptativas. O modelo PCP apresenta tanto os estressores denominados acumulativos (tais como problemas com vício na família, problemáticas por raça, dificuldades financeiras) quanto os estressores recentes (Kahana & Kahana, 1996; Kahana et al., 2014). Embora sabedores dos inúmeros estressores ao qual o idoso esteja sujeito, o modelo debruça-se diante de três principais: as perdas físicas, as perdas sociais e as

dificuldades pessoais na adaptação ambiental. A seguir, alguns exemplos dos estressores denominados recentes:

- a- Perdas físicas: doenças crônicas, limitações funcionais.
- b- Perdas sociais: morte de um amigo próximo, morte de um membro da família, divórcio de um filho ou neto, aposentadoria.
- c- Adaptação pessoa ambiente: necessidade de mudanças e adaptações estruturais no lar, mudança de moradia.

Os eventos de vida podem ser mensurados por meio de listas de estressores que possuem variações conforme a idade, a cultura e outros fatores como eventos específicos de determinados grupos e acresce-se que, baseado na teoria do estresse, estes podem gerar uma influência negativa duradoura na Qualidade de Vida (QV) (Kahana & Kahana 1983).

2.2.3 O desfecho na Qualidade de Vida

O modelo apresenta cinco indicadores de desfecho, sendo quatro considerados subjetivos (satisfação com a vida; estados afetivos; significado da vida e avaliação do sucesso na velhice) e um objetivo (valorização das atividades e dos relacionamentos). Realça-se que em outros modelos as “perdas na saúde” são consideradas apenas desfechos (Rowe & Kahn, 1998), mas, neste modelo elas são consideradas como um agente estressor no qual o indivíduo pode tentar minimizá-las ou eliminá-las em vista de uma melhoria na velhice (Kahana et al., 2014).

O primeiro indicador é a satisfação com a vida e reflete uma avaliação cognitiva no qual o indivíduo qualifica o próprio estado baseado em comparações sociais. A satisfação com a vida baseia-se em um critério próprio sobre a vida e abrange tanto uma perspectiva de curta duração (felicidade momentânea), quanto uma perspectiva de longa duração incluindo aspectos cognitivos e emocionais (Doll, 2009). Trata-se, segundo Neugarten et al. (1961,

citado por Joia & Ruiz, 2013), de um estado psicológico que se relaciona com o bem-estar mais do que com avaliações objetivas da qualidade de vida pessoal. Pinto e Neri (2013) visaram identificar os fatores associados com uma baixa satisfação com a vida entre idosos brasileiros que vivem na comunidade. A baixa satisfação foi associada com mais doenças crônicas. Os dados indicaram também que os idosos com pontuações baixa ou moderadas na participação social aumentavam o risco de reportarem uma insatisfação com a vida.

Os afetos positivos dizem sobre como se responde às circunstâncias presentes sem a utilização de comparações e, portanto, com um enfoque prioritário no mundo interno. Segundo Neri (2012), as avaliações afetivas são menos estáveis por serem mais suscetíveis a influências contextuais e de caráter fisiológico. Na pesquisa de Craciun (2012) identificou-se que as atitudes positivas foram um importante indicador de velhice bem-sucedida entre os idosos.

O significado da vida reconhece a importância dos significados existenciais para a velhice bem-sucedida. O significado da vida torna-se particularmente evidenciado quando os idosos começam a pensar em termos de sua finitude. O quarto indicador é a valorização das atividades e relacionamentos, o que representa a importância dos envolvimento em ambientes sociais para uma boa velhice (Midlarski & Kahana, 1983; Kahana et al., 1987).

O último tipo de desfecho do modelo são as autoavaliações da velhice bem-sucedida, ou seja, avaliação subjetiva sobre o próprio estado enquanto idosos. Estudos reconhecem que se a avaliação dos idosos sobre os recursos pessoais e as adaptações comportamentais é positiva, então, o lidar com as mudanças no desenvolvimento pode desencadear em uma adequada manutenção de uma boa qualidade de vida (Kahana et al., 2005; Kahana et al., 2014).

Nesta pesquisa, a depressão foi escolhida como a variável desfecho na QV em razão das evidências de que os diferentes eventos de vida, que ocorrem no avançar dos anos, podem

influir no desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos idosos: a pobreza, a viuvez; a institucionalização e a solidão; as mudanças nos papéis sociais; tais como a aposentadoria; a perda de pessoas próximas; a percepção do estado psicológico; aspectos gerais da saúde física, tais como nível de prejuízo funcional e saúde percebida (Irigaray & Schneider, 2007; Mitchell, Bird, Rizzo e Nick, 2010; Frank & Rodrigues, 2012).

Apesar de tais evidências sobre o risco de sintomas depressivos no avançar dos anos, pesquisas recentes evidenciam a relevância moderadora da proatividade nesse desfecho de vida. Manić, et al. (2016) objetivou avaliar, entre os mineiros de carvão da Síria, a prevalência de *Burnout* e sintomas depressivos e verificaram aspectos do enfrentamento proativo. Os resultados mostraram que os mineiros eram mais deprimidos quanto maior era o tempo de trabalho e que aqueles com altos níveis de enfrentamento proativo eram os com menores sintomas depressivos. O alto nível demonstrado de enfrentamento proativo confirmou a capacitação dos mineiros para enfrentar situações adversas futuras e reagir proativamente na resolução de problemas. Na mesma direção, Sohl & Moyer (2009) constataram que o enfrentamento proativo permaneceu significativo na predição da depressão mais baixa após o controle de dados demográficos e do recurso interno otimismo. Kahana, Kelley-Moore e Kahana (2012) também encontraram que os recursos internos e externos influenciaram nos sintomas depressivos subsequentes e nas atividades sociais direta e indiretamente por meio das adaptações proativas.

2.2.4 Recursos

Os recursos são interpretados no modelo como moderadores potenciais que visam a diminuição dos efeitos adversos dos estressores na QV, os quais apresentam-se a dois conjuntos de recursos: os externos e os internos (Kahana et al., 2014).

Os recursos externos são representados pelas variáveis financeira e suporte social. Os recursos financeiros podem assegurar acesso e utilização de serviços formais e também auxiliar em um estilo de vida mais saudável (por exemplo, adequada alimentação e facilidade de exercícios físicos). Eles também facilitam a contratação de serviços formais, incluindo pagar cuidadores e fazer modificações ambientais, ou mudança para uma residência mais apropriada (Kahana, Kahana et al., 2003). Pesquisa conduzida por Ouwehand, Ridder e Bensing (2009) investigou, entre adultos de meia idade e idosos, a relação entre o enfrentamento proativo e a situação socioeconômica e identificaram que renda e educação estavam positivamente relacionados ao enfrentamento proativo.

Mathieson, Kronenfeld e Keith (2002) verificaram se o estado de saúde e recursos financeiros eram preditores de dois tipos de adaptações funcionais em idosos: modificações domiciliares (por exemplo, colocar fita antiderrapante em tapetes ou instalar mais telefones) e o uso de equipamentos para mobilidade ou atividades de vida diária (por exemplo, uso de bengalas ou andadores). Entre as variáveis financeiras, a renda medida subjetivamente e o seguro suplementar do idoso tiveram relação significativa direta nos efeitos sobre todas as adaptações funcionais medidas.

Já a avaliação de suporte social direciona-se à importância do capital social e da capacidade em agregar pessoas ao ambiente pessoal (Kahana et al., 2014). Distinguem-se os tipos de suporte: instrumental, informacional e emocional (Kahana, Kahana et al., 2003). O suporte social instrumental é fornecido por meio de ajuda financeira, alimentos e funcionalidade. O suporte informacional abarca a presença de apoio em tomadas de decisões ou mesmo em tarefas burocráticas, como as bancárias. Para finalizar, o suporte emocional que aborda o recebimento de amor, afeição e encorajamento (Neri & Vieira, 2013). De acordo com Fisher e Nussbaum (2015), na velhice, a comunicação familiar é relevante no alcance de

uma boa qualidade de vida, pois capacita os idosos a atingirem metas essenciais à sua qualidade de vida e a uma adaptação saudável.

Um estudo longitudinal de quatro anos com idosos residentes em uma comunidade de aposentados objetivou examinar se existiam diferenças no nível e nas flutuações referentes a dor (artrite) e sintomas de depressão em função do funcionamento cognitivo e do suporte social. Identificaram que o nível de funcionamento cognitivo foi negativamente relacionado com os sintomas de depressão e com a atribuição a dor em relação a artrite. No entanto, o suporte social teve um efeito linear negativo somente em relação à dor. Inferiram que os indivíduos que receberam mais suporte social foram resistentes a eventos estressantes tais como a dor e, desta forma, se tornaram mais resilientes do que as pessoas com baixo suporte social. Os autores propuseram que os idosos com maior suporte tangível tendiam a adotar uma abordagem proativa em relação ao manejo da dor, o que lhes permitiam garantir a manutenção de suas habilidades funcionais, que são essenciais para a vida independente e para manutenção de uma boa qualidade de vida (Lee, Kahana & Kahana, 2015).

Com base em uma reanálise de dados longitudinais, Carstensen (1992, citado por Lang & Carstensen, 1994) concluiu que as reduções na interação social refletem um gradativo processo ao longo da vida e que as reduções são limitadas a contatos sociais específicos, os quais são escolhidos por meio de objetivos por parte do idoso. De acordo com a teoria da seletividade sócio-emocional, os objetivos específicos ou funções de interação variam de aspectos de sobrevivência, como a proteção física até objetivos psicológicos, como a regulação de emoção. Lang e Carstensen (1994) identificaram que os idosos participam de seleção proativa de estratégias que garantem o contato com os íntimos durante a velhice, mesmo quando o tamanho da rede social é reduzido significativamente e que as reduções nos contactos sociais foram limitados aos parceiros sociais que eram menos próximos.

Scheufler et al. (2017) verificaram uma possível associação entre habilidades sociais em idosos e as variáveis de: idade, escolaridade, renda, gênero, estado civil e sintomas depressivos. Os resultados mostraram que os sintomas depressivos se associaram negativamente com o escore geral de habilidades sociais, identificado como seu mais forte preditor. Os sintomas depressivos apresentaram associação negativa, isto é, uma maior performance na conversação e recursos habilidades sociais, apresentaram menores sintomas depressivos.

Os recursos internos são representados por seis mecanismos (orientação ao futuro, altruísmo, locus de controle, autoestima, enfrentamento e otimismo). A orientação ao futuro diz respeito ao engajar em adaptações proativas, tais como fazer planos, antecipar movimentos e promover a saúde. O segundo recurso, o locus interno de controle, refere à crença do indivíduo em sua própria capacidade em moldar e exercer influência sobre as circunstâncias da vida (Kahana et al., 2014).

O altruísmo expressa-se na preocupação pelo bem-estar do outro, mesmo que incórram alguns custos pessoais nesse investimento. As ações altruístas podem ser motivadas pela vontade em gerar consequências positivas na vida de outras pessoas e/ou por razões pessoais, tais como senso moral ou religioso (Kahana, Midlarsky & Kahana, 1987). Alguns comportamentos altruístas - como as ações de resgate, voluntariado, comportamentos pró-sociais e compaixão - podem estar relacionados positivamente com o bem-estar e a saúde mental (Midlarsky & Kahana, 2007).

Outro importante recurso interno é o enfrentamento. Lazarus e Folkman (1987) definem as estratégias de enfrentamento como atos cognitivos ou instrumentais assumidos pela pessoa ao lidar tanto com pressões internas quanto externas, vistas como excedendo seus próprios recursos. O processo de enfrentamento pode estar relacionado com autoexame,

avaliações pessoais e a busca por um sentido da vida de forma geral (Aldwin & Levenson, 2002).

Destaca-se ainda o otimismo, definido como a capacidade de observar e planejar positivamente o futuro. Tais ações permitem os indivíduos a promoverem comportamentos pró-sociais (Kahana et al., 2003). Maiores níveis de otimismo foram relacionados prospectivamente com um melhor bem-estar subjetivo em tempos de adversidade ou dificuldade (ou seja, controlando bem-estar anterior). Essas pessoas diferem em como enfrentam problemas; lidam com a adversidade; e com seus recursos, tanto sociais como socioeconômicos. O otimismo pode fornecer recursos cognitivos de enfrentamento do dia a dia de forma a promover melhor saúde mental (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

Por último, o recurso interno autoestima; compreendida como um senso de autorespeito e uma avaliação de um merecimento pessoal. A autoestima tem sido associada em idosos com a competência para adaptação aos eventos estressantes da vida (Ranzijn, Keeves, Luszcz, & Feather, 1998).

Tendo como pressuposto que o Brasil é o país em que a população passa mais tempo na internet e o segundo lugar em relação aos acessos às redes sociais (Dino, 2016), é importante destacar que diante dos avanços tecnológicos e do acesso à informação, não se pode desconsiderar o uso da tecnologia como recurso em prol de um bom envelhecimento. Tais tecnologias oportunizam a informação, a comunicação e a melhoria nas habilidades frente ao autocuidado e a uma vida independente (Kahana, Kahana et al., 2003). Heo, Sanghee, Sunwoo, Kyung, & Junhyoung (2015) consideram a Internet e as tecnologias digitais como uma nova classe de recursos que auxilia os idosos a alcançarem estados afetivos positivos, significado na vida e manutenção de atividades e relacionamentos valiosos. Além desse ponto, o uso da internet pode oferecer recursos úteis de empoderamento para os idosos, por exemplo, em buscas de informações sobre doenças, compras via internet e jogos na *web*

como atividades de lazer (Kahana, Kahana, Lovegreen, & Cronin, 2010; Kowalski, Kahana, Kuhr, Ansmann, & Pfaff, 2014; Alcântara, Araújo, & Barros, 2015; Seçkin & Kahana, 2015).

2.2.5 Enfrentamentos proativos

Os enfrentamentos proativos são os componentes centrais do modelo e compõem as ações preventivas e corretivas em prol da melhoria da qualidade de vida. A proatividade é uma resposta aos estressores ligados ao envelhecimento que se manifestam tanto no tempo presente quanto é uma organização frente a um estressor futuro. Nesse sentido, a proatividade é definida como uma transição em resposta às influências ambientais (Kamya & Porto, 2009, Kahana et al., 2014).

No modelo PCP há uma intencionalidade nas ações preventivas para uma melhor qualidade de vida, não se tratando, portanto, de ideias sobre o que o idoso considera importante para melhorar sua vida. Nesse sentido, a regra é: focar em resolver um problema ativamente para melhorar a qualidade de vida. Isso implica dizer que, no modelo, uma das melhores formas de se pensar a proatividade é em defini-la em uma perspectiva de “em favor de”, melhor do que “antes”.

Kahana et al. (2003) assinalam ainda que a proatividade preventiva pode, ocasionalmente, ter função corretiva e a proatividade corretiva pode também ser usada preventivamente. Por exemplo, praticar exercício físico, que no modelo é assumido como proatividade preventiva, ajuda não somente a prevenir o início de doença como também serve como proatividade corretiva quando feita para diminuir perdas decorrentes da presença de uma doença crônica. Acredita-se ser esta uma das principais críticas ao modelo, uma vez que a linha é extremamente tênue na distinção do que sejam ações proativas ou corretivas. Em face dessa questão, sugere-se que a referência para dimensionar tais ações proativas, corretivas

ou preventivas, sejam por meio da avaliação individual, ou seja, pela identificação dos níveis de funcionalidade, estados emocionais e saúde física do indivíduo. Tal classificação individual foi pouco explorada ao longo de todas leituras realizadas para a presente revisão narrativa.

2.2.5.1 Proatividade preventiva

A proatividade preventiva é um mediador, em geral, temporalmente antecedente aos estressores. Ela pode apresentar duas metas, uma de posicionar o *self* para ser mais habilidoso ao encontrar situações de vida estressantes (Kahana et al., 2002) e a outra de construir recursos sociais (Kahana et al., 2003). No modelo PCP destacam-se quatro comportamentos preventivos: promoção da saúde; planejamento do futuro; mudança de ambiente e oferta de ajuda.

A promoção da saúde envolve o engajamento com estilo de vida saudável (tais como manter dietas, fazer exercícios físicos, evitar fumo e outras substâncias prejudiciais à saúde, fazer *check ups* médicos) e o acesso aos cuidados com a saúde. Os cuidados médicos envolvem, por exemplo, controle da pressão sanguínea e do colesterol, controle do peso corporal e cuidados de segurança consciente (uso de protetor solar, uso de cinto de segurança, entre outros) (Kahana & Kahana, 2001; Kahana, Kahana et al., 2003; Kahana & Kahana, 2012), sono, consumo de álcool e tabagismo (Pavel, Jimison, Korhonen, Gordon & Saranummi, 2015). Segundo Aciole & Batista (2013), a promoção da saúde tornou-se um tópico de especial discussão a partir dos anos 1970 cuja discussão, mundialmente, foi:

“fortalecida por eventos internacionais em que foram sendo lançadas novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde, visando

reconstruir uma estrutura ético-normativa e jurídico-institucional que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania”.

Em um estudo longitudinal de oito anos, Kahana e colaboradores (2002) examinaram a contribuição das variáveis exercícios físicos, uso de tabaco, uso moderado de álcool e avaliação médica para o bem-estar psicológico, a mortalidade e o significado da vida dos idosos. O declínio físico foi detectado na amostra ao longo dos anos, contudo, aqueles idosos engajados em exercícios físicos no início da pesquisa tenderam a diminuir o ritmo do declínio das fragilidades e também da mortalidade. Comportamentos de prevenção como exercícios tiveram uma relação negativa com o uso de álcool e tabaco.

O segundo componente da proatividade preventiva é o planejamento do futuro. Ele não se limita a garantir o apoio futuro, mas abrange uma ação voltada para o futuro, que pode ser antecipando novas atividades, compromissos sociais ou adaptações ambientais. Como exemplo, tem-se o planejamento financeiro; obter planos de previdência privada; aderir a seguros de saúde; economizar para fazer uma viagem ou uma reforma (Kahana & Kahana, 2001; Kahana, Kahana et al., 2003). Clarke & Warren, 2007 identificaram na sua pesquisa qualitativa que um dos pontos para um adqueado envelhecimento, segundo os idosos, era fazer o planejamento do futuro, os idosos indicaram as seguintes ações: mudança para um local com melhor acesso a serviço de saúde; preocupação com a segurança financeira e viver de forma independente em sua própria casa enquanto era capaz.

O terceiro componente é oferta de ajuda, como, por exemplo, ajudar o próximo na forma de voluntariado ou prover assistência informal para vizinhos, família e amigos (Kahana, Kahana et al., 2003). Estudos mostram que as pessoas que, enquanto possuíam uma boa saúde, tentavam ajudar aos amigos com saúde debilitada, recebiam ajuda deles em tempos de fragilidade (Kahana & Kahana, 2001). Não necessariamente os idosos buscam

ajudar para ter apoio no futuro, contudo, estudos indicam que os idosos que apoiaram outros são os que mais recebem assistência em tempos de necessidade. Destaca-se também que os idosos, ao auxiliarem outros, tendem a melhorar a sensação de significado na vida e ainda, por meio dessa ajuda efetiva, é gerado sentimentos de competência e auto-estima (Kahana & Kahana, 1983b).

A pesquisa conduzida por Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana e Midlarsky (2013) explorou o impacto das atitudes altruístas, de ajuda informal e do voluntariado como indicadores de bem-estar entre os idosos de uma comunidade de aposentados. Perceberam que os comportamentos prossociais e as atitudes altruístas contribuíram com uma subseqüentemente emoção positiva, ou seja, representaram uma importante dimensão para entender e promover o envelhecimento bem-sucedido.

O último componente da proatividade preventiva é a mudança de local. Sabedores de que o declínio da saúde pode levar a uma pobre adaptação entre o indivíduo e o seu ambiente, pessoas idosas podem agir antecipadamente em vista da maior proximidade de seus suportes sociais (amigos e/familiares) e de recursos (viver em uma cidade com um custo de vida menor, ir para um local com mais recursos de saúde). Ou seja, são ações voltadas para estarem em locais que lhe sejam mais favoráveis (Kahana et al., 2014). Os indivíduos podem mudar-se também em busca de uma cidade com menores índices de violência urbana ou mesmo pelo desejo de viver em municípios médios ou pequenos porte (Kahana, Kahana et al., 2003).

Schulz e Brenner (1977, citado por Kahana e Kahana, 1983a) já propunham que mudanças ambientais auto-iniciadas permitiriam um caminho significativo para encontrar novas estimulações, novos papéis e para melhorar sua satisfação durante o curso da vida. Com base em dados de idosos americanos que migraram para Israel ou para estado da Flórida, identificaram que as readaptações foram mais difíceis para pessoas que não eram entusiastas

sobre a mudanças de local. Deste modo, notou-se que as atitudes positivas e as expectativas foram determinantes durante o enfrentamento das mudanças de longa distância (Kahana e Kahana, 1983b).

2.2.5.2 Proatividade corretiva

A proatividade corretiva é acionada quando estressores estão presentes. Ela pode auxiliar os idosos a ativarem os recursos internos e externos para engajar em atividades compensatórias que se contrapõem aos efeitos adversos dos estressores. Além disso, visa o aprimoramento dos recursos para minimizar futuros agravamentos dos estressores ao longo da vida. Este último aspecto é relevante por distinguir o enfrentamento reativo (eliminar ou reparar o estressor) do enfrentamento corretivo (reparar e evitar danos futuros). Os componentes elencados nas ações corretivas são quatro, a saber: substituição de papéis, agregar pessoas, mudanças no local e gerenciamento saúde.

O componente substituição de papéis representa a busca pelo significado social, cujo objetivo é o investimento no novo ou na substituição de papéis que contribuam na ampla manutenção das atividades e nos relacionamentos que se valoriza. Pode-se exemplificar com o envolvimento em organizações ou atividades civis, acesso à tecnologia, trabalho informal, trabalho voluntário e opções de aprendizagem à distância que podem ser recursos uteis de engajamento substituído. Outros exemplos mais tradicionais e, talvez os mais presentes no Brasil, as participações em clubes, hobbies, engajamento em educação e participação em atividades da igreja (Kahana, Kahana et al., 2003).

A ação de agregar pessoas constitui aplicar habilidades proativas na procura de ajuda para lidar com situações problemáticas diversas, variando de perdas crônicas, perdas sociais até à necessidade de ajuste da pessoa no ambiente. Destaca-se que as intervenções, que visem

trabalhar na redução da solidão e do isolamento social, podem focar na construção de habilidades sociais e nas oportunidades sociais (Kahana, Kahana, Wykle, & Kulle, 2009; Kahana & Kahana, 2012). Geralmente, os idosos primeiro agregam o suporte dos recursos informais, incluindo família e parentes. No entanto, quando esses esforços são insuficientes, eles podem voltar-se à contratação de cuidadores pagos ou agências de cuidados formais (Kahana, Kahana, et al., 2003).

O terceiro componente é a realização de mudança no ambiente. Tal ação busca reduzir os riscos de quedas e protegerem os idosos ao lidarem com os estressores, tais como aumento da fragilidade e a diminuição da funcionalidade. As metas de modificações ambientais incluem aumentar o conforto, possibilitar atividade continuada e melhorar a segurança. Os idosos que tendem espontaneamente a iniciar modificações ambientais buscam o aumento da autonomia e o conforto, já quando tais modificações são requeridas por meio de profissionais, geralmente o foco é a melhoria na segurança. Como ações práticas, destacam-se a reorganização do lar, relocação de objetos em lugares especiais, diminuição de barreiras e/ou introdução de auxílios protéticos no ambiente do lar (remover tapetes soltos ou instalar barras de apoio no banheiro). Reforçam-se ainda modificações de atividades: substituir uma caminhada em detrimento da corrida, preparar refeições em uma posição sentada para diminuir o desperdício de energia e uso de lembretes para idosos com algum comprometimento cognitivo. Telefones com números em tamanho grande e bons utensílios para pegar as coisas na cozinha também exemplificam esses comportamentos (Kahana & Kahana, 2001).

O último componente da proatividade corretiva é o gerenciamento da doença. Esta adaptação envolve comportamentos de autocuidado e também do consumo proativo de materiais que forneçam respostas aos cuidados da saúde (Kahana, Kahana, et al., 2003; Kahana et al., 2014). Pacientes proativos possuem iniciativas frente a coletas de informações

sobre o diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento; obtêm informações sobre os prestadores de cuidados de saúde; têm maior aproximação nas relações com médicos de cuidados primários. Tais comportamentos demonstram o autogerenciamento em vista da melhora na qualidade dos cuidados da própria saúde (Kahana, et al., 2009).

Um exemplo desse componente é apresentado em uma pesquisa que objetivou identificar os níveis de proatividade de idosos frente ao enfrentamento do câncer com base em dois fatores: coleta de informação sobre o caso clínico e a comunicação com a equipe médica. Perceberam que quanto mais ativamente os pacientes se envolveram na comunicação da saúde, melhor foram os resultados no avanço da saúde. Detectaram que os idosos com maior nível de educação eram os mais ativos na orientação dos cuidados e interação com os médicos (Kahana & Kahana, 2003). Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Kahana et al. (2015) em que se notou a capacidade dos idosos em desempenharem comportamentos assertivos e proativos na comunicação para seguir as indicações de prevenção ao câncer advindos dos cuidados primários.

