



Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar

Dissertação de Mestrado

**Estresse e Estilo de Vida: Uma Abordagem de Métodos Mistos Sobre Saúde e
Desenvolvimento Humano**

João Lucas Araujo Assunção

Brasília

Março de 2026

Dissertação de Mestrado

Estresse e Estilo de Vida: Uma Abordagem de Métodos Mistos Sobre Saúde e Desenvolvimento Humano

João Lucas Araujo Assunção

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar. Área de concentração: Processos de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione

Brasília

Março de 2026

AA851e Assunção, João Lucas Araujo
Estresse e Estilo de Vida: Uma Abordagem de Métodos
Mistos Sobre Saúde e Desenvolvimento Humano / João Lucas
Araujo Assunção; orientador Isabelle Patriciá Freitas Soares
Chariglione. Brasília, 2026.
206 p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e
Escolar) Universidade de Brasília, 2026.

1. adultos. 2. pessoa idosa. 3. estresse psicológico. 4.
estilo de vida. 5. promoção de saúde. I. Chariglione,
Isabelle Patriciá Freitas Soares, orient. II. Título.

Este trabalho recebeu apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de julho/2023 a julho/2025.

Dissertação aprovada pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Isabelle Patriciá Freitas Soares Chariglione (Presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Sílvia Maria Gonçalves Coutinho (Membro Externo)
Secretaria de Estado de Saúde

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz (Membro Interno)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Fauston Negreiros (Membro Suplente)
Universidade de Brasília

Brasília

Março de 2026

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a mim.

Ao corpo cansado que sustentou noites mal dormidas, ao pensamento atravessado pelo estresse, ao coração que, mesmo ferido, insistiu em acreditar na ciência, na psicologia e na possibilidade de existir com dignidade dentro de estruturas que nem sempre acolhem.

Agradeço a mim por não ter desistido quando o cansaço pesou demais, por ter resistido movido por amor, por vínculo e por uma implicação que sempre me puxava de volta para o sentido da vida.

Agradeço profundamente às políticas de inclusão social, especialmente ao Programa Universidade para Todos (ProUni). Se hoje sou pesquisador e psicólogo, é porque políticas públicas ousaram me enxergar. Elas possibilitaram abrir portas que, de outro modo, estariam fechadas e me permitiram resistir às pressões marginais que atravessam a vida de quem nasce onde eu nasci, aprende como eu aprendi e carrega no corpo a memória da resistência de classe.

Agradeço também às bolsas de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que me ajudaram a resistir à graduação, abriram brechas para que eu entrasse no contexto da pesquisa e me permitiram me inscrever na ciência quando eu ainda não sabia se tinha um lugar nela. Cada experiência foi um ponto de costura entre dores existenciais, deslocamentos, dúvidas e uma vontade profunda de construir conhecimento a partir da vida vivida.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado, que foi fundamental para que eu permanecesse no percurso acadêmico.

Agradeço às pessoas que não desistiram de mim.

Àquelas que me acolheram com uma palavra, um café, um gesto, um olhar, um afeto.

Àquelas que me reconheceram mesmo quando eu não conseguia me reconhecer.

Vocês me deram chão, impulso e fôlego.

Agradeço à Bruna Costa pela capacidade de me amar ao longo do tempo e do espaço.

Por conhecer todas as minhas versões e, ainda assim, continuar comigo, insistindo, me ajudando e tentando fazer com que eu transforme os espaços por onde passo.

Obrigado por insistir em mim e por sustentar a organização do meu caos, mesmo quando eu não conseguia ter uma pausa.

Obrigado por existir.

Agradeço à Ana Quezia.

Obrigado por ter permitido o reconhecimento, o meu reconhecimento de mim mesmo, atravessado pelo modo como você me acolheu.

Foi muito importante perceber, entre nós, pontos de igualdade e de diferença coexistindo sem conflito, apenas como partes de um encontro possível.

Obrigado por ser você e por permitir que eu me sentisse bem o suficiente para aparecer ao seu lado.

A sua presença resgatou e possibilitou uma expressão autêntica minha em meio ao caos, ao adoecimento e ao desânimo.

Todas as vezes em que eu buscava incessantemente falar era porque o nosso vínculo e a sua presença permitiam que eu pudesse ser eu.

E isso, hoje eu reconheço, é uma das maiores formas de amor.

A sua presença foi um fator curativo para mim em todo esse processo.

Obrigado pela amizade.

Agradeço à Andrezza, que esteve presente e me escutou, e que me estimulou quando a vida acadêmica parecia grande demais.

Sua presença ajudou a atravessar a pressa, o estresse e o cansaço da vida acadêmica e da vida adulta.

Sou grato pelos momentos de qualidade, pela honestidade da presença, pelas risadas, pelas piadas, pelos cafés nos corredores da UnB e pela sustentação afetiva oferecida nos intervalos das aulas, das escritas, dos trabalhos e das fugas da rotina.

Você foi um ponto de sustentação muito significativo ao longo deste percurso.

Obrigado pela amizade.

Agradeço à Milena Lima pelo acolhimento e pela presença que sempre trouxe leveza no meio da correria do trabalho e da vida. Diante do caos, do cansaço, do estresse e do esgotamento, a sua presença diminuía o impacto do peso que o mundo colocava sobre mim.

Obrigado pelas palavras de fortalecimento, pelo carinho, pela insistência em me lembrar de me dar pausas e descansar.

Você tem uma presença leve, uma forma de afeto que acalma e reorganiza.

Obrigado por me ajudar a me recompor quando tudo parecia grande demais.

Obrigado por existir.

Agradeço a todos os educadores que foram cuidadores ao longo da minha trajetória.

Vocês inauguraram um lugar afetivo onde eu pudesse me apaixonar pelo conhecimento.

Da minha infância até aqui, o afeto dos professores foi o que permitiu que a minha inteligência pudesse fluir, respirar e se expandir.

Obrigado a todos que deixaram memórias de cuidado, presença e abertura no meu caminho.

Mas agradeço, especialmente, aos seguintes professores:

Agradeço à minha orientadora, Isabelle Chariglione.

Obrigado por ter me dado uma presença segura em um contexto que repara, pouco a pouco, os silenciamentos e violências que atravessaram a minha história.

Hoje eu reconheço que falo muito, escrevo muito e teorizo muito porque, por muito tempo, eu fui silenciado.

Poder falar, pensar e pesquisar é também reparar, reorganizar e cuidar do que eu sou.

Obrigado por apostar em mim e permitir que eu realizasse uma pesquisa complexa.

Foi muito importante você ter deixado que eu aparecesse com a minha forma de ser e de pensar a ciência.

Cada orientação sua me ajudou a reconstruir partes minhas que antes eram interdidas.

Eu gostaria que todo mundo tivesse a chance de ter alguém como você no percurso acadêmico.

Isso é fundamental para a resistência vital e amorosa, para que o pensamento possa florescer sem medo e a pesquisa possa nascer sem violência.

Ter uma orientadora que cuida, escuta, apoia e reconhece é uma das experiências mais transformadoras que alguém pode viver na trajetória científica.

Obrigado pelo cuidado, pela presença que sustenta e reorganiza, pela confiança que me permitiu existir como pesquisador, psicólogo e sujeito.

Você foi essencial para que eu me tornasse quem sou hoje.

Agradeço à professora Ana Cristina pelo cuidado e pelas orientações que marcaram profundamente o meu percurso acadêmico.

Agradeço por ter me apresentado a análise de implicação, a intersubjetividade e a clínica como uma postura e uma posição ética de cuidado psicossocial.

Você é uma das minhas grandes referências na psicologia.

Agradeço a você.

Agradeço à banca examinadora pela disponibilidade, pela leitura e pelas contribuições oferecidas a este trabalho.

Agradeço à Profa. Dra. Elizabeth Queiroz pelo acompanhamento atento e pelas recomendações. Suas orientações e sugestões foram fundamentais para qualificar este trabalho.

Agradeço à Profa. Dra. Silva Coutinho pela participação na banca, pelas orientações e sugestões oferecidas, cuja atenção e cuidado fizeram grande diferença neste momento.

Agradeço ao Prof. Dr. Fauston Negreiros pela atenção, pelas reflexões e pelas sugestões ao longo deste percurso acadêmico. Suas orientações contribuíram para ampliar meu olhar na ciência do desenvolvimento humano e fortalecer a construção deste trabalho.

Obrigado a cada um de vocês por dedicarem tempo a esta etapa tão importante.

A pesquisa que escrevo aqui não nasce apenas de teorias, instrumentos e análises.

Ela nasce da vida vivida, das feridas abertas, das palavras recuperadas, do corpo cansado que ainda insiste em existir.

Ela nasce de atravessamentos que não escolhi, mas que escolheram me transformar.

Se hoje escrevo, é porque sobrevivi.

Se hoje penso, é porque recusei o silenciamento.

Se hoje pesquiso, é porque acredito que o conhecimento pode ser uma forma de cuidado, resistência e reorganização da existência.

Carrego nesta dissertação tudo o que fui, tudo o que perdi, tudo o que encontrei e tudo o que ainda desejo me tornar.

E sigo acreditando que pesquisar é, também, uma maneira de amar o mundo.

E que resistir amando, às vezes, é a forma mais profunda de permanecer vivo.

—João Assunção

Índice

Índice.....	10
Lista de Tabelas.....	14
Lista de Figuras.....	15
Lista de Abreviações e Símbolos Estatísticos	16
Resumo.....	18
Abstract.....	20
Introdução	22
 Capítulo 1: Questões Epistemológicas no Paradigma Emergente da Ciência	
Contemporânea	31
1.1 O Paradigma Tradicional: Simplicidade, Estabilidade e Objetividade	31
1.2 Transformação Paradigmática da Ciência: A Urgência do Pensamento Sistêmico e Considerações Acerca da Complexidade, Instabilidade e Intersubjetividade	36
1.3 Paradigmas Científicos e a Construção do Conhecimento em Psicologia e em Psicologia do Desenvolvimento.....	39
 Capítulo 2: Adulter e Velhice ao Longo do Desenvolvimento Humano: Fundamentos e Articulações Teóricas.....	
2.1 Desenvolvimento Humano ao Longo da Vida	43
2.2 A Adulter ao Longo da Vida: Dimensões Sociais e Contextuais	46
2.3 Envelhecimento Humano: Fundamentos Biológicos, Sistêmicos e Psicológicos.....	51
2.4 Pessoa Idosa: Teorias Psicossociais, Regulação Emocional e Cognição	55
 Capítulo 3: Estresse e Estilo de Vida: Impactos na Saúde e no Desenvolvimento Humano	
	59

3.1 Considerações Sobre a Noção de Estresse: Perspectiva Fisiológica e Modelos Teóricos de Estresse.....	61
Capítulo 4: Justificativa	67
Capítulo 5: Objetivos.....	71
5.1 Objetivo Geral.....	71
5.2 Objetivos Específicos.....	71
Capítulo 6: Método	72
6.1 Delineamento de Pesquisa.....	72
6.2 Local de Realização da Pesquisa.....	73
6.3 Participantes	73
6.3.1 Critérios de Inclusão dos Participantes.....	75
6.3.2 Critérios de Exclusão dos Participantes	75
6.4 Instrumentos	75
6.4.1 Medidas Quantitativas	76
6.4.2 Medidas Qualitativas	77
6.5 Procedimentos Metodológicos	78
6.5.1 Etapas do Procedimento	78
6.6 Procedimentos de Análise de Dados	80
6.6.1 Análise de Dados Quantitativos	81
6.6.2 Análise de Dados Qualitativos	82
6.6.3 Análise Integrativa dos Dados.....	82
Capítulo 7: Resultados.....	84
7.1 Parâmetros Sociodemográficos e Clínicos Associados ao Diagnóstico e Internação	84

7.2. Resultados das Análises Paramétricas e Não Paramétricas	92
7.3 Resultados Qualitativos: Classes Lexicais, Componentes Fatoriais e Descrições do Campo	115
7.3.1 Descrição do Corpus.....	115
7.3.2 Classe 1 – Medo, Afeto e Subjetividade	118
7.3.3 Classe 4 – Perdas, Família e Conflitos	121
7.3.4 Classe 3 – Cuidado, Saúde e Reorganização	124
7.3.5 Classe 2 – Cansaço Urbano e Economia do Estresse	127
7.3.6 Classe 5 – Trabalho, Escolaridade e Trajetória	131
7.4 Integração dos Dados Quantitativos e Qualitativos	139
Capítulo 8: Discussão.....	145
8.1 Eixo 1 – A Pessoa em Desenvolvimento: Características Sociodemográficas, Clínicas e Trajetórias Individuais no Contexto da Internação	147
8.2 Eixo 2 – Processos Proximais: Estresse, Estilo de Vida e Reorganização Adaptativa Durante a Internação	151
8.3 Eixo 3 – Contexto, Tempo e Vínculos: Redes de Apoio, Perdas e Desenvolvimento ao Longo da Vida no Enfrentamento do Estresse	155
Capítulo 9: Considerações Finais	159
Referências.....	168
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	193
Apêndice B: Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos	196
Apêndice C: Mini Exame do Estado Mental	198

Apêndice D: Perfil de Estilo de Vida Individual	200
Apêndice E: Ficha de Dados Sociodemográficos	203
Apêndice F: Roteiro de Entrevista Semiestruturada	206

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Perfil Sociodemográfico dos Participantes (N = 30)</i>	84
Tabela 2 <i>Aspectos Sociais, Clínicos e de Hábitos de Vida dos Participantes (N = 30)</i>	87
Tabela 3 <i>Dados de Internação e Diagnóstico (N = 30)</i>	89
Tabela 4 <i>Da Estatística à Experiência: Intersecções entre o Dado, o Discurso e a Vivência ..</i>	140

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Média Geral dos Fatores do Perfil de Estilo de Vida</i>	95
Figura 2 <i>Distribuição dos Escores dos Fatores e Total do PEVI</i>	97
Figura 3 <i>Distribuição dos Escores Totais e das Fases de Estresse Segundo o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp - Revisado</i>	100
Figura 4 <i>Correlação Linear Entre os Escores Totais do Estilo de Vida e do Estresse</i>	102
Figura 5 <i>Matriz de Correlação de Pearson Entre os Escores Totais e Fatores do Estilo de Vida e Estresse</i>	104
Figura 6 <i>Mapa de Correlação de Pearson Entre Variáveis Clínicas (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Sedentarismo), Escore Total de Estilo de Vida e Escore Total de Estresse</i>	106
Figura 7 <i>Distribuição dos Escores Totais de Estresse e Estilo de Vida PEVI por Sexo</i>	108
Figura 8 <i>Distribuição dos Escores Totais de Estilo de Vida e de Estresse por Grupo Etário</i> ..	110
Figura 9 <i>Distribuição dos Escores Totais de Estresse e Estilo de Vida por Grupo Etário e Sexo</i>	112
Figura 10 <i>Configuração dos Perfis Comportamentais Obtida por Meio da Análise de Componentes Principais e Agrupamento por Clusters</i>	114
Figura 11 <i>Relação das Classes e das Palavras do Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente</i>	117
Figura 12 <i>Distribuição de Palavras em Duas Dimensões Fatoriais</i>	135

Lista de Abreviações e Símbolos Estatísticos

ACTH	Hormônio adrenocorticotrófico.
AFC	Análise fatorial de correspondência.
ANOVA	Análise de variância.
AVCI	Acidente vascular cerebral isquêmico.
<i>b</i>	Coefficiente não padronizado de regressão linear.
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.
CHD	Classificação hierárquica descendente.
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
CRH	Hormônio liberador de corticotropina.
χ^2	Qui-quadrado (estatística de teste de associação entre palavra e classe usada na classificação hierárquica descendente).
DAC	Doença arterial coronariana.
DAP	Doença arterial periférica.
DNA	Ácido desoxirribonucleico.
<i>DP</i>	Desvio-padrão.
DRC	Doença renal crônica.
<i>F</i>	Estatística <i>F</i> da análise de variância.
<i>f</i>	Frequência.
<i>H</i>	Estatística do teste de Kruskal–Wallis.
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal.
IC	Insuficiência cardíaca.

IGESDF	Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
IRaMuTeQ	<i>Interface do R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires.</i>
ISSL-R	Inventário de Sintomas de Stress de Lipp Revisado.
<i>M</i>	Média.
MEEM	Mini Exame do Estado Mental.
<i>N</i>	Tamanho amostral.
<i>n</i>	Tamanho grupal.
<i>p</i>	Valor <i>p</i> .
PCA	Análise de componentes principais (<i>principal component analysis</i>).
PEVI	Perfil de Estilo de Vida Individual.
PO	Pós-operatório.
ProUni	Programa Universidade para Todos.
Q1	Quartil 1.
Q2	Quartil 2 (mediana).
Q3	Quartil 3.
<i>r</i>	Coefficiente de correlação de Pearson.
SUS	Sistema Único de Saúde.
ST	Segmentos de texto.
<i>t</i>	Estatística <i>t</i> de Student.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UnB	Universidade de Brasília.

Resumo

O envelhecimento humano constitui um processo complexo que compreende a adultez e a velhice como fases interdependentes, articuladas às dinâmicas de estresse e estilo de vida. Dessa forma, essa dissertação discute o desenvolvimento humano ao longo da vida, o compreendendo como um processo contínuo, dinâmico e transversal às diferentes fases do desenvolvimento. Nesse sentido, a adultez e a velhice não são concebidas como fases fechadas, isoladas ou dissociadas, mas como expressões interdependentes de trajetórias desenvolvimentais marcadas por condições biológicas, psicológicas, sociais e culturais que se reorganizam ao longo do tempo. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de estilo de vida e as diferentes fases do estresse em adultos e pessoas idosas internadas em um pronto-socorro de um hospital terciário do Distrito Federal, Brasil. Trata-se de um estudo de abordagem metodológica mista, com delineamento exploratório e transversal, ancorada no paradigma sistêmico. A amostra foi composta por 30 participantes, entre 20 e 74 anos ($M = 52,1$, $DP = 13,5$), sendo 22 homens e oito mulheres. A coleta de dados instrumentalizou-se por meio de: (1) Mini Exame do Estado Mental, para rastreio cognitivo; (2) Perfil de Estilo de Vida Individual, que avalia nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relações e estresse; (3) Inventário de Sintomas de Stress de Lipp Revisado, para identificação dos estágios de estresse; (4) Ficha sociodemográfica, para caracterização da amostra; e (5) Entrevista semiestruturada, visando explorar as percepções intersubjetivas sobre o envelhecimento, estresse e estilo de vida. Os dados foram submetidos a uma análise mista paralelo-convergente em três etapas. A vertente quantitativa utilizou estatística descritiva e inferencial multivariada (testes t , análise de variância, correlações de Pearson, análise de componentes principais e *clustering K-means*) via Python (v. 3.12), adotando $p \leq 0,05$ como nível de significância. A vertente qualitativa foi processada no software IRaMuTeQ por meio de

classificação hierárquica descendente e análise fatorial de correspondência. A integração final ocorreu por meio de metainferências em quadros de exibição conjunta, triangulando indicadores estatísticos e dimensões discursivas. Os resultados revelaram a prevalência de estresse nos estágios de quase-exaustão e exaustão, correlacionados negativamente ao estilo de vida. A análise fatorial identificou perfis de vulnerabilidade (sobrecarga psicofísica) e proteção (autorregulação), validados pela convergência dos achados qualitativos que destacaram o suporte social como força reorganizadora. Conclui-se que estresse e estilo de vida configuram processos desenvolvimentais interdependentes, modulados pelas interações entre pessoa, contexto e tempo ao longo da vida. Em contextos de adoecimento, adultos e pessoas idosas tendem a vivenciar maior sobrecarga psicofísica, embora recursos pessoais, vínculos afetivos e redes de apoio atuem como fatores protetivos, sustentando a reorganização adaptativa e a plasticidade desenvolvimental.

Palavras-chave: adultos, pessoa idosa, estresse psicológico, estilo de vida, promoção de saúde

Abstract

Human aging constitutes a complex process that encompasses adulthood and old age as interdependent stages, linked to the dynamics of stress and lifestyle. Thus, this dissertation discusses human development throughout the lifespan, understanding it as a continuous, dynamic process that spans across different developmental stages. In this sense, adulthood and old age are not conceived as closed, isolated, or dissociated phases, but as interdependent expressions of developmental trajectories marked by biological, psychological, social, and cultural conditions that reorganize over time. Given this context, the objective of this study was to evaluate the lifestyle profile and the different phases of stress in adults and older adults admitted to the emergency department of a tertiary hospital in the Federal District, Brazil. This is a mixed-methods study with an exploratory and cross-sectional design, anchored in the systemic paradigm. The sample consisted of 30 participants, aged between 20 and 74 years ($M = 52.1$, $SD = 13.5$), comprising 22 men and eight women. Data collection was conducted using: (1) the Mini-Mental State Examination for cognitive screening; (2) the Individual Lifestyle Profile, which evaluates nutrition, physical activity, preventive behavior, relationships, and stress; (3) Lipp's Revised Inventory of Stress Symptoms to identify stress stages; (4) a sociodemographic form for sample characterization; and (5) a semistructured interview aimed at exploring intersubjective perceptions of aging, stress, and lifestyle. The data underwent a three-stage convergent parallel mixed analysis. The quantitative strand employed descriptive and multivariate inferential statistics (t -tests, analysis of variance, Pearson correlations, principal component analysis, and clustering K -means) via Python (v. 3.12), adopting $p \leq .05$ as the significance level. The qualitative strand was processed using IRaMuTeQ software through descending hierarchical classification and correspondence factor analysis. The final integration was achieved through meta-inferences in joint displays,

triangulating statistical indicators and discursive dimensions. The results revealed a prevalence of stress in the near-exhaustion and exhaustion stages, which were negatively correlated with lifestyle. Factor analysis identified profiles of vulnerability (psychophysical overload) and protection (self-regulation), validated by the convergence of qualitative findings that highlighted social support as a reorganizing force. It is concluded that stress and lifestyle constitute interdependent developmental processes, modulated by the interactions between person, context, and time throughout the lifespan. In contexts of illness, adults and older adults tend to experience greater psychophysical burden; however, personal resources, affective bonds, and support networks act as protective factors, sustaining adaptive reorganization and developmental plasticity.

Keywords: adults, older adults, psychological stress, lifestyle, health promotion

Introdução

Sou psicólogo, formado pela Universidade Católica de Brasília, com trajetória acadêmica e profissional construída desde a graduação a partir da inserção em projetos de iniciação científica, com ênfase na bioecologia do desenvolvimento humano e no envelhecimento. Ao longo desse percurso, fui gradualmente consolidando uma formação orientada pela articulação entre desenvolvimento e contexto, aprofundada posteriormente pela especialização em Neuropsicologia Clínica. Minha aproximação com a Psicologia Hospitalar intensificou-se durante a pandemia de COVID-19, período em que atuei como psicólogo hospitalar em contextos emergenciais, experiência que ampliou significativamente minha compreensão dos processos de saúde, adoecimento e desenvolvimento humano em situações críticas.

Nesse sentido, essas experiências passaram a dar contorno à forma como compreendo o desenvolvimento humano ao longo do tempo. Posteriormente, realizei especialização multiprofissional em atenção hospitalar, com ênfase na área de atenção cardíaca. Atualmente, atuo como psicólogo hospitalar, com atuação de referência nas especialidades de neurologia, reabilitação e psiquiatria, mantendo interface constante com processos biológicos e desenvolvimentais no contexto da saúde.

Como citado anteriormente, meu percurso na Psicologia começou na graduação, momento em que passei a me aproximar da Psicologia não apenas por ser uma área de formação profissional, mas por ser um campo que possibilita lidar com as inquietações profundas sobre o ser humano. Desde então, minha relação com a Psicologia tem sido atravessada por encantamento, afeto, insatisfação e questionamento constante, especialmente no que se refere aos modos de viver e se desenvolver ao longo do tempo. Foi a partir dessas inquietações iniciais que a pesquisa científica passou a ocupar um lugar central na minha formação.

Durante a graduação, tive a oportunidade de participar de quatro pesquisas de iniciação científica, experiências que foram decisivas para a construção do meu olhar científico. A primeira delas ocorreu na área da Comunicação Social, na qual investiguei temas relacionados à educomunicação, acessibilidade e desenvolvimento humano. Nesse primeiro contato com a pesquisa, aproximei-me da teoria bioecológica do desenvolvimento humano, o que me possibilitou compreender os processos desenvolvimentais a partir das transições ambientais e da articulação entre pessoa, processo, contexto e tempo. Esse referencial foi fundamental para a construção de um pensamento sistêmico, ampliando minha compreensão sobre o desenvolvimento como um fenômeno relacional e dinâmico.

Na segunda pesquisa, também no campo da Comunicação Social, investiguei o medo como dispositivo de controle e sua intersecção com a aprendizagem e a subjetividade no contexto escolar. Esse estudo ampliou meu entendimento sobre as macroestruturas sociais, políticas e institucionais que modulam os processos de aprendizagem e desenvolvimento, evidenciando como tais fatores influenciam o comportamento, os processos de subjetivação e as trajetórias desenvolvimentais.

Vale ressaltar que minha aproximação mais consistente com a área do desenvolvimento humano e do envelhecimento consolidou-se a partir da inserção no grupo de pesquisa Neurocog-Idoso, que abriu espaço para o aprofundamento em estudos sobre desenvolvimento pessoal, cognição, autoeficácia, estados de humor e intervenções combinadas. Paralelamente à minha inclusão no grupo, desenvolvi meu terceiro projeto de iniciação científica, direcionei meus estudos para o campo do envelhecimento humano e da autoeficácia, ampliando meu contato com temáticas relacionadas ao desenvolvimento humano ao longo do curso da vida.

Essa experiência foi fundamental para que eu passasse a compreender o envelhecimento humano para além dos estigmas e das narrativas de perda. As transformações observadas — incluindo processos de adaptação e reorganizações subjetivas — provocaram inquietações importantes sobre o desenvolvimento humano no envelhecimento. Meu último projeto de iniciação científica, produzido a partir do contato com o envelhecimento, conduziu-me à investigação de histórias de vida e de processos disciplinares e de controle de pessoas em conflito com a lei. Ao longo desse percurso, tornou-se evidente que o envelhecimento, em muitos contextos, pode configurar-se como um privilégio social de determinados corpos, revelando que até mesmo a possibilidade de sustentar uma vida subjetiva é atravessada por desigualdades estruturais. Essas reflexões ganharam ainda mais densidade quando articuladas ao território em que o estudo foi desenvolvido.

Após a graduação, minha trajetória profissional passou a se concentrar na Psicologia da Saúde, a partir da atuação em contextos hospitalares durante a pandemia de COVID-19 e, posteriormente, na residência multiprofissional em Psicologia Hospitalar. Essas experiências favoreceram uma compreensão do adoecimento como processo complexo, articulado às trajetórias de vida, aos estilos de vida, ao estresse e às condições sociais, convocando reorganizações subjetivas e existenciais. Dessa forma, o adoecimento passou a ser compreendido como expressão de processos desenvolvimentais acumulativos, nos quais corpo, história e contexto se entrelaçam ao longo da vida.

Nesse percurso, o estresse passou a emergir como uma dimensão central de análise, não apenas como resposta psicofisiológica, mas como expressão sensível de processos de subjetivação, atravessados por contextos, relações e condições concretas de existência. A recorrência de manifestações de sofrimento associadas ao estresse, observadas na prática clínica hospitalar,

suscitou a necessidade de compreendê-lo como um fenômeno inscrito em sistemas dinâmicos, nos quais fatores biológicos, psicológicos e sociais se articulam de maneira indissociável. Nesse sentido, o estresse revelou-se não apenas como consequência, mas também como operador de reorganizações no modo como o sujeito experiencia o corpo, o adoecimento e sua própria trajetória de vida.

Ao longo da minha trajetória, foi possível observar que o adoecimento pode ser compreendido como uma experiência que ultrapassa a dimensão orgânica, configurando-se como um evento que incide sobre a totalidade da vida. Ao adoecer, o indivíduo não enfrenta apenas alterações corporais, mas vivencia rupturas em sua rotina, em seus papéis sociais, em seus vínculos e em sua própria forma de existir no mundo. Trata-se de um processo que mobiliza afetos, significados e modos de enfrentamento, exigindo reorganizações subjetivas diante da imprevisibilidade, da perda de controle e das limitações impostas pelo corpo. Nessa dissertação, o adoecimento inscreve-se como uma experiência existencial que convoca o sujeito a ressignificar sua história, seus projetos e suas relações, evidenciando que saúde e doença não se constituem como estados isolados, mas como dimensões interligadas da experiência humana, atravessadas por contextos, relações e trajetórias de vida.

No contexto hospitalar, especialmente em situações de adoecimento crônico e internações recorrentes, o adoecimento pode se apresentar como uma condição de vida que atravessa a experiência dos sujeitos e intensifica a expressão do estresse. Nesses cenários de urgência e emergência, observa-se que o estresse tem potencial de emergir como resposta às exigências do corpo e do ambiente, mas pode também participar da forma como a pessoa vivencia, significa e enfrenta o próprio processo de adoecer. Nesse estudo, o adoecimento não é tomado como foco isolado da investigação, mas como condição sistêmica que evidencia e tensiona os processos de

regulação desenvolvimental, permitindo compreender o estresse como fenômeno interdependente de trajetórias, hábitos, vínculos e condições ecológicas ao longo do desenvolvimento.

Nesse contexto, o presente estudo emerge do entrelaçamento entre minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional e as questões que atravessam o campo da Psicologia do Desenvolvimento Humano e da Saúde. As experiências de pesquisa desde a graduação, o contato com diferentes contextos institucionais e territoriais, a atuação clínica em cenários de alta complexidade e a convivência cotidiana com processos de adoecimento ao longo da vida.

Ao articular desenvolvimento humano, estresse e estilo de vida, compreendidos como dimensões que se acumulam e se reorganizam ao longo das trajetórias individuais, esta dissertação assume uma posição que reconhece o envelhecimento como processo inscrito em histórias singulares, atravessadas por condições históricas, sociais e culturais, e não como evento restrito a uma etapa específica da vida. A compreensão desses fenômenos, entretanto, exige um posicionamento epistemológico capaz de sustentar reflexões que não reduzam a complexidade do desenvolvimento humano a explicações lineares ou fragmentadas.

A partir dessa necessidade de fundamentação, o Capítulo 1 discute as questões epistemológicas do conhecimento no contexto da ciência contemporânea, analisando os limites do paradigma tradicional e as contribuições dos paradigmas emergentes, que incorporam a instabilidade, a intersubjetividade e a complexidade. Esse debate situa as possibilidades de compreensão de fenômenos humanos marcados pela historicidade e variabilidade ao longo do tempo, como o desenvolvimento e o envelhecimento humano. Em relação à essa base epistemológica, o capítulo avança para o campo da ciência do desenvolvimento humano, apresentando os principais paradigmas teóricos (mecanicista, organicista, dialético, sistêmico e do

curso da vida) que permitem superar explicações lineares e reducionistas sobre o desenvolvimento no ciclo vital.

Nessa perspectiva do ciclo vital, o Capítulo 2 discute o desenvolvimento humano ao longo da vida, articulando reflexões sobre o envelhecimento nas fases da adultez e da velhice a partir de uma perspectiva integrada e desenvolvimental. Parte-se do entendimento de que essas dimensões constituem processos interdependentes do envelhecer, não configurando etapas isoladas, mas fases atravessadas por fundamentos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que se reorganizam ao longo do tempo. O capítulo descreve o desenvolvimento humano ao longo da vida, rompendo com modelos lineares e normativos, ao compreendê-lo como um processo contínuo, marcado por ganhos, perdas e plasticidade desenvolvimental. Nesse percurso, são apresentados os processos de adaptação desenvolvimental na pessoa idosa, abrindo espaço para a introdução de fatores que atravessam esses processos, como o estresse e o estilo de vida.

É nesse ponto que o Capítulo 3 tem como foco principal a relação entre estresse, estilo de vida, impactos na saúde e desenvolvimento humano, com um aprofundamento nos conceitos culturais e sua influência nesses processos. Além disso, serão abordados, de maneira mais detalhada, os conceitos de estresse, incluindo a fisiologia do estresse e os modelos teóricos, como a síndrome de adaptação geral, o modelo transacional e o modelo de diátese ao estresse, com o objetivo de refletir sobre a complexidade do estudo do estresse e seus impactos no desenvolvimento humano. A partir desse eixo conceitual, delinea-se a necessidade de explicitar as razões que justificam a realização do estudo.

Nesse sentido, o Capítulo 4 apresenta a justificativa do estudo, estruturada de modo a evidenciar sua relevância social, científica e acadêmica para a investigação dos fatores de estresse associados ao estilo de vida no campo do desenvolvimento humano, considerando especialmente

os contextos de saúde que atravessam a adultez e a velhice. A organização da justificativa busca explicitar a importância de compreender esses fenômenos como processos complexos e dinâmicos, que influenciam os percursos desenvolvimentais e os processos de saúde e adoecimento ao longo da vida. É a partir dessa justificativa que se estruturam os objetivos que orientam a pesquisa.

Dessa forma, o Capítulo 5 apresenta os objetivos geral e específicos da pesquisa, formulados a partir do problema de investigação e dos pressupostos teóricos e metodológicos que sustentam o estudo. A apresentação dos objetivos organiza o direcionamento da pesquisa, considerando a complexidade dos processos de saúde e adoecimento no contexto do pronto-socorro e a necessidade de compreender, no campo do desenvolvimento humano, as relações entre estresse, estilo de vida e condições de saúde ao longo do envelhecimento do adulto e da pessoa idosa. A partir dos objetivos estabelecidos, delinea-se a necessidade de apresentar o percurso metodológico do estudo.

O Capítulo 6 apresenta o método da pesquisa, descrevendo a abordagem mista adotada, bem como a operacionalização metodológica fundamentada no modelo paralelo-convergente. Na sequência, são apresentados o local de realização da pesquisa, conduzida em um centro de atenção à urgência de um hospital terciário público de Brasília, referência em atendimento de alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS), além dos critérios de inclusão dos participantes, dos instrumentos utilizados e das medidas quantitativas e qualitativas empregadas. Por fim, são detalhadas as etapas e os procedimentos metodológicos adotados, assim como as estratégias de análise dos dados e o processo de integração entre as dimensões quantitativa e qualitativa, em consonância com o desenho de método misto proposto.

Com base nesse percurso metodológico, o Capítulo 7 apresenta os resultados da pesquisa. Inicialmente, são descritos os dados sociodemográficos e de saúde, que caracterizam o perfil da

amostra. Essa etapa visa contextualizar as características gerais dos participantes. Na sequência, são expostos os resultados paramétricos e não paramétricos. Em seguida, são apresentados os resultados qualitativos, constituídos pelas classes lexicais geradas pelo software IRaMuTeQ, a partir das quais emergiram cinco classes principais. Apresenta-se, ainda, a distribuição das palavras em duas dimensões fatoriais, organizadas em eixos temáticos que traduzem interpretações e compreensões contextuais do fenômeno investigado. Por fim, é apresentada uma tabela integrativa que reúne os achados estatísticos e as dimensões discursivas, evidenciando a convergência entre os dados quantitativos e as narrativas dos participantes.

Subsequentemente, o Capítulo 8 apresenta a discussão dos resultados que foi organizada em três eixos analíticos, definidos a partir do referencial bioecológico do desenvolvimento humano e dos objetivos do estudo. Essa estrutura buscou integrar os achados quantitativos e qualitativos, permitindo uma reflexão articulada entre características individuais, processos de interação e contextos relacionais ao longo do tempo. O primeiro eixo focaliza a dimensão da pessoa em desenvolvimento, considerando aspectos sociodemográficos, clínicos e trajetórias individuais no contexto da internação. O segundo eixo aborda os processos proximais, com ênfase na relação entre estresse, estilo de vida e reorganização adaptativa durante o adoecimento. O terceiro eixo amplia a análise para as dimensões de contexto e tempo, explorando o papel das redes de apoio, dos vínculos e das experiências de perda no curso do desenvolvimento humano. Essa organização possibilita compreender o estresse e o estilo de vida como fenômenos desenvolvimentais e ecológicos, situados nas interações entre pessoa, ambiente e tempo.

Por fim, no Capítulo 9 são apresentadas as Considerações Finais, nas quais se retomam os principais achados do estudo à luz dos objetivos propostos e da pergunta de pesquisa, integrando a compreensão do estresse e dos fatores de estilo de vida no contexto do adoecimento. Esse

capítulo propõe uma reflexão articulada sobre o desenvolvimento humano, considerando os processos de saúde e adoecimento sob a perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento. Também são discutidas as limitações do estudo, bem como as implicações teóricas, clínicas e científicas dos resultados, apontando recomendações para a prática em saúde e direções para futuras investigações que aprofundem a relação entre estresse, estilo de vida e desenvolvimento humano ao longo da vida.

A seguir, é apresentado o Capítulo 1, que discute os aspectos epistemológicos do conhecimento e os paradigmas que fundamentam a Psicologia do Desenvolvimento, bem como considerações sobre o fazer científico e a produção do conhecimento na ciência contemporânea.

Capítulo 1: Questões Epistemológicas no Paradigma Emergente da Ciência

Contemporânea

Antes de abordar as questões epistemológicas relacionadas à produção dos paradigmas emergentes e à relação com o desenvolvimento do conhecimento no contexto científico contemporâneo, é necessário apresentar informações que contextualizam as influências de determinadas correntes de raciocínio que atuam no desenvolvimento do conhecimento moderno. Essas informações são relevantes para promover a compreensão dos tópicos que serão explorados ao longo deste capítulo, facilitando o entendimento de como seus pressupostos emergiram e exercem influência sobre a comunidade científica ao longo do tempo. Contextualizando a produção do conhecimento, no século XIX, a filosofia positivista de Auguste Comte foi responsável por organizar a percepção do mundo com o propósito de desenvolver uma tese que equilibrasse o conhecimento que era produzido na sociedade (Vasconcellos, 2003). A partir desse contexto histórico e filosófico, torna-se possível compreender a consolidação de um modo específico de produção do conhecimento que passou a orientar, de forma dominante, a ciência moderna. Esse modo de pensar, sustentado pelo pressuposto de previsibilidade, estruturou aquilo que se convencionou denominar paradigma tradicional, cujos fundamentos influenciaram profundamente a organização das práticas científicas, conforme será discutido a seguir.

1.1 O Paradigma Tradicional: Simplicidade, Estabilidade e Objetividade

A consolidação do paradigma tradicional da ciência esteve associada à busca por ordem, controle e previsibilidade dos fenômenos. Esse modelo de racionalidade, amplamente difundido a partir da ciência clássica cartesiana, passou a orientar não apenas os métodos científicos, mas também os critérios de validação do conhecimento. Diante desses questionamentos relacionados à repetição e manutenção do paradigma tradicional e à lógica da ciência clássica cartesiana, é

necessário abordar três dimensões tradicionais do pensamento científico, constituídas pela noção de simplicidade, estabilidade e objetividade (M. M. Freire & Petraglia, 2023; Jardim & Jardim, 2020). Essas dimensões são comentadas por Maria José Esteves de Vasconcellos no livro *Pensamento Sistêmico*, que tem como objetivo estimular reflexões e demarcar as influências do paradigma da ciência clássica e do novo paradigma na construção da ciência (Vasconcellos, 2003).

Dito isso, o pressuposto da simplicidade pode ser compreendido como uma perspectiva em que a complexidade do mundo pode ser dividida em partes, etapas e limitada a unidades básicas de observação, tendo como foco alcançar aspectos elementares no conhecimento da realidade (Rebelo, 2019; Vasconcellos, 2003). Ou seja, é uma crença na qual os sistemas, como aparatos de funcionamento amplo e global, podem ser reduzidos à unidade simples, revelando a inclinação do pensamento científico pautado no modo de investigação que busca alcançar relações causais (Bunge, 2017). Os pesquisadores que utilizam o arcabouço teórico e metodológico orientado pela simplicidade vão buscar estudar o comportamento de duas variáveis que estabelecem uma conexão, buscando registrar informações que reforcem a lógica de que a mudança em uma variável produz, de maneira proporcional e previsível, uma mudança na outra variável, seguindo uma relação linear de causa e efeito (Normey-Rico & Morato, 2021; Wold, 1973).

Dessa forma, o processo de redução da realidade complexa à unidade é direcionado pelo princípio da simplificação, no qual a simplicidade não existe de forma intrínseca ao fenômeno; ela é uma operação criada que atua no processo de significação do cientista e mantida pelo sistema de verdade construído no contexto histórico e cultural em que a ciência se encontra na época (Messias et al., 2010). Desse modo, a ciência, direcionada pelo paradigma tradicional com foco na simplicidade, tem uma tendência de lidar de forma reduzida com as camadas da realidade e os múltiplos sistemas e conhecimentos que operam na realidade. Os cientistas acabam sendo

orientados por uma noção elementar, na qual a ciência tradicional atua como um sistema com uma tendência à simplificação atomizada dos fenômenos, o que resulta em uma separação dos sistemas, onde os sistemas biológicos são diferentes dos sistemas físicos, psíquicos, sociais e culturais (Vasconcellos, 2003).

Diante da perspectiva apresentada, o pressuposto baseado na simplificação é atravessado por uma perspectiva de conhecimento baseada na racionalidade, onde o pensamento baseado na lógica e na causalidade busca construir um conhecimento pautado no equilíbrio, evitando a impressão de instabilidade e contradição do fenômeno no seu curso de expressão (M. M. Freire & Petraglia, 2023). Esse princípio da simplicidade acaba tendo como base de sustentação uma perspectiva da produção do conhecimento pautada em uma visão de um mundo estático e sem variabilidade na sua estruturação (Rebelo, 2019).

A partir da compreensão do princípio de simplificação e de fragmentação do saber como elemento essencial na análise do fenômeno apresentado, é importante reforçar que essa busca pelo conhecimento linear para a construção do sistema de verdade tem como base o segundo preceito do paradigma tradicional, que é a noção de estabilidade (Jardim & Jardim, 2020). Essa noção tem como foco compreender a realidade, o mundo, as variáveis e os fenômenos do campo científico como estáveis, evidenciando que eles têm um padrão de repetição e de regularidade, sendo coerentes e tendo características padronizadas (Vasconcellos, 2003). Dessa forma, o princípio da estabilidade acaba trazendo uma perspectiva de ordenação dessa funcionalidade, que tende a acontecer de forma regular, e com relações de causa e efeito bem precisas, apresentando uma perspectiva de relação do conhecimento direta e preditiva (Rebelo, 2019).

Dessa forma, a construção do conhecimento acaba sendo atravessada por uma série de discursos de poder que normatizam a posição do cientista, o qual acaba sendo responsabilizado em

observar rigorosamente o fenômeno para poder controlar, prever e, a partir disso, explicar como os fenômenos se repetem na realidade observável (Kochhann, 2021). Nessa perspectiva, a observação acaba sendo sistemática e o mundo capturado de uma forma padronizada, constituído por uma série de unidades que repetem uma relação de constância sem variabilidade, onde o comportamento das variáveis é previsível e pode ser descrito por uma análise que leva à simplificação e interpretação de causalidade linear, buscando estabelecer um controle (Vasconcellos, 2003). Para que esse controle aconteça, muitas vezes os fenômenos são separados ou retirados do seu contexto, reduzindo a visão do cientista sobre as relações do objeto de pesquisa (Morin, 2003).

A retirada dos fenômenos do seu contexto de constituição acaba possibilitando que o cientista, por meio desse objetivo de controlar a observação sobre o próprio fenômeno, o coloque diante de uma observação ostensiva e com lógica experimental, onde se foca nas partes separadas, nas características e na tendência à estabilidade da estrutura e das funções, possibilitando a perspectiva de quantificação do fenômeno por meio de uma abordagem relacionada à linguagem matemática (Araújo, 2006). Dessa forma, retirar o fenômeno do seu contexto de desenvolvimento inibe a possibilidade de alcançar as relações de complexidade que se pode identificar (Morin, 2007).

Nessa visão, o mundo e as relações já são pré-concebidos e simplesmente se repetem de forma mecânica, e o cientista, por meio da sua visão técnica e de especialista, é capaz de coletar informações do fenômeno e de organizá-las para revelar a dinâmica da realidade como ela é e alcançar e reproduzir a noção de equilíbrio (Reis, 2022). Sendo o cientista um dispositivo de descrição e de produção de representações da realidade, suas leituras sobre as trajetórias dos

fenômenos são determinadas por leis e princípios que a comunidade científica estabelece conforme as dinâmicas da tecnologia do poder que atuam ordenando o mundo contemporâneo (Dias, 2021).

Dessa forma, a posição do cientista é importante, pois ele vai classificar e categorizar o funcionamento dos fenômenos por meio de uma série de leituras das unidades e vai conseguir alcançar as leis e informações que constituem a realidade estável (Vasconcellos, 2003). A partir disso, todo fenômeno poderá ser analisado, compreendido e terá o seu curso de movimento previsto por um raciocínio científico que tem o potencial de prever as forças que atuam sobre determinado objeto (Magalhães, 2015).

Toda informação que foge ao padrão é um conhecimento que precisa ser revisto, considerando sempre uma margem de erro onde o cientista precisa operar para ajustar e aperfeiçoar sua análise na observação do fenômeno (Araújo, 2006). Dessa forma, todo o conhecimento que tem uma perspectiva qualitativa ou que traz informações sobre a variabilidade do universo que foge da objetividade e simplicidade é visto como incoerente, não verdade e ilusão, pois não consegue operar sobre leis que regem, organizam e controlam a percepção da realidade (Morin, 2007).

Falar de controle traz à tona algumas reflexões sobre o último pressuposto do paradigma tradicional, que é a objetividade, princípio que se relaciona à existência de um sistema de crença que organiza a produção de conhecimento do mundo de forma objetiva, onde a ciência é vista como uma tecnologia que alcança e organiza a verdade que já existe no mundo (Araújo, 2006; Vasconcellos, 2003). Nesse ponto, é importante ressaltar que o sistema de crença que opera sobre esse princípio defende que o conhecimento objetivo e verdadeiro só pode ser alcançado por meio da neutralidade e da distância do pesquisador com o fenômeno, utilizando apenas uma observação

sistemática com capacidade de aprofundar no funcionamento do fenômeno (M. I. M. Nascimento et al., 2017; Weber, 2022).

Então, o mundo que se observa é um mundo que existe para além do observador, os processos subjetivos que compõem ou influenciam a observação do pesquisador precisam ser neutralizados, reprimidos e inibidos para a produção de um conhecimento verdadeiro e fiel à lógica experimental (Naves & Pereira, 2023). A perspectiva da objetividade na construção do conhecimento traz uma série de implicações, nas quais se busca e se reforça a imparcialidade e a neutralidade, sendo a objetividade um critério para a produção do conhecimento científico (Otto & Ribeiro, 2020).

1.2 Transformação Paradigmática da Ciência: A Urgência do Pensamento Sistêmico e Considerações Acerca da Complexidade, Instabilidade e Intersubjetividade

A partir das informações apresentadas, os pressupostos de simplicidade, estabilidade e objetividade atuam de forma conectada para construir o paradigma clássico da ciência, no qual gerenciam os conceitos que estruturam teorias e produzem métodos e informações que operam na realidade (Rebelo, 2019; T. M. Silva & Bussinguer, 2016). No entanto, a ciência não se resume ao seu movimento clássico; por mais que ele seja presente ainda em muitas instituições e disciplinas, é importante enfatizar que há um novo paradigma da ciência que começa a surgir a partir da metade do século XX, onde alguns cientistas começaram a repelir os pressupostos da ciência tradicional e estão repensando as condutas no campo científico (Costa, 2022; M. M. Freire & Petraglia, 2023; Vasconcellos, 2003).

Nesse processo de repelir os pressupostos tradicionais da ciência e de repensar de forma crítica a posição do cientista na construção do conhecimento é desenvolvida uma série de conceitos e teorias que se estruturam de acordo com novos pressupostos no cenário contemporâneo (Gomes

et al., 2014). Campeol et al. (2022) trazem que as transformações do pensamento e epistemologia emergente estão estruturadas nos pressupostos da complexidade, da instabilidade e da intersubjetividade, que vêm constituindo novas alternativas do modo de pensar a simplificação do fenômeno, baseada na noção de estabilidade e objetividade que era colocada de forma hegemônica.

A partir desse movimento de transformação, surgem três dimensões epistemológicas sobre intersubjetividade, instabilidade e complexidade que constituem a ciência contemporânea, a qual pode ser entendida como um avanço no campo científico (Cesario & Cesario, 2020). Nesse contexto, o pressuposto da simplicidade dá lugar ao reconhecimento da complexidade, sustentando a ideia de que a simplificação dificulta a compreensão das inter-relações entre os sistemas e os fenômenos da realidade (Vasconcellos, 2003). Torna-se, assim, necessário lidar com a complexidade da realidade em todos os seus níveis. Com base nesse pressuposto, defende-se a necessidade, em uma postura científica, de entender a relação do fenômeno com o contexto em que ele é produzido, o que possibilita repensar e discutir a causalidade recursiva (Gomes et al., 2014).

Já em relação ao pressuposto da estabilidade, surge, em contraponto, o pressuposto da instabilidade do mundo, no qual os cientistas reconhecem que a realidade não está pronta, mas em processo de “tornar-se”, em constante construção e mutação (Campeol et al., 2022). Nesse sentido, a dimensão epistemológica considera um campo de indeterminação e imprevisibilidade de alguns fenômenos, incluindo sua possível irreversibilidade, além de reconhecer o quanto, diante de toda essa instabilidade e variabilidade, há uma dificuldade em controlar certos fenômenos (Tiritan, 2021).

Levando em conta a dificuldade de controlar o fenômeno, muitas vezes associada à lógica da objetividade, o pressuposto que se contrapõe a essa perspectiva é a noção de intersubjetividade

no processo de conhecimento e constituição do mundo (Vasconcellos, 2003). Nesse processo, a realidade e o conhecimento da realidade não existem sem um observador (Naputano & Justo, 2018). Ou seja, nessa perspectiva, todo conhecimento científico produzido — sobre os fenômenos, os sistemas e o universo — é sempre visto como uma construção social, sendo um processo de construção consensual entre diferentes observadores e sujeitos sociais (Figueirêdo, 2024; Vasconcellos, 2003). Nessa visão, a objetividade da ciência é colocada entre parênteses, uma vez que o cientista é influenciado por uma construção social, repleta de determinações e exercícios de poder, e trabalha admitindo de forma autêntica essas múltiplas versões da realidade na constituição de seu pensamento, sob a influência de diferentes domínios linguísticos culturais de compreensão e explicação dos fenômenos (Naputano & Justo, 2018).

Todas essas informações relacionadas aos pressupostos do pensamento científico (inicialmente voltado à simplicidade, à objetividade e à estabilidade) e sua transição para uma perspectiva mais complexa e sistêmica, fundamentada nos princípios de instabilidade, intersubjetividade e complexidade, influenciaram e moldaram o modo de fazer e pensar a ciência psicológica. Esse movimento impactou tanto a compreensão quanto a relação dos pesquisadores no campo da psicologia do desenvolvimento humano.

Esse impacto no campo da ciência do desenvolvimento humano trouxe várias reflexões sobre o estudo das múltiplas variáveis relacionadas aos aspectos afetivo, cognitivo, social, cultural e biológico, visto que essa ciência busca investigar o processo de constituição do sujeito ao longo do ciclo vital. Dessa forma, o campo constantemente lida com a complexidade dos sistemas que constituem os sujeitos ao longo de suas vidas, deparando-se com os desafios de compreender os fenômenos dentro de um contexto e um campo de forças em movimento.

Essa compreensão mais ampla possibilitou interfaces com pressupostos de epistemologias emergentes voltadas para um pensamento sistêmico, destacando a importância de uma abordagem do desenvolvimento humano fundamentada, inicialmente, em uma perspectiva multidisciplinar. Essa abordagem começou a problematizar a necessidade de ultrapassar a lógica disciplinar para alcançar uma atuação pautada na transdisciplinaridade. A seguir, serão discutidos aspectos de paradigmáticos do campo da Psicologia do Desenvolvimento, com o objetivo de refletir sobre os desafios e as possibilidades conceituais, teóricas e metodológicas na área da psicologia e na ciência do desenvolvimento humano.

1.3 Paradigmas Científicos e a Construção do Conhecimento em Psicologia e em Psicologia do Desenvolvimento

Conforme já foi apresentado e discutido anteriormente, ao se examinar os fundamentos epistemológicos do conhecimento científico, observa-se que o paradigma tradicional, sustentado por ideais de neutralidade, objetividade e estabilidade, moldou durante séculos a produção do saber científico (Vasconcellos, 2003). Contudo, esse modelo tem sido crescentemente problematizado e questionado, sobretudo por perspectivas que reconhecem a natureza variável, intersubjetiva e situada do conhecimento científico (Kelly et al., 2018; Omodan, 2022).

Nessa perspectiva, compreender o desenvolvimento humano implica reconhecer que os pressupostos conceituais e as teorias psicológicas são construções historicamente situadas, orientadas por diferentes influências epistemológicas e ontológicas. Deste modo, as teorias, como afirma Rebelo (2019), constituem sistemas de princípios e definições que apresentam capacidade de organizar o conhecimento científico, permitindo integrar, explicar e prever alguns fenômenos. Mais do que isso, elas podem refletir as formas de pensar a realidade observável, configurando-se

como lentes paradigmáticas que orientam a investigação e a intervenção em Psicologia (Samraj, 2022).

Desta forma, observa-se que a discussão no campo da Psicologia do Desenvolvimento evidencia a coexistência e a comunicação entre diferentes paradigmas, sendo eles mecanicista, organicista, dialético, curso da vida e sistêmico, cada um oferecendo modelos explicativos diversos sobre o curso das mudanças humanas (Freitas & Py, 2013; Veraksa et al., 2022). Dito isso, o reconhecimento dessa complexidade conduz ao entendimento de que os paradigmas em Psicologia do Desenvolvimento não são apenas matrizes teóricas, mas também expressões de determinados sistemas de compreensão e maneiras de processar o próprio ato de conhecer (Beauchaine, 2024).

Ao transitar na dimensão dos pressupostos epistemológicos do conhecimento para o campo da Psicologia do Desenvolvimento Humano, torna-se relevante compreender como os paradigmas científicos estruturam as formas de se pensar a constituição humana. A partir desse ponto, torna-se necessário apresentar informações sobre os paradigmas — mecanicista, organicista, dialético, do desenvolvimento ao longo da vida e sistêmico —, os quais permitem compreender como diferentes tradições teóricas moldaram, continuam a moldar e produzem a compreensão do desenvolvimento ao longo do ciclo vital (Freitas & Py, 2013).

Nessa perspectiva, nota-se que o paradigma mecanicista representa uma das bases mais antigas que influenciaram a Psicologia e reflete o efeito do pensamento cartesiano e das ciências naturais. Nesse paradigma, o ser humano é concebido como um sistema passivo, composto por partes analisáveis e sujeito a leis de causa e efeito (Dias, 2021). Nesse sentido, o desenvolvimento humano passa a ser compreendido como uma sequência de mudanças quantitativas determinadas por estímulos ambientais, sendo o comportamento resultado direto de forças externas. Essa perspectiva, que orientou abordagens empiristas e behavioristas, privilegia a mensuração e a

previsibilidade, mas reduz a complexidade do sujeito e ignora dimensões históricas e relacionais do desenvolvimento humano (Kelly et al., 2018).

Em contraposição, o paradigma organicista surge em contraposição à visão fragmentada e mecanicista. Nessa abordagem, o desenvolvimento é concebido como um processo ativo, organizado e progressivo de integração estrutural. O indivíduo é compreendido como um sistema autorregulado que interage com o ambiente, construindo ativamente suas competências e conhecimentos. As mudanças são qualitativas e refletem reorganizações nas estruturas cognitivas e afetivas. Essa perspectiva, influenciada por Piaget e pela tradição construtivista, amplia a compreensão do sujeito como agente do próprio desenvolvimento, ainda que mantenha um foco maior nas dimensões internas e biológicas do processo (Evans, 2006).

O paradigma dialético introduz uma visão dinâmica e histórica do desenvolvimento humano. Nessa perspectiva, as transformações resultam da interação entre forças opostas e complementares, como estabilidade e mudança, indivíduo e sociedade, subjetividade e objetividade (Vasconcellos, 2003). O desenvolvimento é entendido como um processo de contradição e síntese, em que o conflito constitui motor de crescimento e superação. Essa abordagem rompe com a linearidade e reconhece o caráter histórico e cultural da experiência humana, destacando a natureza processual e relacional do conhecimento (Veraksa et al., 2022).

O paradigma ao longo da vida amplia a compreensão do desenvolvimento ao considerá-lo um processo contínuo que se estende por toda a existência humana. Essa abordagem enfatiza a plasticidade, a multidirecionalidade e a interdependência entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e históricos (Jardim & Jardim, 2020). O desenvolvimento é compreendido como resultado da coconstrução entre o indivíduo e o contexto, em um equilíbrio entre ganhos e perdas que varia conforme as condições culturais e temporais. Essa perspectiva superou a visão restrita à infância e

contribuiu para integrar dimensões contextuais e temporais no estudo do desenvolvimento humano (M. C. Silva & Chariglione, 2024).

Por fim, o paradigma sistêmico propõe uma compreensão integrada do desenvolvimento, considerando-o um fenômeno complexo resultante da interação entre múltiplos níveis de organização. Fundamentado na Teoria Geral dos Sistemas, esse paradigma reconhece que o ser humano se desenvolve por meio de relações recíprocas e dinâmicas entre o biológico, o psicológico, o social e o cultural (Vasconcellos, 2003). O desenvolvimento é visto como um processo não linear e emergente, no qual pequenas mudanças em um nível podem gerar transformações significativas em todo o sistema (Cesario & Cesario, 2020).

Diante dessas articulações teóricas e epistemológicas, torna-se pertinente avançar para a análise do desenvolvimento humano em sua expressão ao longo do envelhecimento, entendendo a adultez e a velhice como fases interdependentes e articuladas, considerando os contextos nos quais esse processo se inscreve. O capítulo seguinte dedica-se a apresentar e discutir aspectos do desenvolvimento, abarcando o processo de envelhecer, a adultez e a velhice a partir de dimensões psicossociais e culturais e do curso da vida, fundamentos biológicos, sistêmicos e psicológicos, buscando compreender como tais elementos podem influenciar trajetórias desenvolvimentais, contextuais e modos de viver.

Capítulo 2: Adulter e Velhice ao Longo do Desenvolvimento Humano: Fundamentos e Articulações Teóricas

O presente capítulo tem como objetivo discutir o desenvolvimento humano a partir da perspectiva do curso da vida, compreendendo o envelhecimento humano como um processo contínuo, dinâmico e transversal às diferentes fases do desenvolvimento. Nessa perspectiva, a adultez e a velhice não são concebidas como fases fechadas, isoladas ou dissociadas, mas como expressões interdependentes de trajetórias desenvolvimentais marcadas por condições biológicas, psicológicas, sociais e culturais que se reorganizam ao longo do tempo.

Dessa forma, as experiências vividas, os contextos de inserção social, os desafios contemporâneos e os recursos disponíveis atuam de forma articulada na constituição dessas trajetórias no campo interacional, influenciando os modos de adaptação, regulação e continuidade do desenvolvimento humano. Assim, ao situar aspectos conceituais e teóricos do envelhecimento, a fase da adultez e velhice no mesmo horizonte analítico, o capítulo busca oferecer reflexões ampliadas e contextualizadas do desenvolvimento humano, coerente com os pressupostos da Psicologia do Desenvolvimento ao longo da vida.

Nesse sentido, a seguir serão apresentadas informações sobre o desenvolvimento no curso da vida, apresentando aspectos conceituais e teóricos para refletir e situar o processo de envelhecimento do adulto e da pessoa idosa em uma perspectiva de trajetória do desenvolvimento.

2.1 Desenvolvimento Humano ao Longo da Vida

A perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida, sistematizada por Paul Baltes, rompe com modelos lineares e normativos ao afirmar que o desenvolvimento humano ocorre de forma contínua ao longo da vida, sendo caracterizado pela coexistência de ganhos e perdas, pela plasticidade e pela heterogeneidade interindividual, em constante interação com contextos

históricos, sociais e culturais (Baltes & Baltes, 1990). Nesse sentido, o processo de envelhecimento composto pelas mudanças relacionadas à fase da adultez e velhice pode ser compreendido como momentos interligados de uma mesma trajetória desenvolvimental, influenciados pelas experiências acumuladas, pelas oportunidades e pelas restrições ao longo do tempo (Baltes, 1987).

No contexto brasileiro, Neri (2001) amplia essa abordagem ao ressaltar a diversidade das trajetórias de envelhecimento e a influência das condições socioculturais, rompendo com concepções deficitárias e disfuncionais que associam o envelhecer exclusivamente ao declínio e à patologia. Infurna (2021) relata que essa compreensão sustenta a análise do desenvolvimento humano como um processo integrado, no qual experiências do adulto e da pessoa idosa se articulam ao longo da vida.

Além de ser considerado um processo integrado, o desenvolvimento pode ser compreendido em seu caráter multidimensional, envolvendo simultaneamente dimensões biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, as quais interagem de forma dinâmica ao longo da vida, e multidirecional, na medida em que diferentes capacidades podem seguir trajetórias distintas de ganhos, estabilidade ou declínio ao longo do tempo (Baltes & Baltes, 1990). Nessa perspectiva, tais dimensões não evoluem de maneira homogênea ou sincronizada, o que evidencia a complexidade dos percursos desenvolvimentais e afasta concepções lineares ou normativas do desenvolvimento humano (Patrick et al., 2017).

Em consonância com essa compreensão, outro princípio central refere-se à plasticidade desenvolvimental, entendida como a capacidade de modificação, modulação e reorganização do funcionamento humano diante de demandas internas e externas, permitindo ajustes adaptativos ao longo do tempo, ainda que essa plasticidade apresente limites condicionados por fatores biológicos, contextuais e históricos (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990; Infurna, 2021). A

plasticidade não implica ausência de restrições, mas expressa a possibilidade de reorganização sistêmica relativa frente às condições adversas e concretas de vida. Complementarmente, o desenvolvimento humano mostra-se profundamente contextualizado histórica e culturalmente, sendo moldado por condições sociopolíticas, oportunidades educacionais, eventos normativos e não normativos, bem como por desigualdades sociais que se acumulam ao longo das trajetórias de vida (Baltes, 1987).

Dentro da perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida, envelhecer significa vivenciar transformações graduais e acumulativas desde o nascimento, resultantes da interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Baltes, 1987). De acordo com Patrick et al. (2017), essa compreensão desloca o envelhecimento de uma visão restrita à velhice (termo em desuso e frequentemente associado ao declínio) para uma abordagem processual, na qual a condição da pessoa idosa representa apenas um momento específico de trajetórias desenvolvimentais mais amplas.

Além disso, o envelhecimento passa a ser analisado a partir de diferentes dimensões de temporalidade, incluindo o tempo biográfico, relacionado às experiências pessoais acumuladas; o tempo histórico, vinculado às mudanças sociais, políticas e geracionais; e o tempo social, expresso nas expectativas, papéis e normas atribuídas às idades (Baltes & Baltes, 1990). No contexto brasileiro, Ana Neri reforça que essa articulação entre temporalidades é relevante para compreender a heterogeneidade do envelhecimento humano e evitar generalizações que desconsideram as desigualdades sociais e as trajetórias singulares das pessoas idosas (Neri, 2001). Os autores destacam que desigualdades socioeconômicas, acesso à educação, trabalho, redes de apoio e oportunidades de participação social exercem influência decisiva sobre os modos de envelhecer, produzindo trajetórias marcadas por profunda heterogeneidade (Dannefer, 2003;

Infurna, 2021). Ao incorporar criticamente os referenciais do *life-span*, autores defendem a noção de envelhecimento ativo e bem-sucedido como possibilidade, e não como privilégio restrito a determinados grupos, reconhecendo simultaneamente os limites impostos pelas desigualdades estruturais (Baltes & Baltes, 1990; Patrick et al., 2017; Rowe & Kahn, 1997).

Nesse sentido, as trajetórias de envelhecimento refletem desigualdades estruturais associadas à classe social, às condições de trabalho, ao acesso à saúde e à qualidade dos vínculos sociais, produzindo experiências diversas de desenvolvimento na vida adulta e na condição de pessoa idosa (Neri, 2001; Rowe & Kahn, 1997). Essas desigualdades não se manifestam apenas na vivência da pessoa idosa, mas se constroem progressivamente ao longo da vida, incidindo de forma particular sobre a fase adulta, momento em que se intensificam demandas sociais, produtivas e relacionais. Assim, compreender a adultez como fase constitutiva do envelhecimento humano permite analisar como essas condições históricas, culturais e contextuais modulam trajetórias desenvolvimentais, configurando desafios específicos e formas singulares de adaptação.

É a partir dessa perspectiva que se torna pertinente aprofundar a análise da adultez enquanto fase do envelhecimento humano, considerando suas dinâmicas psicossociais, os contextos socioculturais em que se insere e os desafios contemporâneos que atravessam o desenvolvimento ao longo do tempo.

2.2 A Adultez ao Longo da Vida: Dimensões Sociais e Contextuais

A Psicologia do Desenvolvimento Humano é permeada por um conjunto de conceitos, teorias e métodos baseados em uma pluralidade epistemológica, permitindo múltiplas abordagens para análise dos fenômenos que constituem os processos desenvolvimentais ao longo do ciclo vital (Pizzinato et al., 2021). Nesse cenário, a análise da adultez exige uma articulação entre diferentes referenciais teóricos, uma vez que é necessária a integração de saberes para construir uma

perspectiva psicológica ampla, que possibilite a compreensão do desenvolvimento humano em múltiplos contextos (Scorsolini-Comin et al., 2022).

Dessa forma, observa-se que o campo de estudo do desenvolvimento humano é multifatorial, complexo e variado, integrando fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo do tempo. No Brasil, essa variedade de fatores é acentuada pela diversidade cultural, influenciada por fatores sociais diversos que produzem desigualdade socioeconômica (Pizzinato et al., 2021). A influência desses fatores exige uma abordagem interdisciplinar no estudo do desenvolvimento humano, especialmente ao tratar de adulez emergente e de adultos intermediários, para realizar uma análise abrangente dos processos humanos (Andrade Barros & Coutinho, 2020).

Considerando os aspectos da Psicologia do Desenvolvimento Humano na vida adulta, é possível discutir a Adulez Emergente, proposta por Jeffrey Arnett, que a define como um período de transição entre a adolescência e a vida adulta, caracterizado por grandes processos instáveis e exploratórios de identidade, com seu marco entre os 18 e 29 anos (A. S. Pereira et al., 2018). A adulez emergente destaca-se por suas características exclusivas, especialmente por esse processo de transição ambiental, o qual implica uma fase de desenvolvimento da identidade através de processos exploratórios com foco centralizado em si mesmo (Andrade, 2016).

Esse autofoco atua no gerenciamento das habilidades para lidar com ambivalências e com o sentimento de múltiplas possibilidades de constituição pessoal. No Brasil, essa fase da adulez assume uma certa especificidade devido ao contexto social e econômico desafiador, marcado pela dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e de conquista da independência financeira (M. M. Santos, 2022). Como resultado, essa fase tende a se prolongar em comparação com outros países ocidentais, sendo um período de alto nível de estresse e incertezas (M. J. S. Pereira, 2012).

Vale ressaltar que o conceito de adulez emergente foi introduzido como consequência devido às transformações culturais e econômicas que modificaram o percurso de transição para a vida adulta (T. Brandão et al., 2012). Historicamente, por exemplo, teóricos como Erik Erikson descreveram a fase da adolescência prolongada como uma etapa de experimentação e produção da identidade (C. M. C. Rodrigues, 2021). No entanto, foi a partir dos estudos de Arnett que se consolidou a ideia de uma fase intermediária, destacando aspectos que não se enquadravam completamente nem na adolescência nem na vida adulta, mas que influenciavam o processo de desenvolvimento humano (Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023). Essa fase evidenciou a necessidade de adaptar conceitos e teorias às novas realidades sociais e econômicas.

A partir disso, ao considerar a adulez no contexto brasileiro, é necessário ressaltar que o processo de desenvolvimento é marcado por desafios únicos, associados a uma permanência prolongada na casa dos pais e a uma dependência econômica (Souto, 2020). Muitos adultos enfrentam dificuldades para acessar o mercado de trabalho, devido a barreiras que surgem nesse contexto e à dificuldade em estabelecer uma carreira sólida (Sawaia, 2001). Esse cenário social resulta em um prolongamento da temporalidade da transição, no qual fatores como estabilidade econômica e mobilidade social impactam diretamente a formação da identidade adulta (T. Brandão et al., 2012).

Na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, é possível observar uma perspectiva sistêmica que busca compreender a emergência dos fatores de constituição do indivíduo, considerando-o como uma pessoa inserida em um contexto social que transita por múltiplos sistemas ao longo do tempo (Bronfenbrenner, 2011). No contexto brasileiro, as reflexões dessa teoria destacam a importância de repensar a diversidade cultural e econômica como fator significativo, visto que o código cultural atua em diferentes níveis do ecossistema humano, influenciando a configuração da

família, da escola, do trabalho e das relações interpessoais na comunidade (Bronfenbrenner, 1996). Esses fatores moldam o desenvolvimento dos jovens adultos e influenciam seus processos de tomada de decisão, tornando o contexto social e cultural essencial para entender as nuances dessa fase (A. S. Pereira et al., 2018).

Outro aspecto importante para a compreensão da adultez é o sentido do propósito de vida, tema central no estudo de Gobbo e Dellazzana-Zanon (2023). O estudo relata que a construção de um sistema de crenças e um senso de significado e direção são apontados como marcadores que estimulam e favorecem o desenvolvimento do compromisso dos adultos com sua trajetória desenvolvimental, proporcionando melhor qualidade em saúde mental e evitando o desenvolvimento de comportamentos de risco.

Essa postura diante da busca por sentido é importante e estimulada no contexto brasileiro, onde a adultez é vivenciada em meio a condições sociais e econômicas adversas e conflitantes. Gobbo e Dellazzana-Zanon (2023) destacam a necessidade de repensar intervenções que considerem as especificidades culturais e promovam o desenvolvimento de um propósito de vida, permitindo que os adultos se desenvolvam de maneira saudável, diminuindo os estressores nessa transição e possibilitando que atravessem a adultez com maior resiliência e autonomia.

A Psicologia como Ciência do Desenvolvimento Humano enfrenta múltiplos desafios ao investigar e estudar esse tema no Brasil, visto que o contexto socioeconômico é complexo, associado a processos de marginalização, exclusão e sofrimento humano que influenciam as trajetórias dos adultos (Dallabrida et al., 2021; Andrade Barros & Coutinho, 2020). Diferente de países industrializados, o Brasil apresenta elevados níveis de desigualdade em um mercado de trabalho instável, o que impacta o exercício da autonomia e o alcance dos marcadores tradicionais

da adultez, como a independência financeira e a construção de uma carreira estável, como já citado (Pizzinato et al., 2021).

Esse prolongamento da dependência familiar e o adiamento de compromissos relacionados à instituição do casamento e à formação de uma família desafiam os profissionais da psicologia a entender as particularidades dessa transição no desenvolvimento, em um país onde os adultos muitas vezes enfrentam barreiras estruturais e simbólicas que dificultam a construção de identidade com perspectiva de independência e autogerenciamento (D. A. L. Freire, 2018). Outro desafio importante para a psicologia do desenvolvimento no Brasil é a necessidade de uma abordagem teórico-metodológica que leve em conta a diversidade social e cultural do país, especialmente ao lidar com questões como gênero, raça e classe, pois essas variáveis influenciam de forma significativa as experiências singulares de desenvolvimento dos adultos (Pizzinato et al., 2021). Essa perspectiva exige que os psicólogos integrem conhecimentos de áreas como filosofia, antropologia, sociologia e neurociências.

Ainda que as discussões sobre desenvolvimento humano se insiram em um cenário científico global, sua aplicação exige atenção às condições concretas dos contextos nacionais. No Brasil, desigualdades sociais, diversidade cultural e acesso desigual a direitos impõem desafios específicos à pesquisa e à prática psicológica, tornando fundamental a elaboração de abordagens que articulem referenciais internacionais às demandas do contexto brasileiro. (D. A. L. Freire, 2018; Pizzinato et al., 2021; Sawaia, 2001). A instabilidade no desenvolvimento humano durante a fase da adultez é um fator importante que merece atenção, pois pode aumentar o nível de estresse e gerar impacto emocional, como destacado por A. S. Pereira et al. (2018). Esse período envolve constantes mudanças e transições que representam tanto uma oportunidade de crescimento pessoal quanto uma fonte de tensão e incerteza, atravessado por diversas crises.

A pressão para atingir os marcos da adultez, como a independência financeira e a estabilidade emocional, somada à dificuldade de alcançar tais objetivos devido a questões de classe e a um contexto sociocultural e econômico desfavorável, que atuam como fatores agravantes no percurso desenvolvimental, pode desencadear sentimentos de ansiedade e insegurança, influenciando os processos de saúde e adoecimento no curso do envelhecimento humano (Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023).

2.3 Envelhecimento Humano: Fundamentos Biológicos, Sistêmicos e Psicológicos

O envelhecimento humano é um processo complexo. É compreendido como um processo natural dos organismos, visto como um processo individual e global, mas tendo aspectos singulares e variações heterogêneas, a partir dos seus aspectos sistêmicos (Kaim & Backes, 2019). Ele é cíclico, com repercussões multifatoriais, dependendo da pessoa e do contexto (Abreu, 2021). Ele pode ser influenciado dessa forma por aspectos genéticos, bioquímicos, epigenéticos, metabólicos, cognitivos, psicossociais (L. S. Oliveira et al., 2025). Nessa perspectiva, é importante ressaltar que é um processo estocástico, que tem em sua definição uma evolução e transformações no curso do tempo (Assunção, 2020).

Dentro dessa multiplicidade e complexidade do fenômeno do envelhecimento humano, ele pode ser estudado por múltiplas teorias. Algumas abordagens o concebem como um processo adaptativo, associado às teorias evolutivas do envelhecimento, enquanto outras o interpretam como resultado da progressiva redução da força seletiva ao longo do tempo cronológico da idade (Teixeira & Guariento, 2010). Paralelamente, há teorias que concebem o envelhecimento como um processo biologicamente programado, associado a mecanismos genéticos que regulam o tempo e o funcionamento dos sistemas orgânicos, assim como abordagens que ressaltam o papel modulador de fatores externos sobre esses processos programados. Ademais, as teorias de dano ou

erro interpretam o envelhecimento como resultado do acúmulo progressivo de desgastes, lesões e falhas nos sistemas biológicos, decorrentes da interação contínua entre o organismo e o ambiente ao longo da vida (Assunção, 2020; Farinatti, 2002; Fries & Pereira, 2011; Monteiro & Coutinho, 2020; Mota et al., 2004). Nesse conjunto de abordagens, incluem-se ainda os estudos sobre senescência celular e a atividade de enzimas como a telomerase, que aprofundam a compreensão dos mecanismos biológicos envolvidos no envelhecimento. Contudo, as formulações contemporâneas tendem a superar modelos explicativos isolados, incorporando teorias combinadas que integram processos de programação biológica, mecanismos de dano acumulado e dimensões do envelhecimento biofísico, reconhecendo a complexidade e a multidimensionalidade do envelhecimento humano (M. M. Nascimento, 2020).

A teoria evolutiva do envelhecimento passa por parte de uma perspectiva de alteração biológica, sendo resultado de um mecanismo de adaptação da seleção natural, não tendo uma perspectiva necessariamente adaptativa funcional (Kaim & Backes, 2019). É fundamentada nos princípios darwinianos de sobrevivência diferencial. Essa lógica aborda que os organismos com características mais vantajosas para o contexto tendem a desenvolver maior probabilidade de deixar descendentes por causa da sua reprodução e adaptação ao meio ambiente (D. V. Oliveira et al., 2021). Nessa perspectiva de seleção natural, ela é compreendida como um campo de força que atua mais especificamente no período de comportamento sexual e reprodutivo, e as outras características que aparecem após esse período tendem a ser associadas com outros fatores, escapando dessa pressão seletiva (M. M. Nascimento, 2020).

Já outros autores, como Kajitani et al. (2021) e K. L. Rodrigues e Dala-Paula (2023), desenvolveram uma perspectiva sobre o declínio da força da seleção natural com o passar da idade cronológica, visto que existem efeitos deletérios que vão surgindo após o processo reprodutivo,

que tendem a ser eliminados pelo processo evolutivo. Nessa perspectiva, a hipótese do acúmulo de mutações evidencia que as mutações tardias se sustentam de forma cumulativa no genoma, sem sofrer uma pressão seletiva de forma significativa, dizendo que a senescência não é necessariamente programada de forma biológica e direta, mas sim tolerada pelo contexto e a natureza em função de priorizar a evolução conforme a relação e o bioecossistema da espécie (Fries & Pereira, 2011; Kaim & Backes, 2019; M. M. Nascimento, 2020; D. V. Oliveira, 2021).

As perspectivas de teorias programadas para o envelhecimento humano trazem uma visão do fenômeno e seguem uma espécie de cronograma biológico que é gerenciado pela estrutura genética e influenciado por uma lógica de relógio molecular que atua regulando o funcionamento celular, a homeostase, o funcionamento imunológico e a estabilidade genômica (Assunção, 2020; Cardoso, 2012; Schneider & Irigaray, 2008; Teixeira & Guariento, 2010). Nesse sentido, sustenta-se a ideia de uma espécie de relógios epigenéticos que evidenciam que a metilação do ácido desoxirribonucleico (DNA) segue padrões que permitem compreender com mais precisão a idade cronológica e a expectativa de vida saudável (Conde et al., 2025). Nessa perspectiva, a observação de eventos biológicos pode ser cronometrada e mensurável, como a puberdade e a menopausa (Peixer et al., 2025).

Conde et al. (2025) realizaram um estudo com peso em fatores contextuais e identificaram que o impacto de variáveis externas sobre os mecanismos programados afeta a base genética do envelhecimento humano, apontando que fatores externos como a dieta, a poluição e fatores de estresse e adoecimento crônico podem alterar e modular a expressão genética relacionada à senescência celular. Nessa perspectiva, a epigenética é vista como um mecanismo de plasticidade biológica por meio da metilação e acetilação do DNA, afirmando que os programas biológicos são vistos e compreendidos como sistemas complexos e dinâmicos (Leite & Souza, 2025). Nessa

lógica, os aspectos comportamentais externos ao organismo atuam potencializando aspectos protetivos e retardando os efeitos de declínios relacionados ao processo de envelhecimento celular (M. M. Nascimento, 2020).

Simas et al. (2019) afirmam que a teoria do dano e do erro, considera o envelhecimento humano como produto de um efeito cumulativo de alterações moleculares ao longo do tempo que o organismo não consegue reparar. A partir desses danos ao DNA, às proteínas e ao sistema mitocondrial, é possível entender a alteração no desempenho neurofisiológico. Nessa perspectiva, a teoria do estresse oxidativo é uma das mais apresentadas, sustentando o conceito de radicais livres, sendo compreendidos como subprodutos do metabolismo celular, que pelo seu processo começam a danificar as estruturas celulares e aceleram o processo de senescência celular e encurtamento dos telômeros, tendo como efeito o aumento de marcadores inflamatórios e disfunções mitocondriais em tecidos, afetando o desempenho e o funcionamento do organismo, gerando alterações estruturais e funcionais (Kaim & Backes, 2019; A. C. Oliveira et al., 2022; Souza et al., 2023).

As teorias combinadas trazem uma perspectiva crítica sobre o processo de dicotomia entre programação e dano celular genético. Essa perspectiva afirma que o processo de envelhecimento é visto como um fenômeno complexo e multifatorial, influenciado de forma recíproca por fatores epigenéticos, metabólicos e ambientais (L. A. Melo & Lima, 2020; M. M. Nascimento, 2020). Essa teoria traz uma perspectiva do envelhecimento humano dentro de uma rede de ciclos de retroalimentação, no qual múltiplos sistemas interagem dinamicamente ao longo do ciclo vital, e sistematizam uma perspectiva de envelhecimento celular fisiológico de uma forma integrada, analisando a programação biológica dentro de um contexto e de um sistema ecológico (Montezeli et al., 2022).

Ao reconhecer o envelhecimento como um processo integrado e sistêmico, torna-se necessário ampliar a análise para além dos mecanismos biológicos, incorporando as dimensões psicossociais, emocionais e cognitivas que sustentam os processos de adaptação ao longo do desenvolvimento. Nesse sentido, a condição de pessoa idosa emerge como um período marcado por reorganizações desenvolvimentais específicas, nas quais estratégias de regulação emocional, adaptação cognitiva e manutenção da identidade desempenham papel relevante na experiência do envelhecer.

2.4 Pessoa Idosa: Teorias Psicossociais, Regulação Emocional e Cognição

Além das teorias biológicas e genéticas, existem as teorias psicossociais do envelhecimento, que incluem a teoria do desengajamento/desvinculação, teoria da atividade, teoria da continuidade e teoria da seletividade socioemocional (Andrade Neves, 2024). Também existem as teorias cognitivas e neuropsicológicas, que estão relacionadas à teoria do declínio cognitivo normal e patológico, à teoria do modelo de reserva cognitiva e à teoria de recursos cognitivos (Assunção, 2020).

Em relação à teoria do desengajamento, ela afirma que o envelhecimento humano envolve uma diminuição dos papéis sociais e uma retirada do sujeito nos sistemas transacionais priorizados na adultez, tendo uma redução como um processo adaptativo de reorganização social (Cavalcanti et al., 2020). Essa perspectiva traz que a redução acontece de forma mútua, envolvendo os contextos, e é vista como um processo de transição para uma nova fase de desenvolvimento, visto que é compreendido que as pessoas idosas que apresentam boa capacidade funcional têm uma diminuição do número de interações sociais, preservando um número de relações no nível mais qualitativo, visando à preservação de aspectos de saúde emocional e senso da sua identidade (Andrade Neves, 2024).