3 Proatividade: variáveis psicológicas e instrumentos de mensuração

Para finalizar a presente revisão, destacam-se as relações encontradas entre as variáveis psicológicas e a proatividade bem como alguns instrumentos localizados na literatura menusarando tal consutruito. Sobre as pesquisas investigando a proatividade e variáveis psicológicas, destacam-se dados sobre o impacto na qualidade de vida e no senso de prazer (Gamrowska & Steuden, 2014); na satisfação com a vida (Kim, Kubzansky, Smith e Arbor, 2015); nos sintomas de ansiedade (Katter & Greenglass, 2013) e no propósito de vida (Kima, Strecherb e Ryff, 2014). Têm-se ainda os processos cognitivos que podem se relacionar com tais ações.

O EP prioriza, portanto, um planejamento em relação ao futuro, o qual fornece efeitos adaptativos frente às transições de papéis durante o curso da vida. De acordo com Aspinwall e Taylor (1997) tal planejamento para o futuro implica lidar cognitivamente com as perspectivas e tomar decisões racionais antes da ocorrência de eventos negativos ou positivos. É neste investimento planejado que se observa o desenvolvimento de recursos antes mesmo que sejam necessários. Assim, pode-se dizer que um emblema do EP é de que “as coisas ficarão bem”, mas não por um acaso da vida, e sim por fatores de controle e de responsabilidade baseados nas próprias ações individuais e seus resultados (Tovel & Carmel, 2014; Gamrowska & Steuden, 2014). Logo, nota-se o quanto o EP pode ser considerado um significativo mediador para que o idoso assuma uma característica mais robusta em todas as áreas de sua vida.

O modelo PCP, embora de importante alcance no seu país de origem e também em diferentes partes do mundo, pouco trata sobre os processos psicológicos envolvidos nessas decisões individuais proativas. Para sanar tal lacuna, lança-se como referência o modelo de Aspinwall e Taylor (1997) o qual apresenta cinco passos referentes ao processo decisório sobre as ações proativas: a verificação da existência de recursos suficientes, a identificação do estressor potencial, a realização de esforços iniciais de enfrentamento, o uso de estratégias cognitivas e o *feedback* (Figura 3).

O primeiro passo é ter recursos suficientes para engajar em enfrentamentos proativos – esses recursos (tais como estabilidade financeira e construção de uma rede social familiar) são acumulados ao longo dos anos e visam construir resistência e preparar o indivíduo para possíveis eventos de vida (Ouwehand, 2005).

O segundo passo é identificar o estressor potencial, o que requer um exame do ambiente para o reconhecimento do perigo e dos sinais que indiquem tal estressor. De acordo com Aspinwall e Taylor (1997), o indivíduo que consegue atentar-se às ameaças ou riscos

negativos talvez possa vivenciar maior sucesso no enfrentamento em momentos de vida em que o estressor estiver atuante.

O terceiro passo trata-se de esforços iniciais de enfrentamento, isto é, a busca por mais informações sobre o estressor (O que está ocorrendo? O que devo fazer?). As avaliações iniciais dos estressores emergentes perpassam por duas tarefas que estão inter-relacionadas. A primeira delas é a definição do problema, sendo esta dependente das interpretações cognitivas que o indivíduo fará do evento observando a relevância, a força, a acessibilidade, a representatividade e a experiência passada. Tais interpretações influenciarão na forma pela qual as pessoas interpretam sinais de perigo potencial. A segunda é a simulação mental que é a representação imitativa de eventos reais ou hipotéticos, incluindo ensaios de prováveis eventos e fantasias sobre o futuro (Aspinwall & Taylor, 1997; Ouwehand, 2005).

O quarto passo é o uso de estratégias cognitivas que visam o planejamento, a prevenção ou a minimização do estressor (enfrentamento preliminar). Neste momento, existe a possibilidade de o indivíduo planejar e realizar efetivamente comportamentos em direção à busca de informações com outros e também de ações diretas sobre o evento estressante evidenciado (Aspinwall & Taylor, 1997; Ouwehand, 2005). Para finalizar, o *feedback* provê informação sobre o desenvolvimento do estressor potencial e os resultados dos próprios esforços frente a ele (Ouwehand, 2005).

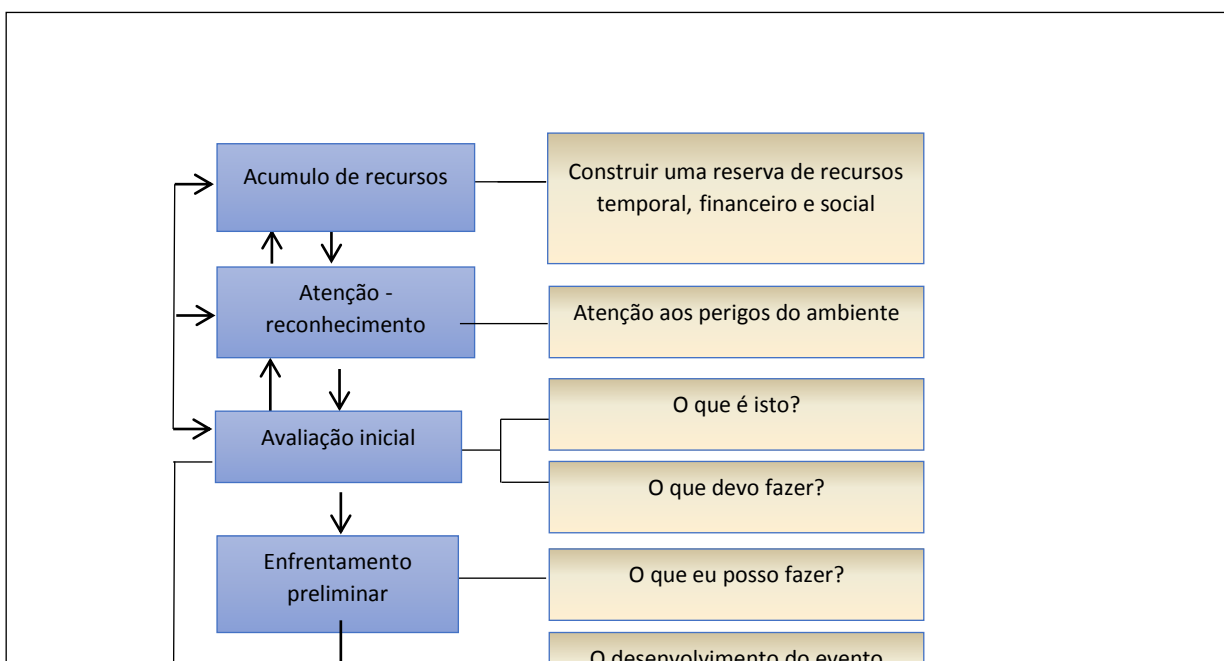


Figura 3. Os cinco passos do enfrentamento proativo (Tradução: Aspirrawal & Taylor, 1997).

Assim, um exemplo baseado no modelo EP seria: imagine uma pessoa que ao longo da vida se engajou fortemente em seu trabalho e se aperfeiçoou para crescer na área (recursos financeiros). Ela percebe de antemão que, com base nas novas configurações dos cálculos de aposentadoria, ela vivenciará uma redução drástica em seu estilo de vida (reconhecimento). Esta pessoa passa a observar que, no avançar da idade, provavelmente terá necessidade de maiores investimentos com a saúde (avaliação inicial), nesse contexto a pessoa começa a fazer pesquisas na internet sobre formas alternativas de aposentadoria e perguntar sobre a situação financeira de quem já se encontra neste estágio de vida (esforços preliminares de enfrentamento) e reconhece que uma alternativa para essa situação é começar a investir em um fundo privado de aposentadoria como renda complementar (elicitação e uso de *feedback*).

Portanto, o avanço da psicologia na identificação de possíveis distorções cognitivas que possam estar envolvidas na resistência do indivíduo frente à adesão aos comportamentos proativos pode ser um avanço em termos de prevenção tanto na clínica individual ou mesmo no fomento de grupos de apoio de conscientização as práticas proativas em busca de um melhor envelhecer.

É pertinente destacar que cinco instrumentos para avaliação de enfrentamento proativo foram localizados na literatura internacional e nacional e até o momento não se

localizou no Brasil evidências de validade dos instrumentos internacionais que serão apresentados. A Escala de Comportamentos Proativos nas Organizações (ECPO) foi desenvolvida e validada no Brasil com base no construto proatividade. É uma escala unidimensional com 27 itens (com escala de resposta de sete pontos) e agrupa comportamentos relacionados com o planejamento e implementação de ações de mudança, busca ativa e solução de problemas (Kamyá & Porto, 2009). Alpha de Cronbach indicou um valor igual a 0,95.

O primeiro instrumento internacional é o *Proactive Coping Inventory (PCI)* (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum, & Taubert, 1999; Greenglass, 2002). Consiste em sete escalas e um total de 55 itens que contemplam: níveis cognitivos e comportamentais, o enfrentamento baseado em desenvoltura, responsabilidade e visão. O inventário tem a premissa de que o enfrentamento é multidimensional e atua como um processo ao longo do tempo. As dimensões mensuradas são: duas formas de enfrentamento proativo, quatro dimensões do manejo de recursos proativos, três de enfrentamento emocional proativo e seis formas de ação orientada a metas proativas. *Alpha de Cronbach* indicou valores entre 0.71 e 0.85 em todas as sete subescalas.

O segundo instrumento é o *Proactive Coping Competence Scale (UPCC)* (Tielemans, Visser-Meily, Schepers, Post, & Heugten, 2014) que visa mensurar comportamentos competentes de enfrentamento proativo. Esta é uma escala de 21 itens do tipo *Likert* variando de um escore de 1 (nada competente) à 5 (muito competente). Altos índices na UPCC indicam altos níveis de enfrentamento proativo percebido. *Alpha de Cronbach* igual a 0,95.

O terceiro instrumento detectado é a *Preventive Resources Inventory -PRI* (Lambert, McCarthy, Gilbert, Sebree, & Steinley-Bumgamer, 2006). A PRI é uma medida de autorrelato com 82 itens para avaliar a percepção da habilidade pessoal para minimizar ou negar as

circunstâncias de vida estressantes. Identificou-se a presença de quatro fatores: controle percebido; manter a perspectiva; manter o envolvimento social e auto aceitação. A PRI solicita que os respondentes indiquem seu nível de acordo com as declarações sobre hábitos pessoais em relação à prevenção do estresse. As respostas são apresentadas em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de não concordo fortemente à concordo fortemente. *Alpha de Cronbach* indicou valores entre 0.57 e 0.80 nas subescalas.

O último instrumento é o *Future-Oriented Coping Inventory*. Foi baseado no PCI. Inclui uma subescala de enfrentamento proativo e uma subescala de enfrentamento preventivo, cada uma consistindo de oito itens. As escalas indicam ao respondente comportamentos e atitudes potenciais em resposta a estressores futuros. O instrumento utiliza uma variação na escala de *Likert* entre 1 (não concordo fortemente) e 4 pontos (concordo fortemente) (Gan, Hu & Zhang, 2010). As duas subescalas apresentaram um adequado *Alpha de Cronbach*: enfrentamento proativo (0,80) e enfrentamento preventivo (0,83).

Ao longo de nossas pesquisas também foram localizadas escalas no Brasil que visam identificar quantitativamente as percepções dos idosos sobre o envelhecimento. As escalas referem-se a atitudes em relação ao envelhecimento (Chachamovich, Fleck, Trentini, Laidlaw, & Power, 2008) e de percepção dos estereótipos da velhice (Ramos, Rocha, Gomes, & Schwanke, 2012). No entanto, há uma lacuna de estudos que abordem instrumentos com o enfoque na proatividade em idosos em nosso país.

Para finalizar, é relevante destacar que não basta inserir um discurso de autogerenciamento para que o idoso execute os cuidados para uma adequada velhice e isentar a responsabilidade do Estado. São urgentes as demandas para uma melhor estruturação sócio-econômica do Estado brasileiro de forma que a responsabilidade do idoso seja condizente com as possibilidades oportunizadas pelo mesmo para que o indivíduo se instrumentalize e alcance suas metas de enfrentamento frente aos estressores potenciais. Em um país de

significativa desigualdade social como o Brasil, é válido que os órgãos estatais e os governos, que gerem a máquina pública, considerem o potencial imediato de intervenção na educação de forma que as futuras gerações tenham melhores condições para autogerirem seu processo de envelhecimento em vista de ações proativas para um bom desfecho de velhice.

4 Conclusão

Como visto, a conceitualização do modelo PCP, além de especificar os comportamentos compensatórios propostos a priori pelo modelo SOC, também inclui ações preventivas que são compatíveis com as noções de autorregulação para diminuir os estressores e as mudanças associadas com o envelhecimento. Ademais, a PCP compreende o sucesso no envelhecimento como um estado que vai além dos fatores ausência de doenças e integração social do indivíduo como indicado no modelo teórico de Rowe e Kahn.

Resume-se assim os três importantes aspectos relacionadas ao EP: (a) a consciência da presença de possíveis (ou potenciais) estressores a serem gerenciados; (b) os estressores são vistos pelo indivíduo como desafios a serem transpostos (Moring, Fuhrman & Zauszniewski, 2011; Schwarzer & Luszczynska, 2008; Katter & Greenglass 2013), e (c) a possibilidade de um melhor desfecho na qualidade de vida do indivíduo ao executar ações proativas (Aspinwall & Taylor, 1997; Ouwehand, 2005). Logo, além de auxiliar na manutenção de importantes recursos para otimização e compensação e servirem como catalizadores para prolongar os processos de conservação desses recursos (Ouwehand, 2005; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2008), a proatividade pode ser uma das possíveis respostas na compreensão de como os seres humanos desenvolvem melhor seus próprios recursos.

Referências

- Aciole, G.G. & Batista, L.M (2013). Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, 37 (96), p. 10-19.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100003>.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121 (3), 417-436. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417>

- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (org). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. NY: Cambridge University Press.
- Carver, C.S., Scheier, M.F & Segerstrom, S.C (2010). Optimism. *Clin Psychol Rev.* 2010 November; 30(7): 879–889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006.
- Erzin, A., Gazdowska, Z. & Piotrowska-Pórolnik, M. (2017). When “social existence determines consciousness”: the influence of political system on psychological wellbeing, happiness, proactive coping, and depression levels among polish and russian citizens – a cross-cultural study. *Journal of education, health and sport*, 7 (4) doi: 10.5281/zenodo.495268
- Chachamovich, E., Fleck, M., Trentini, C.M., Laidlaw, K., & Power, M.J. (2008). Development and validation of the brazilian version of attitudes to aging questionnaire (AAQ): An example of a merging classical psychometric theory and the Rash measurement model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6 (5). Recuperado de <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-6-5>
- Doll, J. (2009). Satisfação de vida de homens e mulheres idosos no Brasil e na Alemanha. *Cadernos pagu.* (13) 1999: pp.109-159.
- Fisher, C.L. & Nussbaum, J.F. (2015). Maximizing Wellness in Successful Aging and Cancer Coping: The Importance of Family Communication from a Socioemotional Selectivity Theoretical Perspective. *Fam Commun.* 15(1): 3–19. doi:10.1080/15267431.2014.946512.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-8. doi:

10.1590/S0034-89102000000200012

- Frank, M.H. & Rodrigues, N.L. (2012). Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In Freitas, E.P. & Py, L. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gamrowsk, A. & Steuden, S. (2014). Coping with the events of daily life and quality of life of the socially active elderly. *health psychology report*, 2(2).
- Gan, Y., Hu, Y., & Zhang, Y. (2010). Proactive and preventive coping in adjustment to college. *The Psychology Record*, 60, 643-658. Recuperado de <http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1290&context=tpr>
- Greenglass, E. (2002). Chapter 3. Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press, (pp. 37-62).
Recuperado de http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pdf/RevPROACTIVE_COPING_Greenglass_ediRI.pdf
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument*. Paper apresentado no 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14. Recuperado de http://userpage.fu-berlin.de/health/pci_faq.pdf
- Irigaray, T.Q. & Schneider, R.H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade Prevalence of depression in elderly women attending the University of Third Age. *Rev Psiquiatr*, 29(1):19-27.
- Kahana, E., Kahana, B. (1983)a. Environmental continuity, discontinuity, futurity, and adaptation of the aged. In G. Rowles, & R Ohta (Eds.) *Aging Mileu> Environmental*

perspectives on growing old (p 205-228). New York, NY: Academic Press, Inc.

Kahana, B. & Kahana, E. (1983)b. Stress reactions. In P. Lewinsohn, & L. Teri (Eds.).

Clinical Geropsychology (pp. 139-169). New York, NY: Pargamon Press.

Kahana, E., & Kahana B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bergston (Ed). *Adulthood and aging: research on continuities and discontinuities*, 18-40, New York, NY: Springer Publishing Co.

Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/232522002_Conceptual_and_empirical_advances_in_understanding_aging_well_through_proactive_adaptation

Kahana, E., & Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 53–56. doi: 10.1016/S0895-4356(01)00447-4

Kahana, E., & Kahana, B. (2003). Patient proactivity enhancing doctor–patient–family communication in cancer prevention and care among the aged. *Patient Education and Counseling* 50, 67–73. doi:10.1016/S0738-3991(03)00083-1

Kahana, E., Kahana, B. & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, Spring, 28 (2), 155-180. doi: 10.1007/s12126-003-1022-8

Kahana, E., Kahana, B., Lovegreen, L., Kahana, J., Brown, J. & Kulle, D. (2011). Health-care consumerism and access to health care: educating elders to improve both preventive and end-of-life care. *Sociology of Health Care*, 29, p. 173-193. doi: 10.1108/S0275-4959(2011)0000029010

Kahana, E., Kahana, B., Lee, J.E., Bhatta, T. & Wolf, J.K (2015). Trauma and the Life Course in a Cross National Perspective: Focus on Holocaust Survivors Living in Hungary. *Traumatology*, Vol. 21, No. 4, 311–321 Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.1037/trm0000051>.

Kahana, E., Lawrence, R.H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., Stoller, I., Tobin, J. & Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64, 382–394. Recuperado de

<http://otsl.pbworks.com/f/Long-term+impact+of+preventive+proactivity.pdf>

Kahana, E., Midiarsky, E & Kahana,B. (1987). Beyond dependency, autonomy and exchange: prosocial in late-life adaptation. *Social Justice Research*, 1 (4), 439-459.

Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/226506921_Beyond_dependency_autonomy_and_exchange_Prosocial_behavior_in_late-life_adaptation

Kahana, E., Kahana, B., & Zhang, J. (2005). Motivational antecedents of preventive proactivity in late life: linking future orientation and exercise. *Motivation and Emotion*, 29, (4), 438–459. doi:10.1007/s11031-006-9012-2

Kahana, E., Kahana, B., Wykle, M., & Kulle, D. (2009). Marshalling social support: A “care-getting” model for persons living with cancer. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 168–193. doi:10.1080/10522150902874834

Kahana, B., Kahana, E., Lovegreen, L., & Cronin, C. (2010). *The proactive aged: new players in the Web World*. In Conference’10, Month 1–2, City, State, Country.

Kahana, E., & Kahana, B. (2012). *Interventions to Promote Successful Aging*. UGA Institute of Gerontology. Recuperado de

<https://healthyandsuccessfulaging.wordpress.com/2012/11/12/paper-5-interventions-to-promote-successful-aging/>

Kahana, E., Kelley-Moorea, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16, (4), 438–451. doi: 10.1080/13607863.2011.644519

- Kahana, E., Bhatta, M.G.S., Lovegreen, L.D., Kahana, B., & Midlarsky, E. (2013). Altruism, helping, and volunteering: pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 159–187. doi: 10.1177/0898264312469665
- Kahana, E., & Kahana, B. (2014). Baby boomers' expectations of health and medicine. *American Medical Association Journal of Ethics*, 16 (5), 380-384. doi: 10.1001
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J.E. (2014). Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*, (60), 466–474. doi: 10.1159/000360222
- Kahana, E., Lee, J.U., Kahana, B., Langendoerfer, K.B., & Marshall, G.L. (2015). Patient planning and initiative enhances physician recommendations for cancer screening and prevention. *Journal of Family Medical Community Health*, 2(9), 1066, 1-4. Recuperado de <http://www.jsccimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-2-1066.pdf> Katter, J.K.Q. & Greenglass, E. (2013). The Influence of Mood on the Relation between Proactive Coping and Rehabilitation Outcomes. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 32 (1), 13–20 doi: <https://doi.org/10.1017/S071498081200044X>
- Kim, E.S., Kubzansky, L.D., Smith, J. & Arora, A. (2015). Life Satisfaction and Use of Preventive Health Care Services. *Health Psychology*. 34 (7), 779–782. doi: 10.1037/hea0000174.
- Kim, E.S.; Strecher, V.J. & Ryff, C.D. (2014). Purpose in life and use of preventive health care services. *PNAS*, 111(46), 16331–16336. doi: 10.1073/pnas.1414826111
- Joia, L.C. & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6), pp.79-102. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567
- Lambert, R.G., McCarthy, C.J., Gilbert, T., Seabee, M. & Steinley-Bumgamer, M. (2006).

- Validity evidence for the use of the preventive resources inventory with college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 66-83. doi: <https://doi.org/10.1080/07481756.2006.11909790>.
- Lang, F.R. & Carstensen, L.L.(1994). Close Emotional Relationships in Late Life: Further Support for Proactive Aging in the Social Domain. *Psychology and Aging*, 9(2), 315-324. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.9.2.315>
- Lee, J.E., Kahana, B., & Kahana, E. (2015). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental Health*, 1-9. doi: 10.1080/13607863.2015.1013920
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B.J., Willcox, C., & Poon, L.W. (2014). Defining successful aging: a tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, 55 (1), 14-25. doi:10.1093/geront/gnu044
- Mathieson, K.M., Kronenfeld, J.J. & Keith, V.M. (2002). Maintaining Functional Independence in Elderly Adults: The Roles of Health Status and Financial Resources in Predicting Home Modifications and Use of Mobility Equipment. *The Gerontologist*, 42 (1), 24–31. Retirado de: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/42/1/24/641493> by Universidade Federal de Minas Gerais.
- Mitchell, A.J., Bird, V., Rizzo & Nick M.C. (2010). Meader Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of Affective Disorders*,125, 10–17. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.019>
- Moring, J., Fuhrman, R., & Zauszniewski, J.A. (2011). Interrelatedness of proactive coping, reactive coping, and learned resourcefulness. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 44(4) 204 –214. doi: 10.1177/0748175611414722

- Neri, A.L. & Fortes-Burgos, A. C.G. (2012). A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice. In Freitas, E.P. & Py, L. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Kroogan.
- Neri, A.L. & Vieira, L.A.M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 16(3):419-432. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>.
- Neri, A.L. (2001). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento em psicologia e em sociologia. In A.L. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papyrus, (2ª ed.).
- Neri, A.L. (2012). Bem-estar subjetivo, personalidade e saúde na velhice. IN Freitas, E.P. & Py, L. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Kroogan.
- Ouwehand, C., Ridder, D.T.D. & Bensing, J.M. (2009). Who can afford to look to the future ? The relationship between socio-economic status and proactive coping. *Eur J Public Health* 19 (4): 412-417. DOI:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp047>
- Pavel, M.; Jimison, H.B.; Korhonen, I.; Gordon, C.M. & Saranummi N. (2015). IEEE Trans Biomed Eng. 2015 December; 62(12): 2763–2775. doi:10.1109/TBME.2015.2484286.
- Pearling, L.I (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 30 (3), p. 241-256. Recuperado de https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Pearlin-HealthSocial-1989.pdf.
- Peterson, N.M., & Martim, P. (2015). Tracing the origins of success: implications for successful aging. *The Gerontologist*, 55, (1), 5–13. doi:10.1093/geront/gnu054.
- Pinto, J.M. & Neri, A.L. (2013). Fatores associados à baixa satisfação com a vida em idosos

- residentes na comunidade: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(12):2447-2458.
- Ramos, L.M.B., Rocha, M., Gomes, I., & Schwanke, C.H.A. (2012). Tradução e adaptação cultural do APQ-aging perceptions questionnaire para a língua portuguesa brasileira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro*, 15(2), 233-242.
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200006>
- Rocha, L.M.B.C.R.M. (2014). *Auto percepção do envelhecimento, autoimagem corporal, auto percepção de saúde e morbidades prevalentes em idosos* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Panteon Books.
- Scheufler, L. Braz, A.C., Pacheco, J.T.B., Oliveira, C.R., Gonzatti, V., Argimon, I.I.L., Del Prette, Z.A.P. & Irigaray, T.Q. (2017). Are Social Skills Related to Sociodemographic Variables and Depressive Symptoms? A Cross-Sectional Study with Elderly Sample. *Ageing Int.* 42, 413–428 DOI 10.1007/s12126-016-9260-8.
- Seçk, G., & Kahana, E. (2015). Encyclopedia of Mobile Phone Behavior. In G. Seçk & E. Kahana (Org). *Smart Phone Health Applications*, Publisher: Information
- Sparrow, E.P. & Spaniol, J. (2018). Aging and Altruism in Intertemporal Choice. *Psychology and Aging.* 33 (2), 315–324. Retirado de:
<http://dx.doi.org/10.1037/pag0000223>.
- Steverink, N. & Lindenberg, S. (2008). Do good self-managers have less physical and social resource deficits and more well-being in later life? *Eur J Ageing* 5:181–190
DOI 10.1007/s10433-008-0089-1
- Sohl, S.J. & Moyer, A. (2009). Refining the Conceptualization of an Important Future-Oriented Self-Regulatory Behavior: Proactive Coping. *Pers Individ Dif.* 2009, July 1; 47(2): 139–144. doi:10.1016/j.paid.2009.02.013.