Na perspectiva do nível de atividade, já se introduz a ideia de que a manutenção de atividades e o envolvimento em atividades sociais estão fortemente relacionados ao indicador de bem-estar psíquico da pessoa idosa (A. R. Oliveira et al., 2021). Nessa lógica, evidencia-se que o processo de exercício de autonomia e participação ativa nos processos interacionais, no contexto e nos ambientes de constituição da pessoa idosa, seja realizado de forma consciente, implicado em processos motivacionais, tendo como consequência a participação do sujeito em atividades físicas, instituições com práticas de lazer, com impacto no bem-estar mental, no nível de satisfação, no desenvolvimento pessoal e no domínio ambiental (Alves et al., 2021). Essas atividades podem resultar em uma melhora na saúde mental, com impacto significativo em sentimentos de propósito, autoestima e autoeficácia das pessoas idosas, que apresentam relações positivas nos ambientes de constituição desenvolvimental (Karlinski & Frassetto, 2013; T. F. Oliveira et al., 2018; Soares et al., 2020).

Outra perspectiva é a teoria da continuidade, que propõe que o processo de envelhecimento da pessoa idosa é bem-sucedido quando envolve uma consistência de elementos internos, de autorregulação cognitiva, psíquica e emocional, e de fatores contextuais externos, relacionados aos processos comportamentais, aos hábitos de estilo de vida, valores, papéis sociais, relacionados aos ambientes e à macroestrutura, e à rede de suporte social ao longo do envelhecer (Andrade Neves, 2024; D. V. Oliveira et al., 2021; M. M. Nascimento, 2020). Essa teoria afirma que, ao preservar esses fatores e indicadores, os indivíduos tendem a ter uma promoção do envelhecimento, sendo um fator protetivo para o senso de identidade e o gerenciamento de estresse e desafios ao longo do ciclo vital, facilitando o processo de adaptação a eventos estressores que acontecem ao longo do processo de saúde, adoecimento e luto (Andrade Neves, 2024).

Já a teoria da seletividade emocional evidencia que a percepção do tempo limitado influencia a pessoa idosa a priorizar metas emocionais e relações afetivas que são gratificantes, ao invés da busca por conhecimento e foco apenas em crescimento financeiro (Doll & Bernardo, 2022). Nessa lógica, as redes sociais de suporte afetivo e operacional tendem a ser menores, porém, têm um aprofundamento em nível mais qualitativo, gerando influência e ganhos na saúde, tornando os vínculos da rede de suporte fortalecidos, com impacto de proximidade emocional e um efeito de positividade nos processos cognitivos como atenção, memória e autorregulação cognitiva, promovendo a valorização de experiências agradáveis e significativas relacionadas aos eventos remotos e aspectos autobiográficos (Tavares & Schelini, 2024).

Já as teorias relacionadas ao campo cognitivo e neuropsicológico buscam explicar o processo de envelhecimento humano por meio de alterações do envelhecimento neurocognitivo, afirmando que, durante o envelhecimento, a pessoa idosa pode apresentar alterações nos sistemas atencionais, de memória, de linguagem e funções executivas (Caixeta & Teixeira, 2014; Hudes et al., 2019; F. S. Rocha & Chariglione, 2020). Essa perspectiva considera que o envelhecimento humano não é apenas um fenômeno de base biológica, mas também envolve transformações estruturais e neurofuncionais do cérebro. Nessa perspectiva, é importante entender que o cérebro se adapta e vai criando uma reserva cognitiva ao longo do tempo, nas quais as funções tendem, em algum ponto, a declinar, mas, ao mesmo tempo, podem se manter estáveis ou produzir compensação neural (Assunção, 2020; Assunção & Chariglione, 2022). Por isso, nesse campo de estudo, ressalta-se a importância de fatores de proteção cognitiva para manutenção e compensação neural, que protejam a neurocognição da pessoa idosa (Sacramento & Chariglione, 2019; J. C. F. dos Santos et al., 2023).

Em vista disso, a teoria do modelo de reserva cognitiva propõe que fatores como escolaridade formal e informal, nível de envolvimento intelectual ao longo da vida, atividades de lazer, ocupações, e estilos de vida favoráveis ou desfavoráveis podem estimular a dinâmica do declínio cognitivo (Hamdan & Santos, 2023). Nessa perspectiva, pessoas idosas com alta reserva cognitiva tendem a reduzir ou diminuir o ritmo do declínio cognitivo, mesmo quando já apresentam biomarcadores de proteína beta-amiloide extracelular ou de proteína tau intracelular (Assunção et al., 2022; Assunção & Chariglione, 2022; T. M. C. Barreto, 2020; Hernández, 2021; Lima-Silva, 2019).

A análise das diferentes abordagens teóricas sobre o desenvolvimento ao longo do ciclo vital permite inferir que as fases da adultez e da velhice se constituem como períodos atravessados por múltiplas interações entre condições individuais, ambientais e históricas. Esses processos, frequentemente associados a contextos de variabilidade ambiental e exposição a demandas estressoras, desafiam a aplicação de modelos explicativos baseados em controle linear ou previsibilidade. Dessa forma, a compreensão dos fenômenos que incidem sobre as demandas humanas nessas fases requer uma análise complexa, capaz de articular diferentes níveis de análise e reconhecer a natureza dinâmica e contextual do desenvolvimento. (Pizzinato et al., 2021). Nesse contexto, ao reconhecer o desenvolvimento humano como um processo dinâmico e atravessado por múltiplas interações, torna-se possível aprofundar a análise dos fenômenos que incidem sobre a saúde ao longo do envelhecimento. Assim, avalia-se que o estresse e a alteração emocional experimentados durante o processo de envelhecimento humano estão relacionados ao impacto articulado de fatores internos e externos (Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023). Para contribuir para a compreensão do estresse no desenvolvimento humano, serão apresentadas, a seguir, questões conceituais e teóricas sobre estresse, estilo de vida e processos culturais.

Capítulo 3: Estresse e Estilo de Vida: Impactos na Saúde e no Desenvolvimento Humano

Para falar de estilo de vida e saúde, é fundamental destacar, antes de tudo, a noção de cultura, que se refere a um sistema de valores que influencia as crenças dos indivíduos e é capaz de moldar o comportamento e o desenvolvimento humano (Miyamoto & Ryff, 2022). A cultura pode ser vista como um fenômeno complexo, com tendência à estabilidade e propenso à repetição, consistindo em um conjunto de padrões e costumes construídos e mantidos ao longo da história (Jansson et al., 2021; J. M. F. Lopes, 2014). Nesse contexto, a cultura é considerada um macrossistema interligado a valores e costumes que têm a capacidade de organizar atividades semióticas em variados setores, influenciando, a maneira como as pessoas se orientam e interagem na sociedade (Abikenov & Kudaibergenov, 2021).

Diante disso, observa-se que a cultura pode influenciar na formação de hábitos e costumes, os quais afetam e influenciam os processos de constituição humana (Rengalakshmi, 2022; Swidler, 1986). Nesse sentido, o conceito de *habitus* refere-se a um conjunto de disposições internalizadas que orientam comportamentos e interpretações da realidade, operando como um mediador entre indivíduo e contexto social e favorecendo a reprodução de padrões sociais ao longo da vida (Setton, 2002). Essa estrutura atua como campo de forças na formação do indivíduo e nas representações objetivas, sendo capaz de influenciar a intenção no campo da consciência (Peters, 2013).

O estilo de vida tem uma dimensão tanto individual quanto coletiva, podendo gerar práticas grupais e singulares, resultando em modos de interação particulares e compartilhados (Rosa et al., 2020). Portanto, o estilo de vida pode ser compreendido como um produto dos *habitus*, os quais constituem uma tecnologia que ao mesmo tempo que é uma estrutura, tem potencial de atuar de forma estruturante por meio de processos históricos que medeiam experiências moldadas na interação social e que podem ser incorporadas ao longo do desenvolvimento do psiquismo

(Madeira et al., 2018). Dessa forma, o conjunto de *habitus* compõe o estilo de vida e possui uma capacidade promotora de gerar condutas no tecido social, sendo internalizado por meio de valores, processos culturais e elementos institucionais-organizacionais, atualizando-se nas práticas e nas representações sociais, operando tanto no plano objetivo quanto no intersubjetivo (Madeira et al., 2018; Setton, 2002).

Em consonância com essa perspectiva multifatorial, Rolnik e Guattari (2006) afirmam que o processo de interação social pode estar inter-relacionado com a produção do estilo de vida e com a forma com que a dinâmica dos processos culturais é colocada, tendo potencial de prescrever e produzir um conjunto de condutas continuadas que podem ser influenciadas e transformadas pela relação humana. Nessa perspectiva de continuidade, Costa e Silva (2020) afirma que o núcleo do estilo de vida é estruturado por atividades molares, que são estruturas complexas de atividades comportamentais que se perpetuam ao longo do ciclo vital.

As atividades molares se materializam no ambiente imediato de interação e têm uma relação interconectada com as forças ambientais e variáveis individuais, caracterizando-se pelo nível de impulso, grau de motivação e pela quantidade de movimento que cria e mantém sistematicamente uma série de inter-relações que podem se perpetuar ao longo do tempo, com o potencial de apresentar significado e direcionar o crescimento psicológico do indivíduo (Bronfenbrenner, 1996, 2011).

Corroborando com a perspectiva interacional, a Organização Mundial de Saúde conceitua o estilo de vida como uma soma de hábitos e costumes que são estimulados, incorporados, inibidos, influenciados ou modulados pela socialização e processos culturais (Pôrto et al., 2015). Nessa perspectiva, o estilo de vida pode ser compreendido como um sistema multifatorial que pode afetar a saúde, possuindo uma série de fatores relacionados ao estado nutricional, uso de substâncias,

nível de atividade física e exercício físico, qualidade das relações interpessoais e a forma como a pessoa administra o estresse (Alegría-Torres et al., 2011; Pušnik et al., 2023).

3.1 Considerações Sobre a Noção de Estresse: Perspectiva Fisiológica e Modelos Teóricos de Estresse

Não há um conceito único de estresse na literatura científica, uma vez que esse fenômeno tem sido abordado a partir de diferentes perspectivas teóricas e epistemológicas, o que resulta em uma expressiva variabilidade conceitual. Essa diversidade de abordagens reflete a complexidade do estresse e os múltiplos níveis nos quais ele se manifesta, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e contextuais. Ainda assim, apesar da ausência de uma definição única, distintos campos de investigação têm contribuído de forma consistente para a compreensão de suas implicações nos processos de saúde e adoecimento, especialmente no que se refere à sua associação com o desenvolvimento e o agravamento de doenças crônicas (A. R. Oliveira et al., 2021). Serão apresentadas algumas considerações sobre a fisiologia do estresse, os modelos teóricos relacionados à síndrome de adaptação geral, ao modelo transacional e ao modelo de diátese ao estresse, buscando refletir sobre as teorias que abordam o estresse, o desequilíbrio interno e externo que contribuem para o surgimento de doenças.

O conceito de estresse é explorado por diferentes teorias, algumas das quais adotam uma perspectiva fisiológica, centrada na compreensão do sistema nervoso e na resposta global do corpo ao estresse, controlada pelo sistema nervoso central (Zuardi, 2010). Vale destacar que o sistema nervoso é organizado por uma estrutura complexa, sendo dividido em duas partes principais: o sistema nervoso central, que abrange a parte do cérebro e a parte da medula espinhal, e o sistema nervoso periférico, constituído por duas subdivisões — o sistema nervoso autônomo e o sistema

nervoso somático (Machado & Haertel, 2014). Já o sistema nervoso autônomo, por sua vez, é subdividido em sistema nervoso simpático e sistema nervoso parassimpático (Takase, 2023).

Na perspectiva fisiológica do sistema nervoso, quando os órgãos dos sentidos detectam um estímulo externo, os neurônios sensoriais do sistema nervoso somático enviam impulsos nervosos para áreas cerebrais secundárias, indicando uma possível ameaça (Esperidião-Antonio et al., 2008). A formação reticular, situada no tronco encefálico, é crucial para ativar e alertar o sistema cerebral diante de um desafio ambiental (Luria, 1981). Com suas vias ascendentes e descendentes, ela estabelece uma comunicação bidirecional entre o corpo e o cérebro (Luria, 1981; Machado & Haertel, 2014). No primeiro caminho, a formação reticular envia sinais sobre a presença de um estressor potencial ao tálamo, que analisa e organiza esses sinais, ativando o sistema límbico e o córtex cerebral, responsáveis por interpretar e responder ao estímulo (Straub, 2014). No segundo caminho, a formação reticular transmite sinais das regiões superiores do cérebro para os músculos e glândulas, sob o controle do sistema nervoso parassimpático, preparando o corpo para uma resposta de defesa, como luta ou fuga (M. L. Brandão, 2005).

A ativação do sistema nervoso simpático por esses sinais leva à liberação de hormônios pelas glândulas adrenais, elevando a frequência cardíaca, expandindo as pupilas e liberando hormônios do estresse (Cardoso, 2012). Esse mecanismo redireciona o fluxo sanguíneo dos órgãos digestivos para os músculos, permitindo que a energia acumulada seja utilizada rapidamente (Straub, 2014). O hipotálamo, por sua vez, é o principal regulador da resposta ao estresse, coordenando várias outras regiões cerebrais. Ele responde não apenas a ameaças reais, mas também a memórias de situações estressantes ou a estressores imaginários, regulando a atividade do sistema endócrino e a liberação de hormônios essenciais para a resposta ao estresse (Straub, 2014).

Segundo Graeff (2007), o hipotálamo é a principal central de controle da resposta ao estresse, pois ele ativa a hipófise, que libera o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Esse hormônio é absorvido pelos receptores das glândulas adrenais, que são pequenas glândulas endócrinas situadas acima dos rins. Cada glândula adrenal é composta por duas partes quase autônomas: a medula adrenal, localizada no centro, e o córtex adrenal, na parte externa. Essas glândulas funcionam como um sistema de defesa, prontas para reagir a ameaças (Holt et al., 2022). Quando o hipotálamo envia sinais à hipófise, a medula adrenal libera adrenalina (epinefrina) e noradrenalina na corrente sanguínea, acionando a resposta de “luta ou fuga”, que é mais prolongada do que a resposta imediata promovida pelo sistema nervoso simpático (Straub, 2014). Esse processo é chamado de eixo simpato-adreno-medular (Fonseca, 2023).

O sistema endócrino também acaba desempenhando um papel crucial na resposta ao estresse por meio do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que integra o hipotálamo, a hipófise e o córtex adrenal (Graeff, 2007). Enquanto o eixo simpato-adreno-medular proporciona uma reação rápida, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal gera uma resposta mais lenta, ajudando a restaurar o equilíbrio do corpo, conhecido como homeostase (Esperidião-Antonio et al., 2008). Nesse eixo, o hipotálamo exerce papel central ao secretar o hormônio liberador de corticotropina (CRH), estimulando a hipófise a produzir ACTH, que então ativa o córtex adrenal para liberar corticosteróides, os quais auxiliam na redução de inflamações, cicatrização e mobilização dos recursos energéticos do organismo (Straub, 2014).

Em geral, os eventos estressores são de curta duração e o hipotálamo também ajuda a interromper a resposta ao estresse antes que ela cause danos ao corpo. O cortisol, um hormônio corticosteroide liberado durante esse processo, afeta diretamente os tecidos do corpo: ele eleva os níveis de glicose no sangue, promove a quebra de proteínas e aminoácidos e inibe a absorção de

glicose pelos tecidos corporais, exceto pelo cérebro (Straub, 2014). Por meio de um mecanismo de feedback preciso, o cortisol age no hipocampo, que possui uma alta concentração de receptores desse hormônio (T. P. O. Rocha et al., 2018).

O hipocampo, então, realiza sinalizações ao hipotálamo e à hipófise para reduzir a liberação de CRH e ACTH. Com a redução do ACTH no sangue, o córtex suprarrenal para de produzir cortisol (Kandel et al., 2014). Embora o sistema endócrino ajude o organismo a lidar com o estresse, fornecendo energia ao cérebro na forma de glicose, níveis elevados e prolongados de cortisol podem ter efeitos adversos como hipertensão, redução da imunidade e desenvolvimento de transtornos psicológicos (D. V. Oliveira et al., 2021).

Indo além da perspectiva fisiológica, o teórico Selye apresentou uma teoria relevante para compreender a relação entre estresse e doença, denominada síndrome de adaptação geral (Novais & Rezende, 2021). Selye propôs o conceito de uma resposta inespecífica do organismo a qualquer tipo de demanda, destacando que a ocorrência do corpo ao estresse era tão consistente que poderia ser descrita como uma síndrome de adaptação geral (Straub, 2014). Essa teoria é composta por três estágios: o primeiro é a ocorrência de alarme, também conhecida como resposta de “luta ou fuga”, cuja intensidade depende da percepção do evento como ameaçador (Rigoti et al., 2024).

Se a ameaça persistir, o corpo passa para o segundo estágio, chamado de resistência, onde a resposta fisiológica se intensifica, mantendo o corpo em um alto nível de alerta (Straub, 2014). Nessa fase, o corpo tenta se ajustar à situação de emergência, estimulando a produção de hormônios adrenais (Graeff, 2007). No entanto, se esse estado for prolongado e continuar ativando o modo de resistência, o corpo começa a ter dificuldades em lidar com eventos e desafios cotidianos. Durante essa fase de resistência, é comum observar um aumento do humor disfórico, irritabilidade e maior suscetibilidade a problemas de saúde (Rigoti et al., 2024).

Se a resistência se tornar insustentável, o corpo entra no estágio final da síndrome de adaptação geral, conhecida como exaustão. Nesse estágio, as reservas energéticas do corpo são minimamente reduzidas, dificultando a produção de energia. Se o estresse se mantiver nesse nível de exaustão, o indivíduo se tornará mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças devido a lesões físicas, podendo até atingir um distúrbio orgânico, com risco de morte (Rigoti et al., 2024).

Em consonância com essa perspectiva de como o estresse prolongado pode causar alterações no funcionamento do corpo, alguns pesquisadores afirmam que a ativação contínua das glândulas adrenais pode levar ao desenvolvimento de úlceras hemorrágicas, lesões no hipocampo cerebral e anormalidades em diversas áreas do cérebro (Nogueira, 2023). No entanto, é importante destacar que níveis elevados de estresse também prejudicam a neurogênese, afetando a neuroplasticidade e a produção de novos neurônios no cérebro, além de comprometer o processo de divisão e multiplicação celular (L. A. Oliveira et al., 2023).

No modelo transacional, o estresse é compreendido como um processo que ocorre sempre que o sujeito percebe o que a situação estressora ultrapassa os seus recursos cognitivos, pessoais e sociais, percebendo que no momento não consegue mobilizar seus recursos para enfrentá-lo, dentro de uma abordagem de resolução de problemas (Straub, 2014). Se os recursos disponíveis forem suficientes e conseguirem sustentar a tensão gerada pelo estresse, esse é neutralizado, já que o problema se torna solucionável. Por outro lado, caso os recursos sejam inadequados ou ineficazes diante das demandas contínuas do ambiente, a tensão aumenta e o organismo permanece sob estresse. Nesse cenário, o processo de avaliação cognitiva das variáveis que geram tensão, estresse ou ameaça pode facilitar ou dificultar a resolução de problemas futuros, exigindo uma reavaliação cognitiva e uma alteração na percepção das ameaças ou demandas ambientais (Afonso et al., 2022).

No modelo de diátese ao estresse, a resposta ao estresse é considerada variável, dependendo da percepção do estímulo estressor e da interação com fatores biológicos e psicossociais que afetam a saúde e a doença (I. S. Barreto & Teodoro, 2018). Esse modelo sugere que esses fatores estão em interação constante, e a forma como o estresse relacionado ao indivíduo é influenciado por predisposições que estabelecem um nível específico de vulnerabilidade psíquica, cognitiva e física, além de fatores ambientais presentes no contexto (Straub, 2014). A predisposição pode resultar de fatores biológicos, como a genética, ou de experiências ambientais anteriores, como a exposição a ambientes poluídos ou violentos (I. S. Barreto & Teodoro, 2018). Dessa forma, alguns indivíduos podem se tornar mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças, já que seu sistema biológico pode reagir de maneira mais intensa a certos fatores ambientais que funcionam como gatilhos (T. P. O. Rocha et al., 2018; Straub, 2014).

Diante dessas considerações, o capítulo a seguir apresenta elementos que justificam a importância de investigações voltadas à compreensão do desenvolvimento humano, com ênfase nos fatores de estilo de vida, no estresse e nas interações entre essas dimensões ao longo da vida.

Capítulo 4: Justificativa

O estudo do desenvolvimento humano de adultos e pessoas idosas requer uma compreensão das interações dinâmicas entre o indivíduo e os múltiplos contextos nos quais ele está inserido (Cesario & Cesario, 2020; Veraksa et al., 2022). Essas interações, contínuas e recíprocas, são constitutivas dos processos de adaptação e mudança que caracterizam a vida humana (Bronfenbrenner, 1996). Nessa perspectiva, o estresse e os fatores de estilo de vida podem emergir como variáveis para compreender os mecanismos de plasticidade desenvolvimental e os percursos de saúde e adoecimento ao longo do ciclo vital (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Wilson, 2024).

A partir de uma abordagem desenvolvimental e bioecológica, o estresse não é apenas um fenômeno psicofisiológico, mas um processo contextual e relacional (Bronfenbrenner, 2011). Ele pode se manifestar nas atividades molares do cotidiano, isto é, nas ações recorrentes e significativas que expressam o envolvimento ativo do sujeito com seu ambiente (Bronfenbrenner, 2005). O modo como os indivíduos percebem e enfrentam situações estressoras depende da qualidade das interações entre sistemas pessoais (cognitivos, afetivos e biológicos) e sistemas contextuais (familiares, sociais e culturais), configurando um campo de reciprocidade e aprendizagem contínua. Zhou et al. (2025) mostram que a exposição prolongada ao estresse está associada a alterações cognitivas, imunológicas e emocionais, especialmente em adultos e pessoas idosas, mas há lacunas significativas sobre como esses efeitos se articulam com processos de desenvolvimento e adaptação.

Essas lacunas se evidenciam na predominância de estudos que tratam o estresse de forma fragmentada, sem integrar suas dimensões subjetivas, comportamentais e ecológicas (Anacker et al., 2016; Seo et al., 2016; Zhang et al., 2019). Diante disso, observa-se que ainda são escassas as

investigações que analisam o estresse como parte das atividades molares e das interações recíprocas e contínuas entre a pessoa e os elementos do ambiente, considerando-o como um componente dos processos de aprendizagem e do desenvolvimento humano. Tal fragmentação limita a compreensão do estresse enquanto fenômeno dinâmico, processual e potencialmente transformador ao longo da vida. Segundo Wilson (2024), a compreensão do estresse requer uma abordagem desenvolvimental, que permita reconhecer não apenas seus impactos negativos, mas também as oportunidades de reorganização e crescimento psicológico, sobretudo quando mediadas por estilos de vida protetivos e por relações interpessoais favoráveis. Assim, torna-se necessário compreender o estresse como um fenômeno que pode atuar na zona proximal de desenvolvimento, situando-se no espaço entre competências já consolidadas e a construção de novas estratégias de enfrentamento. Essa compreensão possibilita refletir sobre como experiências estressoras, quando mediadas por recursos pessoais e contextuais, podem favorecer processos de reorganização e abrir novas perspectivas para a Psicologia do Desenvolvimento e para as intervenções em saúde.

Os fatores de estilo de vida podem ser compreendidos como expressões concretas das interações contínuas entre a pessoa e os contextos nos quais está inserida (Rosa et al., 2020). Comportamentos relacionados à atividade física, aos hábitos alimentares, ao sono e ao engajamento social configuram práticas de vida que se constroem e se mantêm ao longo da vida, em função das experiências cotidianas, dos recursos individuais e das oportunidades socioculturais disponíveis (Alegría-Torres et al., 2011; Pušnik et al., 2023). A literatura indica que hábitos considerados saudáveis se associam a menor incidência de doenças crônicas e a melhores indicadores de qualidade de vida; contudo, grande parte desses estudos ainda carece de uma abordagem desenvolvimental que integre tais comportamentos aos processos de aprendizagem, adaptação e regulação ao longo da vida (Jackson et al., 2016; Rahayu et al., 2021). Observa-se,

ainda, uma lacuna no que se refere à compreensão de como os estilos de vida se transformam diante de eventos estressores, bem como de que modo o estresse pode atuar como mediador nos processos de saúde e adoecimento em diferentes fases do ciclo vital.

Nesse sentido, investigar o estresse e o estilo de vida sob uma lógica desenvolvimental oferece uma visão integradora e contextualizada do comportamento humano. A abordagem bioecológica permite compreender como as atividades molares, realizadas nos microsistemas da vida cotidiana, como o trabalho, a família e a comunidade, se articulam com fatores de saúde e adaptação, refletindo interações recíprocas entre níveis individuais e contextuais (Bronfenbrenner & Morris, 2007). Esse prisma amplia o foco da Psicologia do Desenvolvimento, deslocando o olhar da patologia para a compreensão das trajetórias de resiliência, plasticidade e bem-estar em contextos de estresse e mudanças de estilo de vida.

Do ponto de vista científico, o estudo dessas variáveis representa um campo emergente que busca preencher lacunas teóricas e empíricas sobre a relação entre processos desenvolvimentais, comportamentos de saúde e contextos ecológicos (Wilson, 2024; Zhou et al., 2025). Do ponto de vista social, compreender como o estresse e o estilo de vida influenciam o desenvolvimento humano é fundamental em uma sociedade marcada pela aceleração das demandas de vida e pelos desafios da saúde mental.

Diante das informações apresentadas, evidencia-se a necessidade de investigar como o estresse e os fatores de estilo de vida se articulam nos processos de desenvolvimento humano em contextos de adoecimento. Considerando o envelhecimento de pessoas adultas e idosas como fases marcadas por reorganizações desenvolvimentais, eventos críticos de saúde e acúmulo de experiências ao longo da vida, torna-se relevante examinar como essas variáveis se expressam no curso das pessoas em processo de envelhecimento inseridas em contextos de cuidado em saúde.

Nesse sentido, a presente investigação busca avançar na compreensão dessas dinâmicas ao formular a seguinte pergunta de pesquisa: “No contexto do envelhecimento humano, os pacientes adultos e pessoas idosas no curso do seu adoecimento apresentam um perfil de estilo de vida desfavorável e alto nível de estresse?”

Portanto, a presente investigação fundamenta-se na necessidade de elucidar as intersecções entre processos psicológicos e comportamentais no maior período de acentuada vulnerabilidade biopsicossocial, englobando a adultez e a velhice. Ao articular as variáveis de estresse e estilo de vida sob a perspectiva do desenvolvimento, o estudo não apenas preenche uma lacuna teórica acerca da adaptação funcional no processo de desenvolvimento ao longo da vida, mas também fornece subsídios empíricos para o aprimoramento de estratégias de intervenção e cuidado integral. A relevância desta pesquisa reside em sua capacidade de oferecer uma compreensão integrada da plasticidade humana e dos mecanismos de enfrentamento frente ao adoecimento, contribuindo para o campo da saúde pública e da psicologia do desenvolvimento.

Capítulo 5: Objetivos

5.1 Objetivo Geral

Avaliar o perfil do estilo de vida e as diferentes fases do estresse em adultos e pessoas idosas internadas em pronto-socorro de um hospital terciário do Distrito Federal.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais características sociodemográficas e de saúde dos pacientes adultos e pessoas idosas internados em pronto-socorro;
- Verificar a associação entre variáveis categóricas, como sexo, idade, escolaridade, condições de saúde pré-existentes e estilo de vida, com as fases do estresse;
- Analisar a relação entre estilo de vida favorável e sintomas psicológicos de estresse durante a internação no pronto-socorro.

Capítulo 6: Método

6.1 Delineamento de Pesquisa

Este estudo adota uma abordagem metodológica mista, com componentes quantitativos e qualitativos. Os objetivos são orientados por uma perspectiva de pesquisa exploratória e, quanto ao desenvolvimento temporal, trata-se de uma pesquisa transversal.

O método misto representa um conjunto de processos organizados de forma sistemática e crítica para a execução de pesquisa, envolvendo a produção, a coleta e a análise de dados em uma perspectiva quantitativa e qualitativa (Creswell & Clark, 2015). Esse método permite a integração e discussão conjunta dos dados, gerando inferências a partir de toda a informação levantada e possibilitando metas inferenciais. Com isso, o método misto oferece um entendimento amplo do fenômeno estudado. Sua potencialidade está na integração sistemática das informações quantitativas e qualitativas em um único estudo, visando uma compreensão ampla do fenômeno e possibilitando articulações entre essas informações, ao mesmo tempo em que preserva a estrutura do fenômeno e os procedimentos (Hernández Sampieri et al., 2013).

Os objetivos metodológicos, orientados por uma perspectiva de pesquisa exploratória, visam aproximar o pesquisador do tema, fenômeno ou variável investigada, tornando-o mais familiarizado com a estrutura e a dinâmica do fenômeno e facilitando a compreensão da sua relação com o problema em estudo. Nesse processo, o investigador busca não apenas entender o funcionamento do fenômeno, mas também explorar o tipo de relação que ele pode estabelecer com outras variáveis no contexto (Fontelles et al., 2009).

Pesquisa com perspectiva transversal refere-se à observação das variáveis relacionadas aos casos, indivíduos ou outros tipos de dados em um único momento (Zangirolami-Raimundo et al., 2018). Nessa abordagem, o pesquisador captura uma “imagem” daquele instante do funcionamento

dos dados e das variáveis de interesse, sem realizar um acompanhamento contínuo (Fontelles et al., 2009). Essa perspectiva oferece a vantagem de permitir uma observação direta do fenômeno e uma produção e registro de informações em curto prazo, sendo bastante utilizada na área da saúde, pois não exige o acompanhamento prolongado dos participantes (Zangirolami-Raimundo et al., 2018).

A partir do objetivo exploratório e perspectiva transversal, foi adotado o delineamento de métodos mistos do tipo paralelo-convergente, conforme proposto por Creswell e Clark (2015), no qual os dados quantitativos e qualitativos são coletados e produzidos simultaneamente, analisados de forma independente e integrados na fase específica de interpretação. Esta perspectiva metodológica possibilita uma visão mais refinada e complexa dos fenômenos investigados, respeitando as especificidades e dimensões do fenômeno e promovendo uma interconexão sistemática entre os diferentes níveis de informação que compõem o dado científico.

6.2 Local de Realização da Pesquisa

A pesquisa foi conduzida no Centro de Atenção às Urgências (Emergência/Pronto-Socorro) do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), uma unidade hospitalar pública de grande porte em Brasília, Distrito Federal, reconhecida como centro de referência para alta complexidade no SUS. A coleta de dados ocorreu especificamente nas áreas designadas ao atendimento inicial de pacientes adultos e pessoas idosas, conforme autorização institucional obtida junto à Direção Técnica do referido Centro.

6.3 Participantes

A amostra inicial foi composta por 36 participantes, os quais foram submetidos ao rastreamento clínico e cognitivo por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Desses, seis participantes foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, resultando

em uma amostra final composta por 30 participantes, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 74 anos. A escolha de 30 participantes para esta pesquisa mista foi fundamentada na necessidade de alcançar uma profundidade na análise qualitativa, permitindo a saturação de dados e, ao mesmo tempo, garantir um poder estatístico suficiente para as análises quantitativas.

Vale ressaltar que a utilização de uma amostra com 30 participantes também se justifica pelo fato de que esse tamanho permite a aplicação de testes paramétricos exploratórios, mesmo na ausência de uma distribuição perfeitamente normal dos dados. De acordo com a literatura estatística, quando a amostra atinge $N \geq 30$, o impacto da não normalidade tende a ser reduzido, sobretudo se não houver assimetria extrema ou presença de *outliers* relevantes. O teorema do limite central garante que, a partir dessa dimensão amostral, as distribuições das médias se aproximam da curva normal, o que torna viável o uso de testes como o *t* de Student ou correlações paramétricas em análises preliminares (Serdar et al., 2021).

Essa convenção, amplamente reconhecida na literatura, estabelece o número 30 como um limiar prático para assegurar a estabilidade estatística mínima em estimativas de médias e variâncias, especialmente em contextos em que a homogeneidade da amostra é controlada e o erro amostral é manejável. Além disso, em estudos com desenho misto e foco exploratório, especialmente quando se esperam efeitos de magnitude moderada, amostras dessa ordem são reconhecidas na literatura como suficientes para detecção de padrões estatísticos e suporte à triangulação com dados qualitativos (Lakens, 2022).

A amostra foi constituída de forma intencionalmente heterogênea, incluindo indivíduos com diferentes perfis sociodemográficos e trajetórias de vida, o que favoreceu a representatividade da população do estudo. Estudos anteriores na área do envelhecimento humano (Assunção et al., 2022; L. C. dos Santos, et al., 2024) utilizaram tamanhos de amostra semelhantes e obtiveram

resultados relevantes. Dessa forma, o presente estudo adotou esse número de participantes por ser estatisticamente suficiente para análises iniciais robustas e, ao mesmo tempo, viável no contexto metodológico e empírico da pesquisa exploratória, preservando a qualidade inferencial dos dados sem incorrer em erros estatísticos significativos.

6.3.1 Critérios de Inclusão dos Participantes

Para inclusão nesta pesquisa, foram selecionadas participantes com idade entre 18 e 74 anos e que alcançaram uma pontuação mínima no ponto de corte do MEEM, considerando os parâmetros definidos pela literatura para idade e escolaridade. A pontuação mínima foi necessária para garantir que os participantes possuíssem preservação cognitiva suficiente para compreensão e emissão de resposta de forma satisfatória aos instrumentos da pesquisa, incluindo os inventários, questionários e a entrevista semiestruturada. Os indivíduos incluídos demonstraram funções cognitivas preservadas, tais como memória, atenção, orientação e capacidade de abstração, possibilitando uma participação ativa em todas as etapas da coleta de dados e avaliação.

6.3.2 Critérios de Exclusão dos Participantes

Foram excluídos da pesquisa indivíduos que apresentaram algum problema visual, auditivo, motor ou neurológico que os impedia de responder aos instrumentos da pesquisa, bem como aqueles com instabilidade hemodinâmica, incluindo queda ou oscilação brusca da pressão arterial, alteração na frequência cardíaca (como taquicardia ou bradicardia), confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, sonolência, dificuldade respiratória ou hipóxia.

6.4 Instrumentos

Para a execução deste trabalho científico, foram utilizados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice A) e de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos (Apêndice B), para fins de conformidade dos cuidados éticos,

instrumentos com medidas quantitativas (como questionários e testes) e medidas qualitativas (como ficha de dados sociodemográficos, e entrevista semiestruturada). Os instrumentos em suas respectivas medidas estão detalhados a seguir.

6.4.1 Medidas Quantitativas

Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O instrumento, apresentado no Apêndice C, obedeceu aos seguintes critérios: escores inferiores a 17 pontos para pessoas analfabetas; 22 pontos para pessoas com escolaridade entre um e quatro anos; 24 pontos para pessoas com escolaridade entre cinco a oito anos; e 26 pontos para pessoas com nove ou mais anos de escolaridade (D. M. D. Melo et al., 2017).

Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI). Para avaliar o estilo de vida, foi utilizado o questionário PEVI, de Nahas et al. (2012), composto por 15 questões organizadas em cinco componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relações interpessoais e gerenciamento de estresse (Apêndice D). Cada componente é avaliado por meio de uma escala do tipo Likert, com respostas variando de 0 a 3. Valores de 0 a 1 indicam um perfil negativo, correspondendo a “absolutamente não faz parte do meu estilo de vida” ou “às vezes corresponde ao meu comportamento”. Já os valores 2 e 3 estão associados a um perfil positivo, indicando “quase sempre verdadeiro” ou “sempre verdadeiro”, refletindo a integração desses comportamentos no estilo de vida do respondente (Silveira et al., 2015). Both et al. (2008), no estudo de validação da Escala do PEVI, afirmam que o instrumento possui medidas psicométricas confiáveis para avaliar o estilo de vida da população brasileira.

Inventário de Sintomas de Stress de Lipp Revisado (ISSL-R). Para avaliar o estresse, foi utilizado o ISSL-R. Elaborado por Marilda Emmanuel Novaes Lipp, o ISSL-R tem como objetivo identificar a presença e a intensidade dos sintomas característicos do estresse, entendido

como um estado de desequilíbrio psicobiológico diante de situações de instabilidade, perigo ou dano ao organismo. O instrumento permite avaliar o grau de severidade do quadro sintomático, classificando-o em diferentes níveis, que variam de sintomas leves a graves. Destinado a adultos e pessoas idosas de ambos os sexos, com idades entre 15 e 74 anos, o instrumento baseia-se em um modelo de fases do estresse, composto por alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão, fundamentado na teoria de Hans Selye sobre os processos de adaptação ao estresse. A estrutura do ISSL-R organiza os sintomas em blocos temporais distintos (últimas 24 horas, última semana e último mês), abrangendo manifestações somáticas e psicológicas. A partir do número de sintomas assinalados em cada período, é possível determinar a fase de estresse na qual o indivíduo se encontra. Estudos recentes confirmam a validade psicométrica e a adequação do instrumento a diferentes perfis sociodemográficos, assegurando equivalência entre os formatos de aplicação e confiabilidade na mensuração dos sintomas (Lipp, 2022). Sua aplicação, correção e interpretação são restritas a profissionais habilitados, sendo vedada sua divulgação fora do âmbito profissional autorizado para garantir a integridade do teste. O ISSL-R não será anexado a este documento, preservando a confidencialidade e atendendo às normas éticas e técnicas.

6.4.2 Medidas Qualitativas

Ficha de Dados Sociodemográficos. Foi utilizada uma ficha contendo informações sociodemográficas dos participantes, como idade, sexo, ocupação, estado civil, raça, escolaridade, aspectos de saúde, estilo de vida, diagnóstico médico e internação, conforme Apêndice E.

Entrevista Semiestruturada. O roteiro de entrevista semiestruturada, conforme o Apêndice F, é um instrumento de coleta de dados utilizado em pesquisas qualitativas. O pesquisador adotou esse tipo de entrevista para explorar a relação com estresse, estilo de vida e envelhecimento humano. Para isso, foram definidos previamente tópicos e variáveis com base no

problema e nos objetivos da pesquisa, nas hipóteses geradas pelo referencial teórico e no conhecimento prévio da situação investigada. Essa estrutura permitiu ao pesquisador direcionar a entrevista clínica, mantendo foco nos temas de interesse, enquanto oferecia a flexibilidade necessária para aprofundar respostas e explorar novas perspectivas que podiam surgir durante a entrevista (Lombardi et al., 2021).

6.5 Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos para esta pesquisa seguiram rigorosamente as normas éticas e foi iniciado somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 87198124.1.0000.0030, e o parecer consubstanciado de aprovação 7.554.568, e pelo CEP do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 87198124.1.3001.8153 e parecer consubstanciado de aprovação 7.701.278, instituições responsáveis pelo estudo. Seguindo os princípios éticos da pesquisa com seres humanos estabelecidos na Resolução nº 466/2012, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, o caráter voluntário da participação, o direito de desistência a qualquer momento, a garantia de confidencialidade, os riscos e benefícios envolvidos, e as formas de contato com o pesquisador e com o CEP. A participação foi formalizada através da assinatura do TCLE (Apêndice A) e do Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos (Apêndice B).

6.5.1 Etapas do Procedimento

Após a aprovação ética, o estudo seguiu as seguintes cinco etapas: (1) recrutamento e seleção de pacientes, (2) assinatura do TCLE e do Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos, (3) triagem dos pacientes, (4) coleta de dados e (5) devolutiva.

O processo de recrutamento e seleção dos participantes foi realizado de forma sistemática, utilizando o prontuário eletrônico no sistema MV *Soul* para identificar os pacientes internados no setor de pronto-socorro que atendiam aos critérios de inclusão.

A identificação inicial dos pacientes aconteceu por meio da análise dos prontuários, com ênfase na evolução clínica e nas condições hemodinâmicas registradas. Essa triagem preliminar visou garantir a elegibilidade dos participantes, priorizando aquelas condições clínicas que eram compatíveis com a participação na pesquisa, sem comprometer seu estado de saúde.

Após a triagem, os pacientes selecionados como elegíveis foram abordados individualmente. Nessa etapa, foram informados sobre os objetivos, etapas e procedimentos do estudo, de maneira clara e acessível, garantindo o esclarecimento de todas as dúvidas. O convite para participação foi formalizado com a apresentação do TCLE e do Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos. Durante esta abordagem, foi oferecido espaço para tirar dúvidas e acolher os participantes, garantindo que compreendessem plenamente o estudo antes de fornecerem seu consentimento formal.