Tielemans, N.S., Visser-Meily, J.M., Schepers, V.P., Post M.W & Heugten, C.M.V. (2014).

Proactive coping postrokes: psychometric properties of the Utrecht proactive coping competence scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95, 670-675.

doi:10.1016/j.apmr.2013.11.010

Tovel, H. & Carmel, S. (2014). Maintaining successful aging: Ther role of coping

patterns and resources. *J Happiness Stud.* 15:255–270. DOI 10.1007/s10902-013-

9420-4.

Estudo 2:

Evidências de Validade da Escala de Proatividade para Idosos – PROI

(Artigo submetido à publicação)

Método

Esta foi uma pesquisa de corte transversal, cujo projeto foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE: 57343816.0.00000.5149). Para a organização do modelo operacional da PROI optou-se por um recorte do modelo PCP ao utilizar dois componentes: os estressores e a proatividade (corretiva e preventiva). Sendo assim, compreende-se na PROI que os idosos são capazes de ações proativas (preventiva e/ou corretivamente) em vista de minimizar ou retardar a presença dos estressores normativos (doenças crônicas, perdas sociais e adaptação ao ambiente) que são experienciados no curso da vida (Figura 4).

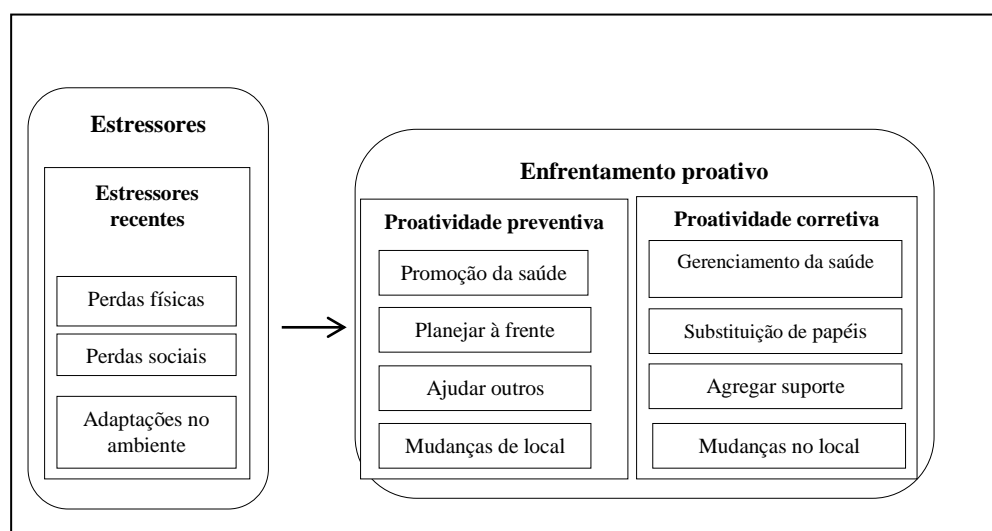


Figura 4. Operacionalização da escala de proatividade na velhice

Descrição das etapas para o desenvolvimento da PROI

O desenvolvimento da escala envolveu etapas teóricas e empíricas. Após a revisão narrativa da literatura sobre o modelo que a fundamenta (etapa a), foram realizados estudos com subamostras para construção dos itens (etapas b e c) e levantamento de evidências de

validade de conteúdo (etapa d) e da estrutura interna (etapa e) e estimação da consistência interna (etapa f), descritas a seguir.

- a- Revisão narrativa da literatura sobre o modelo PCP: nesta etapa, visou-se uma adequada e clara definição do atributo a qual permitiu a adequação dos procedimentos subsequentes.
- b- Entrevista com a população meta: para melhor compreensão sobre o fenômeno de proatividade entre os idosos brasileiros, elaborou-se um roteiro de entrevista com nove perguntas relacionadas às dimensões da proatividade.
- c- Construção das instruções e dos itens: operacionalização dos itens inspirados nos resultados provenientes das etapas anteriores.
- d- Análise teórica dos itens por meio das evidências de validade de conteúdo.

d.1- *Análise junto aos juízes da área.*

Juízes foram convidados a analisarem as instruções e itens da versão piloto da PROI para verificar se representavam a proatividade por meio dos comportamentos. Os seguintes critérios foram avaliados: a clareza (linguagem utilizada na formulação dos itens, tendo em vista as características da população respondente), a pertinência (se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em idosos) e a relevância (o grau de associação entre o item e o construto e analisar o quanto o item é relevante para medir o construto). Todos estes critérios foram avaliados em uma escala do tipo *Likert* de três pontos. Para analisar o grau de concordância entre os juízes, usou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Segundo Cassep-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010), o ponto de corte recomendado na literatura nesse tipo de análise é de 0,80.

Em sequência, os juízes analisaram a representação comportamental dos itens e sua relação com as categorias de proatividade: promoção da saúde; ajudar pessoas; planejamento do futuro; mudança de ambiente; agregar pessoas; gerenciamento da saúde; substituição de papéis e mudança no ambiente.

d.2- Análise semântica

Para a análise semântica, aplicou-se a versão piloto da escala em representantes do público alvo com o objetivo de verificação do grau de entendimento das instruções e do conjunto de itens. Com base nos resultados dessas análises realizaram-se reformulações no conteúdo dos itens e das instruções.

e- Aplicação da versão piloto e análise das propriedades psicométricas.

A estrutura interna da escala foi investigada por meio de análises exploratórias por equações estruturais. Utilizou-se o programa MPlus (Muthén & Muthén 1998-2017). Empregou-se o método de estimação WLSMV (Weighted Least Squares Mean – and Variance-adjusted) porque ele utiliza correlações policóricas ao invés de correlações de Pearson. A adequação do modelo foi verificada por meio dos índices de ajuste RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation – valor esperado: menor do que 0,08, considerando intervalo de confiança de 90%); CFI (Comparative Fit Index – valor esperado: maior do que 0,95) e TLI (Tucker-Lewis Index – valor esperado: maior do que 0,95) (Schreiber, Stage, King, Nora, & Barlow, 2006, Ullman, 2006). O tipo de rotação aplicada foi a Target (ortogonal).

f- Análise da consistência interna do instrumento: para estimativa da consistência interna foi calculado o Coeficiente ômega e Alpha por meio do programa FACTOR (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006).

Participantes

A amostra do estudo foi não probabilística por conveniência e contou de três momentos distintos de aplicação junto ao público alvo. Nos três momentos, como critério de inclusão, o participante tinha que ter 60 anos ou mais. Como critério de exclusão, não foram convidados indivíduos analfabetos.

O primeiro momento consistiu da entrevista qualitativa junto ao público alvo; no segundo momento aplicou-se o instrumento piloto (para levantamento preliminar de evidências de validade de conteúdo da PROI) e o terceiro momento foi a aplicação da versão final do instrumento de medida (para o levantamento de evidências de validade psicométricas do instrumento). Participaram do primeiro momento do estudo 24 idosos; no segundo momento, o levantamento contou com 110 idosos e no terceiro momento aplicou-se o instrumento em 511 idosos, contudo, após a eliminação de 28 indivíduos, que apresentaram mais de cinco itens ausentes, o número total de participantes para a análise foi de 483 idosos (Tabela 1). Ressalta-se que a aplicação do terceiro momento ocorreu por meio presencial (413 idosos) e *online* (70 idosos).

Destaca-se ainda como participantes do estudo, os juízes convidados para a análise de conteúdo. Nove peritos da área foram convidados, destes, houve contribuição de cinco juízas psicólogas (quatro doutoras e uma especialista), com experiência profissional de mais de 12 anos, sendo suas formações distribuídas entre a Gerontologia, a Psicometria e o desenvolvimento humano.

Tabela 1. Caracterização da amostra - PROI

		Momento 1 (N=24)	Momento 2 (N=110)	Momento 3 (N=483)
		%	%	%
Idade	Média de idade	M=65,7 e DP=7,43	M= 68,89 e DP= 8,6	M= 67,5 e DP= 8,9

Gênero	Mulher	70,8	64,5	78
	Superior completo	62,5	30,9	26,5
Escolaridade	Superior incompleto	-	11,8	7,6
	Ensino fundamental	29,2	25,5	35,7
	Ensino médio	8,3	26,4	20,8
	Sabe ler e escrever	-	5,5	8,2
Estado civil	Casado	62,5	49,1	49,8
	Divorciado	16,7	10	11,4
	Solteiro	12,5	10	11,4
	Viúvo	8,3	24,5	24,9
	Amasiado	-	6,4	1,8

Procedimentos

1 - Procedimentos de aplicação

Na aplicação presencial, antes de serem realizadas as entrevistas ou preenchidos os protocolos, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes apontando-os o objetivo da pesquisa, riscos e benefícios, procedimentos de aplicação e destino dos dados (Apêndice 1). Utilizou-se um roteiro de entrevista no primeiro momento com perguntas abertas sobre as ações proativas corretivas e preventivas (Apêndice 2), com um tempo médio de resposta dos idosos de vinte minutos. Nesse roteiro de entrevista o entrevistador anotava todas as emissões de respostas dadas pelo idoso. No segundo momento, houve a aplicação do protocolo com a versão piloto da PROI e outros instrumentos (Apêndice 3), a qual teve um tempo médio de resposta de uma hora. No terceiro momento houve a aplicação do protocolo com a versão final da PROI e outros instrumentos (Apêndice 4), com um tempo médio de resposta de uma hora e trinta minutos. Os dois últimos protocolos foram autoadministrados e contaram, no local de aplicação, com acadêmicos do curso de

Psicologia (UFMG) e/ou de duas psicólogas, devidamente treinados, para realizar o monitoramento dos protocolos e para sanarem eventuais dificuldades dos participantes.

É importante destacar que, na aplicação *online*, os instrumentos foram disponibilizados por meio do *Google forms*. Os potenciais participantes foram contatados por meio de convite eletrônico direcionado via redes sociais (o canal *Facebook* e o aplicativo *Whatsapp*). Foi utilizada ainda a estratégia de “bola de neve”, pedindo-se que cada participante encaminhasse o convite para colegas e amigos. Antes de responderem aos instrumentos propriamente ditos, uma página inicial informava os objetivos da pesquisa e solicitava concordância com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foi possível contabilizar o tempo médio de duração desse formato de aplicação.

Instrumentos

Roteiro de entrevista - entrevista semi-estruturada realizada com os idosos para investigar suas opiniões sobre as ações proativas (preventivas e corretivas).

Roteiro de validade de conteúdo - avaliação por um comitê de especialistas que visou analisar a validade conteúdo das instruções e itens da PROI.

Protocolo completo- utilizado para caracterizar a amostra, incluindo informações como idade, gênero, escolaridade, renda familiar e perguntas relacionados a estado de saúde.

Escala Proatividade para Idosos – PROI- o desenvolvimento do instrumento e suas propriedades psicométricas constituem o foco da pesquisa e serão apresentadas na seção de resultados (Apêndice 4).

Resultados

1 Resultados do desenvolvimento da PROI

A PROI avalia o construto enfrentamento proativo, sendo o instrumento constituído por oito dimensões segundo o modelo teórico proposto: quatro delas corretivas (agregar pessoas, gerenciamento da saúde, mudança no local e Substituição de papel) e quatro preventivas (promoção da saúde, mudança de local, oferta de ajuda e planejamento do futuro). As definições constitutivas e operacionais encontram-se resumidas na Tabela 2.

Tabela 2. Definições constitutiva e operacional dos componentes da PCP

Enfrentamento proativo:				
São ações comportamentais específicas que respondem a estressores relacionados ao envelhecimento tanto que se manifestam no tempo presente quanto na organização frente à demanda de uma situação futura. Tais ações visam o melhoramento da qualidade de vida.				
Eventos normativos	Proatividade preventiva		Proatividade corretiva	
	São adaptações proativas temporalmente antecedentes aos estressores. Elas podem servir para duas metas: de autodesenvolvimento (ou melhoramento) para ser mais habilidoso ao encontrar situações de vida estressantes.		São adaptações acionadas quando os estressores começam a agir. Elas podem auxiliar os idosos a ativarem os recursos para engajar em atividades compensatórias que se contrapõem aos efeitos adversos dos estressores. Além disso, visam o aprimoramento dos recursos para minimizar futuros agravamentos dos estressores ao longo da vida.	
	<i>Promover à saúde</i>		<i>Agregar pessoas ao suporte</i>	
	Constitutiva	Operacional	Constitutiva	Operacional
Perdas na saúde	Refere-se ao engajamento em um estilo de vida saudável. Ele é útil na prevenção de possíveis perdas físicas.	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar atividades físicas; - Evitar o fumo e outras substâncias prejudiciais à saúde; -Realizar check-ups médicos; - Fazer manutenção do peso; - Ter segurança consciente (uso de protetor solar, uso de cinto de segurança). 	Constitui a aplicação de habilidades proativas na busca de ajuda ao lidar com situações problemáticas diversas. De forma geral, os idosos priorizam a ajuda dos suportes informais (incluindo família e parentes) e, quando esses esforços são insuficientes, eles buscam cuidados profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar ajuda no cuidado na saúde física; - Solicitar auxílio em tomadas de decisão; - Contratar cuidadores.
				<i>Gerenciamento ativo da doença (SA)</i>
			Constitutiva	Operacional

		Envolve a ação de autocuidado com a saúde, o consumo proativo voltado ao bem-estar e o autogerenciamento nos cuidados da saúde diante de doenças já instaladas.	<ul style="list-style-type: none"> - Consumir materiais de saúde; - Gerenciar os medicamentos e os cuidados médicos; - Obter informações sobre os prestadores de cuidados da saúde; - Consumir materiais de autoajuda. 	
	<i>Oferecer ajuda a outros</i>		<i>Substituição de papel</i>	
	Constitutiva	Operacional	Constitutiva	Operacional
Perdas sociais	Fornecer apoio (instrumental e emocional) a outros em tempos de necessidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar trabalhos voluntariados; - Buscar serviços informais; - Ajudar amigos, familiares e vizinhos; - Ter atitudes altruístas. 	Aponta para esforços proativos de forma a substituir papéis para a manutenção de novas funções sociais significativas. É uma adaptação relevante para encontrar o significado social.	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir papéis após a aposentadoria; - Participar de clubes; - Ter hobbies; - Engajar no aprimoramento educacional; - Participar de atividades religiosas.
	<i>Planejar o futuro</i>		<i>Mudanças no ambiente</i>	
	Constitutiva	Operacional	Constitutiva	Operacional
Adaptação pessoa-ambiente	Planejar-se frente às necessidades futuras. Desenvolver novos projetos como engajamentos sociais ou mudanças ambientais.	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar os recursos financeiros em busca de cuidado à saúde; - Buscar novas fontes de renda para melhorar recursos financeiros e sociais; - Planejar uma viagem. 	É visto como uma adaptação específica para superar mudanças ambientais no local em que se vive. As metas de modificações ambientais incluem aumentar o conforto, possibilitar atividade continuada e melhorar a segurança.	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganizar o lar na relocação de objetos em lugares especiais; - Diminuir barreiras (remover tapetes soltos); - Introduzir auxílios protéticos no lar: barras de apoio no banheiro; - Colocar rampas de acesso.
	<i>Mudanças de local</i>			
	Constitutiva	Operacional		
	Compromisso das pessoas em engajar-se antecipadamente na obtenção de locais que lhe sejam mais favoráveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar finanças para possíveis mudanças de moradia: lugares de clima e/ou infraestrutura mais favoráveis. 		

Com base nas entrevistas junto aos idosos no momento 1, os pesquisadores transcreveram todas as respostas dos participantes, em sequência realizou-se uma análise de conteúdo e o levantamento de possíveis inspirações para a construção dos itens da escala. Na Tabela 3 é possível observar as perguntas feitas aos participantes bem como exemplos de respostas.

Tabela 3. Entrevista com público alvo.

Categorias	Perguntas	Exemplo de respostas
Promoção de saúde	O que as pessoas podem fazer para prevenir problemas na saúde física e/ou mental ao longo do envelhecimento?	<i>Não fumar, não beber, não dormir tarde, comer nos horários certos, trabalhar, ter uma família. Tudo isso é muito importante. (Idosa, 91 anos).</i>
Oferta de ajuda	Em sua opinião, o que o idoso pode fazer para ajudar o próximo (família, amigos, desconhecidos) ao longo da vida?	<i>Dar dinheiro, se tiver, quando as pessoas precisam. Dar apoio nos momentos tristes. (Idosa, 62 anos)</i>
Planejamento do futuro	Quais atitudes uma pessoa poderia tomar para se prevenir de problemas financeiros no futuro?	<i>Não gastar dinheiro à toa. Não fazer pouco caso do dinheiro. (Idoso, 63 anos).</i>
Mudança de local	Para que lugar (ou lugares) você mudaria visando uma maior independência ou uma melhor qualidade de vida? - Explique os motivos que o fariam mudar de sua atual residência para um lugar que trouxesse mais independência e melhor qualidade de vida.	<i>Eu gostaria de morrer nesta casa, mas se mais para frente não tiver familiares ou amigos perto, e se eu precisar de assistência permanente, gostaria de me mudar ao lar de idosos onde meu pai está. (Idosa, 62 anos).</i>
Agregar pessoas	O que o idoso pode fazer para ter ajuda das pessoas quando está com problemas de saúde física e/ou mental?	<i>Pedir ajuda às pessoas adequadas e torcer para que seja bem compreendido. Pessoas certas, que podem realmente ajudar naquilo que necessito no momento. (Idoso, 64 anos).</i>
Gerenciamento da saúde	Quais ações você tem desenvolvido ou acredita que as pessoas podem desenvolver para enfrentar as doenças que já estão presentes?	<i>Primeiro tomar providencias rapidamente (consultar médicos, procurar orientações) e fazer o que tiver que fazer logo. (Idosos, 63 anos)</i>
Substituição de papéis sociais	O que pode ser feito para reduzir os prejuízos causados pelas perdas dos papéis sociais na velhice? (aposentadoria, perda de alguém da família).	<i>A renda mensal diminui com a aposentadoria e os gastos aumentam. É necessário economizar e não gastar com coisas que não se precisa. (Idosa, 79 anos).</i>
Mudanças no ambiente	Quais mudanças e adaptações o idoso pode fazer na sua casa para continuar tendo uma boa mobilidade e evitar riscos de quedas?	<i>A pessoa pode colocar apoio nos boxes, no banheiro. Isso, na minha casa eu já fiz. Também deve evitar aqueles tapetinhos. O chão deve ser mais aderente, para evitar quedas. (Idosa, 67 anos)</i>

Após as duas etapas descritas, iniciou-se a operacionalização dos itens. Na primeira versão foram desenvolvidos 59 itens. Sobre as decisões para a construção do instrumento:

- a- A escala de resposta foi de cinco pontos (sempre/muitas vezes/às vezes/nunca e raramente) para 31 itens; de quatro pontos (nenhuma/ pouca/razoável/muita) para três itens; e dicotômica (sim/não) para 12 itens.
- b- Os itens foram operacionalizados de forma a representar ações proativas dos idosos em esforços de melhorias e/ou manutenção de recursos frente aos três principais estressores normativos (perdas físicas, perdas sociais e adaptação ambiental).
- c- Delimitou-se, no mínimo, cinco itens para cada uma das dimensões do enfrentamento proativo corretivo e preventivo em seus respectivos estressores. Por exemplo, promoção da saúde; agregar pessoas e gerenciamento da saúde teriam cada uma, no mínimo, cinco itens respondendo ao estressor perda da saúde (Figura 5).

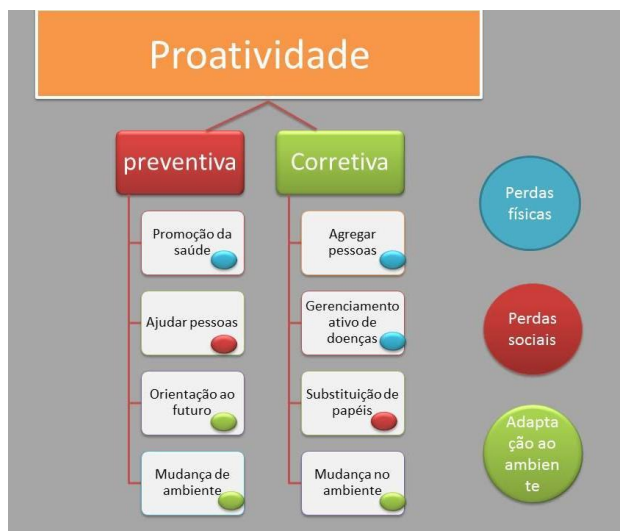


Figura 5. Dimensionalidade da PROI

Na etapa das evidências de validade de conteúdo seguiram-se duas análises: *análise semântica* e a *análise junto aos juízes da área*. Para os quesitos clareza, pertinência e relevância do item foi estimado o CVC. Os resultados dessa análise mostraram que o CVC com valor acima de 0,80 foram os seguintes: 96% no critério clareza; 98,4% no critério

pertinência e 96,6% no critério relevância (Tabela 4). Tais resultados demonstram uma alta concordância entre as juízas sobre a adequação operacional dos itens.

Tabela 4. Coeficientes de Validade de Conteúdo

Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC)	CVC Clareza (%)	CVC Pertinência (%)	CVC Relevância (%)
<i>CVC</i> ≥ 0,90	47	83,6	83,6
<i>CVC</i> entre 0,80 e 0,89	49	14,8	13
<i>CVC</i> < 0,79	4	1,6	3,4

Obteve-se valores entre 0,66 e 0,73 (4%) na avaliação da clareza no que concerne as avaliações da instrução da PROI e de dois itens e, por tal razão, realizou-se alterações nas instruções de forma a torná-la sucinta e objetiva bem como se reformulou dois itens. Ainda considerando as propostas das juízas, alterou-se a ordem da escala *Likert* e também foram excluídos dois itens da PROI: “*Fiz seguro de vida*” e o item “*Dormi bem*”. Para finalizar, modificou-se alguns itens, como por exemplo: “*Cuidei dos meus dentes*” para “*Cuidei da limpeza dos meus dentes*” e “*Dei conselhos*” para “*Dei conselhos que ajudassem outras pessoas*”.

Considerando a concordância entre as juízas sobre a dimensão representada pela expressão comportamental do item, 46 (81%) dos itens obtiveram, como primeira opção, as categorias pré-determinadas pelas pesquisadoras e apenas 10 (19%) dos itens obtiveram mais de duas divergências na categorização entre as juízas. A categoria “substituição de papéis sociais” não foi marcada corretamente pela maioria das juízas nas avaliações. O “gerenciamento ativo da saúde” e “promoção da saúde” foram em alguns casos confundidos. Houve ainda sugestões a respeito da nomeação das categorias. Deste modo, a versão final da PROI constou de 57 itens sendo distribuídos segundo as dimensões de acordo com a Tabela 5. Salienta-se que os itens 44-46, não representados na tabela, referem-se às indicações do idoso sobre mudanças relacionadas com os três principais estressores normativos (perdas sociais,

perdas físicas e mudanças ambientais), isto posto, não fazem parte de nenhuma dimensão de proatividade.

Tabela 5. Distribuição dos itens por dimensões

Dimensões	Itens
Promoção da saúde	1-10
Ajuda ao próximo	11-18
Substituição de papéis	19-23
Planejamento do futuro	24-31
Mudança de local	32-35
Mudanças no ambiente	36-43
Agregar pessoas	47-51
Gerenciamento da saúde	52-57

2 Resultados da Análise da Estrutura dimensional e fidedignidade da PROI

Na análise exploratória do instrumento, primeiramente, analisou-se a distribuição de cada item de acordo com a sua média, intervalo de confiança, variância, assimetria e curtose (Apêndice 5). Pela análise desses dois últimos pontos, nota-se que a maioria dos itens não apresentaram distribuição normal. A variabilidade das respostas foi baixa em grande parte dos itens, em especial, entre os itens 1 e 18.

Realizou-se três análises exploratórias por meio de equações estruturais (ESEM) tal como proposto no modelo teórico de construção da escala: a primeira com oito fatores, representando as oito dimensões de ações proativas; a segunda com dois fatores, supondo a divisão em duas ações proativas (preventiva e corretiva) e a última análise com três fatores, supondo o agrupamento pelos três principais estressores (físico, social e ambiental). Na solução com dois fatores os índices de ajustes não foram adequados (CFI=0,67; RMSE= 0,076; TLI= 0,64 e WRMR= 2,139) bem como a de três fatores (CFI=0,79; RMSE= 0,05; TLI= 0,76 e WRMR= 1,64). Por fim, a análise fatorial exploratória com oito fatores de

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Fazer exercícios físicos regulares (por exemplo, caminhada, corrida, musculação).	0,52	0,03	-0,02	0,09	0,12	-0,01	0,05	-0,00
2. Alimentar bem (comer frutas, verduras, alimentos ricos em fibra; em horários regulares e em porções moderadas).	0,61	0,02	-0,01	-0,02	-0,00	0,02	0,02	-0,07
8. Ir ao médico fazer exames de rotina.	0,53	0,05	-0,02	0,02	-0,07	0,16	0,02	-0,09
9.Controlar o meu peso.	0,74	- 0,09	0,07	0,03	-0,13	-0,00	-0,01	-0,03
10.Cuidar da limpeza dos meus dentes.	0,59	0,12	0,02	0,00	0,03	0,05	-0,09	-0,06
11. Oferecer ajuda a pessoas (por exemplo, vizinhos, amigos).	0,18	0,73	-0,00	-0,06	0,11	-0,06	0,15	0,13
12. Ajudar meus parentes.	0,12	0,68	-0,02	0,02	0,05	-0,08	0,03	0,08
13. Dar conselhos que ajudem outras pessoas.	-002	0,74	-0,03	-0,01	-0,03	0,02	0,03	0,00
14. Dar apoio a quem me pede.	0,01	0,73	0,043	0,10	-0,06	0,04	0,04	-0,72
17. Escutar os problemas das pessoas.	-0,04	0,67	0,07	0,02	-0,05	0,10	-0,01	-0,07
22. Fazer cursos (por exemplo, informática; aprendizagem de uma nova língua, aula de música).	-0,01	0,00	0,84	-0,11	0,04	-0,07	-0,02	0,06
23. Participar de atividades de lazer (por exemplo, viagens, refeições com amigos, idas ao cinema).	0,23	0,07	0,41	-0,00	0,00	-0,01	0,06	0,08
24. Economizei dinheiro.	0,05	-0,04	0,06	0,72	-0,03	-0,06	0,01	0,04
25. Controlei meus gastos financeiros.	0,04	0,02	-0,01	0,81	0,02	0,06	0,01	0,00
26. Investir na minha formação educacional.	0,06	0,01	0,71	0,10	-0,06	0,05	-0,00	-0,03
30. Evitar fazer dívidas.	-0,04	0,03	-0,00	0,62	0,07	-0,04	-0,5	0,01
32. Mudei de casa para ficar perto de familiares.	0,03	-0,07	0,15	0,01	0,75	0,13	1,13	-0,06
33. Escolhi viver em um lugar com menos violência.	0,02	0,00	-0,03	-0,09	0,78	-0,03	0,02	0,14
34. Mudei para um lugar que facilitasse a minha locomoção.	-0,11	0,04	0,00	0,09	0,95	-0,01	-0,03	-0,05
37. Coloquei corrimões na minha casa.	-0,02	0,13	0,00-0,00	0,05	-0,05	0,01	0,75	-0,04
39. Adaptei o meu banheiro para evitar quedas.	-0,02	0,00	0,08	-0,052	0,08	0,03	0,83	-0,03
40. Coloquei rampas de acesso na minha residência.	0,02	-0,21	-0,10	-0,02	0,04	-0,08	0,74	0,13
47. Pedir apoio a familiares.	-0,01	-0,01	0,00	0,08	-0,02	0,08	-0,04	0,83
48. Pedir apoio a amigos.	-0,06	0,05	0,08	0,02	-0,09	0,04	0,05	0,72
49. Solicitar ajuda de profissionais (por exemplo, enfermeiros, cuidadores).	0,02	-0,00	-0,00	-0,06	-0,02	0,19	-0,13	0,42
54. Tomar meus medicamentos na hora certa.	0,03	-0,02	-0,10	-0,03	0,00	0,88	0,04	0,06
55. Perguntar ao meu médico o que quero saber sobre a minha saúde.	-0,04	0,08	0,14	0,02	0,01	0,91	-0,06	-0,00
56. Decidir qual tratamento quero para o meu problema de saúde.	-0,04	-0,036	0,26	-0,01	0,01	0,80	-0,08	0,00
57. Seguir as recomendações dos profissionais da saúde.	0,10	-0,01	-0,06	-0,00	0,04	0,85	0,07	0,08

Tabela 7. Índices de consistência interna

Fatores	Média	DP	Ω	Alpha
----------------	--------------	-----------	----------	--------------

Fator 1: Promoção da Saúde	20,9	3,89	0,76	0,76
Fator 2: Oferta de Ajuda	20,6	4,02	0,85	0,84
	8,44	3,39	0,75	0,75
Fator 3: Substituição de Papeis				
Fator 4: Planejamento Financeiro	12,3	2,88	0,80	0,80
	4,68	1,18	0,87	0,87
Fator 5: Mudança de Local				
	6,44	3,36	0,76	0,83
Fator 6: Gerenciamento da Saúde				
	5,19	1,05	0,90	0,74
Fator 7: Mudança no Local				
	16,0	5,00	0,83	0,91
Fator 8: Agregar pessoas				

Para finalizar, destacam-se as correlações significativas entre os fatores tais como o fator 1 e o fator 2 ($r=0,344$; $p < 0,05$), o fator 3 e o fator 2 ($r= 0,171$; $p < 0,05$), bem como fator 1 com o fator 3 ($r= 0,233$; $p < 0,05$) (Tabela 8).

Tabela 8. Tabela de correlações entre os oito fatores

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8
Fator 1	1,000							
Fator 2	0,344*	1,000						
Fator 3	0,233*	0,171*	1,000					
Fator 4	0,293*	0,218*	0,002	1,000				
Fator 5	-0,009	- 0,020	0,139*	0,013*	1,000			
Fator 6	0,038	- 0,001	0,056	0,018	-0,082*	1,000		
Fator 7	-0,050	-0,051	-0,150*	0,027	0,290*	-0,079	1,000	
Fator 8	-0,060	0,092	0,148*	- 0,003	- 0,196*	0,342*	- 0,132*	1,000

Fator 1= Promoção da saúde; Fator 2= Oferta de ajuda; Fator 3= Substituição de papéis; Fator 4= Planejamento financeiro; Fator 5= Mudança de local; Fator 6= Gerenciamento da saúde Fator 7= Mudança no local e Fator 8= Agregar pessoas

Discussão e Conclusão

A proatividade refere-se às ações que visam mediar os efeitos de estressores, manifestos ou não, na vida do indivíduo os quais impactam positivamente a qualidade de vida. Uma das vantagens do estudo da proatividade, em especial com base no modelo PCP, é corroborar com pesquisas sobre a importância nos cuidados preventivos de estressores normativos tanto no campo da saúde (Kim, Kubzansky, Smith & Arbor, 2015; Menichetti & Graffigna, 2016; Simon, Li & Dong, 2014) como também sobre os cuidados proativos relacionados à aspectos sociais (Cornwell & Laumann, 2015; Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012) e ambientais (Grimmer, Kay, Foot & Pastakia, 2015) no curso da vida.

No Brasil, pela pouca descrição de pesquisas sobre a proatividade entre idosos, coube ao presente estudo apresentar à comunidade científica o primeiro instrumento inspirado exclusivamente na mensuração de ações proativas para pessoas idosas. O instrumento reflete, portanto, ações que efetivamente o idoso se envolve em prol de melhorar sua qualidade de vida e não em ideias do que se pode fazer para alcançar tal melhora. Tal formatação da PROI demonstra-se vantajosa pois supre uma possível dificuldade de transpor a consciência de que certos hábitos precisam ser instalados no repertório comportamental, para aferir objetivamente se os mesmos se manifestam no cotidiano do idoso. Gamrowska e Steuden (2014) sinalizam ser este um dos maiores desafios para o idoso: o conflito entre a consciência da importância de executar ações proativas versus assumi-las concretamente.

No processo de construção dos itens da PROI observou-se, por meio da caracterização da proatividade pelo público alvo, emissões que se aproximaram da literatura internacional e outras que auxiliaram na contextualização de algumas ações proativas no cenário brasileiro. As análises das juízas especialistas, no tocante a validade de conteúdo, apresentaram uma adequada concordância. Entretanto, observou-se que os itens, cujas análises de conteúdo despertaram maiores dúvidas entre as juízas, foram praticamente os mesmos com cargas fatoriais menores ou cruzadas durante a etapa de investigação da estrutura interna. Contudo, à

época, optou-se pela manutenção deles na versão piloto com algumas modificações de forma a alcançar uma quantidade de itens maiores que possibilitassem uma redução, caso necessária, e também para manutenção do equilíbrio do instrumento em todas as dimensões contempladas.

Este estudo pode ser entendido como uma primeira iniciativa de validação de um instrumento de proatividade, cujos resultados indicam que o instrumento apresenta uma estrutura interna que reflete as oito dimensões propostas teoricamente (Urbina, 2007). A opção pela ESEM deveu-se ao fato de que esta apresenta uma estrutura mais geral pois incorpora a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e também o Modelo de Equação estrutural (SEM) (Marsh, Morin, Parker & Kaur, 2014). Dentre as vantagens delimitadas pelos mesmos autores, resumidamente, destacam-se que: a) a ESEM permite melhores índices de ajustes para os instrumentos psicológicos; b) ela é uma ferramenta confirmatória, mas como a AFE tradicional ou mesmo a SEM, pode ser usada com cautela apropriada como uma ferramenta exploratória de forma que tem muitas vantagens potenciais sobre a AFE, Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e SEM e, c) para dados simulados com cargas cruzadas, fato este que ocorreu com a PROI, as estimativas ESEM de correlações de fatores são mais precisas do que as estimativas de AFC e menos parcimoniosas.

A versão final da PROI ficou constituída por itens que refletem as bases teóricas das oito dimensões de ações proativas propostas no modelo PCP. Contudo, não foram encontrados os dois fatores de segunda ordem, a dizer, as ações proativas corretivas e preventivas. Justifica-se tal ponto pela própria argumentação de Kahana et al. (2003) os quais versam sobre o desafio em se distinguir ações que sejam para prevenir um estressor ou para minimizar sua ação quando o mesmo encontra-se já instalado. Em outras palavras, os autores reconhecem a possibilidade de interconexão entre a proatividade preventiva e a corretiva e,

por isso, talvez seja essa também uma das razões que justifiquem a presença de alguns itens com cargas fatoriais cruzadas.

Três dimensões desafiaram as autoras durante o processo de desenvolvimento da PROI por serem consideradas pouco enfatizadas no contexto brasileiro ao comparar-se com categorias relacionadas à saúde ou ao social. Na dimensão mudança de local algumas das referências internacionais para a construção desse fator não foram representativas de proatividade na PROI (por exemplo, mudança para um lugar em busca de um clima mais ameno), no entanto, os itens de deslocamentos que permaneceram na PROI apontam para a tendência de preocupação dos idosos por um ambiente de mais segurança e com melhor acesso a serviços. Tais preocupações foram também investigadas por Grimmer, Kay e Pastakia (2015), cuja pesquisa qualitativa explorou e sintetizou as experiências e perspectivas dos idosos em planejar e vivenciar o envelhecimento em seu ambiente abordando tópicos como a presença em seu ambiente de transporte (acessível e confiável) e da segurança (pessoal e em casa).

No tocante a dimensão mudança no ambiente, os três itens que permaneceram são importantes ações de prevenção às quedas. Sabe-se que em termos de morbidade e mortalidade, as quedas prejudiciais têm sérias consequências, das quais a fratura de quadril é a mais temida (Gschwind, Kressig, Lacroix, Muehlbauer, Pfenninger & Granacher, 2013). No Brasil, Abreu, et al. (2018) analisaram a tendência da morbimortalidade por quedas em idosos no período de 1996 a 2012 e identificaram que nesse período ocorreram 66.876 óbitos por quedas e 941.923 internações com diagnóstico secundário associado a este agravo em pessoas acima de sessenta anos de idade.

Houve dificuldade também na utilização dos itens criados para representar o planejamento do futuro. Os itens relacionados a estudos e ao planejamento no cuidado de saúde apresentaram cargas fatoriais baixas, ou mesmo, não foram localizados nas categorias

previamente estabelecidas e não obtínhamos suporte teórico plausível para a alteração dos itens nos fatores onde suas cargas foram maiores. Por essa razão, renomeou-se esta dimensão para planejamento financeiro visto serem todos os itens mantidos relacionados a ações no campo financeiro. O item 26 “Investi na minha formação educacional” foi construído para ser um item representando o planejamento do futuro, contudo, apresentou carga fatorial alta no fator substituição de papéis. Decidiu-se mantê-lo nesta última dimensão pela compreensão que os estudos podem ser uma disposição do idoso em retornar aos mesmos como uma nova possibilidade de vida e não somente como um alvo para crescimento em termos financeiros. Por fim, nota-se que todos os demais itens da versão final da PROI tiveram suas cargas fatoriais nas dimensões previamente estabelecidas pela base teórica do modelo PCP.

Conclui-se dessa forma que a proposta de construção de uma escala de proatividade para os idosos foi alcançada com resultados psicométricos satisfatórios. A versão final da PROI constou de 29 itens em que se manteve a hipótese inicial de oito dimensões e com um número suficiente de itens para a avaliação equilibrada de cada componente, contemplando equitativamente a quantidade. A PROI é um instrumento de fácil aplicação, tem como público alvo indivíduos com idade a partir dos 60 anos e poderá ser aplicada nos contextos clínico e de pesquisa com a finalidade de psicodiagnóstico (mensurar domínios em que o idoso esteja menos ou mais engajado para ações proativas). Portanto, o instrumento poderá ser um recurso auxiliar tanto para predição quanto para o planejamento de intervenções e monitoramento sobre os quão engajados estão os idosos em atividades proativas que visam melhorar sua qualidade de vida. O próximo passo a ser tomado é a continuidade do levantamento de evidências de validade da PROI por meio de evidências preditivas.

Referências

- Abreu, D.R.O.M., Novaes, E. S.; Oliveira, R.R, Mathias, T.A.F & Marcon, S.S. (2018).
Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. & Saúde
Coletiva, 23(4):1131-1141, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018234.09962016
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive
coping. *Psychological Bulletin*, 121 (3), 417-436. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417>
- Cassep-Borges, V., Balbinotti, M.A.A. & Teodoro, M.L.M. (2010). Tradução e validação de
conteúdo: uma proposta para adaptação de instrumentos. In: *Instrumentação psicológica:
fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Trentini, C.M., Laidlaw, K., & Power, M.J. (2008).
Development and validation of the brazilian version of attitudes to aging questionnaire
(AAQ): An example of a merging classical psychometric theory and the Rasch
measurement model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6 (5). Recuperado de
<http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-6-5>
- Cornwell, B. & Laumann, E.O (2015). The Health Benefits of Network Growth: New
Evidence
from a National Survey of Older Adults. *Soc Sci Med*. 2015 January ; 125: 94–106.
doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.011
- Hara, Y., Hisatomi, M., Ito I., Nakao, M., Tsuboi K', & Ishihara, Y. .Effects of gender, age,
family support, and treatment on perceived stress and coping of patients with type 2
diabetes mellitus. *Biopsychosoc Med*. 2014 Jul 15;8:16. doi: 10.1186/1751-0759-8-16
- Gamrowska, A. & Steuden, S. (2014). Coping with the events of daily life and quality of life
of the socially active elderly. *Health psychology report*, 2(2).

doi: <https://doi.org/10.5114/hpr.2014.43919>

Gan, Y., Hu, Y., & Zhang, Y. (2010). Proactive and preventive coping in adjustment to college. *The Psychology Record*, 60, 643-658. Recuperado de

<http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1290&context=tpr>

Grimmer, K. Debra Kay, Jan Foot, Khushnum Pastakia (2015). Consumer views about aging-in-place. *Clinical Interventions in Aging*. 10, 1803–1811. doi: 10.2147/CIA.S90672.

Greenglass, E. (2002). Chapter 3. Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press, (pp. 37-62).

Recuperado de

http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pdf/RevPROACTIVE_COPING_Greenglass_ediRI.pdf

Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument*. Paper apresentado no 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14. Recuperado de [http://userpage.fu-](http://userpage.fu-berlin.de/health/pci_faq.pdf)

[berlin.de/health/pci_faq.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/health/pci_faq.pdf)

Gschwind, Y.J, Kressig, R.W., Lacroix, A., Muehlbauer, T., Pfenninger, B., & Granacher, U (2013). The best practice fall prevention exercise program to improve balance, strength / power, and psychosocial health in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 13:105. doi: 10.1186/1471-2318-13-105

Kahana, E., & Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 53–S56. doi: 10.1016/S0895-4356(01)00447-4.

Kahana, E., & Kahana, B. (2003). Patient proactivity enhancing doctor–patient–family communication in cancer prevention and care among the aged. *Patient Education and Counseling* 50, 67–73. doi:10.1016/S0738-3991(03)00083-1

- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J.E. (2014). Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*, (60), 466–474. doi: 10.1159/000360222
- Kahana, E., Kahana, B. & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, Spring, 28 (2), 155-180. doi: 10.1007/s12126-003-1022-8
- Kahana, E., Kahana, B., & Zhang, J. (2005). Motivational antecedents of preventive proactivity in late life: linking future orientation and exercise. *Motivation and Emotion*, 29, (4), 438–459. doi:10.1007/s11031-006-9012-2
- Kahana, E., Kahana, B., Wykle, M., & Kulle, D. (2009). Marshalling social support: A “care-getting” model for persons living with cancer. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 168–193. doi:10.1080/10522150902874834
- Kahana, E., Lawrence, R.H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., Stoller, I., Tobin, J. & Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64, 382–394. Recuperado de <http://otsl.pbworks.com/f/Long-term+impact+of+preventive+proactivity.pdf>
- Kamyá, M. & Porto, J.B. (2009). Desenvolvimento e validação da escala de comportamento proativo nas organizações – ECPO. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 359-367. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v13n2/v13n2a05.pdf>
- Katter, J.K.Q. & Greenglass, E. (2013). The Influence of Mood on the Relation between Proactive Coping and Rehabilitation Outcomes. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 32 (1) : 13–20. doi: <https://doi.org/10.1017/S071498081200044X>
- Kim, E.S., Kubzansky, L.D., Smith, J. & Arora, A. (2015). Life Satisfaction and Use of Preventive Health Care Services. *Health Psychology*. 34 (7), 779–782. doi:

10.1037/hea0000174

Lambert, R.G., McCarthy, C.J., Gilbert, T., Sebree, M. & Steinley-Bumgamer, M. (2006).

Validity evidence for the use of the preventive resources inventory with college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 66-83. doi: <https://doi.org/10.1080/07481756.2006.11909790>

Lawton, M.P. (1989). Behavioral-relevant ecological factors. In Schaie, K.W. & Schooler, C.

(Eds.). *Social structure and aging: psychological process*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (8^a ed.).

Lee, J.E., Kahana, B., & Kahana, E. (2015). Social support and cognitive functioning as

resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental Health*, 1-9. doi: 10.1080/13607863.2015.1013920

Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P.J. (2006). Factor: a computer program to fit the exploratory

factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38 (1), 88-91. Retirado de: <https://link.springer.com/content/pdf/10.3758%2F03192753.pdf>

Menichetti, J. & Graffigna, G. (2016). How older citizens engage in their health Promotion: a qualitative research-driven taxonomy of experiences and meanings. *Open* 2016;6:e010402.

doi:10.1136/bmjopen-2015-010402

Moring, J., Fuhrman, R., & Zauszniewski, J.A. (2011). Interrelatedness of proactive coping,

reactive coping, and learned resourcefulness. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 44(4) 204 –214. doi: 10.1177/0748175611414722

Muthén, L.K. & Muthén, B.O. (1998-2017). *The MPlus user's guide*. Eighth

edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Ouwehand, C. (2005). *Proactive Coping and Successful Aging: What role do resources and*

strategies play in the preparation for potential goal threats associated with aging?

(Tese de Doutorado). Research Institute for Psychology & Health, Utrecht University Repository, Utrecht.

Ouwehand, C., Ridder, D.T.D., & Benzing, J.M. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and individual differences*, 45, 28-33. doi:10.1016/j.paid.2008.02.013

Peterson, N.M., & Martim, P. (2015). Tracing the origins of success: implications for successful aging. *The Gerontologist*, 55, (1), 5–13. doi:10.1093/geront/gnu054

Pilati, R. & Lars, J.A. (2007). Modelos de Equações Estruturais em Psicologia:

Conceitos e Aplicações, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 205-216.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000200011>

Ramos, L.M.B., Rocha, M., Gomes, I., & Schwanke, C.H.A, (2012). Tradução e adaptação cultural do APQ-aging perceptions questionnaire para a língua portuguesa brasileira.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 15(2), 233-242.

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200006>

Schreiber, J.B., Nora, A., Stage, F.K., Barlow, E.A. & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review. *The Journal of Educational Research*, 99 (6), 323-338. Doi: 10.3200/JOER.99.6.323-338.

Simon, M.A., Li, Y & Dong, X. (2014). Preventive Care Service Usage Among Chinese Older Adults in the Greater Chicago Area. *Journals of Gerontology: MEDICAL*

SCIENCES Cite journal as: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014

November;69A(S2):S7–S14. doi:10.1093/gerona/glu143

Tielemans, N.S., Visser-Meily, J.M., Schepers, V.P., Post M.W & Heugten, C.M.V. (2014).

Proactive coping postrokes: psychometric properties of the Utrecht proactive coping competence scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95, 670-675.

doi:10.1016/j.apmr.2013.11.010

Tovel, H. & Carmel, S. (2014). Maintaining Successful Aging: The Role of Coping Patterns and Resources. *J Happiness Stud* 15:255–270. DOI 10.1007/s10902-013-9420-

4

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Dornelles, C. (Trad.) Porto Alegre: Artmed.

Estudo 3:

A influência da proatividade, dos recursos externos e dos estressores sobre os sintomas de depressão em idosos participantes de grupos da terceira idade.

(Artigo submetido à publicação)

Método

Os dados desse estudo são derivados de uma pesquisa de corte transversal sobre proatividade realizada no município de Belo Horizonte, MG. O projeto foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFMG (CAAE: 57343816.0.00000.5149).

Participantes

A amostra do estudo foi não probabilística por conveniência. Como critério de inclusão o participante deveria estar com 60 anos ou mais de idade. Como critério de exclusão, não foram convidados indivíduos analfabetos. Aplicou-se o protocolo presencialmente em 483 idosos, contudo, foram excluídos 133 indivíduos, por apresentarem mais de cinco itens sem resposta em algum dos instrumentos ou que não responderem a todas variáveis do presente estudo, totalizando 330 idosos. Os participantes eram frequentadores de grupos voltados a atividades para terceira idade.

Instrumentos

- Questionário sociodemográfico: foram coletados dados sobre: idade, gênero, escolaridade e renda familiar. Os valores de renda foram agrupados em cinco faixas de salários mínimos (SM): até R\$ 880,00; entre R\$ 881,00 e R\$1.760,00; entre R\$1.761,00 e R\$2.640,00; entre R\$2.641,00 e R\$4.440,00 e maior ou igual maior ou igual a R\$4.441,00 (Tabela 9). Ressalta-se que os valores dos salários foram estipulados com base no valor do salário mínimo à época da construção do protocolo.

- Escala de suporte social do MOS- *Social Support Survey*: a escala possui 19 itens que representam cinco dimensões: material, afetivo, emocional, informação e interação social positiva. O participante deve indicar, para cada item, com que frequência considera ter disponível cada tipo de apoio caso necessite entre, “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”. Para calcular os escores deve-se somar os pontos correspondentes a cada opção de respostas dos itens de cada uma das dimensões e dividir pelo número máximo de pontos possível de ser obtido na mesma dimensão. O resultado da razão (total de pontos obtidos/ pontuação máxima da dimensão) deve ser multiplicado por 100. Desse modo, quanto maior o escore, maior o nível de apoio social. A consistência interna de cada dimensão, estimada por coeficientes alpha de Cronbach, variou entre 0,75 e 0,91. Em relação a confiabilidade (teste-reteste) da escala obteve-se na dimensão do apoio informacional (Alpha se Cronbach - $\alpha = 0,89$ e Coeficiente de Correlação Intraclasse-CCIC = 0,78); para o apoio material ($\alpha = 0,75$ e CCIC = 0,87); apoio afetivo ($\alpha = 0,81$; CCIC = 0,84); Interação positiva ($\alpha = 0,91$; CCIC = 0,81) e apoio emocional ($\alpha = 0,89$; CCIC = 0,84) (Griep, Chor, Faerstein & Lopes, 2003). Para fins de interpretação, os resultados em todas as cinco dimensões foram dicotomizados com base na mediana em ‘Alto suporte’ e ‘Baixo suporte’.

- Inventário de estresse: o instrumento é constituído com 31 itens em que se solicita ao indivíduo que classifique em uma escala crescente (nem um pouco, pouco, razoavelmente, muito, muitíssimo) o que em cada situação apresentada lhe causou (Nacarato, 1995). Para o presente estudo, optou-se em organizar a lista de estressores nas três categorias propostas pelo modelo PCP: estressores físicos (total de 2 itens), ambientais (total de 5 itens) e sociais (total de 23 itens). Para fins de análise, os dados foram dicotomizados em ‘Sem estresse’ e ‘Com estresse’.

- Escala de proatividade ao idoso (PROI): a escala possui 29 itens que representam oito dimensões de ações proativas: promoção da saúde, planejamento do futuro, mudança de ambiente, oferta de ajuda substituição de papéis, agregar pessoas, mudanças no local e gerenciamento saúde. Os itens são respondidos em uma escala de frequência de “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” até “sempre”. O escore é calculado por meio da soma total de pontos por cada item da dimensão. A consistência interna entre os itens, estimada pelo coeficiente ômega, variou entre 0,75 e 0,91; A estrutura interna apresentou adequados índices de ajustes: CFI=0,96; RMSE= 0,030; TLI= 0,95 e WRMR= 0,65. Para interpretação dos escores foram estabelecidas faixas com base em quartis. Sendo assim, valores acima do quartil 75 foi classificado com ‘Alta proatividade’, entre 26 e 74 foi como ‘Média proatividade’ e abaixo de 25 como ‘Baixa proatividade’. (Apêndice 9).