Em seguida, foi aplicado o MEEM para avaliar o estado cognitivo dos participantes, garantindo que tinham condições adequadas para participar da pesquisa. O paciente que não era considerado apto foi acolhido e orientado sobre a não participação do estudo, com uma explicação clara sobre o motivo da exclusão. Ao todo, seis pacientes foram excluídos da amostra por não preencherem os critérios de inclusão relacionados à avaliação cognitiva, conforme os parâmetros definidos no delineamento do estudo.

Para os pacientes considerados aptos, foi iniciada a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, de maneira individual, à beira leito. A coleta foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, foi aplicada a Ficha de Dados Sociodemográficos (Apêndice E), o Questionário PEVI

(Apêndice D) e o ISSL-R. Na segunda etapa, foi utilizado o roteiro de entrevista semiestruturada. O tempo total estimado para a coleta de dados foi de aproximadamente 90 minutos.

O período de coleta de dados aconteceu entre os dias 10 e 27 de setembro de 2025. Após a produção dos dados e o registro das informações, foi fornecida uma devolutiva preliminar aos participantes, contendo uma síntese dos resultados iniciais e orientações de saúde, com o objetivo de estimular comportamentos saudáveis. Essa devolutiva foi realizada no mesmo dia da coleta, caracterizando também o encerramento da participação no estudo, e incluiu estímulos à reflexão sobre o cuidado em saúde, possíveis mudanças no estilo de vida e estratégias de manejo do estresse, de forma compatível com o contexto e as condições dos participantes.

6.6 Procedimentos de Análise de Dados

A análise dos dados será apresentada em três etapas complementares. A primeira etapa compreenderá a apresentação dos dados quantitativos, incluindo a caracterização sociodemográfica dos participantes, as informações de perfil clínico e social, bem como as análises estatísticas paramétricas e não paramétricas, com o objetivo de descrever a amostra e identificar padrões, associações e tendências relevantes entre as variáveis investigadas. A segunda etapa será dedicada à análise qualitativa dos dados, contemplando o processamento das entrevistas semiestruturadas por meio do software IRaMuTeQ, possibilitando a identificação de classes lexicais, eixos temáticos e dimensões discursivas relacionadas à experiência do adoecimento, do estresse e do estilo de vida. Por fim, a terceira etapa corresponderá à análise integrativa dos dados, orientada pelo método misto paralelo-convergente, na qual será realizada a articulação e fusão dos achados quantitativos e qualitativos. Essa etapa buscará identificar convergências, complementaridades e tensões entre as diferentes dimensões analíticas, possibilitando a construção

de interpretações integradas e desenvolvimentais sobre os processos de saúde e adoecimento ao longo da vida.

6.6.1 Análise de Dados Quantitativos

Com o intuito de garantir a precisão no tratamento das variáveis e a validade dos resultados, adotou-se um protocolo analítico diversificado. Optou-se por um caminho estatístico abrangente e consistente, utilizando análises exploratórias e inferenciais, paramétricas e não paramétricas, de modo a permitir a identificação de perfis e tendências representativas da dinâmica entre estresse psicofísico e estilo de vida.

Os dados foram inicialmente tabulados no Google Sheets, com conferência, padronização e codificação das variáveis. Em seguida, procedeu-se à correção dos instrumentos. Após essa etapa, o banco de dados foi exportado para o Google Colaboratory (Colab) e processado em linguagem Python (versão 3.12), utilizando as bibliotecas *pandas*, *numpy*, *scipy*, *statsmodels* e *seaborn*. A análise quantitativa foi conduzida com base em um raciocínio estatístico progressivo, que garantiu consistência metodológica e validade inferencial para uma amostra exploratória de 30 participantes.

A análise estatística foi conduzida de forma exploratória e inferencial, abrangendo medidas de frequência, tendência central e dispersão, representadas por histogramas, curvas de densidade e estatísticas descritivas comparativas entre os fatores de estilo de vida e as fases do estresse. Foram aplicados testes paramétricos e não paramétricos, incluindo os testes *t* de Student, de Mann–Whitney, análise de variância (ANOVA) unifatorial e teste de Kruskal–Wallis, para comparar grupos e faixas etárias. As relações entre as variáveis foram examinadas por meio de correlação de Pearson e matriz multivariada, complementadas por análises de regressão linear tridimensional e modelagem fatorial exploratória (*principal component analysis*) com agrupamentos adaptativos

(*K-means*). Essa abordagem multivariada permitiu identificar padrões desenvolvimentais e clínicos, distinguindo perfis vulneráveis e protetivos em relação ao estresse psicofísico e ao estilo de vida, com base em parâmetros de associação, interação e modulação neurofisiológica-bioecológica. Essa sequência analítica, ancorada em nível de significância de $p < 0,05$, foi acompanhada de representações gráficas que evidenciaram padrões de correlação e diferenças entre grupos.

6.6.2 Análise de Dados Qualitativos

Para analisar os dados das entrevistas semiestruturadas, eles foram reunidos em um único corpus textual e processados no software *Interface do R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ). O IRaMuTeQ é um software gratuito, que oferece uma variedade de ferramentas para análise de dados textuais, incluindo técnicas de lexicografia básica, contagem de palavras, pesquisas multivariadas, classificação hierárquica descendente (CHD) e análise fatorial de correspondência (AFC; Camargo & Justo, 2013). A CHD permite formar classes de texto agrupadas com base na combinação de palavras, refletindo o contexto coeso e facilitando a identificação de representações ou elementos relacionados ao fenômeno em análise. Já a AFC tem capacidade de comparar grupos de lexicais associados a uma variável categorial. Ela permite visualizar as semelhanças no campo semântico, mostrando a relação entre palavras e grupos de texto (Camargo & Justo, 2013).

6.6.3 Análise Integrativa dos Dados

O processo de integração dos dados foi conduzido por meio da fusão entre as abordagens qualitativa e quantitativa, seguindo três etapas principais conforme preconizado na literatura especializada (Creswell & Clark, 2015; Fetters et al., 2013). A primeira etapa foi a conexão, na qual se estabeleceu o alinhamento temático entre os dados, de modo que as dimensões investigadas

no plano quantitativo dialogassem diretamente com as classes lexicais e categorias emergentes das falas dos participantes. Essa conexão permitiu organizar os achados a partir de pontos de convergência previamente definidos.

A segunda etapa consistiu na fusão dos dados, operacionalizada por meio da criação do quadro de exibição conjunta, nos quais foram organizados lado a lado os principais resultados estatísticos, as evidências qualitativas extraídas pelo IRaMuTeQ, as falas ilustrativas dos participantes.

Por fim, realizou-se a terceira etapa, correspondente à interpretação integrada (metainferência), em que foram elaboradas inferências que consideraram simultaneamente os achados quantitativos e qualitativos, analisando em que medida eles se corroboram, se complementam ou divergem. Essa abordagem metodológica favoreceu a identificação de padrões analíticos e assegurou uma integração significativa entre os dados, promovendo uma análise mista.

Capítulo 7: Resultados

Os resultados estão organizados em três tópicos principais. O primeiro aborda os parâmetros sociodemográficos e clínicos relacionados à internação e aos diagnósticos de saúde dos participantes. O segundo apresenta os resultados das análises paramétricas e não paramétricas dos dados quantitativos, descrevendo as características estatísticas do grupo. O terceiro traz os achados qualitativos, incluindo as classes lexicais e os componentes fatoriais correspondentes.

7.1 Parâmetros Sociodemográficos e Clínicos Associados ao Diagnóstico e Internação

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, contemplando informações referentes à idade, sexo, procedência, estado civil, composição familiar, escolaridade, situação previdenciária, raça/cor autodeclarada e religião. Observa-se que a média de idade dos participantes foi de 52,1 anos ($DP = 13,5$), com variação entre 20 e 74 anos, indicando uma amostra composta predominantemente por adultos de meia-idade. Houve predominância do sexo masculino (73,3%).

Tabela 1

Perfil Sociodemográfico dos Participantes (N = 30)

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>f</i>	%
Idade (anos)	52,1	13,5	20–74		
Sexo					
Masculino				22	73,3
Feminino				8	26,7
Procedência					
Distrito Federal				20	66,7
Goiás				9	30,0
Minas Gerais				1	3,3

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>f</i>	%
Estado civil					
Casado(a)				16	53,3
Solteiro(a)				6	20,0
Divorciado(a)				5	16,7
União estável				2	6,7
Viúvo(a)				1	3,3
Com quem reside?					
Familiares				24	80,0
Sozinho(a)				5	16,7
Outros				1	3,3
Escolaridade					
Fundamental incompleto				11	36,7
Fundamental completo				1	3,3
Médio incompleto				7	23,3
Médio completo				6	20,0
Superior incompleto				1	3,3
Superior completo				4	13,3
Aposentado					
Não				24	80,0
Sim				6	20,0
Raça/cor (autodeclarada)					
Parda				17	56,7
Branca				13	43,3
Religião					
Protestante				13	43,3
Católico(a)				13	43,3

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>f</i>	%
Sem religião				3	10,0
Espiritismo				1	3,3

Nota. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *f* = frequência absoluta; % = percentual. Em uma dada variável, categorias podem não totalizar 100% devido a erros de arredondamento.

Quanto à procedência, a maioria dos participantes era residente no Distrito Federal (66,7%), seguida do estado de Goiás (30,0%). Em relação ao estado civil, mais da metade dos participantes declarou-se casada (53,3%). No que se refere ao arranjo domiciliar, a maior parte dos participantes residia com familiares (80,0%). Em relação à escolaridade, observou-se maior concentração nos níveis de ensino fundamental incompleto (36,7%) e ensino médio incompleto (23,3%).

A maioria dos participantes encontrava-se em atividade laboral no momento da coleta (80,0%). Quanto à raça/cor autodeclarada, predominou a categoria parda (56,7%). Em relação à religião, observou-se distribuição semelhante entre participantes que se declararam protestantes e católicos (43,3%) em cada condição. De forma geral, o perfil sociodemográfico indica uma amostra composta majoritariamente por adultos em idade produtiva, com predominância masculina e escolaridade baixa.

A Tabela 2 apresenta as características sociais, clínicas e relacionadas aos hábitos de vida dos participantes do estudo ($N = 30$), incluindo informações sobre rede de apoio, percepção de suporte social, condições clínicas e comportamentos associados ao estilo de vida.

Tabela 2*Aspectos Sociais, Clínicos e de Hábitos de Vida dos Participantes (N = 30)*

Variável	<i>f</i>	%
Rede de apoio		
Restrita	11	36,6
Estável	14	46,6
Frágil	5	16,8
Suporte social percebido		
Adequado	14	46,7
Parcial	10	33,3
Ausente	6	20,0
Tabagismo		
Sim	15	50,0
Não	15	50,0
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
Diabetes mellitus		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Doença renal crônica		
Sim	4	13,3
Não	26	86,7
Sedentarismo ^a		
Sim	21	70,0
Não	9	30,0
Dor crônica		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Uso de medicação psicotrópica		

Variável	<i>f</i>	%
Sim	4	13,3
Não	26	86,7
Qualidade do sono ^b		
Boa	16	53,3
Regular	8	26,6
Ruim	6	20,0
Alimentação regular ^c		
Sim	22	73,3
Não	8	26,7
Ingestão de água ^d		
1–2 litros	14	46,7
3–4 litros	10	33,3
> 4 litros	6	20,0
Atividade física		
Sim	7	23,3
Não	23	76,7
Uso de substâncias		
Álcool e nicotina	4	13,3
Nicotina	9	30,0
Álcool	6	20,0
Várias (álcool, nicotina, cocaína, Cannabis sativa)	2	6,7
Não faz uso	9	30,0

Nota. *f* = frequência absoluta; % = percentual. Em uma dada variável, categorias podem não totalizar 100% devido a erros de arredondamento.

^a As variáveis de estilo de vida foram definidas de forma operacional. O sedentarismo foi caracterizado pela ausência de prática regular de atividade física estruturada, considerando-se como sedentários os participantes que relataram não realizar atividades físicas sistemáticas em sua rotina semanal. ^b A qualidade do sono foi classificada como *boa*, *regular* ou *ruim*, com base na percepção subjetiva do participante acerca do padrão de sono, levando em conta aspectos como quantidade de horas, descanso percebido, continuidade do sono e sensação de recuperação ao

despertar. ^c A alimentação foi categorizada como *regular* ou *não regular*, considerando-se a existência de uma rotina alimentar organizada, com horários relativamente estáveis e padrão alimentar consistente ao longo do dia. ^d A ingestão de água foi estimada a partir do consumo diário autorreferido, sendo classificada em faixas de *1–2 litros*, *3–4 litros* ou *acima de 4 litros*, de modo a representar diferentes níveis de hidratação no cotidiano dos participantes.

De acordo com a Tabela 2, é possível observar que os dados indicam um perfil marcado por vulnerabilidades psicossociais e clínicas, com elevada prevalência de sedentarismo, tabagismo e baixa adesão à atividade física, associados a outras condições crônicas relevantes, como hipertensão arterial e diabetes, em parcela significativa da amostra. Esse conjunto de achados sugere a presença de trajetórias desenvolvimentais atravessadas por múltiplos estressores, nos quais condições clínicas, comportamentais e contextuais se articulam, potencializando riscos à saúde e ao envelhecimento adaptativo.

A Tabela 3 apresenta os dados referentes à internação hospitalar e ao diagnóstico médico dos participantes do estudo, incluindo histórico de internações, motivo da admissão, especialidade médica responsável, diagnóstico clínico e percepção dos participantes em relação ao seu quadro de saúde.

Tabela 3

Dados de Internação e Diagnóstico (N = 30)

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>f</i>	%
Primeira internação					
Sim				12	40,0
Não				18	60,0
Número de internações	2,13	1,02	1–4		
Motivação da internação					

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>f</i>	%
Dor/desconforto torácico				6	20,0
Desmaio/síncope/bradicardia				4	13,3
Falta de ar/dispneia/sufocamento				4	13,3
Cefaleia/distúrbio neurológico agudo				4	13,3
Queda/trauma/fratura				4	13,3
Dor em membro inferior/vascular periférico				3	10,0
Crise epiléptica/convulsão				2	6,7
Estresse/sintomas psicossomáticos				2	6,7
PO/complicação cardíaca				1	3,3
Especialidade médica					
Cardiologia				15	50,0
Neurologia				5	16,4
Ortopedia				3	10,0
Neurocirurgia				2	6,7
Vascular				4	13,3
Clínica médica				1	3,3
Diagnóstico médico					
Infarto/DAC/angina/IC				9	30,0
AVCI/isquemia/trombose cerebral				5	16,4
Epilepsia/crises convulsivas				3	10,0
Fraturas/traumas/quedas				3	10,0
Miocardiopatia chagástica/PO valvar				2	6,7
Pseudoaneurisma/DAP/vascular				3	10,0
Mielite/transtornos psicogênicos				1	3,3
Outras condições (hematenese, DRC, edema)				4	13,3
Apresenta conhecimento sobre o diagnóstico					

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>f</i>	%
Sim				25	83,3
Não				5	16,7
Apresenta compreensão sobre o quadro clínico					
Sim				15	30,0
Não				15	30,0
Apresenta motivação para o tratamento					
Sim				22	73,3
Não				8	26,7

Nota. PO = pós-operatório; DAC = doença arterial coronariana; IC = insuficiência cardíaca; AVCI = acidente vascular cerebral isquêmico; DAP = doença arterial periférica; DRC = doença renal crônica; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *f* = frequência absoluta; % = percentual. Em uma dada variável, categorias podem não totalizar 100% devido a erros de arredondamento.

Observa-se que 12 participantes (40,0%) se encontravam em sua primeira internação hospitalar, enquanto 18 (60,0%) relataram histórico prévio de internações. O número médio de internações foi de 2,13 (*DP* = 1,02), com variação entre uma e quatro internações. Quanto ao motivo da internação atual, o mais frequente foi dor ou desconforto torácico (20,0%). Outros motivos apresentaram distribuição semelhante, incluindo desmaio/síncope/bradicardia, falta de ar/dispneia, cefaleia ou distúrbio neurológico agudo e queda/trauma/fratura (13,3% cada). Em relação à especialidade médica responsável pelo atendimento, predominou a Cardiologia (50,0%), seguida pela Neurologia (16,4%), Vascular (13,3%) e Ortopedia (10,0%).

No que se refere ao diagnóstico médico, as condições cardiovasculares foram as mais frequentes, com destaque para infarto, doença arterial coronariana, angina ou insuficiência cardíaca (30,0%). Diagnósticos neurológicos, como acidente vascular cerebral isquêmico ou condições relacionadas, corresponderam a 16,4% dos casos. Quanto à percepção dos participantes

sobre seu quadro clínico, a maioria relatou conhecimento sobre o diagnóstico médico (83,3%), entretanto apenas metade referiu compreensão sobre o próprio quadro clínico (50,0%). Em relação à motivação para o tratamento, 73,3% dos participantes declararam-se motivados no momento da internação.

De forma geral, os dados indicam uma amostra caracterizada por histórico recorrente de internações, com predominância de condições clínicas cardiovasculares e neurológicas. Observa-se, ainda, diferença entre o conhecimento declarado sobre o diagnóstico e a compreensão do quadro clínico, bem como elevada proporção de participantes que referiram motivação para o tratamento durante o período de internação.

7.2. Resultados das Análises Paramétricas e Não Paramétricas

Cabe destacar que as variáveis estresse e estilo de vida foram avaliadas por meio de instrumentos padronizados, respectivamente, o ISSL-R e o PEVI, possibilitando a análise tanto da intensidade global do estresse e de suas fases quanto do perfil geral e dos fatores específicos do estilo de vida. A caracterização inicial da amostra baseou-se em análises descritivas, incluindo medidas de tendência central, dispersão e quartis, seguida da verificação dos pressupostos de normalidade. A partir desses resultados, foram definidos os procedimentos inferenciais, combinando análises paramétricas e não paramétricas conforme a distribuição das variáveis. Essa estratégia analítica permitiu integrar análises comparativas, correlacionais e preditivas, favorecendo uma interpretação das relações entre estresse, estilo de vida e variáveis clínicas e sociodemográficas.

As distribuições das variáveis estresse e estilo de vida mostraram padrões diferentes de dispersão e assimetria. A variável relacionada ao estresse exibiu uma distribuição quase simétrica, com uma leve concentração de casos entre 15 e 35 pontos, indicando uma variabilidade moderada

e ausência de valores extremos. A média foi de 23,87 ($DP = 10,36$), com valores variando de 5 a 46 pontos. Esse resultado indica que a amostra apresenta, em sua maioria, níveis moderados de estresse. O formato da curva se assemelha ao padrão de distribuição normal, o que justifica a utilização de testes paramétricos adicionais ($p > 0,05$ no teste de Shapiro–Wilk).

Em contrapartida, a variável associada ao estilo de vida exibiu uma distribuição assimétrica à esquerda, com uma concentração maior de participantes nos escores baixos (variando entre 5 e 15). Esse dado indica a predominância de comportamentos considerados prejudiciais na avaliação global dos fatores do estilo de vida. A média foi de 13,00 ($DP = 6,57$), com variação de 0 a 26 pontos, evidenciando a diversidade da amostra em relação às práticas de autocuidado. Embora tenha sido observada uma leve assimetria, a análise paramétrica exploratória é viável devido ao tamanho da amostra ($N = 30$) e à falta de *outliers* significativos. Testes não paramétricos (teste de Mann–Whitney) foram utilizados para garantir a solidez dos resultados.

Essas análises descritivas fornecem a base para as próximas etapas de comparação entre grupos e modelagem preditiva, que serão expostas ao longo dos resultados. Nesse cenário, é importante destacar que a distribuição do estresse tende a ser mais estável, ao passo que o estilo de vida apresenta uma variabilidade maior nos níveis reduzidos.

A análise descritiva do ISSL-R revelou uma distribuição contínua e estável no que diz respeito aos parâmetros de tendência central e dispersão da amostra, com valores mínimos de 5 e máximos de 46. Esse resultado indica uma grande diversidade nos níveis de estresse entre os participantes. Os quartis ($Q1 = 16,25$; $Q2 = 23,50$; $Q3 = 33,75$) indicam que 50% da amostra apresenta escores entre 16 e 34 pontos, intervalo que, na maioria das vezes, corresponde a uma observação clínica do estresse classificado como sintomas moderados e graves de resistência, quase-exaustão e exaustão. O gradiente entre os quartis superiores e o valor máximo, sugerindo

que alguns participantes exibem altos níveis de sintomatologia de estresse, mesmo que a média geral permaneça em um nível moderado. O comportamento da variável não apresentou uma assimetria significativa, o que confirma a adequação dos testes paramétricos para as análises comparativas subsequentes (teste de Shapiro–Wilk, $p > 0.05$).

Esse padrão descritivo sugere a existência de subgrupos distintos na amostra: um grupo com altos níveis de estresse, e outro com escores mais estáveis, possivelmente relacionado à presença de recursos protetivos e adaptativos e de enfrentamento funcionais. As análises correlacionais e preditivas investigaram essa variabilidade, e o estilo de vida foi reconhecido como o principal fator explicativo da variação total do estresse ($r = -0,57$, $p = 0,001$). Dito isso, a fim de compreender os fatores relacionados ao estilo de vida, são apresentados a seguir os dados descritivos do PEVI, com base no escore total, permitindo identificar a distribuição geral dos comportamentos da amostra.

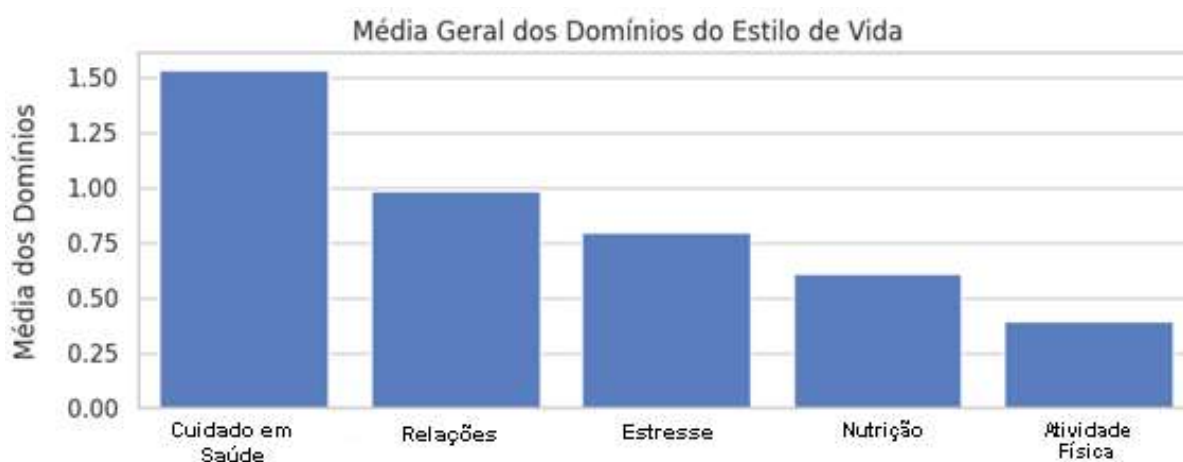
A análise da variável ligada ao estilo de vida apontou uma média geral de 0,86 ($DP = 0,44$), com uma amplitude variando de 0 a 1,73. Isso demonstra uma variação significativa entre os participantes no que diz respeito aos comportamentos de prevenção, atividade física, gerenciamento de estresse, relações sociais positivas e nutrição. A distribuição dos participantes permaneceu praticamente simétrica, sem desvios significativos, o que confirma a adequação para a realização de testes paramétricos. Os quartis ($Q1 = 0,55$; $Q2 = 0,90$; $Q3 = 1,20$) sugerem que metade da amostra apresenta valores inferiores a 1,0, o que indica um perfil de estilo de vida considerado prejudicado de acordo com as instruções do instrumento.

O padrão de distribuição dos escores sugere que a amostra inclui indivíduos com níveis muito baixos de engajamento, bem como aqueles com engajamento moderado em práticas de autocuidado e gerenciamento de estresse. Essa variabilidade, apesar de ampla, apresenta coerência

interna e não indica tendência de polarização. O perfil geral revela uma baixa adesão aos comportamentos de saúde, com uma distribuição relativamente estabilizada e sem assimetrias significativas. Tendo em vista a baixa adesão dos participantes, conforme citado anteriormente, a Figura 1 apresenta as médias dos fatores de estilo de vida dos cinco fatores avaliados: Cuidado em Saúde, Relações, Estresse, Nutrição e Atividade Física, possibilitando a visualização do comportamento da amostra.

Figura 1

Média Geral dos Fatores do Perfil de Estilo de Vida

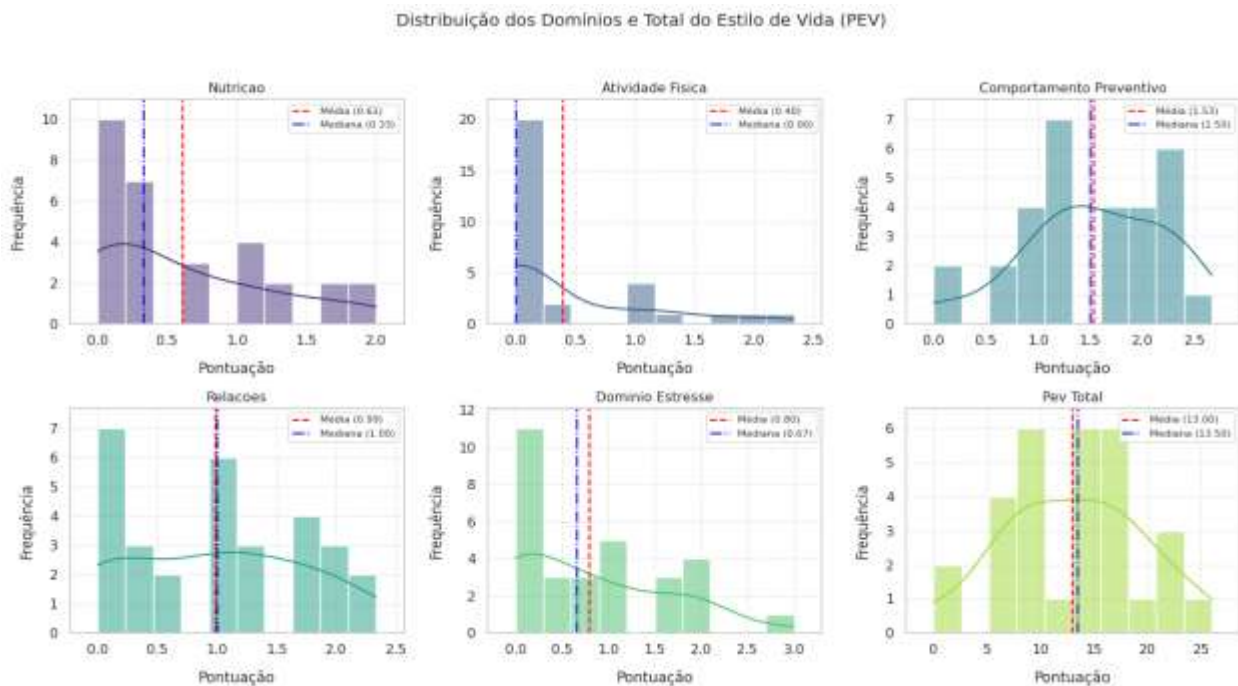


Conforme a Figura 1, observa-se a média geral dos cinco fatores do PEVI: Cuidado em Saúde (Comportamento Preventivo), Relações, Estresse, Nutrição e Atividade Física. Nota-se que o domínio Cuidado em Saúde apresentou a média mais alta ($M = 1,50$). Em seguida, o domínio Relações Sociais apresentou uma média de 1,00, indicando que as relações interpessoais estavam moderadamente preservadas, apesar de possíveis limitações na percepção de suporte social e no acionamento da rede diante de um problema.

O fator Estresse, com média de 0,80, aponta para a ocorrência de reações emocionais e fisiológicas desreguladas ao tentar mobilizar recursos cognitivos, emocionais e de apoio social para enfrentar desequilíbrios internos e externos, indicando uma possível vulnerabilidade psicossomática. Por outro lado, os fatores Nutrição ($M = 0,61$) e Atividade Física ($M = 0,40$) exibiram as médias mais baixas, indicando um declínio significativo em ativação de hábitos alimentares, comportamento alimentar regular e manutenção de uma relação nutricional equilibrada, além de ausência de práticas regulares de movimento corporal.

De maneira geral, o padrão observado indica um estilo de vida diversificado, com preservação moderada de práticas preventivas, porém com baixa adesão a comportamentos que promovem o bem-estar físico e nutricional. Esse resultado corrobora com os achados dos testes inferenciais, que mostraram uma correlação negativa entre estilo de vida e níveis de estresse ($r = -0,57$, $p = 0,001$). Esse resultado indica que o desequilíbrio nas dimensões fundamentais do autocuidado contribui para o aumento das respostas de estresse psicofisiológico.

A partir da compreensão das médias dos fatores do estilo de vida, a Figura 2 apresenta a curva de densidade da amostra, ajustada para a compreensão da dispersão e distribuição dos participantes em relação aos fatores do estilo de vida e ao fator total.

Figura 2*Distribuição dos Escores dos Fatores e Total do PEVI*

Nota. PEVI = Perfil de Estilo de Vida Individual. As linhas tracejadas em vermelho e azul representam, respectivamente, a média e a mediana das distribuições.

Conforme a Figura 2, a análise das distribuições evidencia um padrão geral da amostra desfavorável de estilo de vida, caracterizado por médias reduzidas na maioria dos fatores e por assimetria positiva (distribuições concentradas à esquerda), sugerindo baixa adesão a práticas de autocuidado e concentração de participantes com pontuações mínimas. No domínio Nutrição, observa-se uma curva fortemente inclinada, com a maior parte da amostra apresentando valores inferiores a 1. Esse padrão reforça o dado anterior que indica alimentação irregular, com baixa diversidade nutricional e pouca frequência de refeições equilibradas com macronutrientes.

O fator Atividade Física apresentou o menor valor estatístico da amostra, com concentração acentuada em valores próximos a zero, indicando predomínio de sedentarismo e ausência de rotina

de exercícios regulares, o que reforça o perfil de inatividade corporal e vulnerabilidade neurofisiológica, neurocognitiva e metabólica. Em contrapartida, o domínio Comportamento Preventivo apresentou distribuição mais simétrica, revelando um nível moderado de ativação comportamental em ações de prevenção à saúde. Observa-se que esse é o único domínio com estabilidade entre média e mediana, o que sugere maior estabilidade comportamental nesse aspecto. Esse contraste entre a baixa ativação no domínio da atividade física e a maior estabilidade no comportamento preventivo indica que, mesmo em um contexto de vulnerabilidade corporal e metabólica, há manutenção de práticas organizadas de cuidado em saúde, evidenciando um funcionamento adaptativo no estilo de vida dos participantes. Nesse sentido, os comportamentos preventivos podem operar como um eixo compensatório, sustentando níveis de regulação e proteção frente ao estresse, mesmo diante de fragilidades em outros domínios do estilo de vida.

Os comportamentos preventivos em saúde, conforme evidenciado na análise do perfil de estilo de vida dos participantes, estão associados a um conjunto articulado de práticas que envolvem monitoramento, adesão ao cuidado, redução de riscos e atenção ao corpo. Nesse sentido, incluem o monitoramento e acompanhamento da saúde, caracterizado pela realização de consultas médicas periódicas, exames preventivos e consultas de seguimento de condições clínicas; a adesão às orientações de saúde, expressa pelo cumprimento de recomendações médicas e terapêuticas, uso adequado de medicações e engajamento nas condutas propostas para tratamento e prevenção; a evitação de comportamentos de risco no que se refere à adoção de práticas seguras e preventivas no cotidiano; práticas de segurança e autocuidado, como uso de cinto de segurança, adoção de comportamentos seguros e prevenção de acidentes; e, por fim, a atenção aos sinais do corpo, evidenciada pela capacidade de reconhecer sintomas ou alterações e buscar assistência em saúde, sem negligenciar sinais físicos ou emocionais relevantes.

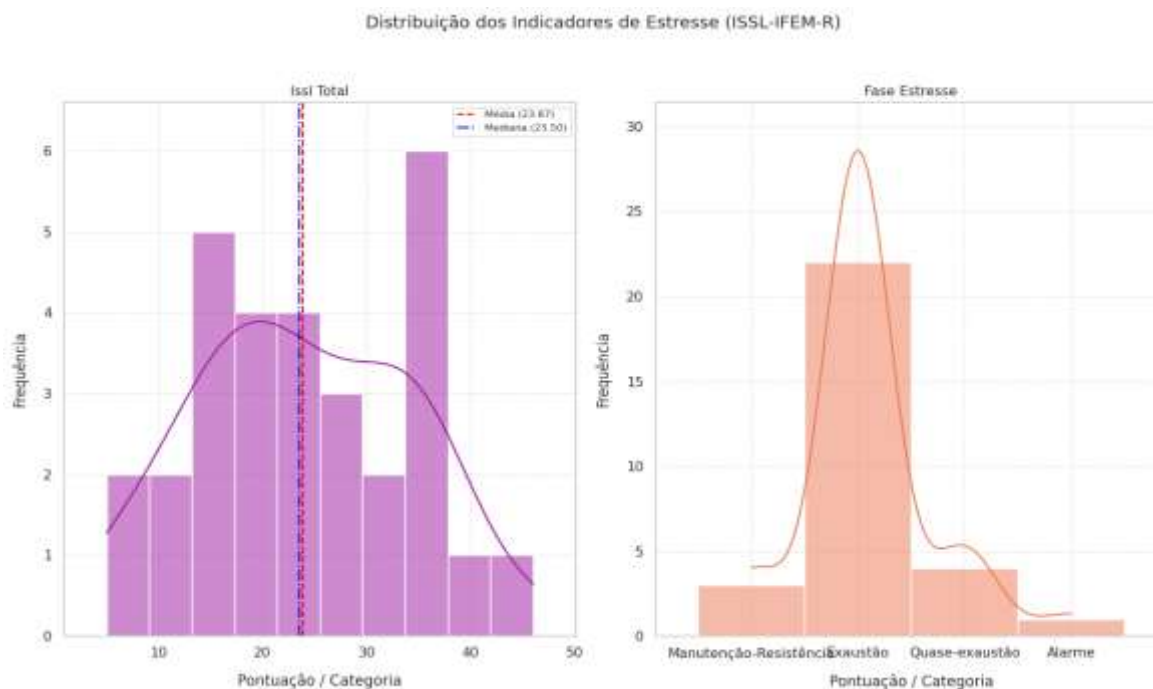
Já no que diz respeito às Relações Interpessoais, a distribuição aproxima-se da simetria, indicando apoio social e familiar medianos, ainda que não suficientemente altos para caracterizar relações protetivas significativas. Em relação ao Domínio Estresse evidencia-se leve inclinação à direita, com valores predominantemente baixos, o que representa frequência elevada de comportamentos e condições associadas ao estresse cotidiano.

Portanto, o PEVI Total apresentou uma distribuição levemente simétrica, porém com amplitude considerável. Essa combinação revela um padrão geral de estilo de vida predominantemente desfavorável, no qual as práticas de saúde se manifestam de forma pontual e fragmentada, sem regularidade suficiente para promover proteção psicofisiológica ao longo do tempo e do espaço, nas transições bioecológicas do desenvolvimento humano.

A partir da apresentação das informações do estilo de vida, torna-se necessário expor na Figura 3 a distribuição dos indicadores de estresse, apresentando os dados de densidade estatística, frequências relativas do estresse total e das fases do estresse que foram identificadas na amostra.

Figura 3

Distribuição dos Escores Totais e das Fases de Estresse Segundo o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp - Revisado



Nota. Os painéis mostram a densidade das frequências relativas aos níveis de estresse total (à esquerda) e às fases específicas do modelo quadrifásico (à direita). A média (linha vermelha) e a mediana (linha azul) são indicadas no painel esquerdo, de escores totais.

A Figura 3 apresenta a distribuição dos escores totais e das fases de estresse entre os participantes do estudo. Observa-se que os níveis de estresse total apresentaram média de 23,87 pontos ($DP = 10,36$) e mediana de 23,50, o que sugere proximidade entre as medidas de tendência central e ausência de assimetria acentuada na distribuição, sem indicar concentração excessiva dos escores em torno de um único valor. Os dados apresentaram variação entre 5 e 46 pontos, sugerindo amplitude moderada e heterogeneidade entre os indivíduos quanto à intensidade dos sintomas psicofisiológicos.

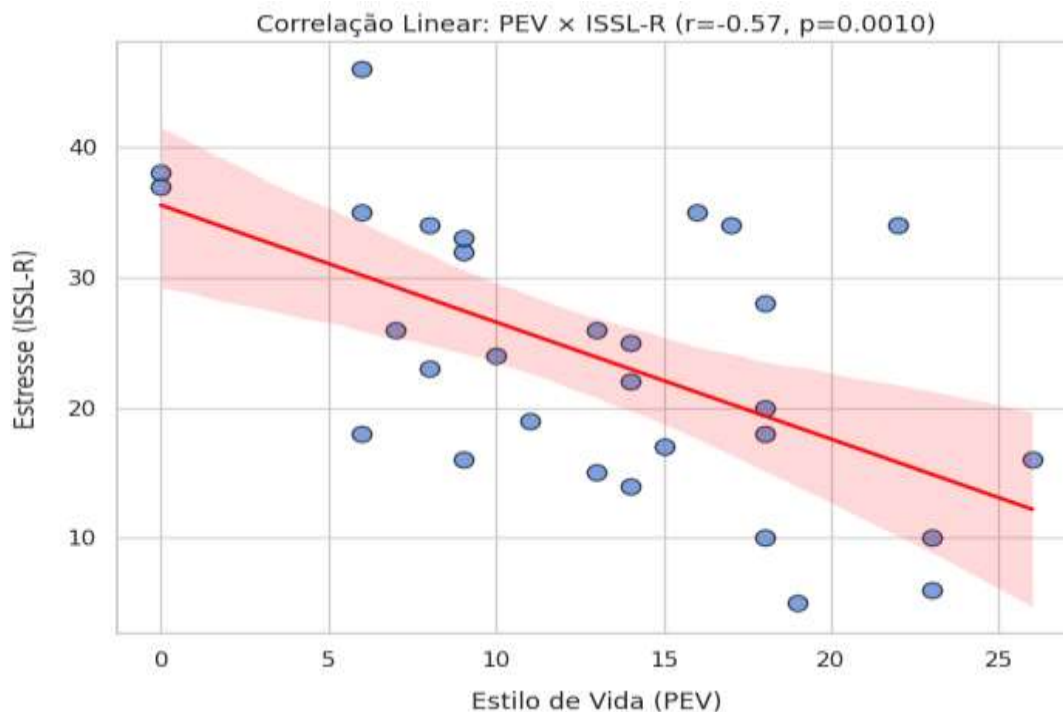
Dessa forma, é possível observar que a curva de densidade demonstra leve concentração no intervalo intermediário da escala, evidenciando predomínio de respostas moderadas, correspondentes às fases de resistência e quase-exaustão ou exaustão descritas pela teoria do estresse relacionada ao modelo de Lipp. Esse padrão caracteriza indivíduos com poucos recursos protetivos, dificuldade de resolução de problemas e de adaptação a demandas persistentes ao longo do ciclo vital, com sinais de sobrecarga e adoecimento, mas sem ruptura completa da capacidade funcional no ambiente imediato.

Na distribuição por fases de estresse, nota-se que a maior proporção dos participantes se encontra nas fases de exaustão, seguidas por menor frequência nas fases de manutenção-resistência e alarme. Esse resultado reforça a hipótese de estresse crônico em curso, mais associado à persistência de tensões contínuas do que a eventos agudos, sugerindo sobreposição e retroalimentação sistêmica entre fatores fisiológicos e psicossociais.

A Figura 4 apresenta a correlação linear entre o escore total de estilo de vida e o nível de estresse, evidenciando o padrão de associação entre essas variáveis. De acordo com a Figura 4, é possível observar uma correlação negativa significativa entre os fatores de estilo de vida e os níveis de estresse ($r = -0,57$, $p = 0,001$), indicando que participantes com maiores níveis de estresse tendem a apresentar escores mais baixos de estilo de vida saudável. Nessa perspectiva, a dispersão dos pontos confirma essa relação inversa, evidenciando que a ativação comportamental de fatores como atividade física, alimentação regular, cuidado preventivo e gerenciamento de estresse e suporte social, pode atuar como fator que modula a percepção de estresse e diminui a tensão psicofísica. Além disso, observa-se variabilidade interindividual moderada, que pode refletir diferentes formas de enfrentamento e regulação emocional frente às condições clínicas, sociais, psicológicas e contextuais da amostra.

Figura 4

Correlação Linear Entre os Escores Totais do Estilo de Vida e do Estresse



Nota. A reta vermelha representa o ajuste de regressão linear, com intervalo de confiança de 95% sombreado em rosa.

A inclinação da linha de regressão reforça a direção negativa da associação entre as variáveis, e a amplitude vertical dos pontos demonstra a heterogeneidade dos níveis de estresse mesmo entre indivíduos com padrões semelhantes de estilo de vida. Neste caso, o estreitamento da área de confiança em torno da linha central indica boa precisão do modelo preditivo, revelando o estilo de vida como variável com relevância explicativa e moduladora sobre o estresse psicofísico.