- Escala de Depressão Geriátrica (GDS): é um instrumento de rastreio de depressão em idosos. É composta por 15 itens na versão curta e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. São perguntas fechadas, apresentando respostas do tipo “sim” ou “não”. A GDS conta com estudos de validade e confiabilidade (Almeida & Almeida, 1999; Almeida &

Almeida, 1999b). A versão brasileira do instrumento apresentou acurácia satisfatória para detecção de sintomas depressivos bem como bons valores de sensibilidade (85%), especificidade (73,9%) e confiabilidade (86%). Na presente pesquisa os escores foram dicotomizados ‘Sem sintomas depressivos’ (zero a cinco pontos) e ‘Com sintomas depressivos’ (acima de seis pontos).

Procedimentos de coleta de dados

Antes da entrega do protocolo, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes apontando-os o objetivo da pesquisa, seus riscos e benefícios, procedimentos de aplicação e destino dos dados. O protocolo foi auto administrado e contou no local de aplicação com acadêmicos do curso de Psicologia (UFMG) e/ou de duas psicólogas, devidamente treinados, para realizar o monitoramento do protocolo e para sanarem eventuais dificuldades dos participantes.

A pesquisa ocorreu em grupos voltados à terceira idade, por exemplo em locais voltados a encontros religiosos para a terceira idade, cursos sobre qualidade de vida e grupos voltados a atividade física. Os responsáveis pelos grupos permitiram, uma semana antes da aplicação, que a equipe da pesquisa fizesse o convite de participação aos idosos. Na semana seguinte, àqueles que se prontificaram a responder o protocolo, foram direcionados para um local reservado para aplicação coletiva. Como forma de agradecimento pela participação dos idosos na pesquisa, ofereceu-se uma palestra sobre a temática de proatividade para todos os grupos uma semana após a coleta de dados.

Análise de dados

Para as análises utilizou-se o *software R* (versão 3.5.1). As estatísticas foram análises descritivas, teste de Qui-Quadrado, teste de correlação, análise de correspondência múltipla (ACM) e análise de regressão logística binária.

A ACM é uma técnica estatística exploratória utilizada para verificar associações ou similaridades entre variáveis qualitativas ou variáveis categorizadas (Clausen, 1998). Por meio de representação gráfica, as posições das categorias de cada variável no plano multidimensional podem ser interpretadas como associações. Para obter planos que representem a configuração das categorias das variáveis no espaço, calcula-se um conjunto de eixos fatoriais, cada um maximizando uma parcela da variabilidade dos dados (Wiley & Sons; 1981). Foi executada uma ACM em duas dimensões (eixos que formam o mapa perceptual) com o objetivo de buscar uma associação (relação conjunta) entre as variáveis sócio-demográficas (renda, suporte social, estressores, sintomas depressivos) e as dimensões da proatividade. Também foram investigadas as associações entre os estressores e os sintomas depressivos. Todas as variáveis utilizadas no estudo foram categorizadas para utilização da ACM.

Para a regressão logística binária, o pré-requisito da multicolinearidade foi analisado. A ausência de multicolinearidade foi identificada segundo os valores do teste de *Tolerance* (maiores que 0,1) e os valores de *Variance Inflation Factor* (VIF) (menores que 10,0) (Hair, Anderson, Tathan, Black & Babin, 2009). A regressão logística utilizou o método de seleção de variáveis *Stepwise* para testar o efeito do suporte social, renda, estressores e das proatividades sobre os sintomas depressivos. No primeiro modelo de regressão, foram inseridas a renda, o suporte social como possíveis preditores significativos dos sintomas depressivos. No segundo modelo, foi feita a regressão para identificar quais categorias de estressores (físico, ambiental e social) seriam significativas para predizer os sintomas

depressivos. No último modelo todas as variáveis dos passos mencionados foram testadas juntamente com a proatividade para verificar quais eram significativas.

É importante destacar que para os preditores categóricos a razão de chances compara as chances de o evento ocorrer em dois níveis diferentes do preditor. O *software* define a comparação listando os níveis em duas colunas, Nível A e Nível B. O nível B é o nível de referência para o fator. As razões de chances que forem maiores que 1 indicam que o evento é menos provável a nível B. As razões de chances que forem menores do que 1 indicam que o evento apresenta maior probabilidade no nível B.

Resultados

A amostra do presente estudo foi predominantemente composta por mulheres (80,6%), com idade média de 68,6 anos e com ensino médio (39,3%) seguido pelo ensino fundamental (26,4), destaca-se que cerca de 50% da amostra possui renda acima de R\$1.761,00 e também que 17,3% dos participantes apresentam sintomas depressivos (Tabela 10). Outros dados da frequência podem ser contemplados também na Tabela 9. As frequências das categorias com presença ou ausência de sintomas depressivos, com base nas variáveis suporte social, renda e escolaridade, são descritas no Apêndice 11.

Tabela 10. Caracterização da amostra.

	Tabela dos dados descritivos	Percentual
Idade	60 a 62 anos	19,1
	63 a 67 anos	31,5
	68 a 72 anos	22,1
	Acima de 78 anos	10,9

	73 a 77 anos	16,4
Gênero	Feminino	80,6
Escolaridade	Superior Completo ou Incompleto	24,2
	Ensino Médio	39,3
	Ensino Fundamental	26,4
	Sabe Ler e Escrever	10,1
Faixas de rendimentos	Até um salário	16,3
	Entre R\$881,00 e R\$1760,00	31,0
	Entre R\$1761,00 e R\$2640,00	17,7
	Entre R\$2.641,00 e R\$4.440,00	17,3
	Maior ou igual a R\$4441,00	17,7
Sintomas depressivos	Sem sintomas	82,7
	Com sintomas	17,3
Suporte material	Alto suporte	67,6
	Baixo suporte	32,4
Suporte afetivo	Alto suporte	92,4
	Baixo suporte	7,6
Suporte emocional	Alto suporte	80,0
	Baixo suporte	20,0
Suporte informacional	Alto suporte	76,4
	Baixo suporte	23,6
Suporte interação	Alto suporte	80,3
	Baixo suporte	19,7
Promoção da saúde	Alta proatividade	31,5
	Média proatividade	36,4
	Baixa proatividade	32,1
Oferta de ajuda	Alta proatividade	29,7
	Média proatividade	42,4

	Baixa proatividade	27,9
Substituição de papéis	Alta proatividade	29,1
	Média proatividade	37,9
	Baixa proatividade	33,0
Planejamento financeiro	Alta proatividade	34,5
	Média proatividade	40,3
	Baixa proatividade	25,2
Mudança de local	Alta proatividade	33,9
	Média proatividade	22,7
	Baixa proatividade	43,3
Mudança no local	Alta proatividade	53,6
	Baixa proatividade	46,4
Agregar pessoas	Alta proatividade	26,7
	Média proatividade	43,2
	Baixa proatividade	30,1
Gerenciamento da saúde	Alta proatividade	37,6
	Média proatividade	35,8
	Baixa proatividade	26,7
Estresse físico	Com estressor	40,9
Estresse ambiental	Com estressor	38,8
Estresse social	Com estressor	83,0

Nas análises de associação entre sintomas de depressão e as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, escolaridade e renda) têm-se somente associações significativas com as variáveis escolaridade e renda (Tabela 11).

Tabela 11. Teste X^2 e teste de correlação

Depressão	Teste qui-quadrado (Pearson)			Teste de correlação	
	X^2	gl	Valor-p	<i>Spearman</i>	Valor p
Idade	0,453	4	0,978	0,023	0,78

Escolaridade	10,103	3	0,018	0,177	0,001
Gênero	1,266	1	0,261	-0,062	-0,262
Renda	13,063	4	0,011	-0,196	0,041

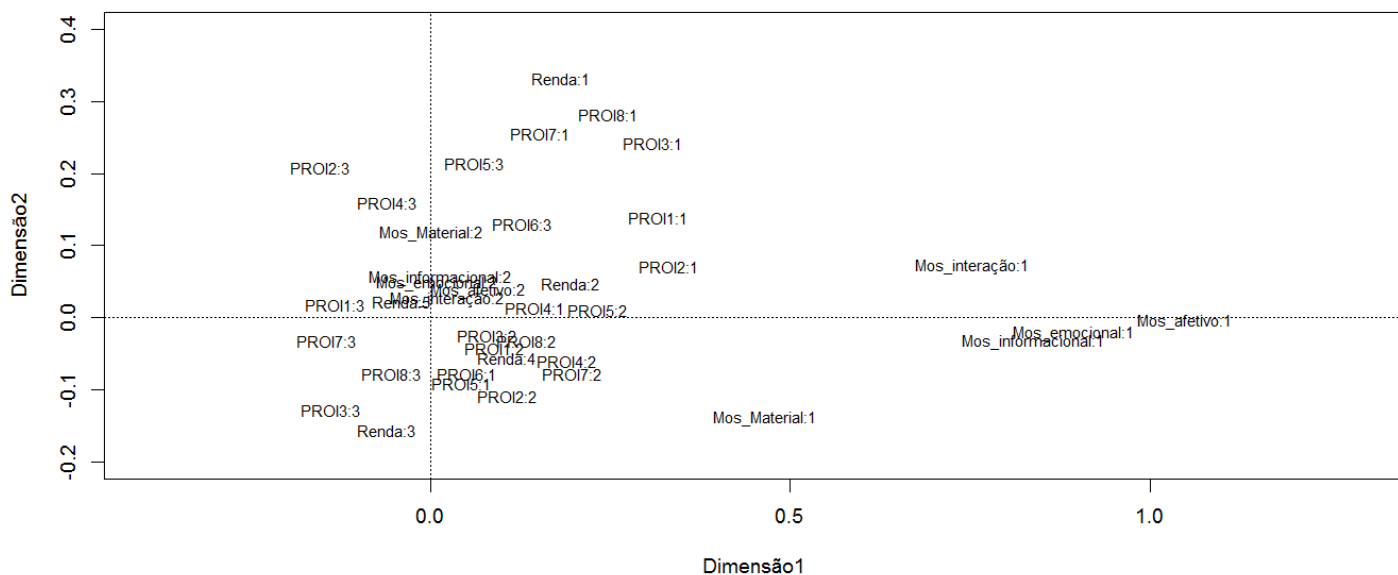
Pelo mapa perceptual gerado pela ACM, identificou-se associação entre algumas categorias das variáveis renda, suporte social com a proatividade e também entre as categorias dos estressores e sintomas depressivos. Para as variáveis renda, suportes e as proatividades, a dimensão 1 explica 27,9% da variabilidade dos dados, e a dimensão 2 explica aproximadamente 25,2%. Cumulativamente, cerca de 53,1% da variabilidade total dos dados é representada pelos primeiros 2 componentes.

Pelo mapa perceptual percebe-se que todas as categorias do suporte social classificadas com baixo suporte não apresentam associação e interação com as demais variáveis, ou seja, são independentes das demais. A categoria de alto suporte social material apresentou correlação com as categorias de alta proatividade nas dimensões planejamento financeiro e mudança de local (Figura 6).

A renda de até R\$800,00 está associada e possui interação com a faixa de baixa proatividade nas dimensões substituição de papéis, agregar pessoas e gerenciamento da saúde e “levemente associada” com a faixa alta proatividade na dimensão mudança de local. Ademais, as faixas de alta de proatividade em sete dimensões (promoção da saúde, oferta de ajuda, substituição de papéis, planejamento econômico, agregar pessoas, mudança de local e gerenciamento da saúde) estão associadas com uma renda entre R\$ 2.641,00 e R\$4.400,00. Com tal renda também houve associação entre os escores de baixa proatividade nas dimensões mudança de local e mudança no local. A renda acima de R\$4.400,00 relacionou-se com a alta proatividade nas dimensões promoção da saúde, substituição de saúde e agregar pessoas. A renda entre R\$880,00 e R\$1.760,00 correlacionou-se com a faixa de baixa proatividade nas dimensões oferta de ajuda e planejamento do futuro. Destaca-se ainda que a

renda acima de R\$4.400,00 associou com todas faixas de alto suporte social, à exceção do suporte material o qual apresentou associação leve (Figura 6).

Figura 6. Mapa perceptual e análise de correspondência múltipla: variáveis: Renda, suporte social e proatividade.



Proatividades: Proi 1= Promoção da saúde; Proi 2= Oferta de ajuda; Proi 3= Substituição de papéis; Proi 4= Planejamento financeiro; Proi 5= Mudança de local; Proi 6= Gerenciamento da saúde; Proi 7= Mudança no local e Fator 8= Agregar pessoas.

Suporte social: Mos_: 1 = baixo suporte e Mos_:2 = alto suporte

Renda: Renda 1 = até um salário; Renda 2= Entre R\$881,00 e R\$1760,00; Renda 3= Entre R\$1761,00 e R\$2640,00; Renda 4= Entre R\$2.641,00 e R\$4.440,00 e renda 5= Maior ou igual a R\$4441,00

No que tange o mapa perceptual e a análise de correspondência múltipla entre os estressores e os sintomas depressivos nota-se que, para as variáveis: sintomas depressivos, estressores físicos, estressores ambientais, estressores sociais, a inércia total do componente 1, aproximadamente 58,1% é representada pelo componente (eixo) 1, 22,0% é representada pelo componente (eixo) 2. Cumulativamente, cerca de 80,1% da variabilidade total é representada pelos primeiros 2 componentes. Pelo mapa perceptual, percebe-se que os estressores físicos e estressores ambientais, ambas de categoria 1 (sem estresse), e as variáveis estresse sociais, estresse ambientais e estressores físicos ambas de categoria 2 (com estresse) estão associadas e correlacionadas com a variável sintomas depressivos de categoria 1 (sem sintomas depressivos). Percebe-se também que as variáveis estresse sociais de categoria 1 (sem estresse) e a variável sintomas depressivos de categoria 2 (com sintomas depressivos) não estão associadas e correlacionadas com nenhuma variável e suas respectivas categorias (Figura 7).

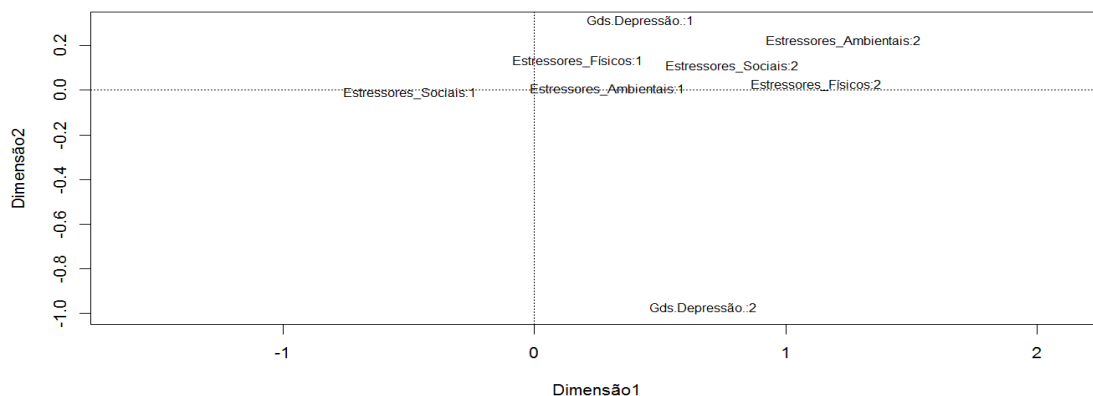


Figura 7. Mapa perceptual e análise de correspondência múltipla: estressores e depressão

Seguiram-se as análises de regressão logística com os seguintes momentos: momento1: se o suporte social e renda explicariam o efeito nos sintomas depressivos; momento 2: se os estressores físicos, os estressores ambientais e estressores sociais explicariam os sintomas depressivos e o momento 3: se os estressores, a proatividade, o suporte social e a renda explicariam o efeito dos sintomas depressivos.

Em todas as análises foi atendido o pré-requisito de ausência de multicolinearidade (Apêndices 6, 7 e 8). Os testes de qualidade do ajuste são todos maiores do que o nível de significância de 0,05, o que indica que não há evidência suficiente para concluir que o modelo não se ajuste aos dados (Apêndice 9).

No primeiro momento, pelo método de seleção *Stepwise*, foram seis variáveis incluídas para a análise (renda, suporte material, suporte afetivo, suporte emocional, suporte informacional, suporte interação), as variáveis significativas que predizem a depressão (variável resposta) foram a renda (p-valor $0,007 < 0,05$) e o suporte emocional (p-valor $0,041 < 0,05$) (Tabela 13). Nesses resultados, o modelo explica aproximadamente 10,30% da variância na variável de resposta (Tabela 14) e a razão de chances indica que os idosos com alto suporte social têm aproximadamente 0,53 mais probabilidades de apresentar sem sintomas depressivos do que os idosos com baixo suporte social (Tabela 15).

O segundo momento apresenta que, dentre as três variáveis ajustadas (estressores físicos, estressores ambientais, estressores sociais), a única variável significativa preditora de sintomas depressivos (variável resposta) foi estressores físicos (p-valor $0,04 < 0,05$). A Tabela 13 mostra a variável preditora que tem uma relação estatisticamente significativa com a resposta. Nesses resultados, o modelo explica aproximadamente 0,92% da variância na variável de resposta (Tabela 14). A razão de chances indica que os idosos que tenham experienciado estressores físicos com estresse têm aproximadamente 1,63 mais probabilidades de apresentarem sintomas depressivos do que os idosos sem a presença de estressores físicos (Tabela 15).

O último modelo dentre as variáveis ajustadas (renda, suporte material, suporte afetivo, suporte emocional, suporte informacional, suporte interação, promoção da saúde, oferta de ajuda, substituição de papéis, planejamento econômico, mudança de ambiente, mudança no ambiente, agregar pessoas e gerenciamento da saúde) as significativas que predizem a depressão (variável resposta) foram renda (p-valor $0,025 < 0,25$), suporte emocional (p-valor $0,19 < 0,25$), substituição de papéis (p-valor $0,01 < 0,25$), mudança de local (p-valor $0,111 < 0,25$) e gerenciamento da saúde (p-valor $0,11 < 0,25$) (Tabela 13). O modelo explica aproximadamente 15,06% da variância na variável de resposta (Tabela 14).

A razão de chances indica que os idosos com alto suporte social têm aproximadamente 0,62 mais probabilidades de se apresentarem sem sintomas depressivos do que os idosos com baixo suporte social. Os idosos com renda maior ou igual a R\$ 4.441,00 tem aproximadamente 1,95 mais probabilidades de apresentarem sem sintomas depressivos do que os idosos com até um salário mínimo. Destaca-se também que a razão de chances indica que os idosos com alta proatividade no fator mudança de local tem aproximadamente 0,66 mais probabilidades de apresentarem sem sintomas depressivos do que os com baixa proatividade nesse fator. Para finalizar, os idosos com alta proatividade em planejamento para o futuro tem

aproximadamente 0,27 mais possibilidades de apresentarem sem sintomas depressivos do que os com baixa proatividade nesse fator (Tabela 15).

Tabela 13. Ajuste da regressão logística binária

Fonte	Gl	Desv (Aj.)	Média (Aj.)	X ²	p
Momento 1					
Regressão	5	18,089	3,6177	18,09	0,003
Renda	4	13,961	3,4903	13,96	0,007
Mos_emocional	1	3,233	3,2328	3,23	0,072
Momento 2					
Regressão	1	2,793	2,7933	2,79	0,045
Estressores Físicos	1	2,793	2,7933	2,79	0,045
Momento 3					
Regressão	11	35.572	2,9611	32,57	0,001
Renda	4	11,106	2,7766	11,11	0,025
Mos Emocional	1	1,697	1,6974	1,7	0,193
PROI3	2	9,43	4,7148	9,43	0,009
PROI5	2	4,392	2,196	4,39	0,11
PROI8	2	2,95	1,4748	2,950	0,229

Observação: Demais variáveis não foram significativas para o modelo.
gl = Grau de liberdade, Desv. = Desvio, X² = Qui-quadrado; Aj. = Ajuste

Tabela 14. Sumário do Modelo

Variância	R ² (Aj.)	Deviance	AIC*
Momento 1			
10,30%	9,38%		200,28
Momento 2			

0,92%	0,59%	304,93
Momento 3		
15,06%	7,33	285,84

* AIC = Informação de Akaike.

Tabela 15. Razões de Chances para Preditores Categóricos

Razões de Chances para Preditores Categóricos			
Nível A	Nível B	Razão de Chances	IC de 95%*
Momento 1			
Renda			
R\$1.761,00 a R\$2.640,00	Até um salário	4,5404	(1,1849; 17,3986)
R\$2.641,00 a R\$4.440,00	Até um salário	0,9277	(0,3668; 2,3465)
R\$881,00 a R\$1.760,00	Até um salário	0,8234	(0,3652; 1,8563)
≥R\$4.441,00	Até um salário	2,5815	(0,8267; 8,0614)
R\$2.641,00 a R\$4.440,00	R\$1761,00 a R\$2640,00	0,2043	(0,0540; 0,7727)
R\$881,00 a R\$1.760,00	R\$1.761,00 a R\$2.640,00	0,1813	(0,0518; 0,6351)
≥R\$4.441,00	R\$1.761,00 a R\$2.640,00	0,5686	(0,1288; 2,5093)
R\$881,00 a R\$1.760,00	R\$2.641,00 a R\$4.440,00	0,8875	(0,4020; 1,9594)
≥R\$4.441,00	R\$2.641,00 a R\$4.440,00	2,7827	(0,9058; 8,5483)
≥R\$4.441,00	R\$881,00 a R\$1.760,00	3,1353	(1,1185; 8,7888)
Mos_emocional			
Baixo Suporte	Alto Suporte	0,5274	(4,2669; 7,0419)
Momento 2			
Estressores Físicos			
Sem Estresse	Com Estresse	1,6317	(1,0084; 2,6404)
Momento 3			
Renda			
R\$1.761,00 a R\$2.640,00	Até um salário	4,5081	(1,4180;

			14,3325)
R\$2.641,00 a R\$4.440,00	Até um salário	0,7456	(0,3275; 1,6974)
R\$881,00 a R\$1.760,00	Até um salário	0,9345	(0,4595; 1,9005)
≥R\$4.441,00	Até um salário	1,9541	(0,7249; 5,2676)
R\$2.641,00 a R\$4.440,00	R\$1.761,00 a R\$2.640,00	0,1654	(0,0522; 0,5237)
R\$881,00 a R\$1.760,00	R\$1.761,00 a R\$2.640,00	0,2073	(0,0708; 0,6065)
≥R\$4.441,00	R\$1.761,00 a R\$2.640,00	0,4335	(0,1211; 1,5517)
R\$881,00 a R\$1.760,00	R\$2.641,00 a R\$4.440,00	1,2534	(0,6170; 2,5462)
≥R\$4.441,00	R\$2.641,00 a R\$4.440,00	2,621	(0,9986; 6,8791)
≥R\$4.441,00	R\$881,00 a R\$1.760,00	2,0911	(0,8524; 5,1301)
Mos Emocional			
Baixo Suporte	Alto Suporte	0,615	(0,3349; 1,1254)
PROI3_categorias			
Baixa Proatividade	Alta Proatividade	0,2791	(0,1300; 0,5990)
Média Proatividade	Alta Proatividade	0,6232	(0,2892; 1,3429)
Média Proatividade	Baixa Proatividade	2,233	(1,2194; 4,0891)
PROI5_categorias			
Baixa Proatividade	Alta Proatividade	0,666	(0,3536; 1,2545)
Média Proatividade	Alta Proatividade	0,4146	(0,2067; 0,8317)
Média Proatividade	Baixa Proatividade	0,6225	(0,3308; 1,1714)
PROI8_categorias			
Baixa Proatividade	Alta Proatividade	1,3069	(0,6381; 2,6770)
Média Proatividade	Alta Proatividade	0,6637	(0,3610; 1,2204)
Média Proatividade	Baixa Proatividade	0,5078	(0,2561; 1,0070)

* IC= intervalo de confiança

Discussão e Conclusão

Este estudo segue o identificado na revisão da literatura pesquisada em que se aponta para a investigação da relação entre a proatividade e os demais componentes do modelo PCP. Nesse trabalho, portanto, visou-se investigar essa relação por meio de análises de

correspondência múltipla e de regressão logística binária. Este estudo contribui com reflexões sobre os componentes do modelo PCP no contexto brasileiro em que algumas hipóteses foram ao encontro de nossas expectativas e outras não.

O primeiro componente a ser descrito é a variável de desfecho. A prevalência dos sintomas depressivos (17,3%, incluso depressão moderada e severa) não apresentou discrepância diante dos valores encontrados no Brasil (Frank e Rodrigues, 2012; Barcelos-Ferreira, Izbicki, Steffens & Bottino, 2010 e Andrade, Wu, Lebrão, Duarte, 2016). Algumas variações podem ocorrer, por exemplo, pelo uso de distintos instrumentos na mensuração dos sintomas depressivos o que dificulta, portanto, o estabelecimento de critérios mais sólidos sobre esta prevalência no Brasil.

É notório que, apesar do engajamento dos idosos em grupos voltados a atividades sociais ou físicas, há incidência considerável de idosos com sintomas depressivos nesses espaços. Por esta razão, pesquisadores reforçaram a necessidade de uma intervenção multidisciplinar nesses locais (Grasel, Urnau & Marques, 2012; Annes, Mendonça, Lima, Lima & Aquino, 2017); identificaram que, apesar da presença de sintomas depressivos, há benefícios na qualidade de vida dos idosos que frequentam tais lugares (Irigaray & Schneider, 2007; Almeida, Madeira, Arantes & Alencar, 2010) bem como investigaram longitudinalmente os efeitos dos sintomas depressivos na vida do idoso (Yassuda & Silva, 2010). Assim, concordamos com Gamrowska e Steuden (2014) ao afirmarem que os comportamentos proativos dos idosos que buscam os centros de terceira idade ajudam na seleção para acionar seus recursos sociais.

Na associação entre renda e suporte social, uma maior renda se associou com todas as categorias de altos escores no suporte social à exceção do suporte material o qual apresentou associação leve. Acrescenta-se que os idosos com esta mesma renda têm mais chance de não apresentarem sintomas depressivos do que os idosos com até um salário. Pesquisas indicam

que os recursos financeiros podem facilitar o acesso e a utilização de serviços formais e também no engajamento em um estilo de vida mais saudável que promovam uma melhor satisfação (Kahana, Kahana et al., 2003; Chen, Hicks & While, 2011).

Associando os sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas, nota-se que ocorrem associações fracas ou inexistentes entre os sintomas depressivos e tais variáveis (idade, escolaridade, renda e gênero). Os dados não confirmam nossa hipótese inicial e não corrobora com algumas pesquisas que tendem a demonstrar que a menor renda ou mesmo ser do gênero feminino apresentam uma associação significativa com a depressão (Barefoot, Mortensen, Aylund & Schroll, 2001; Gallagher, Savva, Kenny, Lawlor, 2013; Chen, Hicks & While, 2011).

Não houve associação significativa entre a presença de estressores e a ocorrência de sintomas depressivos, no entanto, na regressão tem-se que os estressores físicos predizem significativamente os sintomas depressivos. Os dados corroboram com algumas pesquisas sobre a não linearidade entre os eventos estressantes e um desfecho de sintomas depressivos na vida dos idosos, ou seja, apesar da maior exposição a estressores, ainda assim os idosos se organizam ativamente para o enfrentamento dos mesmos (Beekman, Penninx, Deeg, Ormel, Braam, Tilburg, 1997; Neri & Fortes-Burgos, 2012). Desta forma, a baixa previsibilidade dos estressores sobre a depressão corroboram com algumas pesquisas gerontológicas as quais afirmam que os idosos são detentores de controle e conseguem obter resultados positivos, mesmo diante do aumento de fragilidades físicas e perdas sociais associadas com o envelhecimento (Kahana, Kahana & Zhang, 2005; Tovel & Carmel, 2014). Contudo, não se deve minimizar a influência dos estressores, como do estressor físico, sobre desfechos no bem-estar do idoso (Irigaray & Schneider, 2007; Mitchell, Bird, Rizzo & Nick, 2010; Frank & Rodrigues, 2012).

Sobre a variável suporte social e a depressão, somente o suporte emocional foi capaz de explicar a presença de sintomas depressivos. Existem evidências de que as pessoas com níveis positivos de apoio familiar apresentam menos sintomas depressivos ao se comparar com os com baixo apoio (Gallagher, Savva, Kenny & Lawlor, 2013; Chen, Hicks & While, 2011). Ademais, Greenglass, Fiksenbaum e Eaton (2006) identificaram que o suporte social contribuiu diretamente para com o enfrentamento proativo e inferiram sobre a possibilidade de os indivíduos proativos identificarem e mobilizarem os recursos sociais e, dessa forma, conseguirem aumentar a eficácia de suas estratégias de enfrentamento.

Uma possível explicação sobre o destaque da dimensão suporte emocional refere-se ao fato de que, para o idoso, é importante reunir recursos pessoais e sociais, ou seja, com base nas regulações emocionais podem fazer escolhas mais voltadas para agregar um ganho emocional (como amor, afeição e encorajamento) ou informacional do que apenas uma conquista quantitativa na sua rede social (Lang & Carstensen, 1994). Talvez a inserção dos idosos nesses grupos voltados à aquisição de conhecimento ou mesmo ao cuidado físico tenha como fio condutor a manutenção e/ou desenvolvimento do suporte social emocional além da busca por lazer e socialização (Barboza & Silva, 2013). É sabido que tal movimento pode acarretar melhor impacto positivo na qualidade de vida, menores sintomas depressivos, bem-estar e apoio social (Cachioni & Palma, 2006).

No que tange as proatividade e os recursos sociais destaca-se que o baixo suporte social não foi associado com as proatividades em nenhuma ordem. É relevante apontar que o suporte social baixo pode provocar respostas reativas, caracterizadas, por exemplo, por pessoas que investem mais tempo e energia para se concentrar no presente e, desta forma, inibem o reconhecimento e a antecipação de problemas futuros. Em outras palavras, as pessoas com baixo nível social podem estar mais ocupadas com os problemas atuais e, ao

contrário, as pessoas com alto nível de suporte social podem ser mais capazes de participar de um enfrentamento proativo (Ouweland, Ridder & Bensing, 2009).

Em contrapartida, a pontuação alta nas dimensões de suporte social se associou com altos valores nas proatividades planejamento financeiro e mudança de local. Infere-se que, quando os idosos detêm recursos sociais, tais como informacional, emocional e instrumental, isso facilita a organização da pessoa em termos econômicos e até mesmo frente a mudanças de local em caso de necessidade. Isso porque o mediador social auxilia na percepção pessoal sobre seus próprios recursos sociais no manejo de determinadas situações estressoras (Pearling, 1989, Midlarski & Kahana, 1983; Kahana, Midlarsky & Kahana, 1987; Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana & Midlarsky, 2013; Ye, Chen, & Kahana, 2016) como, por exemplo, mudar para perto dos filhos. Nessa direção, Lang e Carstensen (1994) já afirmavam que os idosos participam de seleção proativa de estratégias que garantem o contato com os íntimos durante a velhice, mesmo quando o tamanho da rede social é reduzido significativamente e que as reduções nos contatos sociais foram limitados aos parceiros sociais que eram menos próximos.

Sobre a renda e a proatividade, nota-se que todos os comportamentos proativos altos estão associados com uma renda acima de três salários mínimos. Ouweland, Ridder e Bensing (2009) verificaram que as pessoas de meia idade e idosos, espontaneamente engajadas em enfrentamento proativo, apresentavam maior envolvimento proativo quanto maior era sua renda. Verifica-se também que a renda baixa se associou com os escores baixos de proatividade nos fatores oferta de ajuda e planejamento financeiro. Sobre a proatividade oferta de ajuda, dados indicam que comportamentos altruístas, por exemplo, as doações de caridade e outros comportamentos pró-sociais, tendem a aumentar com o avanço da idade (Freund & Blanchard-Fields. 2014; Sparrow & Spaniol, 2018), no entanto, ao contrário de nosso achado, pesquisas também indicam que essas ações não são necessariamente associadas

com o valor da renda (Hubbard et al., 2016; Freund & Blanchard-Fields, 2014). Sobre a dimensão planejamento financeiro, talvez a baixa renda do idoso, aliada com demandas físicas e baixo recurso, o impossibilite de vislumbrar formas estratégicas de planejamento financeiro, realidade essa de uma grande parcela da população brasileira. Clarke e Warnen (2007) entrevistaram idosos sobre quais seriam as perspectivas de uma vida mais ativa e os idosos apontaram como uma das variáveis relevantes o planejamento do futuro, exemplificados pelos seguintes pontos: mudança para um local com melhor acesso a serviço de saúde; preocupação com a segurança financeira e viver de forma independente em sua própria casa enquanto é capaz.

Uma outra reflexão parte da associação entre os idosos que recebem até um salário mínimo e as variáveis baixa proatividade em substituição de papéis, agregar pessoas e gerenciamento da saúde. A literatura indica que a situação econômica está associada com mais ações proativas (Kahana, Kahana & Kercher 2003; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2009). É relevante refletir que, de alguma forma, a tentativa de participar de atividades como cursos e lazer, exigem um determinado capital o qual pode limitar o idoso ao explorar possibilidades de substituição de papéis. Ressalta-se que a maior parte dos grupos envolvidos na nossa pesquisa eram gratuitos e, portanto, tal ponto cabe como fator de reflexão sobre o engajamento dos idosos em novas atividades que demandem deles algum tipo de investimento econômico.

Sobre a categoria gerenciamento da saúde, na hipótese de que esses idosos, com renda de um salário mínimo, sejam usuários do Serviço Único de Saúde (SUS), as possibilidades de autonomia no tratamento diminuem, uma vez que nesse ambiente não são flexibilizadas as escolhas de tratamentos médicos ou mesmo a opção de escolha sobre a permanência ou não do atendimento com determinado profissional. Sobre o último ponto, pesquisa realizada entre usuários do SUS identificou que é possível se ter uma certa satisfação com o atendimento nos

serviços de saúde públicos, no entanto, ainda eram altas as queixas quanto ao atendimento, a falta de humanização e o acolhimento dos profissionais (Moimaz, Marques, Saliba, Garbin, Zina & Saliba, 210). Isto posto, autores alertam que o empoderamento do paciente pode ser ainda mais limitado entre pacientes com menos educação e alfabetização em saúde, incluindo pacientes que são membros de grupos raciais e étnicos minoritários (Kahana, Yu, Kahana & Langendoerfer, 2018).

Os dados indicaram também a probabilidade de que os idosos com alta proatividade no gerenciamento da saúde possuam mais chances de apresentarem-se sem sintomas depressivos em relação aos com médio escore na proatividade. Esses dados suportam achados, como os de Kim, Kubzansky, Smith e Arbor (2015) que pesquisaram a satisfação da vida e a disposição para se envolver em cuidados e comportamentos preventivos de saúde. Os dados indicaram que os idosos com maior satisfação com a vida eram mais propensos a obter serviços preventivos de cuidados de saúde. Em outra pesquisa, o enfrentamento proativo foi associado a melhores resultados após a cirurgia, incluindo níveis mais elevados de satisfação com a vida ao iniciar a reabilitação e melhor desempenho na caminhada de dois minutos ao sair do centro de reabilitação (Katter & Greenglass, 2013). Dados semelhantes foram encontrados por Kima, Strecherb e Ryff (2014), em que os indivíduos com maior propósito de vida foram mais propensos a obter testes preventivos. Deste modo, assim como Kahana et al. (2009) apontam, os pacientes proativos demonstram o autogerenciamento focando a melhora na qualidade dos cuidados da própria saúde.

Os achados revelam ainda que o idoso com alta proatividade em mudança de local tem mais probabilidade de se apresentar sem sintomas depressivos do que os com baixa proatividade. Pesquisas indicam que tal proatividade pode ser eficaz para melhor adaptação do indivíduo ao seu meio quando se busca viver em locais mais favoráveis (Kahana et al.,

2014) como também age de forma a melhorar a satisfação da pessoa durante o curso da vida Schulz e Brenner (1977, citado por Kahana & Kahana, 1983).

Conclusão

Com base no exposto, o estudo contemplou variáveis pertencentes aos componentes indicados no modelo PCP de forma a melhor compreender a manifestação dos estressores, do suporte social e da proatividade sobre os sintomas depressivos. Frisa-se que são inexistentes, até o presente momento, as pesquisas referentes aos efeitos da proatividade sobre tal desfecho em grupos de idosos ativos no Brasil. É indispensável o investimento nessa linha de estudo visto que a literatura aponta que os estressores tendem a diminuir a qualidade de vida na ausência de adaptações comportamentais efetivas e, ao mesmo tempo, que os estressores podem servir como estímulos externos os quais convocam respostas adaptativas. Apesar de não termos uma análise que mensure a mediação da proatividade entre estressores e sintomas depressivos, nossos dados indicaram um efeito das três proatividade (gerenciamento da saúde, mudança no local e agregar pessoas) sobre os sintomas depressivos.

Dentre as variáveis sociodemográficas, é pertinente destacar a relevância da renda em prol de uma melhor saúde mental dos idosos. Percebe-se que quase metade da amostra possui renda inferior a dois salários mínimos e que tal faixa salarial indicou uma proatividade menor em relação aos com renda maior. Com base nesses dados, é importante reforçar o que estudiosos sobre o envelhecimento populacional apontam sobre a impossibilidade de se pensar as políticas para os idosos, no médio e longo prazos, separadas das políticas para os jovens, ou seja, é importante, para equacionar a questão dos idosos, uma rígida política de investimentos no curto prazo na população jovem pobre. Com esta ação de longo prazo podem ser garantidos a sobrevivência atual, como pobre, mas, principalmente, de criar

condições para sua mobilidade social, possibilitando assim uma inclusão social no futuro. Em outras palavras, as condições sociais podem acarretar consequências negativas nas ações proativas das pessoas e, portanto, não se pode depositar exclusivamente no indivíduo a responsabilidade de se engajar ou não proativamente em prol de uma melhor velhice.

As lacunas identificadas no presente estudo permeiam, em especial, na configuração da amostra por ser de conveniência e de um perfil com pouca variabilidade, ponto este que impossibilitou a realização de análises estatísticas mais avançadas. Com base no exposto, sugere-se que novas pesquisas possam avançar metodologicamente de forma a testar, no cenário brasileiro, a efetividade do modelo PCP tomando como referência todos seus componentes.

Sugere-se também que futuras pesquisas investiguem efeitos negativos do enfrentamento proativo, por exemplo, possíveis efeitos distorcidos do pensamento voltado para o futuro em que o indivíduo possa ter consequências negativas como a ruminação e alta vigilância, que pode ter o efeito oposto ao pretendido. Ademais, faz-se necessárias pesquisas de metodologia longitudinal pois o enfrentamento proativo envolve um processo tempo, que por si só, consiste em muitos elementos diferentes, tais como as estratégias comportamentais, que não podem ser determinado em uma única medição.

Referências

Almeida, M. (2007). Envelhecimento: activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Sociológico*, 17, 17-24. Recuperado de <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.2.pdf>

- Almeida OP, Almeida AS (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.*, 57:421-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- Almeida OP, Almeida SA. (199b). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 na DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*,14:858-65. Retirado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/ac2f/d368c2219102537b9d5c1ac5a4c4252aea4e.pdf>
- Almeida, E.A., Madeira, G.D., Arantes, P.M.M. & Alencar, M.A. (2010). Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, 13(3):435-443. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000300010>.
- Andrade, F.C.D., WuII,F., Lebrão, M.L. Duarte, Y.A.O. (2016). Life expectancy without depression increases among Brazilian older adults. *Rev Saúde Pública* ,50 (12). DOI:10.1590/S1518-8787.2016050005900
- Annes, L.M.B., Mendonça, H.G.,S., Lima, F.M., Lima, M.A.S. & Aquino. J.M. (2017). Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco. *Revista Cuidarte*, 01 January 2017, 8(1), pp.1499-508. <http://dx.doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.15649/cuidarte.v8i1.365>.
- Barboza, A.L. & Silva, L.T (2013). Os jogos da terceira idade: turismo, esporte e lazer no SESC/MG. *Revista Intercontinental de Gestão Desportiva*,3 (2). 2237-3373. Retirado de: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=gestaoesportiva&page=article&op=view&path%5B%5D=827&path%5B%5D=826>

- Barcelos-Ferreira, R., Izbicki, R., Steffens, D.C., Bottino, C. (2010). Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.*, 22(05):712-26. DOI:10.1017/S1041610210000463
- Barefoot J, Mortensen E, Helms MJ, Avlund K. & Schroll M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychol Aging*, 16(2):342-5. DOI:10.1037/0882-7974.16.2.342
- Beekman , B.W.J.H., Penninx , D.J.H., Deeg , J. Ormel , A.W., Braam & W. van. (1997). Research report Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders*. 46 (1997) 219–231. Retirado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/137a/c46293ea56feeab69a0a0ec3b505c0492693.pdf>
- Cachioni, M., & Palma, L. S. (2006). Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e idoso. In E. L. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ªed., pp.1456-1465). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Clarke, A. & Warren, L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future : what do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*. 27, 2007, 465–488. doi:10.1017/S0144686X06005824
- Clausen S. E. (1998). Applied correspondence analysis: an introduction. Quantitative Applications in the Social Sciences. Thousand Oaks, CA: Sage University Papers Series.
- Chen, Y., Hicks, A., While, A.E. (2011) . Depression and related factors in older people in China: a systematic review. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2012 22; 52–67. Doi: 10.1017/S0959259811000219
- Frank, M.H. & Rodrigues, N.L. (2012). Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In Freitas, E.P. & Py, L. (Ed.). *Tratado de geriatria e*

gerontologia. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Freund, A.M. & Blanchard-Fields, F. (2014). Age-Related Differences in Altruism Across Adulthood: Making Personal Financial Gain Versus Contributing to the Public Good. *Fredda*. 50 (4), 1125–1136. DOI: 10.1037/a0034491
- Gallagher, D., Savva, G.M., Kenny, R.E. & Lawlor, B.A. (2013). What predicts persistent depression in older adults across Europe? Utility of clinical and neuropsychological predictors from the study SHARE. *Journal of Affective Disorders*. 147, 192–197. D]doi: 10.1016/j.jad.2012.10.037
- Gamrowska, A. & Steuden, S. (2014). Coping with the events of daily life and quality of life of the socially active elderly. *Health psychology report*, 2(2).
doi: <https://doi.org/10.5114/hpr.2014.43919>
- Grasel, C.E., Urnau, G. & Marques, L.Z. (2012). Prevalência de depressão em idosos participantes de grupos de terceira idade de uma cidade do Meio-Oeste Catarinense. *Unoesc & Ciência – ACBS, Joaçaba*, 3 (2), 155-164, jul./dez. doi: 10.1590/S0101-81082007000100008.
- Greenacre MJ. (1981). Practical Correspondence Analysis. In: Barnett V, editor. *Looking at Multivariate Data*. New York: J. Wiley & Sons; 1981
- Greenglass, E.,L. & Eaton. J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*, March 2006; 19(1): 15_/31. DOI: 10.1080/14659890500436430
- Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G.L. & Lopes, C.S. (2005). Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo. *Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):703-714, mai-jun.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tathan, R.L., Black, W.C & Babin, B.J. (2009). Análise

multivariada de dados, Brookman, Porto Alegre.

- Hubbard, J., Harbaugh, W. T., Srivastava, S., Degras, D., & Mayr, U. (2016). A general benevolence dimension that links neural, psychological, economic, and life-span data on altruistic tendencies. *Journal of Experimental Psychology: General*, *145*, 1351–1358. <http://dx.doi.org/10.1037/xge0000209>
- Irigaray, T.Q. & Schneider, R.H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade Prevalence of depression in elderly women attending the University of Third Age. *Rev Psiquiatr*, *29*(1):19-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100008>
- Kahana, B. & Kahana, E. (1983). Stress reactions. In P. Lewinsohn, & L. Teri (Eds.). *Clinical Geropsychology* (pp. 139-169). New York, NY: Pargamon Press.
- Kahana, E., Midiarsky, E & Kahana, B. (1987). Beyond dependency, autonomy and exchange: prosocial in late-life adaptation. *Social Justice Research*, *1* (4), 439-459. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/226506921_Beyond_dependency_autonomy_and_exchange_Prosocial_behavior_in_late-life_adaptation.
- Kahana, E., Kahana, B. & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, Spring, *28* (2), 155-180. doi: 10.1007/s12126-003-1022-8.
- Kahana, E., Kahana, B., & Zhang, J. (2005). Motivational antecedents of preventive proactivity in late life: linking future orientation and exercise. *Motivation and Emotion*, *29*, (4), 438–459. doi:10.1007/s11031-006-9012-2
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J.E. (2014). Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*, (60), 466–474. doi: 10.1159/000360222

- Kahana, E., Kahana, B., Wykle, M., & Kulle, D. (2009). Marshalling social support: A “care-getting” model for persons living with cancer. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 168–193. doi:10.1080/10522150902874834
- Kahana, B., Yu, J., kahana, E., Langendoerfer, K.B. (2018). Whose advocacy counts in shaping elderly patients’ satisfaction with physicians’ care and communication? *Clinical Interventions in Aging*. 13 1161–1168. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S165086>
- Katter, J.K.Q. & Greenglass, E. (2013).The Influence of Mood on the Relation between Proactive Coping and Rehabilitation Outcomes. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 32 (1), 13–20 doi: <https://doi.org/10.1017/S071498081200044X>.
- Kim, E.S., Kubzansky, L.D., Smith, J. & Arbor. A. (2015). Life Satisfaction and Use of Preventive Health Care Services. *Health Psychology*. 34 (7), 779–782.doi: 10.1037/hea0000174
- Kima, E.S.; Strecherb, V.J. & Ryffc, C.D. (2014). Purpose in life and use of preventive health care services.*PNAS*, 111(46), 16331–16336. doi: 10.1073/pnas.1414826111
- Lang, F.R. & Carstensen, L.L.(1994). Close Emotional Relationships in Late Life: Further Support for Proactive Aging in the Social Domain. *Psychology and Aging*, 9(2), 315-324. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.9.2.315>
- Mitchell, A.J., Bird, V., Rizzo & Nick M.C. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of Affective Disorders*,125, 10–17. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.019>
- Moimaz, S.A.S., Marques, J.A.M., Saliba,O., Garbin, C.A.S., Zina, L.G., Saliba, N.A. (2010). Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 (4), 1419-1440. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>.

Nacarato, A.E.C.B (1995). Stress no idoso: efeitos e diferenciais na ocupação profissional – *dissertação de mestrado*. Não publicada, Campinas: pontifícia Universidade católica de Campinas.

Neri, A.L. & Fortes-Burgos, A. C.G. (2012). A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice. In Freitas, E.P. & Py, L. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Kroogan.

Ouwehand, C., Ridder, D.T.D. & Bensing, J.M. (2009). Who can afford to look to the future ? The relationship between socio-economic status and proactive coping. *Eur J Public Health* 19 (4): 412-417. DOI:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp047>

Pearling, L.I (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 30 (3), p. 241-256. Recuperado de https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Pearlin-HealthSocial-1989.pdf

Sparrow, E.P. & Spaniol, J. (2018). Aging and Altruism in Intertemporal Choice. *Psychology and Aging*. 33 (2), 315–324. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000223>.

Tovel, H. & Carmel, S. (2014). Maintaining successful aging: Ther role of coping patterns and resources. *J Happiness Stud*. 15:255–270. Doi: 10.1007/s10902-013-9420-4.

Yassuda, M.S. & Silva H. S. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia I Campinas I*, 27(2) I 207-214 I abril..

5 Considerações finais da tese

Na presente pesquisa avançou-se na discussão teórica sobre a relevância da proatividade na vida do idoso e também contribuiu na mensuração desse construto por meio

de um instrumento de medição e não somente uma entrevista de autorrelato como ocorrem em alguns estudos nacionais e internacionais. Neste espectro, nossa pesquisa apresenta à comunidade científica um instrumento que mensura a proatividade com base no modelo PCP o qual apresentou uma validade interna adequada aos padrões propostos na psicometria e se distingue dos instrumentos até então desenvolvidos internacionalmente. Espera-se avançar nas investigações referentes a PROI uma vez que se faz necessário uma aplicação do instrumento em uma amostra mais representativa da realidade brasileira como também do levantamento de evidências de validade preditiva do instrumento.

A amostra de nossa pesquisa apresentou um nível de escolaridade e renda altas, quando se comparado com a média da população brasileira, o que nos convida a refletir sobre a representatividade da amostra de forma a melhor compreendermos as diferenças encontradas na relação entre os comportamentos proativos do indivíduo com os sintomas depressivos e o suporte social. Destaca-se ainda que, predominantemente, o protocolo foi aplicado em uma amostra ativa, o que nos convida a pensar em avanços na aplicação em amostras que vivam na comunidade ou mesmo em instituições de longa permanência de forma a contemplarmos tanto idosos robustos como os fragilizados.

Apesar das limitações supracitadas, os resultados demonstraram a relevância dos recursos externos, em especial o suporte social, sobre a associação com a proatividade ou mesmo nos desfechos de sintomas depressivos. A capacitação e o treinamento voltado ao bom convívio, por exemplo, por meio de treinamento de habilidades sociais, é pertinente visto ser este um recurso importante para mediar uma velhice bem-sucedida. Ao fim das aplicações do protocolo da presente pesquisa, ofertou-se palestras cuja temática foi a proatividade e, especificamente, ações proativas em prol de uma melhor convivência social. Nesse momento sublinhávamos o que denominamos de “poupança social”, ou seja, além do planejamento econômico enfatizávamos a necessidade de reflexão e ação direta sobre as relações dentro e

fora do ambiente familiar e assim sendo, na construção de recursos sociais ao longo do curso da vida.

No tocante aos estressores, apenas o estressor físico foi preditor para os sintomas depressivos. Reforça-se o fato de que nesses espaços a atenção psicológica deve ser ofertada aos idosos ainda que, aparentemente, possuam menores comprometimentos de saúde. Ou seja, os dados resultantes dessa pesquisa trazem luz sobre a importância do psicólogo em relação à promoção de saúde na velhice. Os aspectos subjetivos estão à cargo desse profissional que possa prover suporte, orientação, reabilitação, investimento em propostas de autocuidado e autodesenvolvimento aos idosos.