Tal evidência reforça a hipótese psiconeuroimunológica e bioecológica central sobre o estresse: há uma interdependência sistêmica, dinâmica e retroativa entre os fatores do estilo de vida (fator multissistêmico), que se ancoram em aspectos do microsistema e em comportamentos

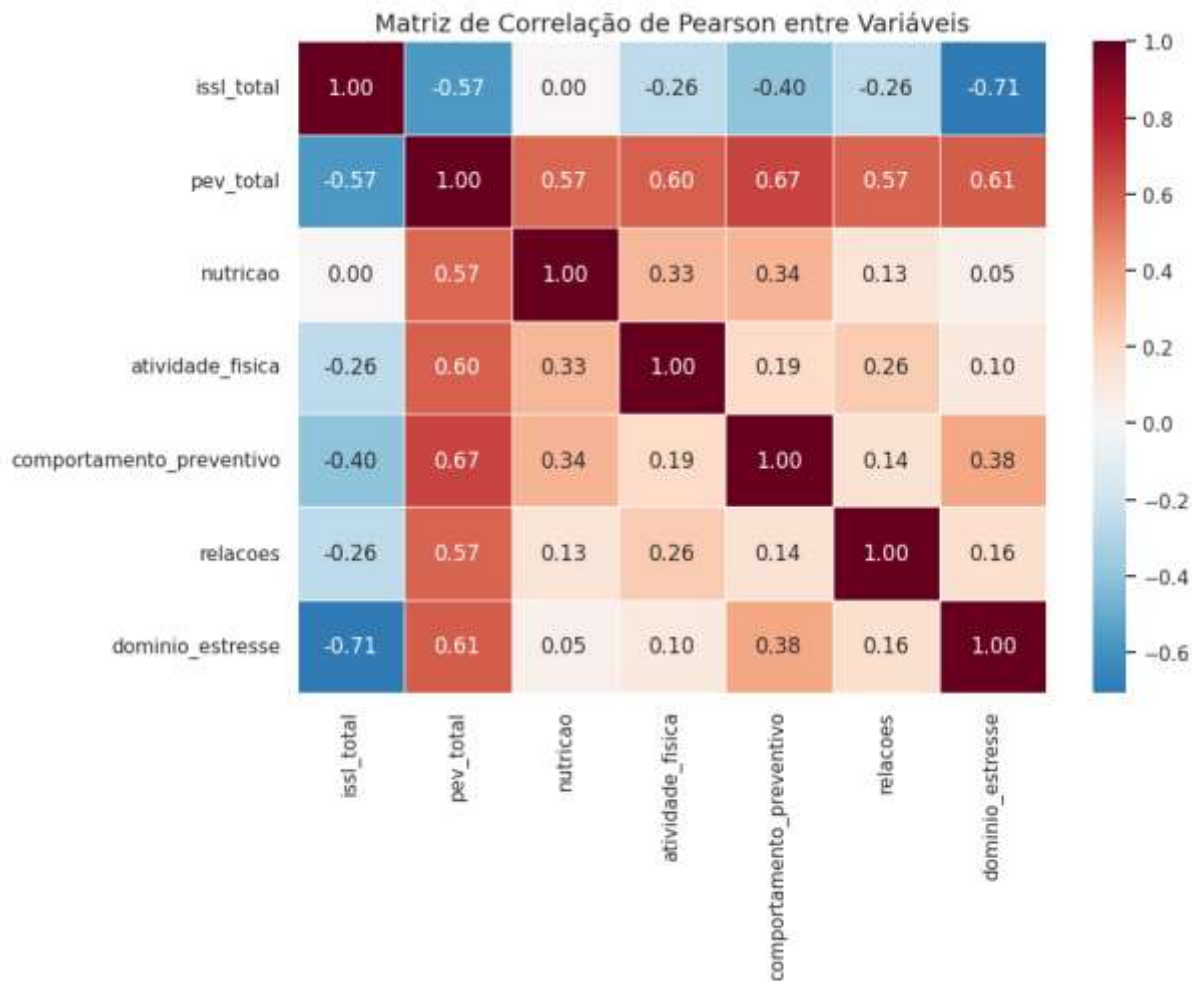
continuados no ambiente imediato ao longo do tempo, os quais influenciam o autocuidado, a regulação fisiológica, a percepção subjetiva de tensão e a plasticidade cerebral para resolução de problemas. Dessa forma, o desequilíbrio nos comportamentos de saúde, enfrentamento cognitivo-afetivo e a instabilidade interpessoal favorecem a ativação prolongada dos eixos neuroendócrinos e imunológicos, relacionados às respostas ao estresse, à inflamação crônica e à senescência celular.

A Figura 5 apresenta a matriz de correlações entre os fatores de estilo de vida e os níveis de estresse, evidenciando um padrão consistente de associações significativas que expressam a interdependência entre variáveis comportamentais relacionadas ao estilo de vida e variáveis que modulam a expressão do estresse.

O escore total de estresse apresentou correlação negativa robusta com o escore total de estilo de vida ($r = -0,57$) e ainda mais acentuada com o domínio Estresse do próprio estilo de vida ($r = -0,71$), indicando que, quanto maiores os sintomas graves do estresse psicofísico, menores os índices de regulação e enfrentamento adaptativo do estresse, bem como a capacidade de promover pausas e descanso, havendo dificuldade de resolução e comunicação assertiva diante de situações de tensão interna e externa.

Figura 5

Matriz de Correlação de Pearson Entre os Escores Totais e Fatores do Estilo de Vida e Estresse



Nota. issl_total = ISSL total; pev_total = PEVI total; nutricao = nutrição; atividade_fisica = atividade física; comportamento_preventivo = comportamento preventivo; relacoes = relações; dominio_estresse = estresse. Os valores variam entre -1 e $+1$, indicando a direção e força das relações. As correlações negativas (em azul) indicam associações inversas entre variáveis, especialmente entre estresse total e estilo de vida, enquanto as correlações positivas (em tons de laranja e vermelho) representam comportamentos associados entre os fatores do PEVI.

Entre os fatores do estilo de vida, as correlações mais fortes ocorreram entre comportamento preventivo ($r = 0,67$), atividade física ($r = 0,60$) e o escore total de estilo de vida,

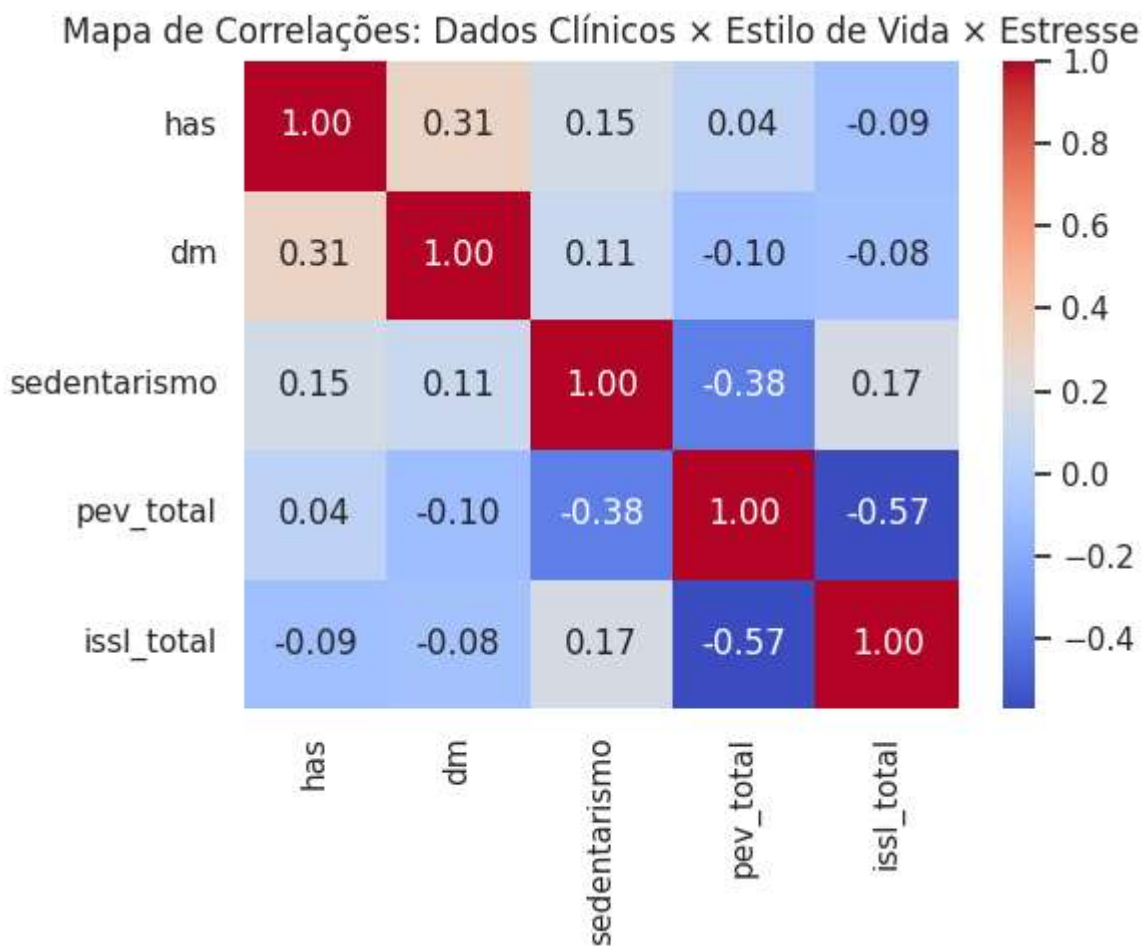
revelando que o padrão de saúde da amostra está particularmente associado a comportamentos de prevenção e engajamento corporal ativo, mais do que a fatores isolados como nutrição ou relações interpessoais. Ainda assim, todos os fatores tendem a se correlacionar positivamente entre si, evidenciando uma estrutura coerente de interdependência e retroalimentação comportamental, característica de perfis integrativos.

Os resultados indicam associações entre os níveis de estresse e os escores de estilo de vida, caracterizadas por correlações inversas de magnitude moderada a forte ($r > |0,50|$). Observa-se que menores níveis de estresse estiveram associados a escores mais elevados de estilo de vida, enquanto escores mais elevados de estresse estiveram associados a escores mais baixos de estilo de vida. Esses achados evidenciam a presença de relações interdependentes entre as variáveis analisadas no conjunto da amostra.

A Figura 6 apresenta o mapa de correlação de Pearson entre variáveis clínicas, escore total de estilo de vida e escore total de estresse, evidenciando os padrões de associação entre essas dimensões. Ela evidencia o padrão de correlações entre variáveis clínicas, indicadores de estilo de vida e níveis de estresse. Observa-se uma correlação negativa moderada entre o escore total de estilo de vida (PEVI total) e o escore total de estresse (ISSL total; $r = -0,57$), indicando que piores condições de estilo de vida estão associadas a níveis mais elevados de estresse psicofísico. Esse achado reforça a compreensão do estilo de vida como um importante modulador dos processos de regulação e enfrentamento do estresse ao longo da vida.

Figura 6

Mapa de Correlação de Pearson Entre Variáveis Clínicas (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Sedentarismo), Escore Total de Estilo de Vida e Escore Total de Estresse



Nota. has = hipertensão arterial sistêmica; dm = diabetes mellitus; pev_total = PEVI total; issl_total = ISSL total. Os coeficientes variam de -1 a $+1$, indicando força e direção das associações. As áreas em azul representam correlações negativas, enquanto as áreas em vermelho indicam correlações positivas.

Destaca-se também a correlação negativa entre sedentarismo e estilo de vida global ($r = -0,38$), sugerindo que a ausência de prática regular de atividade física se associa a perfis menos protetivos de estilo de vida, com repercussões diretas sobre a capacidade adaptativa dos indivíduos.

Por sua vez, o sedentarismo apresentou correlação positiva discreta com o estresse total ($r = 0,17$), apontando para uma tendência de maior vulnerabilidade psicofísica em contextos de menor mobilidade e menor engajamento corporal.

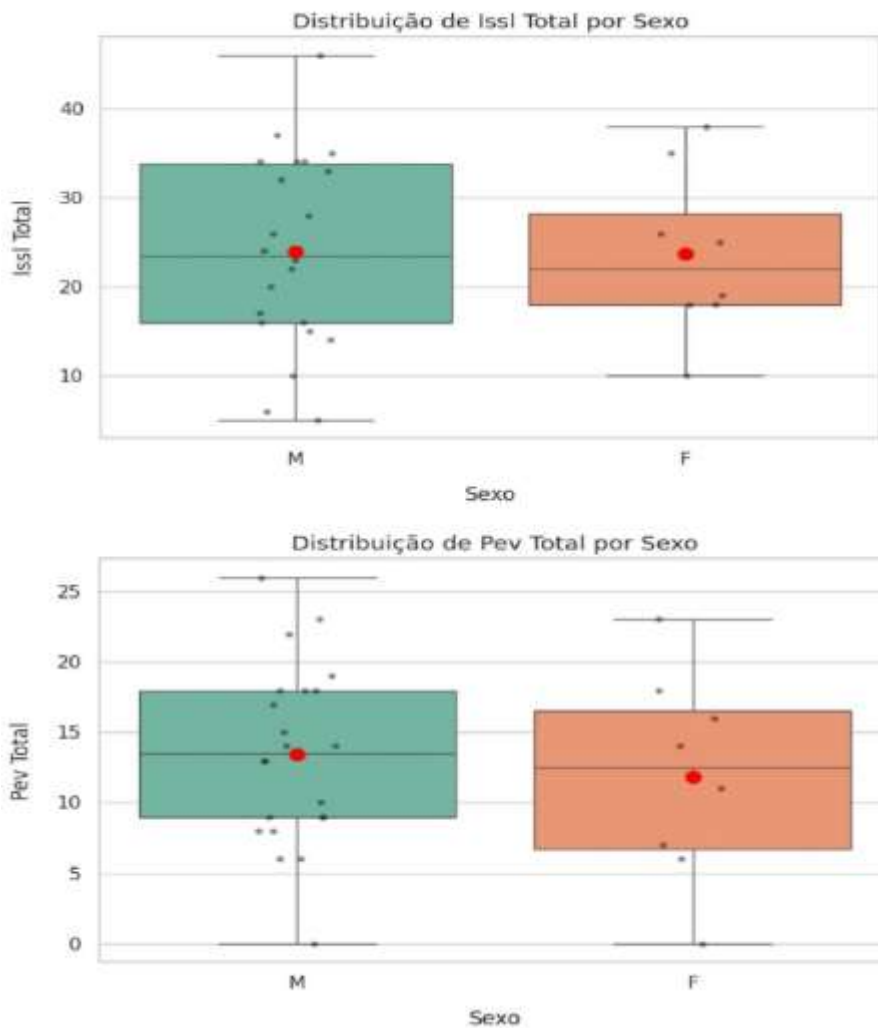
As correlações entre as variáveis clínicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus) e os indicadores de estresse e estilo de vida foram fracas, sugerindo que, neste conjunto amostral, as condições clínicas isoladas não explicam de forma significativa os níveis de estresse, reforçando a importância de uma perspectiva integrada que considere hábitos cotidianos, práticas de autocuidado e contextos de vida.

De forma geral, o mapa de correlações evidencia que o estresse não se organiza de maneira linear, mas emerge da interação entre comportamentos, condições de vida e processos desenvolvimentais acumulados. Esses resultados corroboram a perspectiva desenvolvimental e bioecológica, segundo a qual o estresse e o estilo de vida se constituem em sistemas interdependentes, sensíveis às rotinas, às oportunidades de cuidado e às condições contextuais que atravessam o desenvolvimento humano ao longo do envelhecimento.

A Figura 7 apresenta a distribuição dos escores totais de estresse (ISSL Total) e de estilo de vida (PEVI Total) segundo o sexo dos participantes, permitindo a visualização das medidas de tendência central, dispersão e variabilidade intra e intergrupos. Para mais, a Figura 7 ilustra as variações dos escores médios de estresse e de estilo de vida entre homens (M) e mulheres (F). Nota-se que a distribuição dos escores de estresse apresenta maior amplitude e dispersão entre os homens, com mediana e média ligeiramente superiores às observadas nas mulheres. Embora essa diferença não tenha alcançado significância estatística ($t = 1,32$, $p = 0,20$), o formato assimétrico da caixa masculina indica maior vulnerabilidade emocional e fisiológica na resposta ao estresse.

Figura 7

Distribuição dos Escores Totais de Estresse e Estilo de Vida PEVI por Sexo



Nota. PEVI = Perfil de Estilo de Vida Individual; M = masculino; F = feminino. As caixas representam a distribuição interquartil dos escores, com a mediana indicada pela linha central e a média representada pelos pontos vermelhos. Os bigodes delimitam o intervalo de valores mínimo e máximo, e os pontos dispersos correspondem aos participantes individuais.

No que se refere ao estilo de vida (PEVI), as médias foram semelhantes entre os sexos, sem diferença significativa ($t = -1,93, p = 0,06$), mas com uma tendência de escores ligeiramente mais

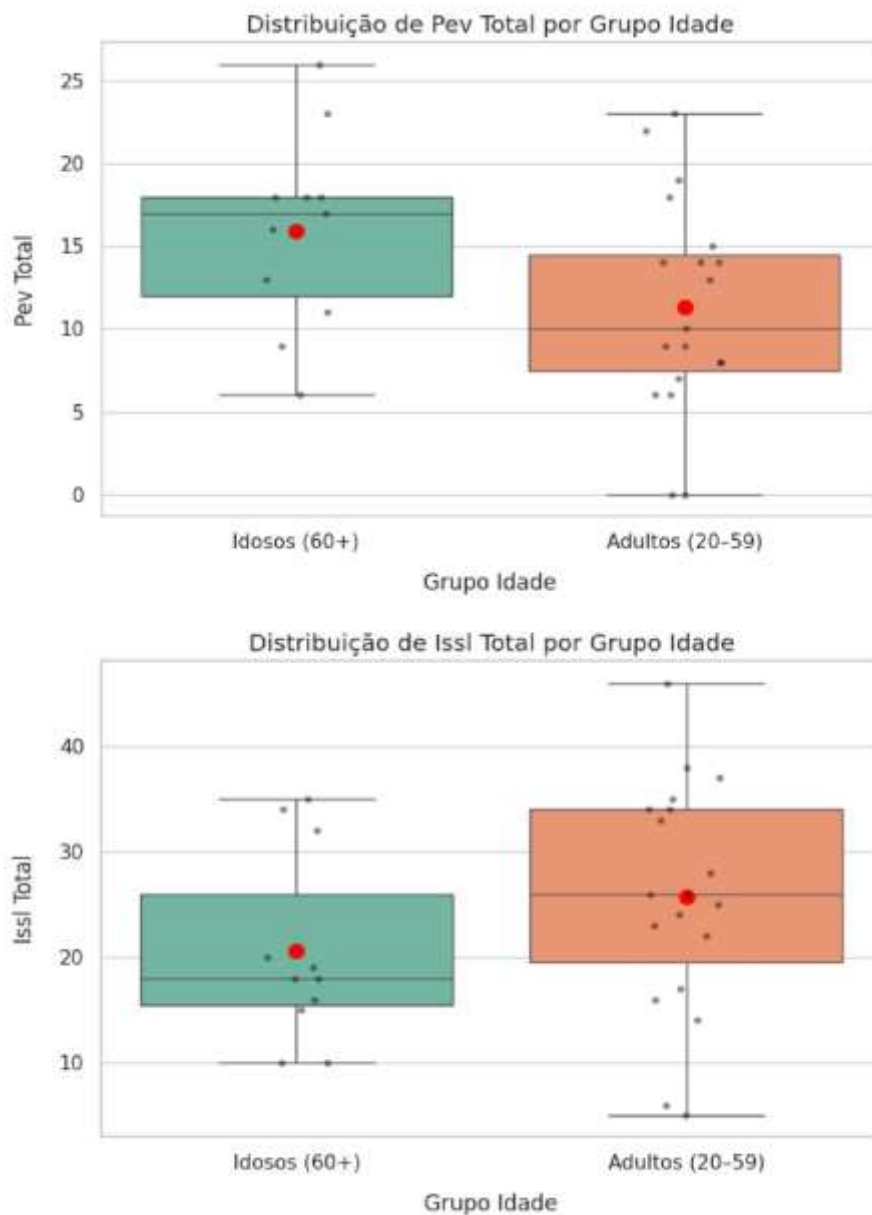
elevados nas mulheres, sugerindo maior engajamento em práticas de autocuidado, comportamentos preventivos, relações interpessoais e nutrição. Deste modo, é notável que a amplitude vertical das caixas mostra que ambos os grupos exibem grande heterogeneidade comportamental, refletindo distintos níveis de adesão a rotinas saudáveis e práticas de regulação psicofísica.

A inspeção visual reforça o padrão inverso entre as duas variáveis: indivíduos com menores escores de estilo de vida tendem a apresentar maiores níveis de estresse, especialmente entre os homens, o que está em consonância com a correlação negativa significativa observada entre PEVI e ISSL-R ($r = -0,57, p = 0,001$).

A Figura 8 apresenta a distribuição dos escores totais de estilo de vida (PEVI Total) e de estresse (ISSL Total) segundo os grupos etários dos participantes, diferenciando adultos (20–59 anos; $n = 17$) e pessoas idosas (60 anos ou mais; 60+; $n = 13$). De acordo com a Figura 8, os resultados indicam uma tendência etária consistente nas variáveis de estilo de vida e estresse total. Embora o teste t para grupos etários não tenha atingido significância estatística, as distribuições gráficas revelam diferenças perceptíveis de padrão entre adultos e pessoas idosas. No painel superior da Figura 8, observa-se que as pessoas idosas apresentaram médias mais elevadas de estilo de vida, refletindo melhor na ativação de comportamentos saudáveis, maior estabilidade de rotina e indicadores mais consistentes de autocuidado e enfrentamento adaptativo. Por outro lado, o grupo de adultos apresenta maior dispersão dos escores, com valores mínimos próximos de zero, o que evidencia heterogeneidade comportamental e maior vulnerabilidade a estilos de vida prejudicados, provavelmente influenciada por demandas laborais e menor tempo dedicado ao cuidado e autorregulação corporal e emocional.

Figura 8

Distribuição dos Escores Totais de Estilo de Vida e de Estresse por Grupo Etário



Nota. Os boxplots indicam medianas, quartis e valores extremos para adultos (20–59 anos) e pessoas idosas (60+).

Pontos vermelhos representam as médias.

A Figura 8 evidencia diferenças nos padrões de estilo de vida (PEVI Total) e estresse (ISSL Total) entre os grupos etários de adultos e pessoas idosas. Observa-se que o grupo de pessoas idosas apresenta maiores escores médios de estilo de vida, com distribuição mais concentrada e menor dispersão relativa, sugerindo padrões mais estáveis de hábitos e comportamentos associados ao autocuidado. Em contraste, os adultos exibem maior variabilidade nos escores de estilo de vida, incluindo valores mais baixos, o que indica maior heterogeneidade nas práticas cotidianas relacionadas à saúde.

No que se refere ao estresse, verifica-se que o grupo de adultos apresenta escores médios mais elevados de estresse total, além de maior dispersão dos dados, indicando níveis mais intensos e variados de estresse nessa faixa etária. Já as pessoas idosas tendem a apresentar menores escores de estresse, com distribuição mais concentrada, sugerindo um padrão relativamente mais homogêneo de vivência do estresse. Esses achados apontam para diferenças desenvolvimentais entre os grupos etários, nas quais a adultez se associa a maior exposição a demandas estressoras e a estilos de vida mais variáveis, enquanto a população idosa parece acompanhar processos de maior organização do estilo de vida e menor intensidade média de estresse.

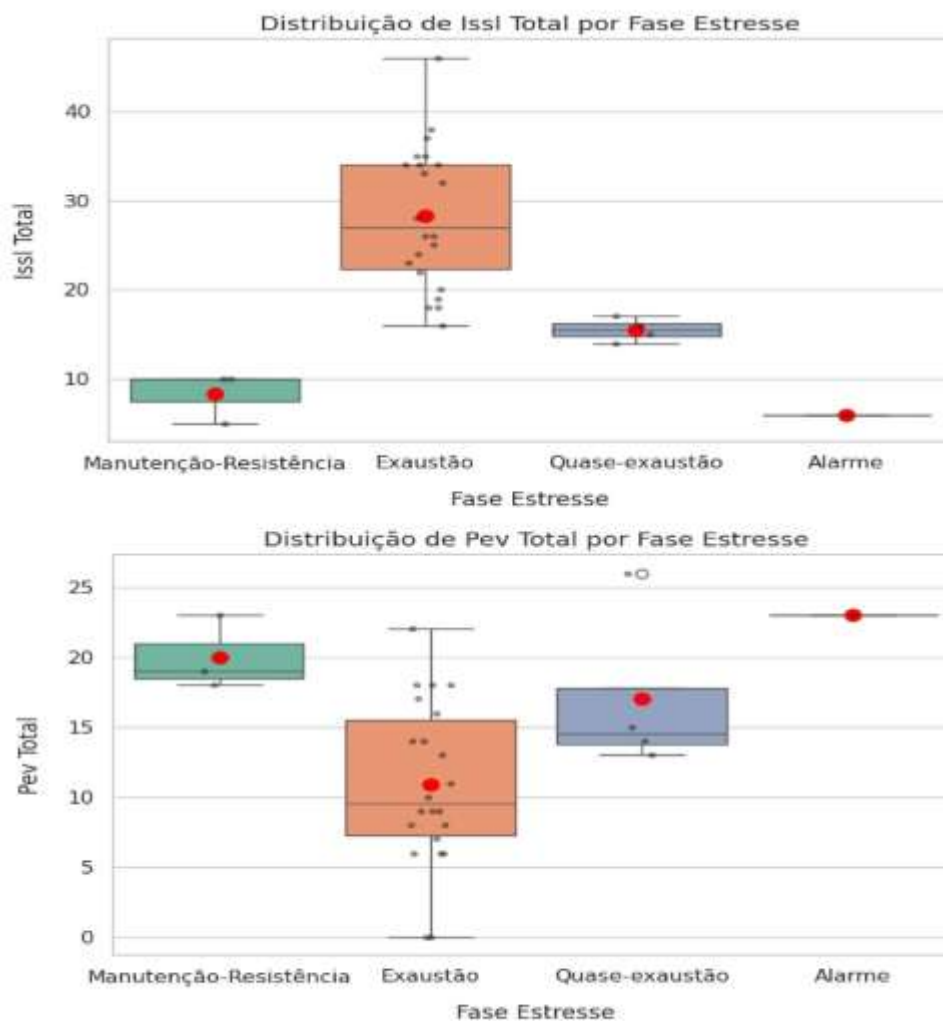
A Figura 9 apresenta a distribuição dos escores totais de estresse (ISSL Total) e de estilo de vida (PEVI Total) segundo as fases do estresse, permitindo visualizar diferenças nos padrões de intensidade do estresse e de organização do estilo de vida entre as categorias de manutenção-resistência, exaustão, quase-exaustão e alarme.

Conforme a Figura 9, a ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas entre as fases do estresse quanto ao escore total do ISSL-R, $F(3, 26) = 11,26$, $p < 0,001$, demonstrando que o nível de estresse aumenta de forma consistente e expressiva conforme a progressão das fases. Desta forma, esse resultado confirma a sensibilidade do instrumento em discriminar os estágios do

modelo de resposta adaptativa, validando empiricamente a variação de desgaste psicofisiológico entre resistência e exaustão.

Figura 9

Distribuição dos Escores Totais de Estresse e Estilo de Vida por Grupo Etário e Sexo



Nota. Os boxplots indicam medianas, quartis e valores extremos, com as médias representadas pelos pontos vermelhos.

A distribuição do ISSI Total mostra que a fase de exaustão concentra os maiores valores médios de estresse, com ampla dispersão, representando o ponto de colapso adaptativo e sobrecarga fisiológica. Em contraste, a fase de alarme apresenta menor escore, sugerindo

preservação da autorregulação e maior capacidade de enfrentamento emocional e corporal. Desta forma, nota-se que as fases intermediárias (quase-exaustão e manutenção-resistência) distribuem-se entre esses polos, configurando níveis crescentes de ativação neuroendócrina e desgaste psicossomático até a exaustão sistêmica.

Na distribuição do PEVI Total por fases do estresse, observam-se tendências inversas nos escores de estilo de vida. Os participantes classificados nas fases de alarme e manutenção-resistência apresentaram médias mais elevadas de comportamento saudável, enquanto aqueles situados na fase de exaustão exibiram menores indicadores de estilo de vida favorável.

Essa diferença foi estatisticamente significativa, conforme demonstrado pela ANOVA unifatorial, $F(3, 26) = 4,25, p = 0,014$, e corroborada pelo teste não paramétrico de Kruskal–Wallis, $H = 9,94, p = 0,019$, confirmando que o estilo de vida varia de maneira consistente entre as fases do estresse. Os resultados indicam que, à medida que o estresse se intensifica e o indivíduo progride para estágios mais avançados do modelo de Lipp, há uma redução significativa nos comportamentos protetivos de saúde e maior vulnerabilidade psicofisiológica.

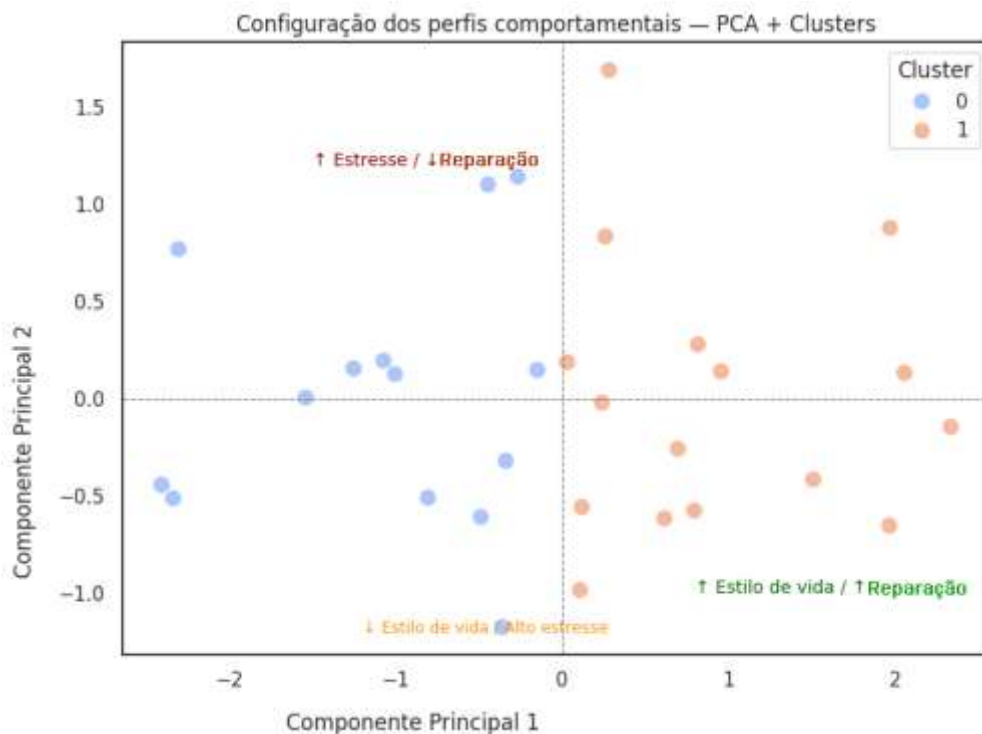
Essa inversão entre o PEVI e o ISSL-R reforça o padrão negativo identificado pela correlação de Pearson ($r = -0,57, p = 0,001$), sugerindo que a deterioração dos hábitos saudáveis acompanha a intensificação do estresse psicossomático.

A Figura 10 apresenta a configuração dos perfis comportamentais dos participantes a partir da análise de componentes principais (*principal component analysis*, PCA) associada à análise de *clusters*, permitindo a identificação de padrões distintos de organização entre estresse e estilo de vida. O plano fatorial evidencia a distribuição dos indivíduos segundo os componentes principais, destacando dois agrupamentos com características contrastantes: um perfil associado a maiores

níveis de estresse e menor capacidade de reparação adaptativa, e outro caracterizado por melhores indicadores de estilo de vida e maior potencial de autorregulação e reparação.

Figura 10

Configuração dos Perfis Comportamentais Obtida por Meio da Análise de Componentes Principais e Agrupamento por Clusters



Nota. O eixo x (Componente Principal 1) representa o contínuo entre estresse e estilo de vida, e o eixo y (Componente Principal 2) reflete o equilíbrio entre reparação sistêmica e regulação fisiológica. O Cluster 0 (azul) indica perfil de vulnerabilidade psicofisiológica (alto estresse, baixo estilo de vida e reparação sistêmica irregular). O Cluster 1 (laranja) corresponde a perfil de regulação e saúde integrada (baixo estresse, estilo de vida favorável para saúde e reparação sistêmica preservada).

A análise de agrupamento da Figura 10 revelou dois *clusters* comportamentais principais, representando padrões distintos de integração psicossomática. Nota-se que a configuração espacial dos *clusters* evidencia uma oposição linear clara entre as dimensões de estresse e de

comportamento saudável, reforçando o padrão inverso previamente identificado na correlação de Pearson. O eixo horizontal indica que, à medida que o estilo de vida se torna favorável para a saúde, o nível de estresse tende a declinar, enquanto o eixo vertical demonstra que a reparação sistêmica do estilo de vida atua como variável protetiva, modulando os recursos psicofísicos entre desintegração e reorganização plástica da atividade molar no contexto ao longo do tempo. A seguir, serão apresentados os dados qualitativos referentes à descrição do corpo textual das narrativas e discursos dos participantes. Inicialmente, serão expostas as classes resultantes da análise de CHD.

7.3 Resultados Qualitativos: Classes Lexicais, Componentes Fatoriais e Descrições do Campo

Em relação aos dados das entrevistas que compõem o corpus textual, será apresentada uma descrição do corpus, abordando seu processo de composição e segmentação. Em seguida, será exibida a distribuição lexical do corpus segundo a Lei de Zipf, a fim de ilustrar a frequência das palavras em escala logarítmica, possibilitando a compreensão da robustez e do padrão semântico do material analisado. Na sequência, será apresentada a ilustração das relações entre as classes no dendrograma, com o objetivo de demonstrar as cinco classes lexicais, os segmentos classificados e as conexões e inter-relações entre os agrupamentos em seus respectivos blocos temáticos. Por fim, serão apresentados os resultados da CHD, expressos em porcentagem e qui-quadrado (χ^2), permitindo a compreensão do comportamento da linguagem nas dimensões semântica e discursiva.

7.3.1 Descrição do Corpus

O corpus deste estudo foi constituído por 30 entrevistas, segmentadas automaticamente em 567 segmentos de texto (ST), totalizando 19.145 ocorrências lexicais. Foram identificadas 2.897 formas distintas que, após as técnicas de pré-processamento de texto que reduzem as variantes de palavras a uma forma básica, resultaram em 1.843 lemas. Desses, 1.696 foram considerados formas ativas. Foram também registradas 139 formas suplementares e 612 formas ativas com frequência

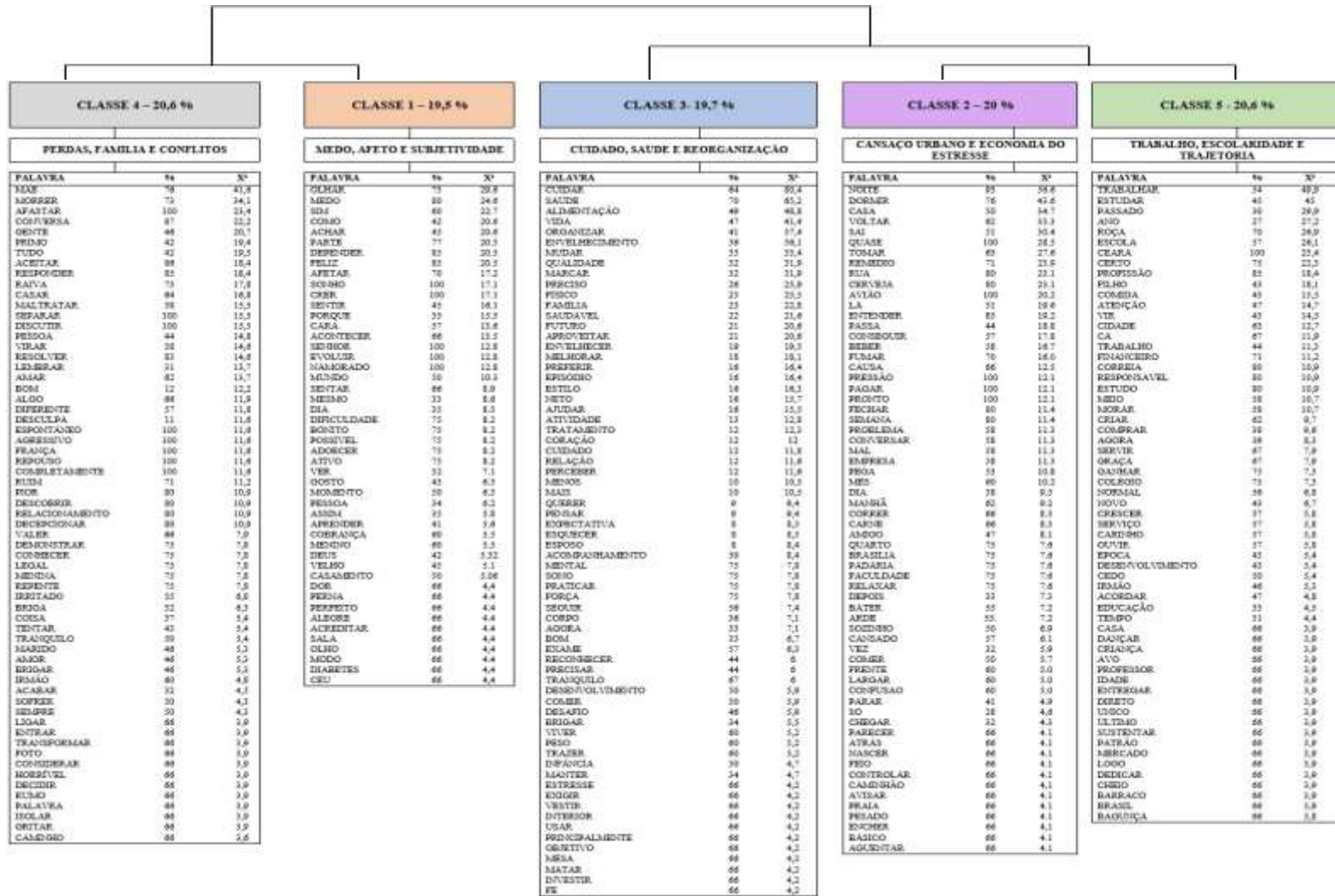
mínima maior ou igual a três, assegurando consistência para o processamento da base semântica comum.

O corpus apresenta um número elevado de elementos lexicais do material, confirmado pelo elevado número de palavras que se utilizaram ou registaram apenas uma vez no corpus (hápx). Inicialmente, foram identificados 1.548 hápx (53,43% das formas; 8,09% das ocorrências). Após o recorte de lematização, foram observados 866 hápx, correspondendo a 46,99% das formas e 4,52% das ocorrências. Verifica-se que a média de ocorrências por texto foi de 638,17, e a média de formas por segmento foi de 33,77, valores que demonstram diversidade vocabular e heterogeneidade discursiva, aspectos relevantes para a robustez do corpus.

A análise do corpus por meio da CHD, realizada no software IRaMuTeQ, possibilitou identificar cinco classes lexicais distintas, organizadas no dendrograma apresentado na Figura 11. O corpus, composto por 30 entrevistas segmentadas em 567 ST, teve 441 ST classificados, correspondendo a 77,78% de aproveitamento do material textual produzido no estudo, índice considerado adequado para esse tipo de análise lexical. O dendrograma tem a capacidade de evidenciar a distribuição percentual de cada grupo lexical, em formato de classe, em relação ao total de segmentos classificados: verifica-se que, de acordo com a Figura 11, a Classe 5 (20,6%) foi a mais numerosa em termos de amplitude lexical; a Classe 4 (20,6%) apresentou proximidade estrutural com a Classe 1; a Classe 2 (20%) agrupou um quinto dos segmentos analisados; a Classe 3 (18,7%) ocupou uma posição intermediária e com menor peso proporcional; e a Classe 1 (19%) mostrou-se relevante por sua autonomia e conexão com conteúdo de base afetiva e perceptiva.

Figura 11

Relação das Classes e das Palavras do Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente



Conforme a Figura 11, a estrutura hierárquica evidencia que as Classes 1 e 4 compartilham maior proximidade semântica em comparação com as demais, formando um ramo independente, enquanto as Classes 2, 3 e 5 se agrupam em outro ramo do dendrograma, revelando afinidades lexicais e temáticas distintas. Essa configuração é importante para compreensão dos dados, pois sugere a coexistência de dois grandes eixos discursivos no corpus: de um lado, conteúdos centrados em percepções subjetivas e corporais (Classes 1 e 4) e, de outro, narrativas ligadas à organização prática, demandas sociais e manejo do cotidiano (Classes 2, 3 e 5).

A apresentação dos resultados da CHD não será feita em ordem numérica, mas conforme as combinações de classes e suas ramificações, com o objetivo de evidenciar as inter-relações entre os campos semânticos e compreender melhor as transições, os grupos lexicais e as variações dessas classificações dentro do campo do envelhecimento e do adoecimento, diante dos fatores de estresse e estilo de vida. Nesse sentido, serão apresentadas primeiramente as Classes 1 e 4, destacando como, na Classe 1, emergem afetos de dimensão subjetiva e emocional no campo semântico. Em seguida, será abordada a Classe 4, relacionada às perdas familiares e aos conflitos presentes no desenvolvimento humano. Posteriormente, será apresentada a Classe 3, que evidencia a reorganização de recursos no envelhecimento, especialmente nas dimensões do cuidado e da saúde. Na sequência, será abordada a Classe 2, que trata de como o cansaço urbano e a economia do estresse se inscrevem no corpo e na saúde, produzindo desgaste e adoecimento. Por fim, serão apresentadas as informações da Classe 5 vinculados à escolaridade, à trajetória e ao trabalho, conforme ilustrado na Figura 11.

7.3.2 Classe 1 – Medo, Afeto e Subjetividade

A Classe 1, definida como “Medo, afeto e subjetividade”, teve significância de 19,5% dos segmentos classificados e apresentou um núcleo discriminante fortemente marcado por verbos de

avaliação, vigilância e monitoramento, associados a marcadores afetivo-emocionais. Entre as formas com maior poder de discriminação ($\chi^2 \geq 20$), destacam-se *olhar* (73%; $\chi^2 = 29,6$) e *medo* (80%; $\chi^2 = 24,6$), que estruturam o campo perceptivo-emocional da classe lexical. Na mesma faixa, aparecem *sim* (60%; $\chi^2 = 22,7$), *como* (42%; $\chi^2 = 20,6$) e *achar* (45%; $\chi^2 = 20,6$), indicando alta concentração de operadores avaliativos e investigativos no interior da classe. Ainda nesse grupo semântico, *parte* (77%; $\chi^2 = 20,5$), *depende* (85%; $\chi^2 = 20,5$) e *feliz* (85%; $\chi^2 = 20,5$) reforçam a singularidade do agrupamento, associando apoio e valência afetiva positiva.

Um segundo grupo de palavras reúne termos exclusivos da classe (percentual 100%) com discriminação moderada: *sonho* ($\chi^2 = 17,1$), *crer* ($\chi^2 = 17,1$), *senhor* ($\chi^2 = 12,8$), *evoluir* ($\chi^2 = 12,8$) e *namorado* ($\chi^2 = 12,8$). A exclusividade desses termos indica que todas as ocorrências dessas formas se concentram na Classe 1, contribuindo para a identidade do agrupamento, ainda que com frequência absoluta menor (refletida nos χ^2 s intermediários).

Na faixa intermediária de associação ($10 \leq \chi^2 < 20$) sobressaem *afetar* (70%; $\chi^2 = 17,2$), *sentir* (45%; $\chi^2 = 16,1$), *porque* (35%; $\chi^2 = 15,5$), *cara* (57%; $\chi^2 = 13,6$), *acontecer* (66%; $\chi^2 = 13,5$) e *mundo* (50%; $\chi^2 = 10,3$). Esses termos ampliam o campo semântico para a nomeação de estados internos subjetivos (*afetar*, *sentir*), busca de causalidade (*porque*, *acontecer*) e referências inter-relacionais ao outro/ambiente (*cara*, *mundo*) no curso do desenvolvimento humano, mantendo forte aderência estatística à classe.

A faixa inferior de discriminação ($\chi^2 < 10$) compõe a “cauda longa” que sustenta a coesão lexical do agrupamento. Aqui aparecem *sentar* (66%; $\chi^2 = 8,9$), *mesmo* (33%; $\chi^2 = 8,6$), *dia* (35%; $\chi^2 = 8,3$), *dificuldade* (75%; $\chi^2 = 8,2$), *bonito* (75%; $\chi^2 = 8,2$), *possível* (75%; $\chi^2 = 8,2$), *adoecer* (75%; $\chi^2 = 8,2$), *ativo* (75%; $\chi^2 = 8,2$), *ver* (32%; $\chi^2 = 7,1$), *gosto* (43%; $\chi^2 = 6,5$), *momento* (50%; $\chi^2 = 6,3$), *pessoa* (34%; $\chi^2 = 6,2$), *assim* (35%; $\chi^2 = 5,8$), *aprender* (41%; $\chi^2 = 5,6$), *cobrança* (60%;

$\chi^2 = 5,5$), *menino* (60%; $\chi^2 = 5,5$), *Deus* (42%; $\chi^2 = 5,32$), *velho* (45%; $\chi^2 = 5,1$) e *casamento* (50%; $\chi^2 = 5,06$). Esse campo de palavras apresenta 66% de presença na classe e $\chi^2 = 4,4$: *dor*, *perna*, *perfeito*, *alegre*, *acreditar*, *sala*, *olho*, *modo*, *diabetes* e *céu*. Apesar do χ^2 menor, essas formas são importantes para caracterizar nuances do campo subjetivo-afetivo na narrativa dos participantes (referências corporais, avaliativas e inter-relacionais) e mantêm a consistência do perfil lexical.

Dessa forma, os resultados da Classe 1 revelam um campo lexical fortemente estruturado em torno de dimensões perceptivas-afetivas, com destaque para termos associados à vigilância cognitiva (*olhar*, *achar*, *como*, *porque*), marcadores emocionais (*medo*, *feliz*, *dificuldade*, *afetar*) e expressões de vulnerabilidade física (*dor*, *perna*, *adoecer*, *diabetes*). Essa combinação indica a ativação de um circuito psiconeuroimunológico de estresse, no qual corpo físico, psíquico e linguagem se articulam em estados de alerta, sofrimento e busca por sentido.

Além disso, observa-se a presença de recursos simbólicos e transcendentais (como *crer*, *Deus*, *senhor*, *céu*, *sonho*) que operam como mecanismos de enfrentamento espiritual e subjetivo diante das limitações do corpo. O envelhecimento, nesse contexto, não se reduz ao declínio funcional, mas é atravessado por experiências de perda, dependência e reconstrução de vínculos (*namorado*, *casamento*, *menino*, *pessoa*), revelando tentativas de reorganização do *self* e do sentido existencial.

A classe lexical evidencia, portanto, como o estresse internalizado se manifesta na linguagem e se ancora no corpo, acionando narrativas de ameaça, crença e afeto que impactam diretamente a saúde física, emocional e imunológica. Tal configuração aponta para a importância de intervenções em saúde que reconheçam a interação dinâmica entre subjetividade, corporeidade e contexto social no curso do envelhecimento humano.

7.3.3 Classe 4 – Perdas, Família e Conflitos

A Classe 4 denominada “Perdas, família e conflitos” corresponde a 20,6% dos segmentos classificados na análise hierárquica descendente, configurando um dos eixos mais expressivos do corpus e mantendo proximidade estrutural direta com a Classe 1, de natureza afetivo-subjetiva. Enquanto a Classe 1 se organiza em torno do campo da percepção e da autoavaliação cognitiva-emocional, a Classe 4 amplia o foco do fenômeno para as relações familiares, perdas e rupturas ao longo do ciclo vital, apresentando um domínio lexical de tensão, dor, memória e conflito interpessoal.

A distribuição das formas demonstra alta coesão semântica, sustentada por léxicos de parentesco, emoção negativa e verbos de ação relacional, além de marcadores de enfrentamento e ressignificação. O conjunto se destaca pela presença de termos de grande poder discriminativo ($\chi^2 > 20$) e alta representatividade percentual, o que confere solidez estatística à classe.

As palavras que tiveram maior peso estatístico foram *mãe* (76%; $\chi^2 = 41,6$) e *morrer* (73%; $\chi^2 = 34,1$), que formam o núcleo semântico temático central da classe do corpus. Ambas as palavras aparecem em contextos de luto, cuidado e ausência, indicando que os discursos agrupados expressam experiências de perda materna, adoecimento familiar ou medo da morte de figuras próximas ao longo do ciclo vital. Na sequência, surgem *afastar* (100%; $\chi^2 = 23,4$) e *conversa* (87%; $\chi^2 = 22,2$), que configuram o eixo relacional, associado à interrupção de vínculos e à tentativa de elaboração verbal do conflito.

Entre as formas com χ^2 entre 18 e 20, destacam-se *gente* (46%; $\chi^2 = 20,7$), *primo* (42%; $\chi^2 = 19,4$), *tudo* (42%; $\chi^2 = 19,3$), *aceitar* (86%; $\chi^2 = 18,4$) e *responder* (85%; $\chi^2 = 18,4$). Esses termos reforçam o caráter coletivo e familiar da classe, revelando o uso de pronomes e substantivos

inclusivos (*gente, tudo*) e de verbos de aceitação e reação (*aceitar, responder*) que marcam o movimento entre resistência e resignação diante da perda.

Ainda no núcleo afetivo, aparecem *raiva* (75%; $\chi^2 = 17,8$) e *casar* (64%; $\chi^2 = 16,8$), configurando polaridades emocionais de amor e hostilidade, enquanto *maltratar* (58%; $\chi^2 = 15,5$), *separar* (100%; $\chi^2 = 15,5$) e *discutir* (100%; $\chi^2 = 15,5$) consolidam o campo semântico das rupturas conjugais e familiares. Essas formas, combinadas, indicam que o corpus concentra narrativas de conflito interpessoal que transitam entre o afeto e a agressividade, compondo um léxico de ambivalência vincular.

As formas intermediárias ($10 \leq \chi^2 < 15$), *pessoa* (44%; $\chi^2 = 14,8$), *virar* (38%; $\chi^2 = 14,6$), *resolver* (83%; $\chi^2 = 14,6$), *lembrar* (31%; $\chi^2 = 13,7$), *amar* (62%; $\chi^2 = 13,7$), *ruim* (71%; $\chi^2 = 11,2$) e *pior* (80%; $\chi^2 = 10,9$), denotam movimentos emocionais e narrativos que oscilam entre a lembrança, a tentativa de reparação e o julgamento moral das experiências vividas. *Resolver* e *lembrar* aparecem como verbos de elaboração psíquica, enquanto *ruim* e *pior* qualificam o afeto negativo e a percepção de dano.

Termos como *relacionamento* (80%; $\chi^2 = 10,9$), *decepcionar* (80%; $\chi^2 = 10,9$) e *descobrir* (80%; $\chi^2 = 10,9$) expressam a dimensão experiencial e cognitiva do conflito, em que a decepção e o reconhecimento da perda emergem como etapas do ciclo afetivo. Já *demonstrar, conhecer, legal, menina* e *repente* (todas com 75%; $\chi^2 = 7,8$) configuram o campo lexical das interações interpessoais, pontuadas por oscilações de afeto positivo e espontaneidade, indicando a coexistência de afetos reparadores dentro de um cenário de sofrimento relacional.

Na faixa inferior ($\chi^2 < 7$), observa-se um conjunto de termos de ação e intensidade afetiva: *irritado* (55%; $\chi^2 = 6,8$), *briga* (32%; $\chi^2 = 6,3$), *coisa* (37%; $\chi^2 = 5,4$), *tentar* (43%; $\chi^2 = 5,4$), *tranquilo* (50%; $\chi^2 = 5,4$), *marido* (46%; $\chi^2 = 5,3$), *amor* (46%; $\chi^2 = 5,3$), *brigar* (46%; $\chi^2 = 5,3$) e

irmão (60%; $\chi^2 = 4,8$). O núcleo dessa faixa representa a tensão relacional e o esforço de regulação afetiva, alternando entre impulsos agressivos e tentativas de serenidade (*tranquilo, tentar*).

As formas de frequência fixa (todas 66%, $\chi^2 \approx 3,9$), como *ligar, entrar, transformar, foto, considerar, horrível, decidir, rumo, palavra, isolar, gritar, caminho*, sugerem atos de comunicação, rompimento e distanciamento emocional, compondo a zona de desintegração e fechamento do vínculo. São expressões que indicam o esforço de reorganizar a experiência após o conflito, com movimentos de afastamento e retração.

A Classe 4 apresenta uma condição significativa de dados semânticos e revela informações sobre aspectos conflituosos nas relações interpessoais dos participantes no curso do envelhecimento humano, trazendo elementos ligados a perdas familiares, rupturas de vínculos ao longo do tempo e à necessidade de elaborar o sofrimento humano diante das alterações que ocorrem no curso do ciclo vital. Essa classe apresenta uma proximidade importante com a Classe 1, mas de forma complementar e, ao mesmo tempo, oposta.

Enquanto a Classe 1, como discutido anteriormente, expressa uma dimensão mais interna da subjetividade e do afeto, centrada na vivência individual, a Classe 4 evidencia uma exterioridade relacional, um campo vincular onde emergem informações sobre o contexto, as relações e a intersubjetividade. Essa intersubjetividade está profundamente conectada a elementos relevantes para compreendermos como o sofrimento interno e o estresse se expressam não apenas no sujeito isolado, mas como fenômenos coletivos e interdependentes nos sistemas que os participantes transitam ecologicamente. O adoecimento, nesse caso, é atravessado por redes intersistêmicas familiares, sociais, espirituais, que modulam a experiência emocional e o enfrentamento das perdas no ciclo da vida.

Essa associação estrutural reforça a ideia de que o adoecimento e o estresse emergem de sistemas interdependentes (o corpo biológico, o vínculo afetivo e o contexto bioecológico), evidenciando a passagem do sintoma interno à desorganização relacional. A conexão das Classes 1–4 representa, dentro do corpus, o eixo afetivo-familiar do sofrimento, que interliga as percepções individuais de medo e vulnerabilidade às experiências coletivas de perda, separação e conflito.

A Classe 4 expressa o léxico das perdas e do vínculo: nela, *mãe* e *morrer* ancoram o discurso na finitude e na memória; *raiva*, *maltratar*, *separar* e *discutir* indicam o conflito e a agressividade; enquanto *aceitar*, *resolver* e *amar* revelam a tentativa de restabelecer o equilíbrio homeostático dos sistemas de regulação dos processos desenvolvimentais. O padrão de ocorrência entre termos de ruptura (*morrer*, *afastar*, *discutir*) e de reorganização (*aceitar*, *resolver*, *conversar*) sugere a existência de ciclos narrativos de perda e reparação, que podem ser lidos, em uma análise posterior, como indicadores linguísticos de processos de adaptação ao estresse e ao luto.

7.3.4 Classe 3 – Cuidado, Saúde e Reorganização

A Classe 3 apresentou 19,7% dos ST classificados na análise hierárquica descendente, compondo um agrupamento lexical coeso em torno do eixo semântico “cuidado, saúde e mudança”. Apresentou estrutura estatística apresenta elevado poder discriminativo, com destaque para formas de contemplação, planejamento e ação que remetem à reorganização de rotinas, mudança de estilo de vida, autocuidado e envelhecimento ativo.

Os termos mais fortemente associados à Classe 3, aqueles com $\chi^2 \geq 30$, foram *cuidar* (64%; $\chi^2 = 80,4$), *saúde* (70%; $\chi^2 = 65,2$), *alimentação* (49%; $\chi^2 = 48,8$), *vida* (47%; $\chi^2 = 41,4$) e *organizar* (41%; $\chi^2 = 37,4$). Esse conjunto revela o núcleo da classe, composto por verbos de cuidado, implicação, ação e substantivos de domínio clínico e cotidiano, que expressam a transição entre o cuidado passivo e a reorganização ativa dos fatores de estilo de vida.

Em seguida, situam-se *envelhecimento* (36%; $\chi^2 = 36,1$), *mudar* (33%; $\chi^2 = 33,4$), *qualidade* (32%; $\chi^2 = 31,9$) e *marcar* (32%; $\chi^2 = 31,9$), que reforçam a centralidade do tempo, da adaptação e da reestruturação do desenvolvimento humano no contexto de adoecimento. Esses termos aparecem em contextos discursivos dos participantes que abordam o envelhecer como processo de exige mudança e o *marcar* como ação concreta no gerenciamento da rotina clínica, como consultas, exames e acompanhamento em saúde.

O grupo intermediário, com χ^2 entre 20 e 30, inclui *preciso* (26%; $\chi^2 = 25,9$), *físico* (25%; $\chi^2 = 25,5$), *família* (23%; $\chi^2 = 22,8$), *saudável* (22%; $\chi^2 = 21,6$) e *futuro* (21%; $\chi^2 = 20,6$). O léxico dessa faixa mantém a mesma direção semântica, indicando autopercepção de necessidade (*preciso*), integração corpo-família e planejamento prospectivo, em que o futuro é significado como horizonte de reorganização dos fatores do estilo de vida e interrelação com a saúde.

Entre as formas de χ^2 entre 10 e 20, como *envelhecer* (19%; $\chi^2 = 19,5$), *melhorar* (18%; $\chi^2 = 18,1$), *preferir* (16%; $\chi^2 = 16,4$), *episódio* (16%; $\chi^2 = 16,4$), *estilo* (16%; $\chi^2 = 16,3$) e *ajudar* (16%; $\chi^2 = 15,5$), percebe-se o fortalecimento de um campo de avaliação e escolha, no qual o sujeito reorganiza seus hábitos, comportamentos e estratégias diante das limitações impostas pelo corpo adoecimento e pelo estresse inscrito no curso do envelhecimento. A ocorrência de termos como *atividade*, *tratamento*, *cuidado* e *coração* ($\chi^2 \approx 12$) reforça a articulação entre fatores físico e cardiovascular, com ênfase no acompanhamento clínico e na adesão às mudanças do estilo de vida, com inclusão de atividade física, cuidado em saúde mental. Essa estrutura léxica evidencia que a Classe 3 se orienta pela ideia de reconstrução da saúde, expressando movimentos entre vigilância corporal, adesão terapêutica e reorganização do estilo de vida. O léxico *alimentação*, *sono*, *exame* e *atividade* indica a incorporação de vocabulário sobre os fatores clínicos do estilo de vida ao discurso subjetivo, traduzindo o cuidado em práticas observáveis.

As palavras com χ^2 entre 5 e 10, como *querer, pensar, expectativa, esquecer, acompanhar, mental, sono, força, seguir, corpo, agora e bom*, representam a mobilização de recursos cognitivos, reflexivos e temporais do cuidado no processo de enfrentamento do estresse, adoecimento e mudanças no estilo de vida. Trata-se de um campo de autoavaliação cognitiva que combina verbos de função cognitiva/consciência (*pensar, perceber, reconhecer*), adjetivos de valor (*bom, tranquilo, melhorar*) e substantivos de temporalidade (*agora, futuro*). O corpo aparece aqui como lugar de experiência cognoscível e regulação sistêmica no contexto bioecológico, sendo simultaneamente físico, cognitivo, psíquico e simbólico.

Termos como *exame, comer, desafio, viver, peso, trazer e manter* ($\chi^2 \approx 5-6$) demonstram o vínculo entre a avaliação e o monitoramento corporal e a autonomia dos sujeitos no processo de envelhecer. A presença de *estresse* (66%; $\chi^2 = 4,2$) e *mental* (75%; $\chi^2 = 7,8$) reforça que o sujeito associa o cuidado físico e psicológico em uma mesma narrativa, sugerindo consciência da interdependência mente-corpo no manejo dos fatores de estresse e da qualidade de vida.

As formas com χ^2 menores da cauda desta classe, como *vestir, interior, usar, principalmente, objetivo, mesa, matar, investir e fé*, compõem o vocabulário periférico do grupo semântico, revelando a tentativa de integração do cuidado à rotina cotidiana e espiritual. Neste caso, pode-se interpretar que o uso de termos como *fé* e *investir* indica o investimento dos participantes em recursos dentro de dimensões espirituais, simbólicas e econômicas culturais que organiza o social, expressando o esforço de sustentar o cuidado espiritual como prática contínua e não episódica ao longo do tempo e do espaço no ciclo vital.

A Classe 3 posiciona-se no dendrograma entre os agrupamentos voltados à experiência emocional (Classe 1) e os voltados à perda e conflito (Classe 4), funcionando como um eixo de reorganização subjetiva e compreensão dos efeitos do estresse e adoecimento. A análise de

proximidade revela que essa classe pode atuar como mediadora semântica, favorecendo produção de recursos para enfrentar as dimensões do sofrimento afetivo (Classe 1) e das rupturas familiares (Classe 4) à construção de novas estratégias de cuidado físico e mental e de reorganização do estilo de vida.

Essa função criativa de reorganização estrutural indica que o corpus apresenta potencial no campo da linguagem para uma transição discursiva: dos sentimentos de medo e perda (Classes 1 e 4) para a ação reflexiva e reorganizadora (Classe 3) dos recursos que sustentam a vida. Assim, ela representa a dimensão criativa e adaptativa dos sujeitos analisados no processo de adoecimento, em que o corpo adoecido e o estilo de vida passam a ser reposicionados como campos de agenciamento e não apenas de vulnerabilidade passiva.

Deste modo, a Classe 3 representa o léxico da reconstrução. *Cuidar, saúde, vida, organizar* e *mudar* são as palavras que mais definem o agrupamento, acompanhadas por *alimentação, qualidade, melhorar e envelhecimento*, que consolidam a ideia de reaprendizagem da potência do corpo e do tempo no processo de envelhecer. Os altos valores de χ^2 e as altas proporções de ocorrência reforçam a robustez da classe como marcador da autopercepção do envelhecimento humano e da reorganização psicossocial do cuidado corporal e existencial diante da vulnerabilidade. Portanto, a Classe 3 traduz o deslocamento da experiência de sofrimento (*medo, perda, estresse*) para o campo da ação consciente, preventiva e sistêmica, sintetizando o movimento da vida no envelhecimento em direção à reconstrução da saúde e da criação de sentido no momento de dor e angústia.

7.3.5 Classe 2 – Cansaço Urbano e Economia do Estresse

A Classe 2 corresponde a 20% dos segmentos textuais classificados na análise hierárquica descendente, representando um agrupamento lexical com base em elementos que refletem a

dinâmica do campo social, corporal e vida material que acontece de maneira cotidiana, fortemente associado à rotina urbana, à exaustão do corpo nas atividades de vida cotidiana e à regulação artificial do corpo imposta pelo sistema hegemônico.

Vale lembrar que, enquanto as Classes 1 e 4 estão ancoradas na esfera afetiva-emocional e relacional, e a Classe 3 na reorganização da saúde-corpo, a Classe 2 concentra a experiência do corpo atravessada pela lógica de produtividade, que gera estresse, inscrevendo formas de desgaste e produção de adoecimento, no qual o corpo é capturado pelos ritmos da cidade, do trabalho gerencial e das exigências sociais impostas. Este campo lexical expressa o modo de vida urbano em tensão constante entre transição bioecológica que acontece entre os sistemas desenvolvimentais, sobrecarga no campo de interação (macro e micro) e necessidade de pausa.

As palavras de maior valor de associação ($\chi^2 \geq 30$) são *noite* (93%; $\chi^2 = 56,6$), *dormir* (76%; $\chi^2 = 43,6$), *casa* (50%; $\chi^2 = 34,7$), *voltar* (62%; $\chi^2 = 33,3$) e *sair* (51%; $\chi^2 = 30,4$). Esse conjunto define o núcleo temático da classe lexical, em que os verbos de deslocamento e os marcadores temporais constroem um campo semântico da vida urbana organizada por modos de vida atravessados por horários de trabalho e descanso insuficiente. As palavras *noite* e *dormir* aparecem como símbolos de regulação biológica do ciclo de sono-vigília e reparação psíquica, enquanto *casa*, *voltar* e *sair* marcam a dinâmica de circulação bioecológica contínua entre espaços públicos e privados.

Em seguida, aparecem *quase* (100%; $\chi^2 = 28,5$), *tomar* (63%; $\chi^2 = 27,6$), *remédio* (71%; $\chi^2 = 23,9$), *rua* (80%; $\chi^2 = 23,1$) e *cerveja* (80%; $\chi^2 = 23,1$), que ampliam o núcleo para o campo da autorregulação química e social. Esses termos evidenciam que o cansaço e o estresse são gerenciados por recursos compensatórios, tendo o enfrentamento dos fatores de estresse e adoecimentos baseado no uso de substâncias, o remédio é introduzido como parte da rotina, e o

lazer acaba sendo mediado por consumo de substâncias. O corpo que carrega história aparece aqui regulado externamente pela estrutura institucional e organizacional, com poucos recursos de agenciamento e mobilização ativa para lidar com os efeitos do social.

O segundo grupo de palavras (χ^2 entre 15 e 25) inclui *avião* (100%; $\chi^2 = 20,2$), *lá* (51%; $\chi^2 = 19,6$), *entender* (85%; $\chi^2 = 19,2$), *passa* (44%; $\chi^2 = 18,8$), *conseguir* (57%; $\chi^2 = 17,8$), *beber* (58%; $\chi^2 = 16,7$) e *fumar* (70%; $\chi^2 = 16,0$). Esse conjunto evidencia o movimento e a busca de regulação pela substância, expressando o corpo em movimento para lidar com o estresse, considerando aspectos físicos, interacionais e simbólicos, e a tentativa de anestesiá-lo e suportar o ritmo ansioso e acelerado da vida urbana.

Os termos *causa* (66%; $\chi^2 = 12,5$), *pressão* (100%; $\chi^2 = 12,1$), *pagar* (100%; $\chi^2 = 12,1$) e *pronto* (100%; $\chi^2 = 12,1$) reforçam a dimensão econômica e fisiológica do estresse, compondo a ideia de uma economia do corpo: o corpo que paga pelas demandas impostas pelo social, sendo pressionado, resistindo e se regulando diante da desintegração sistêmica para continuar funcionando de forma produtiva. A palavra *pressão* pode ser lida simultaneamente como marcador biológico no campo neurocardiovascular (hipertensão) e social (pressão de tempo, trabalho e sobrevivência no sistema capitalista), funcionando como palavra holográfica com interconexão semântica da classe que modula as experiências no processo de envelhecer.

Na faixa intermediária (χ^2 entre 8 e 12), encontram-se *fechar* (80%; $\chi^2 = 11,4$), *semana* (80%; $\chi^2 = 11,4$), *problema* (58%; $\chi^2 = 11,3$), *conversar* (58%; $\chi^2 = 11,3$), *mal* (58%; $\chi^2 = 11,3$), *empresa* (58%; $\chi^2 = 11,3$), *pegar* (53%; $\chi^2 = 10,8$), *mês* (60%; $\chi^2 = 10,2$), *dia* (38%; $\chi^2 = 9,5$) e *manhã* (62%; $\chi^2 = 9,2$). Esse conjunto traduz o processo e o cotidiano do trabalho e da sobrevivência urbana, com alternância entre esforço físico, exaustão emocional e temporalidade fragmentada por fatores culturais. A ocorrência de termos como *semana*, *empresa*, *mês* e *pagar*

indica que a rotina é vivida dentro de um ritmo produtivo linear e contínuo, onde a experiência do tempo é mediada por fatores impostos pelos núcleos da cultura.

As formas com χ^2 entre 5 e 8 ampliam o campo para dimensões do lazer e do isolamento. Entre elas, *correr* (66%; $\chi^2 = 8,3$), *carne* (66%; $\chi^2 = 8,3$), *amigo* (47%; $\chi^2 = 8,1$), *quarto* (75%; $\chi^2 = 7,6$), *Brasília* (75%; $\chi^2 = 7,6$), *padaria* (75%; $\chi^2 = 7,6$), *faculdade* (75%; $\chi^2 = 7,6$) e *relaxar* (75%; $\chi^2 = 7,6$). A presença desses termos possibilita identificar uma cartografia simbólica da vida urbana: a cidade como espaço de circulação afetiva, alimentação e tentativas de pausa. *Quarto*, *casa* e *relaxar* formam um microcampo sistêmico de refúgio/cuidado, em contraste com *rua*, *empresa* e *semana*, que representam o ritmo de exposição e demanda de causa linear.

Outros termos como *sozinho* (50%; $\chi^2 = 6,9$), *cansado* (57%; $\chi^2 = 6,1$), *vez* (32%; $\chi^2 = 5,9$), *comer* (50%; $\chi^2 = 5,7$), *frente* (60%; $\chi^2 = 5,0$), *largar* (60%; $\chi^2 = 5,0$) e *confusão* (60%; $\chi^2 = 5,0$) consolidam o campo de adoecimento, no qual o corpo passou pelo estado de alerta, manutenção e chegou no desgaste físico e mental. Neles, o corpo é descrito em estado de fadiga, refletindo o impacto acumulado de jornadas longas, declínio de recursos para enfrentamento dos estressores e relações fragmentadas. O *cansado* aparece como marcador lexical da exaustão e da desregulação psiconeuroimunológica entre pausa e desgaste, restauração e declínio, trabalho/esforço e repouso.

As formas de menor χ^2 (≈ 4), como *parar*, *só*, *chegar*, *parecer*, *nascer*, *controlar*, *avisar*, *pesado*, *básico*, *aguentar*, expressam a saturação do sistema corporal diante das demandas colocadas pela cultura. Essas formas semânticas representam a etapa final do ciclo semântico da classe: o momento em que o corpo tenta interromper o ritmo imposto, desacelerar, ou simplesmente suportar. Apresentando as palavras *aguentar* e *controlar* sendo os verbos que sintetizam o ponto máximo regulação, enquanto *pesado* e *básico* traduzem a percepção de limitação e simplificação da vida sob o estresse urbano que se inscreve no corpo.

A Classe 2 da economia do estresse formou um bloco autônomo com forte relação com o campo da reorganização em saúde (Classe 3). Essas classes avaliadas juntas, são capazes de representar os dois polos da economia do enfrentamento e do estresse: a Classe 2 descreve o corpo em exaustão, vivenciado a inscrição do adoecimento e pressão contínua na vida social, e a Classe 3 mostra o movimento de reorganização, produção de saúde e cuidado após a carga de desgaste que gerou adoecimento. Em termos de estrutura lexical, a Classe 2 é a mais densa em termos de verbo de adoecimento e rotina causal, com predomínio de substantivos concretos e marcadores temporais. Essa composição pode indicar um discurso menos introspectivo dos participantes e mais empírico, revelando o modo como os sujeitos narram sua inserção no sistema urbano e produtivo, com ênfase em rotina mecânica, estresse elevado, cansaço, peso do viver, demanda alta, ritmo elevado de trabalho, causalidade na vivência temporal, esforço cognitivo, vigilância e sobrevivência.

7.3.6 Classe 5 – Trabalho, Escolaridade e Trajetória

A Classe 5 teve 20,6% dos ST, classificados na análise hierárquica descendente, configurando um agrupamento lexical centrado nas dimensões voltadas ao campo ocupacional, educacional e biográfico. Foi observado que esse grupo semântico expressa o modo como os participantes articulam sua história de vida, trabalho e formação, compondo informações sobre a importância da trajetória e pertencimento social no curso do envelhecimento humano.

Deste modo, as formas com maior associação à Classe 5 ($\chi^2 \geq 25$) foram *trabalhar* (54%; $\chi^2 = 49,9$), *estudar* (45%; $\chi^2 = 45,0$), *passado* (30%; $\chi^2 = 29,9$), *ano* (27%; $\chi^2 = 27,2$), *roça* (70%; $\chi^2 = 26,9$) e *escola* (57%; $\chi^2 = 26,1$). Esse núcleo lexical estabelece a estrutura central da classe: o discurso produzido sobre o trabalho e do estudo como eixos constitutivos da biografia e do curso do desenvolvimento na adultez e velhice.

A presença simultânea de *trabalhar* e *estudar* revela a conexão narrativa entre produção do estilo de vida mais favorável e formação acadêmica, indicando que o sentido de desenvolvimento pessoal está ancorado simultaneamente tanto no esforço físico quanto no investimento intelectual. As referências a *roça* e *Ceará* (100%; $\chi^2 = 23,4$) conectam a trajetória de vida a uma origem rural, enquanto *cidade* (63%; $\chi^2 = 12,7$) e *morar* (58%; $\chi^2 = 10,7$) assinalam o deslocamento geográfico e simbólico em direção ao meio urbano, um movimento biográfico de migração, ascensão e adaptação social.

Nessa classe, a distribuição lexical evidencia que o discurso deste grupo se organiza a partir de referências temporais relacionadas ao passado, ao ano e à época, além de apresentar menções institucionais sobre a escola, o colégio e o professor, bem como elementos sociodemográficos que abrangem a roça, a cidade, o Ceará e o Brasil. Desse modo, nota-se que as narrativas dos participantes expressam o percurso de sujeitos que transitam do trabalho rural e familiar para o contexto urbano e institucionalizado, associando o desenvolvimento pessoal à experiência de estudo e ao esforço contínuo.

Dito isso, as formas com valores entre $\chi^2 = 15$ e 25, *profissão* (85%; $\chi^2 = 18,4$), *filho* (43%; $\chi^2 = 18,1$), *comida* (43%; $\chi^2 = 15,5$) e *atenção* (47%; $\chi^2 = 14,7$), compõem um subcampo que revela a importância do trabalho estudo, na integração de papéis sociais, família e cotidiano. O sujeito social é descrito dentro de sua função social (profissional, parental, cuidadora), e o cuidado com os filhos e o alimento aparece como marcador simbólico de estabilidade e responsabilidade na adultez. As referências ao *ano*, *época*, *criança* e *desenvolvimento* organizam o discurso em uma linha temporal linear, onde a biografia é narrada como sequência de fases, infância, juventude, trabalho, formação, envelhecimento e adoecimento. Essa estrutura reforça a natureza retrospectiva

e memorialística da classe, com predominância de verbos no passado e substantivos de continuidade.

Nesse campo de perspectiva socioeconômico e esforço pessoal, é possível observar que as palavras *financeiro* (71%; $\chi^2 = 11,2$), *responsável* (80%; $\chi^2 = 10,9$), *estudo* (80%; $\chi^2 = 10,9$), *meio* (58%; $\chi^2 = 10,7$) e *morar* (58%; $\chi^2 = 10,7$) revelam que o campo lexical da Classe 5 também reflete a dimensão socioeconômica da sobrevivência dos sujeitos atravessados pela perspectiva de classe, pobreza, marginalização e exclusão psicossocial. O *financeiro* e o *responsável* aparecem associados, compondo um discurso de esforço e autossustentação. Em vista disso, os verbos *criar*, *comprar*, *servir*, *ganhar* e *sustentar* ($\chi^2 \approx 8-9$) reforçam o papel do trabalho como instrumento de dignidade e permanência, expressando um ethos de esforço moral e disciplinar. Essa perspectiva de que o trabalho não é apenas um meio de vida, mas um valor simbólico que estrutura o sentido de ser no mundo é relevante para entender sua função estruturante.

No subcampo educacional, surgem formas como *colégio* (75%; $\chi^2 = 7,3$), *educação* (33%; $\chi^2 = 4,5$), *professor* (66%; $\chi^2 = 3,9$) e *graça* (67%; $\chi^2 = 7,9$), que reforçam a importância atribuída ao conhecimento e à formação. Os elementos semânticos associam o estudo à superação das barreiras sociais e à diferença de oportunidades, compondo uma dimensão de desenvolvimento pessoal e progresso intergeracional. As menções a *criança*, *avó*, *irmão* e *família* revelam a estrutura de transmissão e continuidade, na qual o saber e o trabalho são entendidos como heranças imateriais. Esse conjunto lexical conecta educação e afeto como vias de transformação social e emocional.

Em relação aos afetos e à moral no campo do trabalho, foi possível observar que as formas lexicais de *carinho*, *atenção*, *ouvir*, *graça*, *responsável* e *certo* (χ^2 entre 10 e 22) configuram um léxico moral e afetivo na dimensão do trabalho, revelando a interiorização de valores de

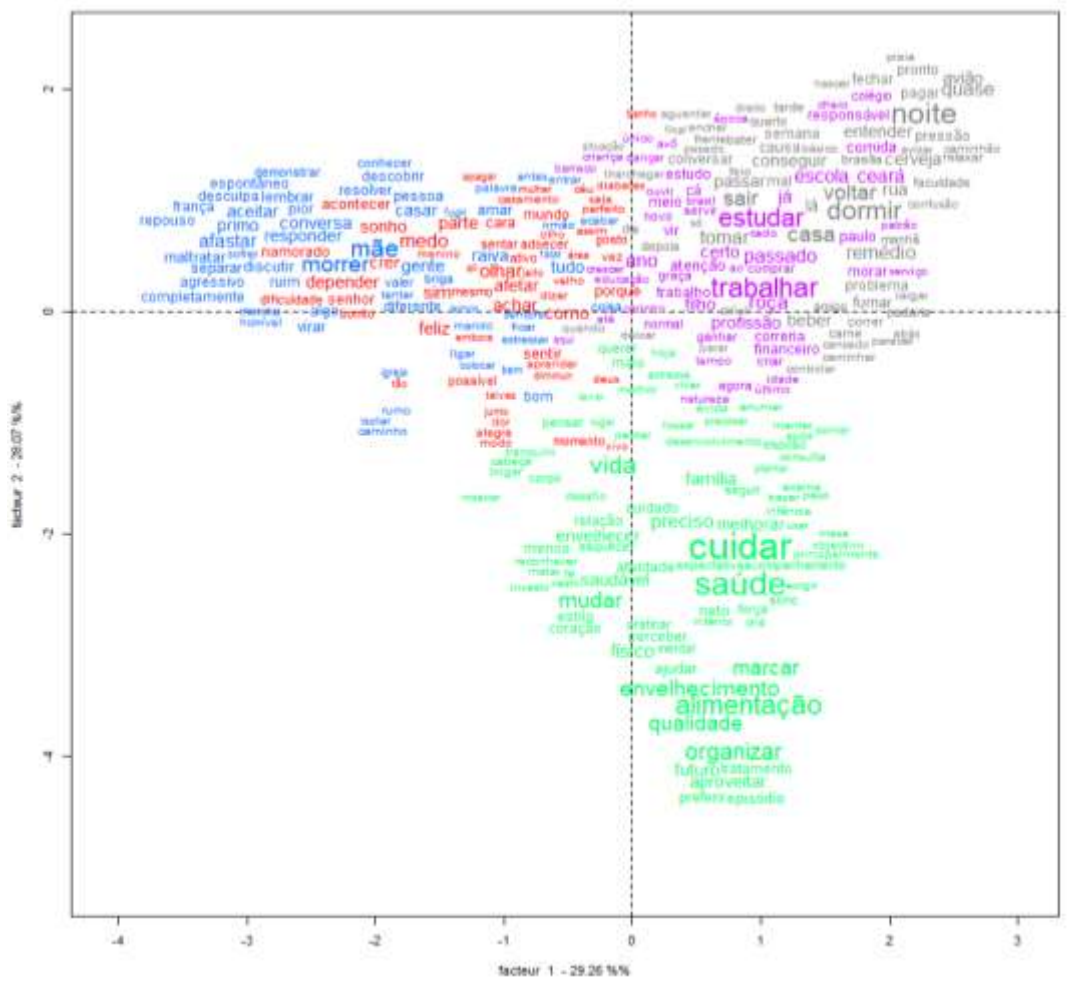
honestidade, esforço e gratidão. Há uma ênfase no “trabalho bem feito”, na “vida certa” e no “valor do estudo”, compondo um discurso ético e meritocrático de si no desenvolvimento humano no contexto brasileiro. Essa dimensão ética articula o trabalho com o cuidado e o reconhecimento social, apontando que o envelhecimento humano, o estudo e a ocupação são vistos como partes de uma mesma trajetória de valor pessoal e social.

A Classe 5 ocupa uma posição limítrofe no dendrograma em comparação às outras, formando o bloco biográfico e social do corpus. Ela se diferencia das classes emocionais (1 e 4) e reorganizadoras (3), por representar o plano histórico e estrutural das narrativas, isto é, o lugar em que o sujeito situa sua história de vida, descrevendo o passado, o trabalho, a escolaridade e o esforço de formação como elementos de constituição identitária. Esses dados servem como base narrativa das demais: dela emergem as condições que modulam o estresse, a vulnerabilidade psicossocial e corporal. É o campo da estrutura de vida, das condições concretas que sustentam o processo de envelhecimento humano e a produção do adoecimento, compondo o cenário sobre o qual o estresse e o cuidado se relacionam no ciclo vital.

A seguir, será apresentada a AFC (Figura 12), com o objetivo de mapear a estrutura do campo semântico do corpus textual. Esta representação gráfica bidimensional ilustra as relações de proximidade, oposição e interdependência entre as classes lexicais oriundas da CHD, explicitando o comportamento linguístico dos diferentes grupos temáticos.

Figura 12

Distribuição de Palavras em Duas Dimensões Fatoriais



Conforme a Figura 12, é possível observar que o Fator 1 (eixo horizontal) explica 29,26% da variância total, enquanto o Fator 2 (eixo vertical) explica 28,7%, totalizando uma variância acumulada de 57,33%. Esse valor é significativo, indicando boa representatividade da estrutura semântica e dos aspectos lexicais do plano fatorial. Nota-se que as palavras apresentam uma organização espacial distribuída e coerente entre as classes e agrupamentos, revelando dois

grandes polos de significação nas narrativas dos participantes sobre o processo de envelhecimento, estresse e estilo de vida.