Derivado de nossa leitura e estudos sobre a proatividade durante o desenvolvimento da tese, iniciamos um projeto de extensão na Universidade Federal de Minas Gerais ofertando um grupo de apoio à proatividade para indivíduos a partir de 45 anos. O grupo foi delineado com 10 encontros semanais com duração de uma hora e meia com os pressupostos do modelo PCP bem como por meio da utilização da abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Os objetivos do grupo foram despertar a reflexão e ação dos participantes frente aos principais estressores que desafiam o processo de envelhecimento; propor ações proativas preventivas e corretivas e, com o suporte da TCC, trabalharmos psicoeducativamente as principais distorções cognitivas que possam impedir tais ações proativas assim como a discussão de ferramentas para minimizar tais distorções. Os resultados subjetivos de todas as participantes foram muito positivos e também nos forneceram um importante *feedback*: propor a criação de um grupo para jovens adultos e assim ajuda-los a projetar a vida ao longo da vida. (Rosa, Nassif, Ribeiro e Cruz, 2018)

A tese nos permite refletir também sobre outras aplicações como nos serviços de saúde. O programa de saúde da família, por exemplo, poderia inserir aplicações da PROI e, a

partir dos hábitos de vida do indivíduo, mapear as fragilidades prevalentes em cada família e quais seriam os pontos a serem incentivados para uma projeção melhor de vida da mesma.

Deste modo, incentiva-se assim o desenvolvimento de práticas voltadas à prevenção de ações proativas que se iniciem precocemente ao longo do curso da vida. Indicam-se programas voltados à prevenção, não somente na área da saúde (o mais divulgado atualmente no Brasil), mas também no fomento de espaços de discussão e conscientização sobre a importância da construção de boas redes sociais, adaptações ambientais assim como planejamentos econômicos desde a infância até os anos de vida mais avançados.

Nossa pesquisa também projeta novas reflexões para futuras pesquisas tais como a distinção dos fundamentos em que se estabelecem as ações proativas e sua diferenciação com os sintomas de ansiedade. Como estimular a proatividade e não confundir, ou despertar, níveis de ansiedade no indivíduo? Nota-se que a proatividade refere-se as ações automotivacionais que levam o indivíduo a minimizar os estressores e, conseqüentemente, gerar uma sensação de bem-estar psicológico, acúmulo de recursos, organização pessoal e autogerenciamento. Por outro lado, a ansiedade aponta para um estado que envolve excitação biológica, redução na eficiência comportamental, respostas de esquiva e/ou fuga e relatos verbais de estados internos desagradáveis (angústia, apreensão, medo, insegurança, mal-estar indefinido, etc.). Deste modo, até que ponto é interessante estimular ações proativas em pacientes ansiosos? Como minimizar os sintomas ou mesmo não os confundí-los?

Finaliza-se com a necessidade de que os profissionais da saúde mental, como o psicólogo, invistam em ações interventivas e preventivas que auxiliem o indivíduo na identificação e modificação de distorções cognitivas que possam dificultar o indivíduo no autogerenciar-se proativamente em prol de uma melhor qualidade de vida na velhice. Programas voltados a ações para proatividade podem reforçar ainda mais a perspectiva de que os idosos são os protagonistas de sua história e que são capazes de realizarem escolhas para

uma melhor promoção de qualidade de vida e isso sempre permeado de uma ótica avaliativa sobre o contexto socioeconômico no qual os idosos estejam inseridos.

Referência

Rosa, F.H.M.R; Nassif, L.E.; Ribeiro, P.C.C. e Cruz, N.A.R.A (2018). Relato de Experiência de um Grupo de Apoio à Proatividade e ao Envelhecimento. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(4), 299-315. Doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i4p299-315>

Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Estudo sobre as evidências de validade do Modelo teórico de proatividade preventiva

e corretiva (PCP)

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa “Estudo sobre as evidências de validade do modelo teórico de proatividade corretiva e preventiva”, sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Heringer Moreira Rosa, discente do programa de Pós-graduação – Doutorado em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e sob a orientação da Profa. Dra. Elizabeth do Nascimento. Com base no presente TCLE estou ciente dos principais pontos que serão apresentados. O **objetivo** da pesquisa é o estudo de validação da teoria de proatividade preventiva e corretiva para uma velhice bem sucedida. Entendi que esta proatividade está relacionada ao quanto eu estou envolvido em movimentos que antecedam uma situação estressante. Durante a **auto aplicação** do protocolo serei convidado a responder perguntas sociodemográficas e quatro escalas que visam medir: o suporte social, a qualidade de vida, a escala de proatividade e uma escala de enfrentamento. O **tempo** esperado para responder todo protocolo será de aproximadamente 45 minutos, em caso de me sentir constrangido (a) em responder alguma parte do protocolo posso deixá-lo em branco. É explicitado também que posso **desistir** de responder o protocolo, ou ainda, no decorrer da pesquisa, solicitar a retirada do meu questionário do banco de dados da pesquisadora. Os possíveis **desconfortos** são mínimos e dizem do tempo gasto no preencher do protocolo e das possíveis demandas emocionais ao tratar de dados mais pessoais como o social e o emocional, apesar disso, os **riscos** identificados para minha saúde física ou mental são mínimos. Para minimizar minhas possíveis dúvidas ou desconfortos, terei um aplicador devidamente treinado presente no local (no caso do respondente online esse ponto não se aplica). Estou ciente de que os benefícios da minha participação dizem da minha **contribuição** à pesquisa e a possibilidade de auxiliar na interpretação de dados sobre um possível campo de intervenção na Psicologia: o modelo de prevenção corretiva e preventiva. Fui informado de que esta pesquisa não implica em nenhum tipo de **custo ou ganho** financeiro para minha participação. Para finalizar, compreendi que meus dados serão usados **exclusivamente** com o objetivo de responder a proposta da pesquisa e de que meu protocolo será arquivado de forma **sigilosa** no laboratório de pesquisa de diferenças individuais localizado no prédio da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFMG.

_____, _____, de _____, 2016

Assinatura do sujeito de Pesquisa: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Assinatura do orientador responsável: _____

Você poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa para tirar dúvidas ou realizar reclamações. Sempre que julgar necessário entre em contato pelo telefone: 31 989911498 ou pelo endereço eletrônico: heringerfe@gmail.com. Para problemas éticos na pesquisa: Comitê de ética em Pesquisa UFMG, telefone: 31 3409 4592, endereço: Campus Pampulha, Avenida Antônio Carlos, 6527, Unidade administrativa II, sala 2005, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG.

Apêndice 2 – Roteiro de entrevista sobre comportamentos proativos

Nome: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Gênero: ___ Estado civil: _____

Estamos realizando uma pesquisa sobre o envelhecer. Gostaríamos de informações sobre seus pensamentos e ações frente aos desafios relacionados ao envelhecimento. Solicitamos que você responda a algumas perguntas nas quais poderá considerar tanto suas próprias atitudes, quanto a de idosos conhecidos por você, ou como acredita que poderia agir. A pesquisa levará poucos minutos, e seus dados não serão revelados a outras pessoas. Sua participação será muito importante para nós.

Caso você concorde em participar, escreva seu nome completo abaixo e assine, por favor.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Proatividade preventiva e corretiva	
Sugestões de questões para entrevista	
Promover a saúde	- O que podemos fazer para prevenir problemas na saúde física e/ou mental?
Oferecer ajuda a outros	- O que podemos fazer para ajudar o próximo (família, amigos, desconhecidos) ao longo da vida?
Planejar o futuro	- O que podemos fazer para prevenir problemas financeiros no futuro?
Mudança de ambiente	- Para que lugar (ou lugares) você mudaria em busca de maior independência ou melhor qualidade de vida? - Explique os motivos que o fariam mudar de sua atual residência (ou da residência que já tenha mudado).
Agregar pessoas ao suporte	- O que podemos fazer para ter ajuda das pessoas em momentos de problemas de saúde física e/ou mental?
Gerenciamento ativo da doença	- O que podemos fazer para enfrentar as doenças que já estejam presentes?
Substituição de papel	- O que pode ser feito para reduzir os prejuízos causados pelas mudanças sociais que ocorrem na velhice? (por exemplo, após a aposentadoria ou após a perda de alguém da família).
Mudanças no ambiente	- Quais mudanças no lar podem ser feitas para melhorar nosso dia a dia?

Apêndice 3: Protocolo final da pesquisa



Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-graduação em Psicologia

Projeto de pesquisa: Modelo de Proatividade Corretiva e

Número protocolo:

Aplicação: () Individual () Coletiva

Única aplicação: () Sim () Não

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Gênero: () Feminino () Masculino

Cidade: _____ Estado: _____ Data da aplicação: ___ / ___

1- Qual sua escolaridade:

- () Ensino superior completo
- () Ensino superior incompleto
- () Ensino Médio
- () Ensino Fundamental
- () Sabe ler e escrever

2- Estado civil:

- () Solteiro
- () Casado
- () Viúvo
- () Divorciado
- () Amasiado

3- Renda familiar:

- () Até R\$ 880,00
- () Entre R\$ 880,00 e R\$ 1.760,00
- () Entre R\$ 1.760,00 e R\$ 2.640,00
- () Entre R\$ 2.640,00 e R\$ R\$ 4.400,00
- () Mais de R\$ R\$ 4.400,00

4- Gostaria que você me dissesse como é a sua saúde de modo geral:

- () Péssima
- () Razoável
- () Boa
- () Muito boa
- () Excelente

5- Como você diria que é a sua saúde comparada com a de outras pessoas, que você conhece, de sua mesma idade?

- () Melhor que a da maioria das outras pessoas que conheço
- () Igual a da maioria das outras pessoas que conheço
- () Pior do que a da maioria das outras pessoas que conheço

6- Você exerce alguma atividade remunerada atualmente?

- () Sim
() Não

Escala sobre Proatividade

A seguir, apresentaremos uma lista de atividades. Queremos saber, ao longo da sua vida, a frequência que você fez ou faz cada uma delas para melhorar a sua qualidade de vida. Veja o exemplo:

Para melhorar a minha saúde procuro:	Opções de resposta				
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Dormir bem.				X	

Na situação, a pessoa informou que procura dormir bem “muitas vezes” para melhorar a saúde. Marque um “x” na frequência que você fez ou faz o que está descrito em cada frase.

	Para melhorar a minha saúde procuro:	Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Fazer exercícios físicos regulares (por exemplo, caminhada, corrida, musculação).					
2	Alimentar bem (comer frutas, verduras, alimentos ricos em fibra; em horários regulares e em porções moderadas).					
3	Evitar o abuso de bebidas alcóolicas.					
4	Evitar o fumo.					
5	Estimular minha mente (por exemplo, lendo).					
6	Ir ao dentista fazer avaliações de rotina.					
7	Usar protetor solar.					
8	Ir ao médico fazer exames de rotina.					
9	Controlar o meu peso.					
10	Cuidar da limpeza dos meus dentes.					
	Para melhorar a minha vida social procuro:	Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
11	Oferecer ajuda a pessoas (por exemplo, vizinhos, amigos).					
12	Ajudar meus parentes.					
13	Dar conselhos que ajudem outras pessoas.					
14	Dar apoio a quem me pede.					
15	Fazer trabalho voluntário.					
16	Tratar bem as pessoas.					
17	Escutar os problemas das pessoas.					
18	Conviver bem com os membros da minha família.					
19	Participar de atividades sociais (por exemplo, igreja, grupos de apoio, centro de convivência).					
20	Buscar aprender coisas novas.					

21	Manter o contato com amizades antigas.					
22	Fazer cursos (por exemplo, informática; aprendizagem de uma nova língua, aula de música).					
23	Participar de atividades de lazer (por exemplo, viagens, refeições com amigos, idas ao cinema).					
	Para melhorar a minha vida no futuro procuro:	Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
24	Economizar dinheiro.					
25	Controlar meus gastos financeiros.					
26	Investir na minha formação educacional.					
27	Adquirir (ou manter) um plano de saúde.					
28	Procurar formas de aumentar minha renda.					
29	Fazer investimentos financeiros (por exemplo, poupança, aquisição de imóvel).					
30	Evitar fazer dívidas.					
31	Evitar gastar dinheiro com coisas que considero desnecessárias.					

Para melhorar o meu dia a dia:			
		Sim	Não
32	Mudei de casa para ficar perto de familiares.		
33	Escolhi viver em um lugar com menos violência.		
34	Mudei para um lugar que facilitasse a minha locomoção.		
35	Mudei para um lugar mais tranquilo.		
36	Retirei tapetes soltos do meu lar.		
37	Coloquei corrimões na minha casa.		
38	Mantive os objetos da minha casa no mesmo local (por exemplo, móveis, chaves, documentos).		
39	Adaptei o meu banheiro para evitar quedas.		
40	Coloquei rampas de acesso na minha residência.		
41	Melhorei a iluminação da minha casa.		
42	Mudei para um local com melhor acesso a serviços de saúde.		
43	Mudei para um local com melhor acesso a serviços (por exemplo, supermercado, farmácia, restaurante).		

Sobre a intensidade das mudanças no meu corpo e/ou nas minhas emoções, nos últimos 5 anos:					
		Nenhuma	Pouca	Razoável	Muita
44	Passei por mudanças físicas (por exemplo, aparecimento de doenças crônicas, dificuldades de locomoção).				
45	Passei por mudanças mentais (por exemplo, problemas de atenção, memória).				
46	Passei por mudanças emocionais (por exemplo, sintomas de depressão, de ansiedade, senti-me mais vulnerável, senti-me mais sensível).				

	Para diminuir os efeitos dessas mudanças no meu corpo e/ou nas minhas emoções, eu procuro:	Opções de resposta					
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não era possível eu fazer isso
47	Pedir apoio a familiares.						
48	Pedir apoio a amigos.						
49	Solicitar ajuda de profissionais (por exemplo, enfermeiros, cuidadores).						
50	Conversar com parentes.						
51	Conversar com amigos.						
52	Buscar informações sobre a minha doença (por exemplo, na internet, lendo livros, conversando com outras pessoas).						
53	Fazer leitura de textos destinados a melhorar o meu bem estar (por exemplo, materiais de autoajuda, livros espirituais).						
54	Tomar meus medicamentos na hora certa.						
55	Perguntar ao meu médico o que quero saber sobre a minha saúde.						
56	Decidir qual tratamento quero para o meu problema de saúde.						
57	Seguir as recomendações dos profissionais da saúde.						

Questionário sobre alguns comportamentos para planejar a vida

Instrução do Instrumento: Escolha qual das duas afirmativas caracterizam o seu comportamento de planejamento de vida, a partir das duas pessoas fictícias apresentadas A e B. Marque com um 'X' em cima da afirmativa escolhida: A ou B.

Seleção Eletiva		
1	(A) Eu concentro toda a minha energia em poucas coisas.	(B) Eu divido a minha energia entre muitas coisas.
2	(A) Eu sempre foco no objetivo mais importante em um dado momento.	(B) Eu estou sempre trabalhando em vários objetivos ao mesmo tempo.
3	(A) Quando eu penso sobre o que quero na vida, eu me comprometo com um ou dois objetivos importantes.	(B) Até mesmo quando eu realmente penso sobre o que quero da vida, eu aguardo e vejo o que acontece, não me comprometendo com um ou dois objetivos em particular.
4	(A) Para atingir um determinado objetivo, eu me disponho a abandonar outros objetivos.	(B) Eu não me disponho a abandonar outros objetivos apenas para atingir um objetivo em particular.
5	(A) Eu busco apenas um objetivo de cada vez.	(B) Eu busco sempre vários objetivos ao mesmo tempo, com isso facilmente fico paralisado.
6	(A) Eu sei exatamente aquilo que quero e o que não quero.	(B) Muitas vezes eu apenas sei o que eu quero, quando surge uma situação específica.
7	(A) Quando eu me decido por um objetivo, eu me fixo nele.	(B) Eu posso mudar um objetivo a qualquer momento.
8	(A) Eu sempre direciono a minha atenção ao meu objetivo mais importante.	(B) Eu sempre abordo vários objetivos ao mesmo tempo.
9	(A) Eu tomo decisões de vida importantes.	(B) Eu não gosto de me comprometer com decisões de vida específicas.
10	(A) Eu considero exatamente aquilo que é importante para mim.	(B) Eu aceito as coisas como elas vem e me conduzo a partir daí.
11	(A) Eu não tenho muitos objetivos na vida que são igualmente importantes para mim.	(B) Eu tenho muitos objetivos na vida que são igualmente importantes para mim.
12	(A) Eu estabeleço meus objetivos claramente e me prendo a eles.	(B) Eu frequentemente adapto meus objetivos a pequenas mudanças.
Seleção Baseada em Perdas		
1	(A) Quando as coisas não vão tão bem quanto antes, eu escolho um ou dois objetivos importantes.	(B) Quando as coisas não vão tão bem quanto antes, eu ainda tento manter todos os meus objetivos.
2	(A) Se eu não posso realizar algo importante do mesmo modo como fiz antes, eu procuro um novo objetivo.	(B) Quando eu não posso fazer algo importante do modo como fiz antes, eu distribuo o meu tempo e energia entre muitas outras coisas.

3	(A) Quando eu não posso fazer algo tão bem quanto eu costumava fazer, eu penso a respeito do que exatamente é importante para mim.	(B) Quando eu não posso fazer algo tão bem quanto costumava fazer, eu espero e vejo o que acontece.
4	(A) Se eu não posso fazer alguma coisa tão bem quanto antes, me concentro apenas no essencial.	(B) Mesmo que eu não possa fazer algo tão bem quanto antes eu sigo buscando todos os meus objetivos.
5	(A) Quando eu não posso continuar a fazer algo como costumava, eu direciono a minha atenção ao meu objetivo mais importante.	(B) Quando eu não posso continuar a fazer algo como costumava, eu direciono a minha atenção, como sempre, para todos os meus objetivos.
6	(A) Quando algo se torna cada vez mais difícil para mim, eu considero quais objetivos que eu poderia atingir nestas circunstâncias.	(B) Quando algo se torna cada vez mais difícil para mim, eu aceito isto.
7	(A) Se as coisas não funcionam mais tão bem, quanto antes, eu prossigo com o meu principal objetivo.	(B) Se as coisas não funcionam mais tão bem, eu deixo como estão.
8	(A) Quando algo exige mais e mais esforço, eu penso a respeito do que exatamente eu realmente quero.	(B) Quando algo exige mais e mais esforço, eu não me preocupo com isso.
9	(A) Quando as coisas não vão tão bem quanto antes, eu desisto de alguns objetivos para me concentrar naqueles mais importantes.	(B) Quando as coisas não vão tão bem como antes, eu espero por tempos melhores.
10	(A) Quando eu não sou capaz de conseguir alguma coisa, eu direciono meus esforços para aquilo que ainda é possível.	(B) Quando eu não sou capaz de conseguir alguma coisa, eu confio que a situação vai melhorar por si.
11	(A) Quando as coisas não vão tão bem quanto antes, eu penso a respeito do que realmente é importante para mim.	(B) Quando as coisas não vão tão bem quanto antes, eu deixo como estão.
12	(A) Quando eu não posso mais fazer alguma coisa do meu jeito de sempre, eu penso a respeito do que exatamente sou capaz de fazer nesta circunstância.	(B) Quando eu não posso mais fazer alguma coisa do meu jeito de sempre, eu não penso muito sobre isso.
Otimização (O)		
1	(A) Eu continuo trabalhando no que	(B) Quando eu não sou bem sucedido imediatamente no que quero fazer,

	planejei até que tenha sucesso.	eu não tento outras possibilidades por muito tempo.
2	(A) Eu faço todo o esforço para atingir um determinado objetivo.	(B) Eu prefiro esperar um pouco e ver se as coisas funcionarão por si só.
3	(A) Se algo é importante para mim, eu me dedico total e completamente a isto.	(B) Mesmo que algo seja importante para mim, eu ainda tenho dificuldade em me dedicar total e completamente a isto.
4	(A) Eu continuo tentando até que eu seja bem sucedido em um objetivo.	(B) Quando eu não sou bem sucedido logo em um objetivo, eu não continuo tentando por muito tempo.
5	(A) Eu faço tudo que posso para realizar os meus planos.	(B) Eu espero um pouco primeiro para ver se meus planos não se realizam por si.
6	(A) Quando eu escolho um objetivo, eu também estou disposto a investir muito esforço nele.	(B) Eu geralmente escolho um objetivo que eu posso atingir sem muito esforço.
7	(A) Quando quero conseguir algo difícil, penso bem sobre o melhor momento e oportunidade para agir.	(B) Quando eu quero conseguir algo, eu pego a primeira oportunidade que aparece.
8	(A) Quando eu começo algo que é importante para mim, mas que tem pouca chance de sucesso, faço um esforço especial.	(B) Quando eu começo algo que é importante para mim, mas que tem pouca chance de sucesso, eu geralmente paro de tentar.
9	(A) Quando quero ir em frente, também observo como os outros que obtiveram êxito fizeram para ter sucesso.	(B) Quando quero ir em frente, só eu mesmo sei o melhor caminho de fazê-lo.
10	(A) Eu penso sobre exatamente como eu realizo melhor meus planos.	(B) Eu não penso muito sobre como realizar meus planos, eu apenas tento.
11	(A) Quando algo é importante para mim, eu não deixo que contratempos me desanimem.	(B) Contratempos me mostram que eu devo me dedicar a outra coisa.
12	(A) Eu penso sobre qual seria o melhor momento para realizar meus planos.	(B) Quando se trata da realização dos meus planos, eu começo logo sem planejar.
Compensação		
1	(A) Quando as coisas não vão tão bem quanto elas costumavam, eu continuo tentando outras formas até que eu consiga atingir o mesmo resultado que eu tinha.	(B) Quando as coisas não vão tão bem quanto elas costumavam, eu aceito isto.
2	(A) Quando algo em minha vida não está funcionando tão bem quanto costumava, eu peço ajuda ou	(B) Quando algo em minha vida não está funcionando tão bem quanto costumava, eu decido o que fazer

	conselho aos outros.	por mim mesmo, sem envolver outras pessoas.
3	(A) Quando se torna mais difícil para eu obter os mesmos resultados, eu continuo tentando arduamente até que eu consiga fazer tão bem quanto antes.	(B) Quando se torna mais difícil para eu obter os mesmos resultados eu prefiro desistir.
4	(A) Para as coisas importantes, eu necessito pensar se preciso dedicar mais tempo e esforço.	(B) Mesmo que algo seja importante para mim, pode acontecer que eu não dedique tempo ou esforço necessários.
5	(A) Em situações de vida particularmente difíceis, eu tento obter ajuda de médicos, conselheiros ou outros especialistas.	(B) Em situações de vida particularmente difíceis, eu tento resolver por mim mesmo.
6	(A) Quando as coisas não estão indo tão bem, eu aceito ajuda de outros.	(B) Mesmo em situações difíceis, eu procuro não sobrecarregar os outros.
7	(A) Quando as coisas não estão tão bem como de costume, eu procuro outras maneiras de obtê-las.	(B) Quando as coisas não saem do jeito que elas costumavam, eu as aceito como elas estão.
8	(A) Quando eu não posso mais realizar algo tão bem quanto costumava, eu procuro outros meios e formas de conseguir.	(B) Quando eu não posso mais realizar algo tão bem quanto costumava, então eu aceito isto.
9	(A) Quando eu não posso fazer algo tão bem quanto eu costumava, então eu peço para outra pessoa fazer isto por mim.	(B) Quando eu não posso fazer algo tão bem como eu costumava, eu aceito a mudança.
10	(A) Quando eu tenho medo de perder algo que eu conquistei então eu invisto mais tempo e esforço nisto.	(B) Eu não me disponho a investir mais tempo, apenas para não perder o que já conquistei.
11	(A) Quando algo não funciona tão bem como de costume, observo como os outros fazem.	(B) Quando algo não funciona tão bem como de costume, eu não gasto muito tempo pensando sobre isto.
12	(A) Quando algo não funciona tão bem como de costume, eu leio livros e assisto programas de aconselhamento.	(B) Quando algo não funciona tão bem como de costume, sou eu que sei o que é melhor para mim.

Escala de estados emocionais

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o(a) Sr/Sra vem se sentindo na **última semana**.

Por favor, me responda apenas SIM ou NÃO

QUESTÕES	SIM	NÃO
1. O(a) Sr/Sra está basicamente satisfeito com sua vida?	(1)	(2)
2.O(a) Sr/Sra deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1)	(2)
3.O(a) Sr/Sra sente que sua vida está vazia?	(1)	(2)
4. O(a) Sr/Sra se aborrece com frequência?	(1)	(2)
5. O(a) Sr/Sra se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(1)	(2)
6. O(a) Sr/Sra tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1)	(2)
7. O(a) Sr/Sra se sente feliz a maior parte do tempo?	(1)	(2)
8. O(a) Sr/Sra sente que sua situação não tem saída?	(1)	(2)
9. O(a) Sr/Sra prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1)	(2)
10. O(a) Sr/Sra se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1)	(2)
11. O(a) Sr/Sra acha maravilhoso estar vivo?	(1)	(2)
12. O(a) Sr/Sra se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1)	(2)
13. O(a) Sr/Sra se sente cheio de energia?	(1)	(2)
14. O(a) Sr/Sra acha que sua situação é sem esperança?	(1)	(2)
15. O(a) Sr/Sra sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr/Sra?	(1)	(2)
Total:		

Suporte Social

Apoio social					
“Se você precisar, com que frequência conta com alguém ...					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1- Que o ajude, se ficar de cama?					
2- Para leva-lo ao médico.					
3- Para ajuda-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
4- Para preparar suas refeições, se você não puder prepara-las.					