O Fator 1 estabelece uma clara oposição entre o domínio subjetivo e relacional (Classes 4 e 1, lado esquerdo), marcado por palavras como *medo, raiva, mãe e discutir*, e o domínio prático e sócio-histórico (Classes 2 e 5, lado direito), caracterizado por *trabalhar, estudar, passado e dormir*. O Fator 2 discrimina a natureza das temáticas do lado direito. As Classes 2 e 5 se concentram no polo superior, abordando a ação e o contexto de vida (*noite, cerveja, roça*). Em forte oposição no polo inferior, a Classe 3 isola-se como o eixo da saúde e do planejamento preventivo, com termos como *cuidar, envelhecimento, alimentação e qualidade*, sublinhando a especificidade lexical do discurso voltado para o bem-estar e o futuro. Esta distribuição evidencia uma polarização do discurso dos participantes entre o foco nas experiências emocionais íntimas e as demandas concretas de rotina e autocuidado e será melhor detalhada a seguir.

No quadrante superior direito, em tom rosa, encontram-se elementos da Classe 5, intitulada “Trabalho, escolaridade e trajetória”, composta por palavras como *trabalhar, estudar, escola, roça, profissão, filho e responsável*. Essa classe se relaciona à dimensão ocupacional, educacional e biográfica, evidenciando aspectos interdependentes que sustentam uma trajetória de vida dentro do campo social, onde o processo de trabalho é influenciado pelo esforço e pelo nível de formação educacional.

No quadrante inferior direito, na cor verde, destaca-se a Classe 3, relacionada ao cuidado, saúde e reorganização, com termos como *cuidar, saúde, alimentação, vida, envelhecimento, qualidade, mudar, organizar e melhorar*. Essa classe reflete a importância da reorganização de fatores que produzem a vida e o estilo de vida, sobretudo diante do adoecimento. A partir do

enfrentamento da desorganização imposta pelas doenças, torna-se possível repensar hábitos e comportamentos automáticos que atravessam o cotidiano.

À esquerda do plano, predomina uma dimensão emocional e relacional, representada pelas Classes 1 e 4. A Classe 1, de cor vermelha, aborda o medo, o afeto e a subjetividade, reunindo termos como *medo, olhar, sentir, sonho, dor, adoecer e velho*. Esse campo expressa uma interioridade emocional vivida no envelhecimento e no adoecimento, que exige uma vivência subjetiva do sofrimento e convida o sujeito ao contato com o medo, o desamparo e a incerteza, além de mobilizar reflexões sobre o corpo, o futuro e o percurso desenvolvimental.

A Classe 4, representada em azul, diz respeito a perdas, família e conflitos, com palavras como *mãe, morrer, conversar, raiva, separar e aceitar*. Esse agrupamento semântico revela inter-relações no microsistema familiar marcadas por lutos e sofrimentos, intensificados no processo de adoecimento, demandando elaboração simbólica e psíquica.

Na região central e superior do plano fatorial, na cor cinza, encontra-se a Classe 2, associada ao cansaço urbano e à economia do estresse, com termos como *noite, dormir, casa, remédio, pressão, rua, semana e trabalho*. Essa classe expressa uma rotina exaustiva que impõe ao corpo um estado de produtividade contínua, ampliando o nível de alerta, manutenção e exaustão.

Os eixos fatoriais evidenciam duas polaridades principais no corpo textual: à direita, a dimensão objetiva e funcional, com classes associadas ao cuidado, saúde e trabalho; à esquerda, o polo da subjetividade e da emoção, com agrupamentos que expressam vínculos, perdas e conflitos ao longo do desenvolvimento. Essa oposição reflete uma transição entre um mundo institucional, mais concreto e voltado à funcionalidade da saúde do corpo, e um mundo simbólico, emocional e

subjetivo, ancorado nas dinâmicas da rotina e nos ritmos que influenciam o fazer e o sentir do corpo.

O eixo vertical, por sua vez, permite distinguir palavras conforme o grau de regulação da vitalidade. Na parte superior, situam-se classes ligadas ao ritmo urbano e produtivo, marcadas pela ação, pelo esforço e pela circulação entre demandas sociais e de trabalho. Já na parte inferior, surgem discursos sobre reorganização da vida a partir do adoecimento, que mobilizam reflexões sobre recuperação e sobre as reservas afetivas, cognitivas e físicas acumuladas ao longo da adultez e da velhice. Também se destaca o papel da rede de apoio familiar como fator de proteção e segurança diante de doenças crônicas, lutos e perdas.

As classes apresentam uma disposição organizada e interconectada no plano fatorial. As Classes 3 e 5, à direita, formam um bloco biográfico-funcional, relacionado aos aspectos sociais e de manutenção da vida, com referências à família, trabalho, estudo, resolução de problemas e autonomia. Já as Classes 1 e 4, à esquerda, compõem um bloco afetivo-relacional, predominantemente subjetivo, que revela experiências de sofrimento, perdas e lutos, inclusive lutos antecipatórios ou complicados. A Classe 2, em posição intermediária, conecta o polo produtivo ao polo emocional, revelando a sobreposição entre sobrecarga urbana e exaustão afetiva.

Essa disposição espacial indica que o corpo discursivo é estruturado por blocos semânticos que revelam conexões léxicas contínuas. Tal configuração sustenta uma fluidez significativa, evidenciando como o estresse, o adoecimento e o desgaste do corpo atravessam a linguagem. Esse resultado oferece pistas para pensar a reorganização do corpo, a produção da vida e as formas como o corpo social, o corpo emocional, a vida produtiva e a vida subjetiva estão interligados, influenciando os modos de viver e as relações estabelecidas no curso do envelhecimento humano.

A Tabela 4 apresenta a integração entre os resultados quantitativos e qualitativos do estudo, articulando dados estatísticos, evidências discursivas e interpretações analíticas em uma perspectiva convergente.

7.4 Integração dos Dados Quantitativos e Qualitativos

De acordo com a Tabela 4, observa-se que a integração dos dados quantitativos e qualitativos revelou um sistema interconectado entre estresse psicofísico, fatores do estilo de vida, trabalho, processo de envelhecimento e vínculos afetivos. Desta forma, é possível notar que os resultados indicaram altos níveis de estresse associados à sobrecarga fisiológica e psíquica, evidenciando a interdependência entre corpo, afeto, subjetividade e contexto de vida. Em contrapartida, foi notável que os melhores indicadores de estilo de vida, especialmente cuidado preventivo, vínculos interpessoais e gerenciamento de estresse, relacionaram-se a menor estresse, sugerindo a função protetiva dos fatores do estilo de vida na dimensão do autocuidado e da reorganização sistêmica.

Já a análise fatorial e de *clusters* apontou dois perfis predominantes associados ao estilo de vida e adoecimento: um perfil com dinâmica mais vulnerável, marcado por sinais e sintomas de exaustão, estilo de vida desfavorável e irregular e dificuldades de reparação sistêmica; e outro é o perfil com características protetivas, representado por um dispositivo de autorregulação adaptativo, estilo de vida favorável, com capacidade de gerenciamento e reorganização afetiva-emocional. Complementando essa afirmação, as narrativas e registros de campo confirmaram esses padrões, revelando que os participantes que mencionaram o amor, o vínculo e o desacelerar tinham fatores de proteção e mecanismo de resistência e reorganização neuropsíquica para enfrentamento do estresse e adoecimento.

Tabela 4*Da Estatística à Experiência: Intersecções entre o Dado, o Discurso e a Vivência*

Dimensão analítica	Principais resultados quantitativos	Evidências qualitativas (IRaMuTeQ – classes e léxicos)	Falas dos participantes	Integração e interpretação analítica
1. Estresse psicofísico e vulnerabilidade corporal	Fases do Estresse. Média total = 23,87; DP = 10,36; predominância quase-exaustão e exaustão. Indica sobrecarga fisiológica e psíquica.	Classe 1 - Medo, afeto e subjetividade: medo, dor, corpo, adoecer. / Classe 4 – Perdas e conflitos: raiva, morrer, afastar, irritado, briga.	P13: “Minha vida é muito cansativa... durmo pouco... sei o que poderia fazer, mas não faço.”/ P17: “Esgotada... engolia tudo... dor no corpo, inchaço.”/ P27: “Crises fortes de ansiedade...”	O estresse manifesta-se como expressão de desequilíbrio nos processos adaptativos da pessoa, associado à sobrecarga dos sistemas neurofisiológicos ao longo do tempo. As falas e os léxicos evidenciam vulnerabilidade somática e confirmam a interdependência entre funcionamento corporal, afetivo e subjetivo nos processos proximais do desenvolvimento.
2. Estilo de vida e regulação corporal	Estilo de vida - Médias: Cuidado Preventivo = 1,50; Relações = 1,00; Estresse = 0,80; Nutrição = 0,61; Atividade Física = 0,40; correlação inversa	Classe 3 - Cuidado, saúde e reorganização: cuidar, vida, saúde, alimentação, sono, envelhecimento, organizar, reconhecer, mudar.	P1: “Me preservar... cuidar da saúde, ajustar alimentação.”/ P8: “Acordo cedo, café, exercício... roça é lugar de paz.”	O estilo de vida configura-se como mediador dos processos proximais de regulação e reorganização psicofísica, modulando a relação entre a pessoa e as demandas do contexto. Observa-se uma relação inversa entre níveis de estresse e fatores protetivos do estilo de vida,

com estresse ($r = -0,57$; $p = 0,001$).

3. Padrões fatoriais e perfis desenvolvimentais (AFC e PCA)

Cluster 0 (vulnerável): alto estresse, baixo PEVI, reparação sistêmica irregular.

Cluster 1 (protetivo): baixo estresse, bom PEVI, reparação sistêmica preservada.

Classe 2 – Cansaço urbano e Economia do Estresse: pressão, problema, confusão, sozinho, cansado, aguentar, empresa.

Classe 3 - Cuidado e Saúde: vida, organizar, mudar, qualidade, mental.

P4: “Com o estresse, eu não sei lidar. Eu vou ficando estressado e arrumando confusão com quem aparecer.”/ **P10:** “Eu não consigo me relaxar muito por causa do trabalho, por causa da pressão.”

P6: “Aprendi a respeitar mais meus limites.”/ **P7:** “O amor me transformou... deixei o estresse e a raiva de lado.”/ **P4:** “Meu foco agora é desacelerar, cuidar da mente.”

indicando seu papel na sustentação de trajetórias desenvolvimentais mais adaptativas ao longo da vida.

A AFC identifica dois perfis desenvolvimentais, resultantes da interação entre características da pessoa, qualidade dos processos proximais e condições do contexto ao longo do tempo: um perfil vulnerável, marcado por redução da capacidade adaptativa, e um perfil protetivo, caracterizado por autorregulação, compensação e reorganização funcional. Os fatores do estilo de vida atuam como mediadores da plasticidade desenvolvimental e da redução do risco de adoecimento.

4. Classe, trabalho e adoecimento	<p>Adultos (20–59) – PEVI e ISSL Total Apresentam maior variabilidade, com PEVI mais baixo (≈ 12) e ISSL mais alto (≈ 26), indicando pior estilo de vida e maior nível de estresse.</p>	<p>Classe 2 - Cansaço urbano e Economia do Estresse: pressão, problema, confusão, correr, cansado, aguentar, empresa.</p>	<p>P13: “O trabalho é um fator de estresse muito grande.”/ P17: “Descobri que a gente só vale enquanto está bem, enquanto tem algo a oferecer.”</p>	<p>O trabalho emerge como um contexto ecológico estruturante que, quando organizado sob elevada exigência e produtividade, favorece a exposição crônica ao estresse e a deterioração do estilo de vida. As falas indicam cansaço persistente e fragilização dos processos proximais de autocuidado, agravados por condições de desigualdade, configurando um ambiente de risco ao desenvolvimento humano.</p>
5. Envelhecimento e plasticidade sistêmica	<p>Pessoas idosas (60+) - PEVI Total e ISSL Total: Apresentam médias e medianas moderadas (PEVI $\approx 15,5$; ISSL ≈ 19), com baixa variabilidade e distribuição estável, indicando melhor equilíbrio entre estilo de vida e estresse.</p>	<p>Classe 3 - Cuidado, saúde e reorganização: alimentação, organiza, saudável, atividade, força, corpo. / Classe 5 - Trabalho Trajetória: estudar, trabalhar atenção, carinho, sustentar, desenvolvimento.</p>	<p>P23: “Trabalhei muito, mas aprendi que não é só isso que sustenta o corpo.”/ P1: “Aprendi que envelhecer é um processo de adaptação, não de desistência.”</p>	<p>O envelhecimento é compreendido como resultado da interação contínua entre pessoa e contexto ao longo do tempo, envolvendo processos de adaptação e autorregulação. As práticas de autocuidado e a ressignificação do corpo e do trabalho refletem reorganizações nos sistemas de relação, evidenciando a plasticidade desenvolvimental sustentada pela dinâmica entre fatores individuais, contextuais e temporais.</p>

6. Afeto, vínculo e consciência	Correlação entre relações e estilo de vida ($r = 0,57$): relação positiva e significativa: quanto melhor o vínculo social, melhor o estilo de vida.	<p>Classe 1 – Afeto e Subjetividade: namorado, sonho, afetar.</p> <p>/Classe 3 – Cuidado e Saúde: coração, cuidado, relação, corpo, reconhecer.</p>	<p>P2: ““O amor da família segura a gente. É o que dá força para continuar.””/ P5: ““O que me segura é a fé e o amor que ainda tenho dentro de mim.””/ P7: “O amor me transformou... foi o amor mesmo.”</p>	<p>O vínculo interpessoal, a escuta e as experiências de cuidado configuram-se como processos proximais de alta qualidade, capazes de favorecer a regulação fisiológica e emocional da pessoa. Esses processos fortalecem a integração entre experiências corporais e subjetivas, promovendo adaptação, continuidade desenvolvimental e maior estabilidade nas trajetórias ao longo da vida.</p>
--	--	---	--	--

Nota. AFC = análise fatorial de correspondência; PCA = análise de componentes principais; PEVI = Perfil de Estilo de Vida Individual; ISSL = escore no Inventário de Sintomas de Stress de Lipp.

O trabalho surgiu como um eixo de sobrecarga crônica e adoecimento psicossocial, sobretudo em adultos, enquanto a população idosa mostrou maior capacidade de regulação entre estresse e estilo de vida, indicando um possível efeito cumulativo de exposição ao estresse, associado a processos adaptativos e à plasticidade sistêmica. Por fim, observou-se que as relações afetivas e o cuidado no microssistema (dimensão interpessoal ou intersubjetividade pesquisador-participante) atuam como fatores reguladores e protetores sustentando a coesão simbólica e corporal diante das condições de vulnerabilidade psicofísica.

De modo integrado, os achados demonstram que o corpo é o principal mediador entre dimensões biológicas, psíquicas e sociais, e que a consciência relacional, o vínculo e o cuidado são eixos protetivos que modulam o estresse e favorecem o desenvolvimento humano.

A seguir, será apresentada a discussão dos resultados sociodemográficos, quantitativos e qualitativos obtidos no estudo. Essa etapa tem como objetivo integrar as diferentes dimensões analisadas, articulando dados objetivos e interpretações subjetivas. A discussão será estruturada em três eixos temáticos, apresentados a seguir, que expressam os principais núcleos de sentido e articulação entre estresse, estilo de vida e desenvolvimento humano.

Capítulo 8: Discussão

A presente discussão foi organizada com o objetivo de integrar e aprofundar os achados quantitativos e qualitativos do estudo, à luz da Psicologia do Desenvolvimento em perspectiva bioecológica, considerando o estresse e o estilo de vida como fenômenos complexos, históricos e situados no curso do desenvolvimento humano. Partiu-se do entendimento de que a experiência de adoecimento e de internação em pronto-socorro não pode ser compreendida de forma isolada, nem reduzida a indicadores clínicos ou comportamentais pontuais, mas deve ser analisada como um processo que emerge da interação contínua entre características individuais, práticas cotidianas, contextos relacionais e trajetórias de vida.

A opção por uma metodologia mista, de delineamento paralelo-convergente, possibilitou acessar o fenômeno investigado a partir de diferentes níveis de análise. Os dados quantitativos forneceram uma visão estrutural dos perfis, padrões e associações entre variáveis, enquanto os dados qualitativos, analisados por meio do IRaMuTeQ, permitiram compreender como essas mesmas condições são vividas, significadas e narradas pelos participantes. A convergência entre esses dois conjuntos de dados não foi pensada como validação mútua, mas como complementaridade analítica, na qual cada abordagem ilumina dimensões distintas e interdependentes do desenvolvimento humano em contexto de adoecimento.

Nesse sentido, a organização da Discussão em três eixos analíticos decorre diretamente da necessidade de articular os objetivos do estudo às dimensões centrais do modelo bioecológico do desenvolvimento, especialmente as noções de pessoa, processo, contexto e tempo. Cada eixo foi construído para responder a aspectos específicos dos objetivos propostos, ao mesmo tempo em que contribui para uma compreensão integrada do fenômeno do estresse e do estilo de vida no curso do envelhecimento humano.

O Eixo 1, intitulado “A pessoa em desenvolvimento: características sociodemográficas, clínicas e trajetórias individuais no contexto da internação”, responde prioritariamente ao primeiro objetivo específico do estudo, que buscou identificar as principais características sociodemográficas e de saúde dos participantes. Contudo, esse eixo não se limita à descrição de perfis. A partir da perspectiva bioecológica, os dados quantitativos são compreendidos como expressões de trajetórias desenvolvimentais singulares, que configuram recursos, disposições e demandas individuais. A incorporação das classes qualitativas relacionadas à subjetividade, ao medo e à trajetória de vida permite compreender como essas características estruturais se traduzem em experiências afetivas, identitárias e narrativas, situando o estresse como um fenômeno que incide sobre sujeitos historicamente constituídos.

O Eixo 2, denominado “Processos proximais, estilo de vida e economia cotidiana do estresse no contexto da internação”, articula-se diretamente aos objetivos específicos que investigaram a associação entre variáveis individuais e comportamentais com as fases do estresse, bem como a relação entre estilo de vida e sintomas psicológicos. Nesse eixo, o foco desloca-se do “quem são os participantes” para o “como vivem e se regulam cotidianamente”, enfatizando os processos proximais que sustentam, ao longo do tempo, tanto padrões de autocuidado quanto de sobrecarga psicofisiológica. As análises quantitativas de correlação entre estilo de vida e estresse, bem como a avaliação dos diferentes fatores do estilo de vida, são integradas às classes qualitativas que expressam o cansaço urbano, o desgaste corporal e, simultaneamente, os movimentos de reorganização, planejamento e cuidado. Dessa forma, o estresse é discutido como um processo emergente da repetição de interações cotidianas, e não como um evento pontual associado exclusivamente à internação.

O Eixo 3, intitulado “Contexto, tempo e vínculos: redes de apoio, perdas e o desenvolvimento ao longo da vida no enfrentamento do estresse”, amplia a análise ao incorporar explicitamente as dimensões de contexto e tempo, centrais para a compreensão bioecológica do desenvolvimento humano. Esse eixo dialoga tanto com os objetivos específicos quanto com o objetivo geral do estudo, ao situar os processos de estresse e estilo de vida em redes relacionais concretas e em diferentes momentos da vida. Os dados quantitativos referentes à rede de apoio, ao suporte social percebido, às diferenças etárias e à percepção do diagnóstico são articulados às narrativas qualitativas sobre perdas, conflitos familiares e memória biográfica. Essa integração permite compreender como adultos e pessoas idosas vivenciam o adoecimento de maneira distinta, a partir de seus vínculos, de suas histórias de vida e do momento desenvolvimental em que se encontram.

A organização da Discussão nesses três eixos não constitui uma divisão arbitrária dos resultados, mas uma estratégia analítica coerente com os objetivos do estudo e com a perspectiva teórica adotada. Essa abordagem permite não apenas compreender os achados do presente estudo, mas também refletir sobre implicações mais amplas para a Psicologia da Saúde, a Psicologia do Desenvolvimento e as práticas de cuidado em contextos hospitalares.

8.1 Eixo 1 – A Pessoa em Desenvolvimento: Características Sociodemográficas, Clínicas e Trajetórias Individuais no Contexto da Internação

O ponto de partida desta discussão situa-se na dimensão Pessoa do modelo bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (2007), que compreende o indivíduo como um organismo ativo, orientado por disposições, recursos e demandas que interagem dinamicamente com o ambiente ao longo do tempo. A pessoa, nessa perspectiva, é simultaneamente produto e produtora de seu contexto, e o desenvolvimento humano resulta das interações recíprocas e significativas entre o

indivíduo e os múltiplos sistemas ecológicos que o cercam. A hospitalização, compreendida como evento crítico na vida, atua como um marco no cronossistema, evidenciando como histórias de vida, recursos psicológicos e condições biológicas se entrelaçam nos processos de adaptação diante da vulnerabilidade. Kaushik et al. (2023) reforçam que o modelo bioecológico constitui uma arquitetura dinâmica, na qual diferentes níveis de análise contribuem para a configuração das trajetórias humanas de forma singular. Nesse sentido, compreender quem são os participantes deste estudo implica analisar como suas características pessoais e clínicas expressam trajetórias desenvolvimentais moldadas por experiências acumuladas de enfrentamento, aprendizagem e reorganização ao longo da vida.

A análise do perfil sociodemográfico e clínico revela adultos e pessoas idosas com predominância de baixa escolaridade, vínculos familiares relativamente estáveis, porém redes de apoio restritas, além de elevada prevalência de condições crônicas. Sob a ótica bioecológica, tais características não devem ser interpretadas apenas como descritores estruturais, mas como marcadores de trajetórias desenvolvimentais. O envelhecimento na fase da adultez e da velhice constituem fases do ciclo vital marcadas por processos de consolidação, revisão e continuidade, nas quais a relação entre autonomia e dependência assume novos significados (Andrade Barros & Coutinho, 2020; A. S. Pereira et al., 2018). A recorrência de internações hospitalares pode ser compreendida como expressão de processos adaptativos em contextos de estresse crônico, nos quais sistemas psicofisiológicos operam sob demanda prolongada. De acordo com Eriksson et al. (2018), compreender saúde física e mental em uma lógica bioecológica implica reconhecer o adoecimento como resultado de histórias acumuladas de interação entre fatores pessoais e ambientais. As variáveis sociodemográficas e clínicas revelam modos de estar em desenvolvimento, marcados por vulnerabilidades, recursos adaptativos e busca de sentido.

Para aprofundar essa compreensão da pessoa em desenvolvimento, torna-se necessário considerar as transições e reorganizações próprias da adultez e da velhice, especialmente quando atravessadas por eventos críticos de saúde. Os adultos e pessoas idosas hospitalizadas neste estudo representam sujeitos que, ao longo de suas trajetórias, construíram modos singulares de enfrentamento diante de perdas funcionais, adoecimento crônico e reconfiguração de papéis sociais. Essa perspectiva permite compreender o desenvolvimento como um continuum, no qual experiências anteriores de adaptação influenciam a forma como o sujeito vivencia a hospitalização no presente.

A fase adulta, em particular, caracteriza-se pela conciliação de múltiplas demandas laborais, familiares e de saúde, o que reforça a noção de disposições desenvolvimentais proposta por Bronfenbrenner. A Classe 5, denominada “Trabalho, escolaridade e trajetória”, evidencia como o trabalho e a escolaridade se constituem como eixos identitários e simbólicos de pertencimento. Nesse contexto, o adoecimento é frequentemente percebido como ruptura narrativa, isto é, uma interrupção no projeto biográfico que exige ressignificação do papel social. Joly (2016), ao integrar a Teoria das Transições à perspectiva bioecológica, destaca que o enfrentamento de eventos críticos mobiliza recursos identitários construídos ao longo do desenvolvimento. O trabalho, nesse sentido, ultrapassa a função instrumental e se configura como um microsistema de sentido, cujas interações repetidas contribuem para a organização da identidade adulta. Quando esse sistema é interrompido pela doença, emergem sentimentos de descontinuidade e impotência que demandam reconstrução por meio de novos vínculos e significados.

Ao longo do envelhecimento humano, a dimensão Pessoa, no modelo bioecológico, adquire crescente densidade histórica, à medida que experiências, trajetórias e interações

acumuladas passam a organizar repertórios mais estáveis de funcionamento. Essa intensificação torna-se particularmente visível na condição de pessoa idosa, não por delimitação cronológica do envelhecer, mas pela maior concentração temporal de vivências, adaptações e processos de autorregulação construídos nas interações entre pessoa, contexto e tempo. Mei et al. (2025) demonstram que a estabilidade das redes sociais e a continuidade de práticas significativas associam-se à regulação emocional positiva na adultez tardia e na velhice. Essa constatação reforça a compreensão do desenvolvimento como processo cumulativo, no qual cada fase incorpora e reelabora experiências anteriores (T. Brandão et al., 2012; C. M. C. Rodrigues, 2021). Dessa forma, as pessoas idosas hospitalizadas neste estudo não representam apenas um estágio final do ciclo vital, mas um ponto de condensação de interações, disposições e recursos desenvolvidos ao longo da vida.

Do ponto de vista subjetivo, a Classe 1, denominada “Medo, afeto e subjetividade”, evidencia a vivência do corpo e do adoecimento como territórios de vigilância e incerteza. Esse padrão atravessa a experiência de adultos e pessoas idosas, assumindo significados distintos conforme o momento desenvolvimental. Nos adultos, o medo tende a associar-se à ameaça à autonomia funcional e à identidade produtiva, enquanto nas pessoas idosas relaciona-se à perda de controle e à percepção de finitude. O medo, portanto, não se configura apenas como reação emocional, mas como marcador desenvolvimental que expressa o esforço do sujeito em manter coerência entre suas disposições internas e as exigências do ambiente. Hayes (2021) destaca que emoções associadas ao medo podem atuar como catalisadoras de reorganização ecológica quando mediadas por vínculos e significados compartilhados. Essa análise é coerente com os achados do presente estudo, nos quais a hospitalização, apesar de seu caráter disruptivo, também favorece processos de reflexão e reconfiguração de recursos pessoais.

A síntese deste eixo reforça que a pessoa em desenvolvimento constitui uma totalidade em permanente movimento, moldada por sua história, por suas relações e por suas condições concretas de existência. As diferenças observadas entre adultos e pessoas idosas em termos de saúde, autocuidado e percepção do corpo não correspondem a variações isoladas, mas expressões de processos desenvolvimentais de longa duração. O modelo bioecológico, ao integrar as dimensões Pessoa, Processo, Contexto e Tempo, permite reconhecer o estresse e o estilo de vida como fenômenos inscritos em trajetórias singulares. Compreender quem são esses sujeitos, em seus itinerários biográficos e ecológicos, constitui o fundamento necessário para analisar, no Eixo 2, como esses processos se manifestam e se regulam no cotidiano da hospitalização.

8.2 Eixo 2 – Processos Proximais: Estresse, Estilo de Vida e Reorganização Adaptativa Durante a Internação

O estresse e o estilo de vida configuram processos dinâmicos e interdependentes que expressam o modo como as pessoas interagem e se adaptam ao ambiente ao longo do tempo. Bronfenbrenner (2005) propõe que o desenvolvimento humano é impulsionado pelos processos proximais, entendidos como interações regulares, significativas e recíprocas entre o indivíduo e seu contexto imediato. No presente estudo, essa interdependência mostrou-se empiricamente relevante, uma vez que os escores de estresse e estilo de vida apresentaram associação consistente, indicando que padrões de autocuidado, relação interpessoal e melhor gerenciamento de estresse se relacionam diretamente à intensidade das respostas ao estresse.

No contexto hospitalar, tais interações se intensificam e adquirem novos significados, uma vez que o corpo, as relações e as rotinas passam a constituir espaços centrais de negociação entre vulnerabilidade e adaptação. O estilo de vida pode ser compreendido como um padrão ecológico de ação construído e mantido ao longo do tempo, enquanto o estresse se manifesta como resposta

regulatória diante da perturbação desses padrões. Essa perspectiva é reforçada por Zaatari e Maalouf (2022), que destacam a relevância das interações contextuais para a manutenção da continuidade identitária em situações de crise. De forma convergente, Kaushik e Garg (2024) sugerem que períodos críticos, como a hospitalização, podem funcionar como momentos de reorganização ecológica, nos quais sistemas pessoais e ambientais buscam novos equilíbrios adaptativos.

Essa dinâmica se expressa nas formas como os indivíduos enfrentam o estresse e mobilizam recursos de autocuidado. Os achados indicam que tais respostas não se apresentam de forma homogênea, mas se organizam em um continuum que varia entre adaptação funcional e sobrecarga psicofisiológica. Essa heterogeneidade foi observada na distribuição dos escores, com a coexistência de participantes que apresentaram níveis mais elevados de estresse associados a perfis de estilo de vida desfavoráveis, e outros com padrões mais protetivos e níveis reduzidos de estresse. A partir da dimensão Pessoa do modelo bioecológico, essas diferenças refletem disposições individuais, recursos psicológicos e condições contextuais que modulam a capacidade de enfrentamento (Bronfenbrenner, 2011). Main et al. (2025) demonstram que competências como autogestão emocional e capacidade de autorregulação funcionam como recursos protetores, favorecendo maior estabilidade emocional em contextos desafiadores.

Entretanto, a persistência de contextos restritivos, como a perda de autonomia e a dependência funcional durante a internação, tende a intensificar as respostas de estresse, sobretudo quando há fragilidade das redes de suporte (Anderson & Ford, 2021). Essa interpretação dialoga com os resultados do estudo, nos quais condições clínicas e comportamentais menos favoráveis estiveram associadas a maior carga de estresse. Essa tensão evidencia um princípio central da bioecologia: o estresse não deve ser compreendido como resposta exclusivamente individual ou

fisiológica, mas como fenômeno emergente das interações contínuas entre recursos pessoais e demandas ambientais (Bronfenbrenner, 2011; Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023).

A análise das narrativas dos participantes aprofunda essa compreensão ao revelar um cotidiano marcado por fragilidade corporal, cansaço e desgaste, expressões simbólicas e materiais de um organismo que busca manter equilíbrio diante de exigências constantes. Esses relatos encontram correspondência nos dados quantitativos, que indicaram baixos escores médios em fatores do estilo de vida relacionados à atividade física, ao manejo do estresse e ao autocuidado. Esse padrão remete a processos proximais empobrecidos, nos quais interações relacionadas à alimentação, ao movimento e ao descanso tornam-se repetitivas, porém pouco sustentadoras do ponto de vista desenvolvimental. Barra e Coo (2022) associam esse fenômeno ao acúmulo de carga alostática, caracterizado pela sobrecarga adaptativa decorrente da exposição prolongada a estressores e da limitação de recursos contextuais. De modo convergente, Belser e Prescod (2021) descrevem contextos semelhantes como ecologias de exaustão, nas quais limites corporais e emocionais são constantemente testados. Entretanto, a literatura também aponta que esses mesmos contextos podem favorecer processos de reorganização, quando acompanhados por suporte relacional e oportunidades de ressignificação (Halsall et al., 2018). Essa possibilidade de reorganização também se expressou nos dados, ao se identificarem subgrupos com melhor perfil de estilo de vida e níveis mais baixos de estresse, mesmo no contexto da internação.

Esses movimentos de reorganização tornam-se evidentes nas experiências de reflexão, planejamento e mudança relatadas pelos participantes, que indicam uma reavaliação das próprias práticas de autocuidado durante a hospitalização. Tal processo corresponde a uma forma de adaptação ecológica ativa, na qual o indivíduo, ao interagir com novos agentes e contextos, como profissionais de saúde, familiares e instituições, passa a reconstruir prioridades e significados no

curso do adoecimento. Os achados sugerem que essa reorganização tende a ocorrer de forma mais consistente quando há preservação de vínculos, rotinas minimamente estruturadas e percepção de suporte. Sousa et al. (2021) demonstram que intervenções fundamentadas na Teoria Bioecológica, ao favorecerem a continuidade de processos proximais significativos e o fortalecimento de vínculos, promovem reorganização adaptativa mesmo em contextos de elevada vulnerabilidade (Bronfenbrenner, 1996, 2011).

Contudo, a efetividade desses processos depende diretamente da qualidade das redes de apoio, uma vez que contextos marcados por isolamento social ou recursos institucionais limitados tendem a restringir ou fragilizar essas reorganizações (Kipchirchir et al., 2025). Esse achado é coerente com os resultados do estudo, que indicaram maior estresse em participantes com menor engajamento social e comportamental no autocuidado.

À medida que o estresse e o estilo de vida são compreendidos como fenômenos interdependentes, torna-se possível apreender a complexidade dos processos de adaptação ao longo da internação. A relação entre essas variáveis não se configura como causal ou linear, mas como dinâmica e regulatória, na qual padrões de autocuidado, relações interpessoais e gerenciamento de estresse modulam a intensidade das respostas de estresse, enquanto o estresse tem potencial de influenciar hábitos, disposições e prioridades. As análises correlacionais e preditivas do estudo reforçam esse prisma ao indicar que o estilo de vida constitui um dos principais fatores explicativos da variabilidade nos níveis de estresse. Eriksson et al. (2018) defendem que intervenções em saúde mental alcançam maior efetividade quando reconhecem o estresse como fenômeno sistêmico, resultante da interação entre diferentes níveis ecológicos. Nesse sentido, a incorporação da dimensão temporal torna-se central, uma vez que experiências acumuladas ao longo de todo ciclo vital moldam os modos de enfrentamento e regulação (Yaban

& Gaschler, 2025). Os resultados sugerem que essas experiências prévias influenciam diretamente a forma como a hospitalização é vivenciada no presente.

Dessa forma, este eixo evidencia que os processos proximais relacionados ao estresse e ao estilo de vida são fenômenos interdependentes e contextualmente situados, refletindo a história de vida, as condições de suporte e as interações sociais de cada indivíduo. A hospitalização emerge como um microssistema intensificado, no qual o tempo e as relações assumem papel estruturante na regulação emocional e na atribuição de sentido à experiência de adoecer. Em convergência, Santa-Ramirez et al. (2025) demonstram que, mesmo em contextos de alta pressão, os indivíduos são capazes de mobilizar ajustes ecológicos de resistência, transformando ambientes restritivos em espaços de reconstrução identitária. Os achados do presente estudo reforçam essa perspectiva ao evidenciar que, mesmo diante de níveis elevados de estresse, alguns participantes apresentaram sinais de reorganização adaptativa associados a práticas de autocuidado e recursos contextuais. Essa compreensão sustenta o princípio central da bioecologia, segundo o qual o desenvolvimento humano permanece um processo ativo de interação e transformação, mesmo em condições de vulnerabilidade. Esse entendimento fortalece a articulação com o Eixo 3, que examinará o papel dos vínculos familiares, das redes de suporte e do tempo na sustentação ou fragilização desses processos adaptativos.

8.3 Eixo 3 – Contexto, Tempo e Vínculos: Redes de Apoio, Perdas e Desenvolvimento ao Longo da Vida no Enfrentamento do Estresse

A dimensão Contexto do modelo Pessoa, Processo, Contexto e Tempo de Bronfenbrenner (2005) convida a situar o indivíduo não apenas em seu microssistema imediato, como família, redes de apoio e hospital, mas também em camadas mais amplas de significados e práticas sociais. No presente estudo, essa inserção contextual mostrou-se decisiva para compreender a variabilidade

observada nos níveis de estresse e nos perfis de estilo de vida, indicando que tais fenômenos não se distribuem de forma homogênea entre os participantes. A hospitalização atua, nesse sentido, como um evento crítico no cronossistema, um marco temporal que interrompe, mas também ressignifica a vida (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Wilson, 2024). Kaushik e Garg (2024) ressaltam que os sistemas ecológicos se reorganizam em resposta a mudanças ambientais e biográficas, tornando o tempo uma dimensão constitutiva do desenvolvimento humano. Assim, o estresse vivenciado durante a internação emerge da interação entre histórias de vida, redes de suporte e significados atribuídos às perdas e transições, configurando uma experiência simultaneamente pessoal e histórica.

A análise das redes de apoio e do suporte social revela uma configuração complexa e heterogênea. Para parte dos participantes, a presença de familiares próximos e vínculos afetivos estáveis atuou como fator protetivo, favorecendo maior estabilidade emocional e engajamento em práticas de autocuidado. Esse padrão mostrou-se compatível com os resultados quantitativos, nos quais melhores indicadores de relações interpessoais associado ao estilo de vida estavam associados a menores níveis de estresse. Para outros indivíduos, entretanto, os vínculos familiares se configuraram como fontes de sobrecarga e ambivalência, especialmente em contextos de dependência funcional ou conflito relacional. Essa ambiguidade corrobora o argumento de Garris e Weber (2018), segundo o qual as relações familiares podem operar tanto como fatores de proteção quanto de vulnerabilidade. Painter et al. (2023) demonstram que o suporte social exerce efeito protetivo apenas quando sustentado por reciprocidade e comunicação. Os achados do estudo reforçam esse prisma ao indicar que a simples presença da rede não é suficiente para modular o estresse, sendo a qualidade relacional, simbólica e afetiva das interações um elemento central na regulação emocional.

Nas narrativas qualitativas, o tema das perdas, conflitos e memórias familiares emerge como eixo estruturante da experiência de adoecer. A Classe 4, denominada “Perdas, família e conflitos”, evidencia como o adoecimento reativa memórias de luto, separações e rupturas acumuladas ao longo da vida. Esses conteúdos não aparecem como eventos isolados, mas como experiências que atravessam o presente e influenciam diretamente a forma como o estresse é percebido e elaborado. Fox et al. (2021) destacam que as dinâmicas familiares construídas ao longo da vida moldam a capacidade de adaptação em situações de crise. De modo convergente, Chachar et al. (2021) apontam que as perdas ativam processos de reorganização identitária e de pertencimento. A convergência entre esses achados e os discursos observados neste estudo indica que o contexto familiar funciona como uma ecologia emocional, na qual o passado se atualiza no presente e modula as estratégias de enfrentamento durante a hospitalização.

As diferenças observadas entre adultos e pessoas idosas, tanto nos níveis de estresse quanto nas estratégias de autocuidado, refletem o papel do tempo de vida como mediador desenvolvimental. Os resultados sugerem que as pessoas idosas apresentaram maior estabilidade emocional e comportamental, o que pode ser interpretado como efeito cumulativo de repertórios adaptativos desenvolvidos ao longo do cronossistema. Essa interpretação é sustentada por Lummer Aikey e Goldstein (2025), que evidenciam o impacto cumulativo dos vínculos familiares na promoção do bem-estar psicológico em fases tardias da vida. Em contrapartida, os adultos mostraram-se mais vulneráveis às rupturas identitárias associadas ao adoecimento, sobretudo quando há interrupção de papéis ocupacionais e familiares centrais. Tong e An (2024) argumentam que fases intermediárias do ciclo vital são marcadas por maior instabilidade contextual, o que torna os eventos críticos particularmente desorganizadores. Dessa forma, o tempo no modelo bioecológico não se restringe à idade cronológica, mas envolve tempo de exposição ao estresse,

tempo de elaboração subjetiva e tempo de adaptação, dimensões que ajudam a explicar a diversidade de respostas observadas (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Wilson, 2024).

O contexto hospitalar emerge, nesse cenário, como um microsistema de reorganização, articulando diferentes esferas ecológicas, como família, trabalho, corpo e sistema de saúde. Os dados indicam que a hospitalização pode atuar tanto como fator de intensificação do estresse quanto como oportunidade de reorganização, dependendo da qualidade das interações estabelecidas nesse espaço. Joly (2016), ao integrar a Teoria das Transições à perspectiva bioecológica, demonstra que eventos de ruptura no estado de saúde podem gerar crescimento desenvolvimental quando mediados por suporte adequado. No presente estudo, essa possibilidade foi observada em participantes que relataram maior reflexão sobre autocuidado e reorganização de prioridades durante a internação. O hospital não deve ser compreendido apenas como cenário físico, mas como microsistema temporário que interage com outros sistemas e influencia os processos de aprendizagem.

Em síntese, os resultados deste eixo evidenciam que o estresse e o estilo de vida são fenômenos profundamente ancorados em vínculos, contextos e temporalidades. No desenvolvimento humano, especialmente na adultez e na velhice, é atravessado por redes de apoio que podem proteger ou fragilizar, por perdas que se atualizam em novas experiências e por tempos que acumulam, elaboram e transformam. Os achados do estudo reforçam que compreender o estresse e o estilo de vida exige ultrapassar a análise individual, situando o sujeito em seu ecossistema relacional e histórico. Como afirmam Stanley e Kuo (2022), o desenvolvimento humano é sempre coconstruído entre pessoas e contextos.