5- Que demonstre amor e afeto por você?					
6- Que lhe dê um abraço?					
7- Que você ame e que faça você se sentir querido?					
8- Para ouvi-lo quando você precisar falar?					
9- Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
10- Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
11- Que compreenda seus problemas?					
12- Para dar bons conselhos em situações de crise?					
13- Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
14- De quem você realmente quer conselhos?					
15- Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
16- Com quem fazer coisas agradáveis?					
17- Com quem distrair a cabeça?					
18- Com quem relaxar?					
19- Para se divertir junto?					

Inventário de estresse

Gostaríamos de saber se você passou por algum destes eventos estressantes no último ano. Por favor, diga se você passou por qualquer um destes eventos estressantes e o quão estressante foi este evento para você. Por estressantes queremos dizer eventos que te incomodaram ou atrapalharam de alguma forma.

EVENTOS	Não aconteceu	Nada estressante	Pouco estressante	Medianamente estressante	Muito estressante	Extremamente estressante
----------------	----------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------------------

1. Perda da memória	0	1	2	3	4	5
2. Morte do esposo/a	0	1	2	3	4	5
3. Institucionalização da esposa/o	0	1	2	3	4	5
4. Morte de um filho ou filha	0	1	2	3	4	5
5. Morte do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5
6. Morte de outro parente próximo	0	1	2	3	4	5
7. Uma doença ou problema de saúde (queda)	0	1	2	3	4	5
8. Aposentadoria	0	1	2	3	4	5
9. Divórcio	0	1	2	3	4	5
10. Perda do poder aquisitivo/ financeiro	0	1	2	3	4	5
11. Separação do esposo/a	0	1	2	3	4	5
12. Casamento	0	1	2	3	4	5
13. Morte de um amigo	0	1	2	3	4	5
14. Uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família	0	1	2	3	4	5
15. Diminuição na participação em atividades que você realmente gosta	0	1	2	3	4	5
16. Divórcio ou separação dos filhos/as	0	1	2	3	4	5
EVENTOS	Não aconteceu	Nada estressante	Pouco estressante	Medianamente estressante	Muito estressante	Extremamente estressante
17. Diminuição das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário).	0	1	2	3	4	5
18. Aumento das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)	0	1	2	3	4	5
19. Mudança para uma outra casa	0	1	2	3	4	5

20. Mudança para um outro tipo de trabalho menos interessante	0	1	2	3	4	5
21. Aposentadoria do esposo/a	0	1	2	3	4	5
22. A piora na qualidade de vida	0	1	2	3	4	5
23. Problemas com chefe ou colegas de trabalho	0	1	2	3	4	5
24. Piora na relação com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
25. Piora na relação com esposa	0	1	2	3	4	5
26. Assumindo maior responsabilidade com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
27. Assumindo maior responsabilidade com o pai/mãe	0	1	2	3	4	5
28. Institucionalização do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5
29. Perda de um amigo/a próximo devido mudança ou morte	0	1	2	3	4	5
30. Vivência de uma situação em que foi enganado ou ridicularizado	0	1	2	3	4	5
31. Perda de coisas de sua posse devido mudança ou outros	0	1	2	3	4	5
32. Outros: _____ _____	0	1	2	3	4	5

Apêndice 4: Estudo: Construção da PROI – Escala de Proatividade em Idosos

Avaliação pelo comitê de Especialistas

Prezado (a),

Vimos lhe convidar a contribuir com nosso estudo sobre as evidências de validade da escala PROI. Este estudo está sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Heringer Moreira Rosa, discente do programa de Pós-graduação – Doutorado em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a orientação da Profa. Dra. Elizabeth do Nascimento.

O objetivo desta fase consiste na validação de conteúdo da escala PROI. Caso aceite em colaborar, seguem abaixo os esclarecimentos para a análise de conteúdo do instrumento.

Identificação

<p>Nome:</p> <input type="text"/>
<p>Gênero:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino</p>
<p>Profissão:</p> <input type="text"/>
<p>Especialidade:</p> <input type="text"/>
<p>Anos de atuação na profissão:</p> <input type="text"/>
<p>Data da avaliação:</p> <input type="text"/>

Prezado revisor, a PROI é um instrumento que pretende mensurar o nível de proatividade em idosos. O convidamos a avaliar os itens e as instruções da escala conforme os seguintes quesitos:

Grau de clareza: Considere a linguagem utilizada na formulação dos itens, tendo em vista as características da população respondente (idosos). Você marcará o quão claro estão os itens em uma escala de três pontos (Pouco clara/Clara/Muito clara).

Grau de pertinência: Considere se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em idosos. Analise se de fato cada item possui importância para o instrumento. Você marcará o quão pertinente são os itens em uma escala de três pontos (Pouco pertinente/Pertinente/Muito pertinente).

Grau de relevância: Considere o grau de associação entre o item e o construto. Analise o quanto o item é relevante para medir o construto. Você marcará o quão relevante são os itens em uma escala de três pontos (Pouco relevante/Relevante/Muito relevante).

Dimensões: Analise a adequação de cada item em representar as dimensões da teoria estudada. Sendo assim, nesse critério você indicará qual das oito dimensões de proatividade o item representa. Seguem as definições das dimensões, além do conceito geral de proatividade, proatividade preventiva e corretiva:

Enfrentamento proativo		
São ações comportamentais específicas que respondem a estressores relacionados ao envelhecimento. Manifestam-se tanto no tempo presente quanto na organização frente à demanda de uma situação futura. Tais ações visam o melhoramento da qualidade de vida.		
Eventos normativos	Proatividade preventiva	Proatividade corretiva
	São adaptações proativas temporariamente antecedentes aos estressores. Elas podem servir para duas metas: de autodesenvolvimento (ou melhoramento) pessoal e o de posicionar o <i>self</i> para ser mais habilidoso ao encontrar situações de vida estressantes.	São adaptações acionadas quando os estressores começam a agir. Elas podem auxiliar os idosos a ativarem recursos para engajar em atividades compensatórias que se contrapõem aos efeitos adversos dos estressores. Além disso, visam o aprimoramento dos recursos para minimizar futuros agravamentos dos estressores ao longo da vida.
	Dimensões da Proatividade preventiva	Dimensões da Proatividade corretiva
Perdas na saúde	<i>Promover a saúde</i>	<i>Agregar pessoas ao suporte</i>
	Refere-se ao engajamento em um estilo de vida saudável. Ela é útil na prevenção de possíveis perdas físicas.	Constitui a aplicação de habilidades proativas na busca de ajuda ao lidar com situações problemáticas diversas. De forma geral, os idosos priorizam a ajuda dos suportes informais (incluindo família e parentes) e, quando esses esforços são insuficientes, eles buscam cuidados profissionais.
		<i>Gerenciamento ativo da doença (SA)</i>
		Envolve a ação de autocuidado com a saúde, a aquisição de materiais voltados ao bem-estar e o autogerenciamento nos cuidados da saúde diante de doenças já instaladas.
Perdas sociais	<i>Oferecer ajuda a outros</i>	<i>Substituição de papel</i>
	Fornecer apoio (instrumental e emocional) a outros em tempos de necessidade.	Aponta para esforços proativos de forma a substituir papéis para a manutenção de novas funções sociais significativas. É uma adaptação relevante para encontrar o significado social.
Adaptação pessoa ao ambiente	<i>Planejar o futuro</i>	<i>Mudanças no ambiente</i>
	Planejar-se frente às necessidades futuras. Desenvolver novos projetos de vida e se organizar financeiramente.	É visto como uma adaptação específica para superar mudanças ambientais no local em que se vive. As metas de modificações ambientais incluem aumentar o conforto, possibilitar atividade continuada e melhorar a segurança.
	<i>Mudanças de local</i>	
	Compromisso das pessoas em engajar-se antecipadamente na	

obtenção de locais que lhe sejam mais favoráveis.

A Instrução da Escala é:

A seguir, apresentaremos uma lista de atividades. Queremos saber, ao longo da sua vida, a frequência que você fez ou faz cada uma delas para melhorar a sua qualidade de vida. Veja o exemplo:

Para melhorar a minha saúde:	Opções de resposta				
	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Fiz palavras cruzadas.		X			

Na situação, a pessoa informou que fez palavras cruzadas “muitas vezes” para melhorar a saúde. Marque um “x” na frequência que você fez ou faz o que está descrito em cada frase. Fique tranquilo ao responder as frases, pois não existem respostas certas ou erradas. O importante é você responder pensando o que fez ou tem feito ao longo dos anos para melhorar a sua qualidade de vida.

1- Grau de clareza da instrução

() Pouco clara () Clara () Muito clara

Se inadequada, justifique:

Por favor, caso veja necessidade, sugira reformulação:

2- Grau de pertinência da instrução

() Pouco pertinente () Pertinente () Muito pertinente

Se pouco pertinente, justifique:

3- Grau de relevância da instrução

() Pouco relevante () Relevante () Muito relevante

Se pouco relevante, justifique:

Opção de resposta (Escala Likert de 5 pontos)

Sempre / Muitas vezes/ Algumas vezes/ Raramente/ Nunca
1- Grau de clareza das opções de resposta () Pouco clara () Clara () Muito clara Se inadequada, justifique:

Por favor, caso veja necessidade, sugira reformulação:

2- Grau de pertinência das opções de resposta

Pouco pertinente Pertinente Muito pertinente

Se não pertinente, justifique:

3- Grau de relevância das opções de resposta

Pouco relevante Relevante Muito relevante

Se irrelevante, justifique:

Itens da Escala:

1- Solicitei ajuda de profissionais (por exemplo, enfermeiros, cuidadores).

A - Categoria de proatividade representada pelo item:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Promover a saúde | <input type="checkbox"/> Agregar pessoas ao suporte |
| <input type="checkbox"/> Mudança de local | <input type="checkbox"/> Gerenciamento ativo da doença |
| <input type="checkbox"/> Planejar o futuro | <input type="checkbox"/> Mudança no ambiente |
| <input type="checkbox"/> Oferecer ajuda aos outros | <input type="checkbox"/> Substituição de papel |

O item poderia representar outra categoria? não sim, Qual e Por que?

B- Grau de clareza do item

Muito claro Claro Nada claro

Se inadequada a formulação, justifique:

C- Grau de pertinência do item

Pouco pertinente Pertinente Muito pertinente

Se não pertinente, justifique:

D- Grau de relevância do item

Pouco relevante Relevante Muito relevante

Se irrelevante, justifique:

2- Li textos para melhorar o meu bem estar (por exemplo, materiais de autoajuda, livros espirituais).	
A - Categoria de proatividade representada pelo item:	
<input type="checkbox"/> Promover a saúde	<input type="checkbox"/> Agregar pessoas ao suporte
<input type="checkbox"/> Mudança de local	<input type="checkbox"/> Gerenciamento ativo da doença
<input type="checkbox"/> Planejar o futuro	<input type="checkbox"/> Mudança no ambiente
<input type="checkbox"/> Oferecer ajuda aos outros	<input type="checkbox"/> Substituição de papel
O item poderia representar outra categoria? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, Qual e Por que?	
B- Grau de clareza do item	
<input type="checkbox"/> Muito claro <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Nada claro	
Se inadequada a formulação, justifique:	
C- Grau de pertinência do item	
<input type="checkbox"/> Pouco pertinente <input type="checkbox"/> Pertinente <input type="checkbox"/> Muito pertinente	
Se não pertinente, justifique:	
D- Grau de relevância do item	
<input type="checkbox"/> Pouco relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Se irrelevante, justifique:	

Apêndice 4: PROI – Escala de Proatividade em Idosos

A seguir, apresentaremos uma lista de atividades. Queremos saber, ao longo da sua vida, a frequência que você fez ou faz cada uma delas para melhorar a sua qualidade de vida. Veja o exemplo:

Para melhorar a minha saúde procuro:	Opções de resposta				
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Dormir bem.				X	

Na situação, a pessoa informou que procura dormir bem “muitas vezes” para melhorar a saúde. Marque um “x” na frequência que você fez ou faz o que está descrito em cada frase.

	Para melhorar a minha saúde procuro:	Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Fazer exercícios físicos regulares (por exemplo, caminhada, corrida, musculação).					
2	Alimentar bem (comer frutas, verduras, alimentos ricos em fibra; em horários regulares e em porções moderadas).					
3	Evitar o abuso de bebidas alcóolicas.					
4	Evitar o fumo.					
5	Estimular minha mente (por exemplo, lendo).					
6	Ir ao dentista fazer avaliações de rotina.					
7	Usar protetor solar.					
8	Ir ao médico fazer exames de rotina.					
9	Controlar o meu peso.					
10	Cuidar da limpeza dos meus dentes.					
	Para melhorar a minha vida social procuro:	Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
11	Oferecer ajuda a pessoas (por exemplo, vizinhos, amigos).					
12	Ajudar meus parentes.					
13	Dar conselhos que ajudem outras pessoas.					
14	Dar apoio a quem me pede.					
15	Fazer trabalho voluntário.					
16	Tratar bem as pessoas.					
17	Escutar os problemas das pessoas.					
18	Conviver bem com os membros da minha família.					
19	Participar de atividades sociais (por exemplo, igreja, grupos de apoio, centro de convivência).					
20	Buscar aprender coisas novas.					
21	Manter o contato com amigas antigas.					
22	Fazer cursos (por exemplo, informática; aprendizagem de uma nova língua, aula de música).					
23	Participar de atividades de lazer (por exemplo, viagens, refeições com amigos, idas ao cinema).					
	Para melhorar a minha vida no futuro procuro:	Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
24	Economizar dinheiro.					
25	Controlar meus gastos financeiros.					
26	Investir na minha formação educacional.					
27	Adquirir (ou manter) um plano de saúde.					
28	Procurar formas de aumentar minha renda.					

29	Fazer investimentos financeiros (por exemplo, poupança, aquisição de imóvel).					
30	Evitar fazer dívidas.					
31	Evitar gastar dinheiro com coisas que considero desnecessárias.					
Para melhorar o meu dia a dia:						
						Sim
						Não
32	Mudei de casa para ficar perto de familiares.					
33	Escolhi viver em um lugar com menos violência.					
34	Mudei para um lugar que facilitasse a minha locomoção.					
35	Mudei para um lugar mais tranquilo.					
36	Retirei tapetes soltos do meu lar.					
37	Coloquei corrimões na minha casa.					
38	Mantive os objetos da minha casa no mesmo local (por exemplo, móveis, chaves, documentos).					
39	Adaptei o meu banheiro para evitar quedas.					
40	Coloquei rampas de acesso na minha residência.					
41	Melhorei a iluminação da minha casa.					
42	Mudei para um local com melhor acesso a serviços de saúde.					
43	Mudei para um local com melhor acesso a serviços (por exemplo, supermercado, farmácia, restaurante).					

Sobre a intensidade das mudanças no meu corpo e/ou nas minhas emoções, nos últimos 5 anos:					
		Nenhuma	Pouca	Razoável	Muita
44	Passei por mudanças físicas (por exemplo, aparecimento de doenças crônicas, dificuldades de locomoção).				
45	Passei por mudanças mentais (por exemplo, problemas de atenção, memória).				
46	Passei por mudanças emocionais (por exemplo, sintomas de depressão, de ansiedade, senti-me mais vulnerável, senti-me mais sensível).				

Para diminuir os efeitos dessas mudanças no meu corpo e/ou nas minhas emoções, eu procuro:		Opções de resposta					
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não era possível eu fazer isso
47	Pedir apoio a familiares.						
48	Pedir apoio a amigos.						
49	Solicitar ajuda de profissionais (por exemplo, enfermeiros, cuidadores).						
50	Conversar com parentes.						
51	Conversar com amigos.						
52	Buscar informações sobre a minha						

	doença (por exemplo, na internet, lendo livros, conversando com outras pessoas).						
53	Fazer leitura de textos destinados a melhorar o meu bem estar (por exemplo, materiais de autoajuda, livros espirituais).						
54	Tomar meus medicamentos na hora certa.						
55	Perguntar ao meu médico o que quero saber sobre a minha saúde.						
56	Decidir qual tratamento quero para o meu problema de saúde.						
57	Seguir as recomendações dos profissionais da saúde.						

Apêndice 5

Média, intervalo de confiança, variância, assimetria e curtose

Variable	M	Intervalo de confiança (95%)	Variância	Assimetria
Curtose				
Item 1	4,049	(3,86 4,24)	1,356	-1,008
Item 2	4,379	(4,24 4,52)	0,737	-1,245
Item 3	4,416	(4,25 4,58)	1,033	-1,848
Item 4	4,601	(4,42 4,78)	1,244	-2,667
Item 5	4,053	(3,86 4,25)	1,392	-1,085
Item 6	3,848	(3,65 4,04)	1,421	-0,581
Item 7	3,667	(3,44 3,90)	1,975	-0,572
Item 8	4,412	(4,26 4,56)	0,835	-1,459

Item 9	3,996	(3,81	4,18)	1,288	-0,908	-0,082
Item 10	4,560	(4,42	4,70)	0,716	-2,052	3,651
Item 11	4,095	(3,93	4,26)	1,049	-0,976	0,349
Item 12	4,160	(4,00	4,32)	0,982	-0,887	-0,097
Item 13	4,012	(3,84	4,19)	1,107	-0,770	-0,236
Item 14	4,486	(4,35	4,62)	0,637	-1,441	1,402
Item 15	2,918	(2,70	3,13)	1,738	0,152	-1,060
Item 16	4,802	(4,71	4,90)	0,323	-3,906	18,534
Item 17	4,383	(4,24	4,53)	0,771	-1,487	1,963
Item 18	4,683	(4,58	4,79)	0,422	-2,647	8,868
Item 19	3,819	(3,60	4,04)	1,761	-0,778	-0,671
Proi_20	4,095	(3,91	4,28)	1,287	-1,103	0,386
Item 21	4,091	(3,92	4,27)	1,128	-0,886	-0,129
Item 22	2,914	(2,66	3,16)	2,293	0,097	-1,436
Item 23	3,663	(3,46	3,87)	1,573	-0,410	-0,974
Item 24	3,741	(3,54	3,94)	1,418	-0,501	-0,838
Item 25	4,230	(4,06	4,40)	1,042	-1,290	1,017
Item 26	3,037	(2,80	3,27)	2,019	0,004	-1,315
Item 27	3,827	(3,56	4,10)	2,678	-0,886	-0,988
Item 28	2,934	(2,69	3,18)	2,185	0,098	-1,329
Item 29	3,037	(2,78	3,29)	2,357	0,027	-1,464
Item 30	4,383	(4,21	4,55)	1,092	-1,815	2,536
Item 31	4,309	(4,12	4,50)	1,333	-1,687	1,800
Item 43	1,502	(1,42	1,58)	0,250	-0,008	-1,996
Item 47	2,798	(2,55	3,04)	2,243	0,488	-0,864
Item 48	2,420	(2,20	2,64)	1,840	0,875	-0,060
Item 49	2,251	(1,98	2,52)	2,715	1,046	-0,345
Item 50	3,395	(3,16	3,63)	2,099	-0,075	-1,147
Item 51	3,535	(3,30	3,77)	2,117	-0,218	-1,103
Item 52	3,173	(2,89	3,45)	2,933	0,031	-1,431
Item 53	3,325	(3,06	3,59)	2,614	-0,150	-1,362
Item 54	4,642	(4,47	4,81)	1,061	-2,052	4,153
Item 55	4,424	(4,22	4,63)	1,495	-1,572	1,611
Item 57	4,675	(4,53	4,82)	0,828	-2,073	5,168

Apêndice 6: Teste de Multicolinearidade

Teste de Multicolinearidade (Passo 1)		
Variáveis	Estatísticas de colinearidade	
	Tolerance	VIF
Renda	0,83281	1,20074
Mos_Material	0,79398	1,25947
Mos_afetivo	0,51801	1,93043

Mos_emocional	0,55192	1,81177
Mos_informacional	0,81283	1,23025
Mos_interação	0,95742	1,04446

Apêndice 7: Teste de multicolinearidade

Teste de Multicolinearidade (Passo 2)		
Variáveis	Estatísticas de colinearidade	
	Tolerance	VIF
Estressores Físicos	0,857061	1,16677
Estressores Ambientais	0,857163	1,16664

Estressores Sociais	0,833931	1,19914
---------------------	----------	---------

Teste Apêndice 8: Teste de Multicolinearidade (passo 3)

Variáveis	Estatísticas de colinearidade	
	Tolerance	VIF
Renda	0,94150	1,06213
Mos Material	0,73236	1,36543

Mos Afetivo	0,76678	1,30415
Mos Emocional	0,50220	1,99122
Mos Informacional	0,53864	1,85650
Mos Interação	0,76462	1,30783
PROI1	0,86029	1,16238
PROI2	0,83421	1,19873
PROI3	0,87929	1,13727
PROI4	0,92800	1,07758
PROI5	0,88753	1,12671
PROI6	0,94243	1,06108
PROI7	0,89812	1,11335
PROI8	0,85397	1,17099

Apêndice 9: Teste de qualidade de ajuste

Teste	GL	X ²	P
Momento 1			
Deviance	317	276,70	0,950
Pearson	317	321,01	0,427
Hosmer-	6	3,72	0,714

Lemeshow			
Momento 2			
Deviance	328	300,93	0,856
Pearson	328	330	0,459
Hosmer-Lemeshow	3	1,19	0,756
Momento 3			
Deviance	310	261,84	0,978
Pearson	310	322,56	0,300
Hosmer-Lemeshow	8	7,60	0,473

Apêndice 10 – PROI – Versão final

A seguir, apresentaremos uma lista de atividades. Queremos saber, ao longo da sua vida, a frequência que você fez ou faz cada uma delas para melhorar a sua qualidade de vida. Veja o exemplo:

Para melhorar a minha saúde procuro:	Opções de resposta				
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

1. Dormir bem.				X	
----------------	--	--	--	---	--

Na situação, a pessoa informou que procura dormir bem “muitas vezes” para melhorar a saúde. Marque um “x” na frequência que você fez ou faz o que está descrito em cada frase.

Para melhorar a minha saúde procuro:		Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Fazer exercícios físicos regulares (por exemplo, caminhada, corrida, musculação).					
2	Alimentar bem (comer frutas, verduras, alimentos ricos em fibra; em horários regulares e em porções moderadas).					
3	Controlar o meu peso.					
4	Cuidar da limpeza dos meus dentes.					
Para melhorar a minha vida social procuro:		Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5	Oferecer ajuda a pessoas (por exemplo, vizinhos, amigos).					
6	Ajudar meus parentes.					
7	Dar conselhos que ajudem outras pessoas.					
8	Dar apoio a quem me pede.					
9	Tratar bem as pessoas.					
10	Manter o contato com amizades antigas.					
11	Fazer cursos (por exemplo, informática; aprendizagem de uma nova língua, aula de música).					
12	Participar de atividades de lazer (por exemplo, viagens, refeições com amigos, idas ao cinema).					
13	Investir na minha formação educacional.					
Para melhorar a minha vida no futuro procuro:		Opções de resposta				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
14	Economizar dinheiro.					
15	Controlar meus gastos financeiros.					
16	Evitar fazer dívidas.					
Para melhorar o meu dia a dia:				Sim	Não	
17	Mudei de casa para ficar perto de familiares.					
18	Escolhi viver em um lugar com menos violência.					
19	Mudei para um lugar que facilitasse a minha locomoção.					
20	Coloquei corrimões na minha casa.					
21	Adaptei o meu banheiro para evitar quedas.					
22	Coloquei rampas de acesso na minha residência.					

Sobre a intensidade das mudanças no meu corpo e/ou nas minhas emoções, nos últimos 5 anos:		Nenhuma	Pouca	Razoável	Muita
23	Passei por mudanças físicas (por exemplo, aparecimento de doenças crônicas, dificuldades de locomoção).				
24	Passei por mudanças mentais (por exemplo, problemas de atenção, memória).				
25	Passei por mudanças emocionais (por exemplo, sintomas de depressão, de ansiedade, senti-me mais vulnerável, senti-me mais sensível).				

	Para diminuir os efeitos dessas mudanças no meu corpo e/ou nas minhas emoções, eu procuro:	Opções de resposta					
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não era possível eu fazer isso
26	Pedir apoio a familiares.						
27	Pedir apoio a amigos.						
28	Solicitar ajuda de profissionais (por exemplo, enfermeiros, cuidadores).						
29	Tomar meus medicamentos na hora certa.						
30	Perguntar ao meu médico o que quero saber sobre a minha saúde.						
31	Decidir qual tratamento quero para o meu problema de saúde.						
32	Seguir as recomendações dos profissionais da saúde.						

Apêndice 11
Tabela de frequência (Idade, Gênero, Escolaridade, Renda, Depressão, Suporte social, estressores e proatividade).

Faixas de Idade	Com Sintomas Depressivos	Sem Sintomas Depressivos	Total

58 a 62 anos	11	52	63
63 a 67 anos	16	88	104
68 a 72 anos	13	60	73
73 a 77 anos	10	44	54
Acima de 78 anos	7	29	36
Total	57	273	330
Gênero			
Feminino	49	217	266
Masculino	8	56	64
Total	57	273	330
Escolaridade			
Superior Completo ou Incompleto	8	71	79
Ensino Médio	18	110	128
Ensino Fundamental	22	64	86
Sabe Ler e Escrever	9	24	33
Total	57	269	326
Renda familiar			
Até um salário	11	42	53
R\$881,00 a R\$1.760,00	24	76	100
R\$1761,00 a R\$2.640,00	3	54	57
R\$2.641,00 a R\$4.440,00	12	44	56
≥R\$4.441,00	5	52	57
Total	55	268	323