Capítulo 9: Considerações Finais

Este estudo cumpriu seu objetivo geral de avaliar o perfil do estilo de vida e as diferentes fases do estresse em adultos e pessoas idosas internadas em pronto-socorro de um hospital terciário do Distrito Federal. A análise integrada dos eixos investigativos permitiu responder à questão central da pesquisa ao evidenciar que, no contexto do adoecimento e da internação hospitalar, adultos e pessoas idosas tendem a apresentar perfis de estilo de vida fragilizados e níveis elevados de estresse, organizados de maneira interdependente. Tais achados revelam que esses fenômenos não são eventos pontuais ou meramente biológicos, mas expressões de trajetórias desenvolvimentais acumulativas, inscritas em contextos históricos, sociais e relacionais. As características sociodemográficas e biográficas dos participantes situam o adoecimento em percursos de vida marcados por exposições prolongadas a demandas psicossociais e restrições de recursos, configurando um cenário em que vulnerabilidade e adaptação coexistem ao longo do desenvolvimento humano.

Os processos proximais analisados demonstram que estresse e estilo de vida operam como sistemas interdependentes de regulação desenvolvimental, sensíveis às rotinas, aos vínculos afetivos e às possibilidades concretas de autocuidado. Padrões menos favoráveis de estilo de vida associam-se a níveis mais elevados de estresse, enquanto práticas protetivas (ainda que fragilizadas no contexto hospitalar) podem atuar como moduladoras parciais da sobrecarga psicofísica. Esses resultados indicam que o desenvolvimento humano, ao longo do envelhecer, é atravessado por movimentos contínuos de desorganização e reorganização, nos quais o corpo, a subjetividade e o contexto se influenciam reciprocamente.

A dimensão relacional e temporal do desenvolvimento amplia essa compreensão ao situar o estresse e o estilo de vida no interior das redes de apoio, dos vínculos familiares e das

experiências de perda e ressignificação. As narrativas analisadas indicam que a hospitalização reativa conteúdos afetivos, lutos simbólicos e memórias biográficas que mobilizam recursos desenvolvidos ao longo do cronossistema. As diferenças observadas entre adultos e pessoas idosas sugerem que o tempo de vida atua como elemento estruturante da adaptação, de modo que repertórios acumulados influenciam a forma como o adoecimento é vivido, enfrentado e significado.

A articulação entre os achados quanti-quali permite afirmar que este estudo contribui para o campo da Psicologia do Desenvolvimento Humano ao reposicionar o estresse e o estilo de vida como processos desenvolvimentais, e não apenas como fatores de risco ou variáveis biológicas e comportamentais isoladas. Além disso, os resultados indicam que o adoecimento tem potencial de emergir como um evento crítico que expõe a fragilidade dos processos proximais, mas também como um momento potencial de reorganização desenvolvimental, no qual o sujeito pode reavaliar práticas, vínculos e sentidos atribuídos ao corpo e à própria trajetória de vida.

Dessa forma, ao evidenciar a coexistência de perfis vulneráveis e protetivos, o estudo reforça a noção de plasticidade desenvolvimental, demonstrando que mesmo em contextos de elevada sobrecarga psicofísica ou desequilíbrio interno/externo existem possibilidades de compensação, reorganização e produção de saúde. Portanto, a presença de vínculos afetivos, redes de apoio e práticas de cuidado aparece como elemento central para sustentar processos de autorregulação e adaptação, apontando para a relevância dos contextos ecológicos na modulação do desenvolvimento humano.

No campo da Psicologia Hospitalar e da Saúde, especialmente no contexto do pronto-socorro, o estudo oferece subsídios importantes para o manejo clínico e institucional, ao indicar que a identificação de fatores de risco relacionados ao estresse e ao estilo de vida deve ultrapassar

o momento da internação e se estender ao acompanhamento ambulatorial e ao monitoramento pós-alta. Nesse sentido, os achados sustentam a necessidade de encaminhamentos sistemáticos para acompanhamento psicológico, inclusão em grupos terapêuticos ou intervenções individuais voltadas à reestruturação de rotinas, ao fortalecimento de estratégias adaptativas e à promoção de autocuidado.

Além disso, o estudo pode direcionar a atuação de psicólogos em níveis assistenciais e de gestão, ao oferecer base empírica para a incorporação sistemática de indicadores de estresse e estilo de vida nos formulários de admissão e avaliação psicológica, bem como para a produção de documentos técnicos e a articulação do cuidado interdisciplinar. Dessa forma, a pesquisa contribui para qualificar práticas clínicas, fortalecer o trabalho em equipe e ampliar intervenções preventivas e desenvolvimentais no campo da saúde, reconhecendo o estresse e o estilo de vida como dimensões centrais na compreensão e no acompanhamento dos processos de desenvolvimento humano ao longo do envelhecer.

Do ponto de vista do manejo clínico e das intervenções em saúde, os achados sugerem que estratégias centradas exclusivamente na redução de sintomas são insuficientes para compreender e intervir sobre o estresse em adultos e pessoas idosas. Sendo assim, torna-se fundamental considerar o histórico desenvolvimental, as condições de vida, os padrões de atividade molar e os sistemas relacionais que sustentam ou fragilizam o autocuidado.

Os achados deste estudo oferecem possíveis subsídios para o aprimoramento de políticas públicas intersetoriais que reconheçam o estresse e o estilo de vida como fenômenos profundamente articulados à organização da vida urbana, ao tempo de trabalho e ao exercício da cidadania. Evidencia-se a necessidade de estratégias que transcendam abordagens individualizantes e incorporem a centralidade da vivência da cidade como determinante de saúde.

Isso implica a revisão de modelos urbanos e produtivos orientados exclusivamente pela lógica do desempenho, garantindo condições materiais e simbólicas para a recuperação psicofísica e promovendo uma economia do cuidado e do descanso, na qual o direito ao tempo de viver e se vincular seja reconhecido como dimensão fundamental do desenvolvimento humano.

No âmbito institucional, a pesquisa aponta para a urgência de dispositivos de letramento em saúde que promovam a compreensão do estresse como processo desenvolvimental acumulativo. A implementação de políticas educativas, desde a escolarização básica até programas comunitários na atenção primária, revela-se fundamental para substituir estratégias disfuncionais de enfrentamento por práticas de autocuidado e proteção. Tais intervenções devem dialogar obrigatoriamente com a reestruturação das normas culturais que regulam o uso do tempo e com a precarização do trabalho, o qual figurou como um dos principais estressores crônicos identificados, exigindo que as políticas públicas atuem preventivamente na ampliação da capacidade adaptativa dos indivíduos frente às exigências do sistema neoliberal.

Em última análise, o estudo convoca a construção de respostas que desloquem o foco do tratamento da exaustão para a prevenção do colapso adaptativo, afirmando o desenvolvimento humano como um processo contínuo e passível de reorganização subjetiva. Torna-se imperativo investir em uma cultura de cuidado sustentada por direitos e acesso a dispositivos de escuta e regulação psicossocial, garantindo que o adoecimento não seja a condição necessária para que o cuidado aconteça. Ao situar o estresse como expressão de dinâmicas sociais e territoriais, este trabalho reforça o compromisso com trajetórias desenvolvimentais mais sustentáveis, equitativas e promotoras de saúde ao longo de toda a vida.

Nesse contexto, destaca-se que a correlação negativa entre estresse e estilo de vida indica uma associação de que práticas de autocuidado, atividade física, controle do estresse, alimentação

equilibrada e vínculos afetivos atuam como mediadores de regulação corporal e emocional, favorecendo o equilíbrio adaptativo durante a internação hospitalar e o adoecimento. De modo complementar, os dados lexicais mostraram que o cuidado, o vínculo e o amor emergem como forças de reorganização subjetiva, capazes de sustentar a vida mesmo em contextos de esgotamento e vulnerabilidade corporal e psíquica.

Do ponto de vista epistemológico, o estudo reforça que a compreensão do estresse e do envelhecimento requer uma visão interdisciplinar e sistêmica, articulando os níveis micro (processos neurobiológicos e afetivos), meso (relações e redes de apoio) e macro (condições socioculturais e institucionais). O paradigma da complexidade, nesse sentido, orienta uma ética do conhecimento que reconhece o entrelaçamento entre corpo, afeto e contexto, permitindo integrar o rigor técnico à sensibilidade humana na produção científica.

O estudo contribui para o campo da saúde e do desenvolvimento humano ao oferecer evidências integradas sobre a influência do estilo de vida no estresse e na plasticidade desenvolvimental em contextos hospitalares de adultos e pessoas idosas. Vale ressaltar que diante das reflexões produzidas ao longo deste trabalho, propõe-se a noção de plasticidade em uma perspectiva intersistêmica, compreendendo-a como um fenômeno que articula dimensões neuroplásticas, biológicas, corporais, sistêmicas e desenvolvimentais. Nessa perspectiva, a plasticidade não se restringe ao funcionamento cerebral ou orgânico, mas emerge da interconexão entre múltiplos sistemas que compõem o sujeito em sua totalidade. A neuroplasticidade, a plasticidade biológica e corporal e as dinâmicas sistêmicas não operam de forma isolada, mas constituem níveis interdependentes de reorganização que se influenciam reciprocamente ao longo do tempo. Assim, os momentos do estudo que abordam essas diferentes formas de plasticidade são compreendidos como expressões de um mesmo processo intersistêmico, no qual cada dimensão

sustenta e é sustentada pelas demais. Essa articulação permite avançar para uma concepção ampliada de plasticidade desenvolvimental, entendida como a capacidade contínua de reorganização do sujeito em suas dimensões biológicas, subjetivas e contextuais, mantendo o desenvolvimento humano como um processo aberto, dinâmico e potencialmente transformador, mesmo em contextos de vulnerabilidade.

Metodologicamente, destaca-se o uso de um desenho misto paralelo-convergente, capaz de capturar tanto os aspectos objetivos quanto os vivenciais do fenômeno. Embora o presente estudo tenha alcançado seus objetivos e apresentado resultados significativos, algumas limitações devem ser reconhecidas, tanto de ordem metodológica quanto contextual, teórica e prática. Essas restrições não invalidam os achados, mas indicam pontos de atenção para a interpretação dos resultados e caminhos para futuras pesquisas. A primeira limitação refere-se ao tamanho amostral reduzido. A amostra composta por 30 participantes limita a generalização estatística dos resultados. Apesar de o número ser adequado para estudos exploratórios e compatível com análises paramétricas e não paramétricas, ele reduz o poder estatístico e a capacidade de detectar efeitos pequenos. Essa limitação foi compensada pelo uso de análises mistas, mas ainda assim impõe cautela na extrapolação dos achados para populações maiores.

A segunda limitação diz respeito à amostragem não probabilística e ao contexto hospitalar. A seleção dos participantes ocorreu por conveniência em um hospital público de alta complexidade, o que restringe a representatividade da amostra. O perfil clínico e sociodemográfico dos sujeitos, formados por adultos e pessoas idosas internadas, pode não refletir o padrão populacional geral, especialmente no que se refere ao estilo de vida, às condições de saúde e à dinâmica de estresse. O ambiente hospitalar, por sua natureza, tende a intensificar o sofrimento físico e emocional, o que pode ter influenciado as respostas aos instrumentos e entrevistas.

Os instrumentos utilizados, ISSL-R e o PEVI, dependem do autorrelato, o que pode introduzir viés de resposta por sugestionabilidade social, percepção subjetiva ou fadiga durante a produção do dado. Além disso, fatores situacionais, como dor, sono, internação hospitalar, barulho, vergonha e uso de medicamento, podem ter influenciado as respostas dos participantes, especialmente nas medidas de estresse.

Outra limitação importante refere-se à ausência de medidas fisiológicas diretas. Embora o estudo tenha discutido aspectos biológicos no estudo indiretamente, não foram incluídas variáveis biológicas, como dosagem de cortisol, biomarcadores inflamatórios ou variabilidade da frequência cardíaca. A inclusão dessas medidas poderia fortalecer a compreensão dos mecanismos de modulação do estresse e oferecer maior integração entre as dimensões psicofisiológicas, comportamentais e bioecológicas. A análise qualitativa também apresenta limitações. Por ter sido conduzida por um único pesquisador, há uma perspectiva interpretativa específica e possível viés de implicação. Embora essa reflexividade tenha sido apresentada como parte do pressuposto da intersubjetividade do paradigma da complexidade, reconhece-se que a presença de múltiplos pesquisadores ou a triangulação externa poderia ampliar a diversidade interpretativa e fortalecer a validade dos resultados qualitativos.

Do ponto de vista operacional, o estudo enfrentou restrições temporais e logísticas. A pesquisa foi realizada durante o período de internação hospitalar, o que limitou o tempo de observação e a disponibilidade dos participantes. Interrupções clínicas, alta hospitalar e instabilidade médica impediram algumas entrevistas ou reduziram a profundidade de certas respostas. O tempo restrito também inviabilizou o acompanhamento longitudinal dos participantes após a alta, o que poderia enriquecer a análise sobre mudanças no estilo de vida e níveis de estresse ao longo do tempo.

A complexidade da integração metodológica é outra limitação relevante. O uso de um método misto paralelo-convergente exigiu esforço interpretativo interdisciplinar para articular dados quantitativos e qualitativos. Essa convergência, embora coerente, envolve certo grau de subjetividade, demandando constante vigilância epistemológica para evitar sobreposição ou simplificação dos fenômenos analisados. Em síntese, essas limitações indicam que os resultados devem ser interpretados dentro do escopo de um estudo exploratório, situado e interdisciplinar.

Para o avanço da agenda de pesquisa neste campo, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que incorporem o uso de biomarcadores psicofisiológicos — como a dosagem de cortisol salivar e a variabilidade da frequência cardíaca — a fim de monitorar com maior precisão a regulação do estresse e a plasticidade desenvolvimental ao longo do desenvolvimento. Adicionalmente, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas-ação que envolvam ativamente pacientes, familiares e profissionais de saúde na coconstrução de estratégias de autocuidado, favorecendo intervenções mais contextualizadas e participativas no cenário hospitalar. Por fim, a expansão para estudos multicêntricos em diferentes regiões e níveis de complexidade assistencial permitiria ampliar a representatividade amostral e examinar como as variabilidades socioculturais e institucionais modulam a relação entre estilo de vida e os processos de adoecimento na adultez e na velhice.

Foi possível observar que os comportamentos preventivos em saúde emergem como um eixo relevante de regulação e proteção frente ao estresse, mesmo em contextos marcados por fragilidades em outros domínios do estilo de vida. Diante disso, sugere-se que estudos futuros aprofundem a investigação dos comportamentos preventivos como fator modulador do estresse ao longo do desenvolvimento humano, especialmente por meio de delineamentos longitudinais que permitam acompanhar suas repercussões ao longo do tempo. Além disso, pesquisas interventivas

podem explorar o potencial de programas voltados à promoção de comportamentos preventivos, avaliando seus efeitos sobre a regulação emocional, a adesão ao cuidado e a qualidade de vida em contextos hospitalares e ambulatoriais. Por fim, estudos que considerem diferentes contextos socioculturais e níveis de atenção em saúde poderão contribuir para compreender como essas práticas se organizam em distintas realidades, ampliando as possibilidades de intervenção e promoção de saúde ao longo do envelhecer.

Diante de tudo o que foi construído, envelhecer revela-se menos como um destino fechado e mais como um campo de travessias, onde desafios, possibilidades e contradições coexistem. O estresse, em sua expressão psicofísica, entrelaça-se ao estilo de vida como uma escrita do corpo e da história, sinalizando pontos de tensão, mas também brechas de reorganização e reinvenção da vida. É nesse intervalo sensível que práticas de cuidado, vínculo, escuta e afeto emergem como forças de resistência vital, capazes de sustentar sistemas instáveis e de inaugurar novos modos de viver e de envelhecer.

Encerrar este percurso implica afirmar que uma Psicologia do Desenvolvimento Humano comprometida com a vida não pode existir sem um posicionamento ético e político, atento à complexidade, à dignidade e à singularidade da experiência humana. Estilo de vida, estresse e adoecimento, longe de serem meros indicadores ou desvios, inscrevem-se como expressões do próprio desenvolvimento, lugares de criação, de sentido e de abertura para a existência do corpo no tempo. Portanto, envelhecer não se reduz ao declínio, mas se afirma como processo contínuo de transformação, no qual a ciência, quando atravessada pelo cuidado e pela escuta, pode tornar-se também um gesto de acolhimento da vida que insiste, resiste e segue em movimento.

Referências

- Abikenov, Z., & Kudaibergenov, S. (2021). Methods of semiotic analysis of cultural values. *Adam Alemi*, 87(1), 102–110. <https://doi.org/10.48010/2021.1/1999-5849.09>
- Abreu, M. (2021). Envelhecimento e pandemia: Vivências e evidências da intervenção em contexto institucional. *Olhares Sobre o Envelhecimento*, 1, 249–259. <https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021abreu>
- Afonso, R. M. B., Pérez-Nebra, A. R., Modesto, J. G., & Zambonato, A. (2022). Negative events, coping, and biological markers: An application of transactional model of stress. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 38, Article e38520. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38520.en>
- Alegria-Torres, J. A., Baccarelli, A., & Bollati, V. (2011). Epigenetics and lifestyle. *Epigenomics*, 3(3), 267–277. <https://doi.org/10.2217/epi.11.22>
- Alves, K. S., Trindade, S. C., & Rocha, F. N. (2021). Atuação do psicólogo no processo de envelhecimento. *Revista Mosaico*, 12(1), 99–104. <https://doi.org/10.21727/rm.v12i1.2265>
- Anacker, C., Scholz, J., O'Donnell, K. J., Allemang-Grand, R., Diorio, J., Bagot, R. C., Nestler, E. J., Hen, R., Lerch, J. P., & Meaney, M. J. (2016). Neuroanatomic differences associated with stress susceptibility and resilience. *Biological Psychiatry*, 79(10), 840–849. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.009>
- Anderson, A., & Ford, J. L. (2021). Transgender adolescent and young adult suicide: A bioecological perspective. *Nursing Inquiry*, 28(2), Article e12476. <https://doi.org/10.1111/nin.12476>

- Andrade, C. (2016). A construção da identidade, auto-conceito e autonomia em adultos emergentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(1), 137–146.
<https://doi.org/10.1590/2175-353920150201944>
- Andrade Barros, R., & Coutinho, D. M. B. (2020). Psicologia do desenvolvimento: Uma subárea da Psicologia ou uma nova ciência? *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 37, 1–26. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/12540>
- Andrade Neves, C. S. (2024). *Enfermagem gerontogeriatrica*. Freitas Bastos.
- Araújo, C. A. A. (2006). A ciência como forma de conhecimento. *Ciências & Cognição*, 8, 127–142. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v8/v8a14.pdf>
- Assunção, J. L. A. (2020). *Envelhecimento cerebral e intervenções cognitivas: Implicações na aprendizagem autorregulada, na cognição e no desenvolvimento pessoal* [Trabalho de conclusão de curso não publicado]. Universidade Católica de Brasília.
- Assunção, J. L. A., & Chariglione, I. P. F. S. (2022). Autoeficácia em idosos submetidos a diferentes intervenções combinadas. *Conjecturas*, 22(15), 367–382.
<https://doi.org/10.53660/CONJ-1884-2P09>
- Assunção, J. L. A., Melo, G. F., Rocha, F. de S., & Chariglione, I. P. F. S. (2022). Autoeficácia e desenvolvimento pessoal: Um estudo sobre o envelhecimento neurocognitivo / Self-efficacy and personal development: A study on neurocognitive aging. *Brazilian Journal of Development*, 8(3), 22295–22311. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-430>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>

- 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 (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Barra, L., & Coo, S. (2022). Preterm-born children's development: A bioecological perspective. *Infant and Child Development*, 32(1), Article e2384. <https://doi.org/10.1002/icd.2384>
- Barreto, I. S., & Teodoro, M. L. M. (2018). Problemas emocionais e de comportamento, vulnerabilidade cognitiva e estresse: Uma revisão narrativa. *Contextos Clínicos*, 11(1), 37–58. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.111.04>
- Barreto, T. M. C. (2020). *Fisiopatologia do envelhecimento cerebral e mecanismos anti-aging* [Dissertação de Mestrado, Universidade Beira Interior]. uBibliorum Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/10793>
- Beauchaine, T. P. (2024). Developmental psychopathology as a meta-paradigm: From zero-sum science to epistemological pluralism in theory and research. *Development and Psychopathology*, 36(5), 2114–2126. <https://doi.org/10.1017/S0954579424000208>
- Belser, C. T., & Prescod, D. (2021). Conceptualizing COVID-19-related career concerns using bioecological systems: Implications for career practice. *The Career Development Quarterly*, 69, 355–370. <https://doi.org/10.1002/cdq.12279>
- Both, J., Borgatto, A. F., Nascimento, J. V. do, Sonoo, C. N., Lemos, C. A. F., & Nahas, M. V. (2008). Validação da escala “Perfil do Estilo de Vida Individual”. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 13(1), 5–14. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p5-14>
- Brandão, M. L. (2005). *As bases biológicas do comportamento: Introdução à neurociência*. Editora Pedagógica e Universitária.

- Brandão, T., Saraiva, L., & Matos, P. M. (2012). O prolongamento da transição para a idade adulta e o conceito de adultez emergente: Especificidades do contexto português e brasileiro. *Análise Psicológica*, 30, 301–313. <https://doi.org/10.14417/ap.568>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Artmed.
- Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. SAGE Publications, Inc.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: Tornando os seres humanos mais humanos*. Artmed.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology – Volume 1: Theoretical models of human development* (pp. 793–828). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Bunge, M. (2017). *Causality and modern science*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315081656>
- Caixeta, L., & Teixeira, A. L. (2014). *Neuropsicologia geriátrica*. Artmed.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513–518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Campeol, Â. R., Lobo, C. E., Oliveira, J. L. A. P., Schneider, D. R., & Crepaldi, M. A. (2022). As contribuições do pensamento sistêmico nos estudos sobre paternidade. *Pensando Famílias*, 26(1), 167–178.
<https://pensandofamilias.domusterapia.com.br/index.php/files/article/view/14>

- Cardoso, O. M. (2012). *Alteração da resposta neuroendócrina ao stress com o envelhecimento* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto UP.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72292/2/29182.pdf>
- Cavalcanti, E. W. D. O., Lima, P. V. L. O., Barbosa, M. R., & Tavares, N. P. (2020). Na trilha do envelhecimento: Teorias biopsicossociais sobre o envelhecimento e as atitudes de crianças em relação a velhice. In *Congresso Internacional de Envelhecimento Humano* (pp. 225–246). <https://doi.org/10.46943/VII.CIEH.2020.01.029>
- Cesario, R. R., & Cesario, M. (2020). Resenha do livro: Pensamento Sistêmico: o Novo Paradigma da Ciência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43 (Supl. 1), 708–711.
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190114>
- Chachar, A. S., Younus, S., & Ali, W. (2021). Developmental understanding of death and grief among children during the COVID-19 pandemic: Application of Bronfenbrenner's bioecological model. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 654584.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654584>
- Conde, L. F., Figueiredo, M. A. G. D., Stavridis, L. F., Botti, H. C. D. M., & Figueiredo, A. L. D. S. (2025). A influência dos hábitos de vida no processo de envelhecimento a partir de regulações epigenéticas. *Revista Foco*, 18(1), Article e7582.
<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n1-101>
- Costa, A. T. M. N. (2022). *Transição paradigmática entre os pressupostos da simplicidade e da complexidade: Por uma defensoria pública sistêmica* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Direito de Vitória]. Repositório Institucional da FDV.
<http://191.252.194.60:8080/handle/fdv/1443>

- Costa e Silva, M. C. L. H. (2020). *A relação entre o estilo de vida e o bem-estar psicológico* [Tese de doutorado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/46942>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2015). *Pesquisa de métodos mistos*. Penso.
- Dallabrida, V. R., Rotta, E., & Büttgenbender, P. L. (2021). Pressupostos epistêmico-teóricos convergentes com a abordagem territorial. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 17(2), 256–273. <https://doi.org/10.54399/rbgdr.v17i2.6343>
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- Dias, R. (2021). Tecnologia e poder: Uma interpretação da tecnologia como elemento fundamentalmente político. *Revista Tecnologia e Sociedade*, 17(46), Article 46. <https://doi.org/10.3895/rts.v17n46.12278>
- Doll, J., & Bernardo, L. D. (2022). Aprender a usar novas tecnologias. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 19(Supl. 2), 20–22. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v19iSupl.2.14061>
- Eriksson, M., Ghazinour, M., & Hammarström, A. (2018). Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: What is their value for guiding policy and practice? *Social Theory & Health*, 16(4), 414–433. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>
- Esperidião-Antonio, V., Majeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J. J., Assis, M. B. de, & Siqueira-Batista, R. (2008). Neurobiologia das

- emoções. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35, 55–65. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000200003>
- Evans, G. W. (2006). Child development and the physical environment. *Annual Review of Psychology*, 57, 423–451. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190057>
- Farinatti, P. de T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: Do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8(4), 129–138. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922002000400001>
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6 pt 2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Figueirêdo, C. Q. M. (2024). *O conhecimento como construção coletiva*. Editora Dialética.
- Fonseca, M. L. A. (2023). *Avaliação do impacto do estresse crônico imprevisível sobre componentes do sistema renina-angiotensina no hipotálamo* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da UFMG. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/65127>
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). *Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa*. Núcleo de Bioestatística Aplicado à Pesquisa da Universidade da Amazônia-UNAMA.
- Fox, A. L., Sharp, J., & Fruhauf, C. A. (2021). Family dynamics and the transition to end-of-life caregiving: A brief review and conceptual framework. *Journal of Family Theory & Review*, 13(3), 366–380. <https://doi.org/10.1111/jftr.12423>

- Freire, D. A. L. (2018). Análise dos marcadores de adultez em jovens brasileiros: Reflexões. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, 7(2), 21–30. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2018v7n2p21-30>
- Freire, M. M., & Petraglia, I. (2023). Complexidade: Paradigma ou epistemologia? Thomas Kuhn e Edgar Morin para além da terminologia, refletindo sobre contribuições educacionais. *Revista Diálogo Educacional*, 23(78), 979–995. <https://doi.org/10.7213/1981-416X.23.078.DS01>
- Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.). (2013). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ª ed.). Guanabara Koogan.
- Fries, A. T., & Pereira, D. C. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, 11(20), 507–514. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.507-514>
- Garris, B. R., & Weber, A. (2018). Relationships influence health: Family theory in health-care research. *Journal of Family Theory & Review*, 10(4), 712–734. <https://doi.org/10.1111/jftr.12294>
- Gobbo, J. P., & Dellazzana-Zanon, L. (2023). Sentido na vida na adultez emergente: Contribuições para a psicologia do desenvolvimento. *Revista Subjetividades*, 23(2), Article e12968. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v23i2.e12968>
- Gomes, L. B., Bolze, S. D. A., Bueno, R. K., & Crepaldi, M. A. (2014). As origens do pensamento sistêmico: Das partes para o todo. *Pensando Famílias*, 18(2), 3–16. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a02.pdf>
- Graeff, F. G. (2007). Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(Suppl 1), s3–s6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500002>

- Halsall, T., Manion, I., & Henderson, J. (2018). Examining integrated youth services using the bioecological model: Alignments and opportunities. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), Article 10. <https://doi.org/10.5334/ijic.4165>
- Hamdan, A. C., & Santos, L. T. (2023). Reserva cognitiva e envelhecimento bem-sucedido: Uma revisão integrativa da literatura. *SciELO Preprints*.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5976>
- Hayes, S. W. (2021). Deepening understanding of refugee children and adolescents using Bronfenbrenner's bioecological and PPCT models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(5), 510–513. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13403>
- Hernández, J. M. (2021, 8 de janeiro). Neuropsicología y psicoterapia: Integrando dos perspectivas clínicas. In *XIV Congreso de Posgrado em Psicología*.
<http://cuved.unam.mx/divulgacion/index.php/CPMDP/XIVCPPUNAM2020/paper/view/1217>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. P. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Penso.
- Holt, E. H., Lupsa, B., Lee, G. S., Bassyouni, H., & Peery, H. E. (2022). The adrenal glands. In E. H. Holt, B. Lupsa, G. S. Lee, H. Bassyouni, & H. E. Peery (Eds.), *Goodman's basic medical endocrinology* (5th ed., pp. 101–143). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815844-9.00004-X>
- Hudes, R., Rich, J. B., Troyer, A. K., Yusupov, I., & Vandermorris, S. (2019). The impact of memory-strategy training interventions on participant-reported outcomes in healthy older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Aging*, 34(4), 587–597.
<https://doi.org/10.1037/pag0000340>

- Infurna, F. J. (2021). Utilizing principles of life-span developmental psychology to study the complexities of resilience across the adult life span. *The Gerontologist*, *61*(6), 807–818. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab086>
- Jackson, P. A., Pialoux, V., Corbett, D., Drogos, L., Erickson, K. I., Eskes, G. A., & Poulin, M. J. (2016). Promoting brain health through exercise and diet in older adults: A physiological perspective. *The Journal of Physiology*, *594*(16), 4485–4498. <https://doi.org/10.1113/JP271270>
- Jansson, F., Aguilar, E., Acerbi, A., & Enquist, M. (2021). Modelling cultural systems and selective filters. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *376*(1828), Article 20200045. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0045>
- Jardim, P. M., & Jardim, K. S. S. (2020). Modelo biopsicossocial: Uma questão teórica ou epistemológica? *Revista Científica CIF Brasil*, *12*(2), 1–7. <https://doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2022.018>
- Joly, E. (2016). Integrating transition theory and bioecological theory: A theoretical perspective for nurses supporting the transition to adulthood for young people with medical complexity. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(6), 1251–1262. <https://doi.org/10.1111/jan.12939>
- Kaim, M., & Backes, L. T. H. (2019). Envelhecimento celular: Teorias e mecanismos. *Revista Saúde Integrada*, *12*(23), 178–189.
- Kajitani, G. S., Mendes, D., & Garcia, C. C. M. (2021). Envelhecimento e danos no DNA. *Genética na Escola*, *16*(1), 2–11. <https://doi.org/10.55838/1980-3540.ge.2021.359>
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2014). *Princípios de neurociências* (5ª ed.). AMGH Editora.

- Karlinski, L. P. B., & Frassetto, S. S. (2013). A percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável. *Aletheia*, 42, 51–61.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n42/n42a05.pdf>
- Kaushik, D., & Garg, M. (2024). Investigating evolutionary strategies: An in-depth research on the framework proposed by Bronfenbrenner's bioecological model. *International Journal of Advanced Biochemistry Research*, 8(3S), 784–796.
<https://doi.org/10.33545/26174693.2024.v8.i3sd.784>
- Kaushik, D., Garg, M., & Mishra, A. (2023). Exploring developmental pathways: An in-depth analysis of Bronfenbrenner's bioecological model. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 5(6), 1–11. <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2023.v05i06.9154>
- Kelly, M., Dowling, M., & Millar, M. (2018). The search for understanding: The role of paradigms. *Nurse Researcher*, 25(4), 9–13. <https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1499>
- Kipchirchir, M., Nyamwange, C., & Ngeno, G. (2025). Applying Bronfenbrenner's ecological model to psychosocial interventions for sexual assault survivors: A case study of resource availability and utilization in gender-based violence recovery centers in Uasin Gishu County, Kenya. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 15(5), 707–722. <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v15-i5/25505>
- Kochhann, A. (2021). *A produção acadêmica e a construção do conhecimento científico: Concepções, sentidos e construções*. Editora Kelps.
- Lakens, D. (2022). Sample size justification. *Collabra: Psychology*, 8(1), Article 33267.
<https://doi.org/10.1525/collabra.33267>

- Leite, T. F. B., & Souza, C. M. (2025). Alterações epigenéticas e declínio cognitivo no envelhecimento: Revisão integrativa. *Revista Neurociências*, 33, 1–20.
<https://doi.org/10.34024/rnc.2025.v33.19832>
- Lima-Silva, T. B. (2019). *Envelhecimento cerebral e saúde mental na velhice*. Editora Senac São Paulo.
- Lipp, M. (2022). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp–Revisado (ISSL-R)*. Editora Nila Press.
- Lombardi, M. R., de Paula, M. A. B., da Silva Monteiro, M. B., & Wada, M. I. G. (2021). A entrevista semiestruturada. In M. R. Lombardi, M. A. Ávila, M. A. B. de Paula (Eds.), *O prazer da entrevista em pesquisas qualitativas* (pp. 35–56). Editora CRV.
- Lopes, J. M. F. (2014). *Percursos de um diálogo entre construtivismo semiótico-cultural e esquizoanálise: Empirismo radical, multiplicação dialógica e plano de imanência* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/D.47.2014.tde-16032015-120930>
- Lummer Aikey, S., & Goldstein, S. (2025). Sibling relationship quality and its link to flourishing among emerging adults in the context of chronic illness and disability. *Personal Relationships*, 32(4), Article e70034. <https://doi.org/10.1111/pere.70034>
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia* (J. A. Ricardo, Trad.). Livros Técnicos e Científicos.
- Machado, A., & Haertel, L. (2014). *Neuroanatomia funcional* (3ª ed.). Atheneu.
- Madeira, F. B., Filgueira, D. A., Bosi, M. L. M., & Nogueira, J. A. D. (2018). Estilos de vida, *habitus* e promoção da saúde: Algumas aproximações. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 106–115. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170520>

- Magalhães, S. M. O. (2015). SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Editora Cortez, 2003. *Inter-Ação*, 40(1), 197–202.
<https://doi.org/10.5216/ia.v40i1.18405>
- Main, K., Bouton, B. D., Pendergast, D., & Whitaker, N. (2025). The importance of social and emotional skills during adolescence to promote a positive social identity: A systematic literature review and reflection using Bronfenbrenner’s bioecological theory. *Education Sciences*, 15(2), Article 258. <https://doi.org/10.3390/educsci15020258>
- Mei, S., Zheng, C., Liang, L., Kiyum, M., Yuan, T., Fei, J., Liu, K., Li, H., & Lin, X. (2025). The developmental trajectories and modifiable factors of adolescents’ subjective well-being from late adolescence to early adulthood. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19, Article 21. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00881-w>
- Melo, D. M. D., Barbosa, A. J. G., & Neri, A. L. (2017). Miniexame do Estado Mental: Evidências de validade baseadas na estrutura interna. *Avaliação Psicológica*, 16(2), 161–168. <https://doi.org/10.15689/AP.2017.1602.06>
- Melo, L. A., & Lima, K. C. (2020). Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3879–3888.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35632018>
- Messias, E. R., Severino, A. J., Mancilha, M. S., & Petraglia, I. (2010). Epistemologia da complexidade e transdisciplinaridade: Uma introdução. *Educação & Linguagem*, 26(1), 5–29. <https://doi.org/10.15603/2176-0985/el.v26n1p5-29>
- Miyamoto, Y., & Ryff, C. D. (2022). Culture and health: Recent developments and future directions. *Japanese Psychological Research*, 64(2), 90–108.
<https://doi.org/10.1111/jpr.12378>

- Monteiro, R. E. G., & Coutinho, D. J. G. (2020). Uma breve revisão de literatura sobre os idosos, o envelhecimento e saúde / A brief literature review on elderly, aging and health. *Brazilian Journal of Development*, 6(1), 2358–2368. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-173>
- Montezeli, D. L., Prestes, F. S., Celebrone, R. C., & Sales, W. B. (2022). *Fundamentos psicobiológicos e bioéticos no envelhecimento*. Editora Intersaberes.
- Morin, E. (2003). A necessidade de um pensamento complexo. In C. Mendes & E. Larreta (Eds.), *Representação e complexidade* (pp. 69–78). Garamond.
- Morin, E. (2007). *Introdução ao pensamento complexo* (E. Lisboa, Trad.). Sulina.
- Mota, M. P., Figueiredo, P. A., & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(1), 81–110. https://rpcd.fade.up.pt/_arquivo/artigos_soltos/vol.4_nr.1/Paula_Mota.pdf<https://doi.org/10.5628/rpcd.04.01.81>
- Naputano, M., & Justo, J. S. (2018). A biologia do conhecer de Maturana e algumas considerações aplicadas à educação. *Ciência & Educação*, 24, 729–740. <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030012>
- Nahas, M. V., Barros, M. V. G., & Francalacci, V. (2012). O pentáculo do bem-estar - Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5(2), 48–59. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.5n2p48-59>
- Nascimento, M. I. M., Torres, C. M. R., & Kronbauer, G. A. (2017). Filosofia positiva e o mito da neutralidade do conhecimento. *Educere et Educare*, 12(27), 1–14. <https://doi.org/10.17648/educare.v12i27.18143>

- Nascimento, M. M. (2020). Uma visão geral das teorias do envelhecimento humano. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 8(1), 161–168. <https://doi.org/10.18316/sdh.v8i1.6192>
- Naves, F., & Pereira, S. B. (2023). Da ciência hegemônica à experiência sensível de pesquisa: Um caminho ético-político. *Linhas Críticas*, 29, Article e47546. <https://doi.org/10.26512/lc29202347546>
- Neri, A. L. (2001). *Envelhecimento e qualidade de vida na idade adulta e na velhice*. Papirus. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000100011>
- Nogueira, J. P. dos S. (2023). *Impacto do estresse sobre alterações neuroplásticas em um modelo animal de hipercolesterolemia familiar* [vídeo]. Repositório Institucional da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/250917>
- Normey-Rico, J. E., & Morato, M. M. (2021). *Introdução ao controle de processos*. Editora Blucher.
- Novais, L. H., & Rezende, B. A. (2021). Estresse, qualidade de vida e pressão arterial de estudantes universitários. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 12(1), 183–199. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n1p183>
- Oliveira, A. C., Cunha, P. M. G. M., Vitorino, P. V. O., Souza, A. L. L., Deus, G. D., Feitosa, A., Barbosa, E. C. D., Gomes, M. M., Jardim, P. C. B. V., & Barroso, W. K. S. (2022). Envelhecimento vascular e rigidez arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 119(4), 604–615. <https://doi.org/10.36660/abc.20210708>
- Oliveira, A. R., Bezerra, H. C. J., Gaudêncio, E. O., Batista, J. R. M., & Lucena, M. S. R. (2021). A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*, 26, Article e46083. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.46083>

- Oliveira, D. V., Vilaça, K. H. C., Antunes, M. D., & Franco, M. F. (2021). O processo de envelhecimento humano. In D. V. Oliveira (Ed.), *Educação física em gerontologia* (pp. 31–40). Appris.
- Oliveira, L. A., Maranhão, J. D. F., Sousa, L. A. F., Ferreira, H. L. S., Neto, R. N. M., Silva, S. A., & Lobato, L. F. L. (2023). Impactos do estresse sobre o sistema imunológico durante a pandemia de COVID-19. *Research, Society and Development*, *12*(4), Article e16412441108. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41108>
- Oliveira, T. F., Silva, N., & Bardagi, M. P. (2018). Aspectos históricos e epistemológicos sobre crenças de autoeficácia: Uma revisão da literatura. *Barbarói*, *1*(51), 133–153. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.6391>
- Oliveira, L. S., Pinto, B. L., Santos, L. A., Diniz, K. B. A., Camilo, K. C. B., Cunha, S. L. F., Neves, M. D. J. C., Silva, F. A., Morais, R. B. M., & Almeida, K. S. (2025). Neurociência do envelhecimento: Abordagens preventivas para a demência e intervenções baseadas em evidências. *Cognitus Interdisciplinary Journal*, *2*(2), 366–385. <https://doi.org/10.71248/gsv7z487>
- Omodan, B. I. (2022). A model for selecting theoretical framework through epistemology of research paradigms. *African Journal of Inter/Multidisciplinary Studies*, *4*(1), 275–285. <https://doi.org/10.51415/ajims.v4i1.1022>
- Otto, A. F. N., & Ribeiro, M. A. (2020). Contribuições de Murray Bowen à terapia familiar sistêmica. *Pensando Famílias*, *24*(1), 79–95. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a07.pdf>
- Painter, F. L., Booth, A. T., Letcher, P., Olsson, C. A., & McIntosh, J. E. (2023). Multilevel impacts of the COVID-19 pandemic: A bioecological systems perspective of parent and

- child experiences. *Child & Youth Care Forum*, 53(3), 411–437.
<https://doi.org/10.1007/s10566-023-09761-w>
- Patrick, J. H., Carney, A. K., & Nehr Korn, A. M. (2017). Aging in the context of life events. *International Journal of Aging & Human Development*, 84(3), 209–212.
<https://doi.org/10.1177/0091415017690275>
- Peixer, I. M., Berlatto, K. C., Guadagnin, V., Ziviani, M. L., Yong, K. A. M., Segala, E. M., Portes, J. A., Soethe, J. G. G., Karpinski, N. L., & Ferrari, I. (2025). O papel dos hormônios sexuais, estrogênio e testosterona no envelhecimento. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 17(1), Article 10.
<https://doi.org/10.36692/V17N1-30R>
- Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2018). Uma análise contextual da adultez emergente sob a ótica da teoria bioecológica do desenvolvimento humano. In C. Andrade, C. Antunes, J. Gato, L. Faria, M. Matias, & S. Coimbra (Eds.), *Olhares sobre a psicologia diferencial* (pp. 189–205). Mais Literaturas Editora.
- Pereira, M. J. S. (2012). *A heterogeneidade na adultez emergente na sua relação com os pais: Estudo comparativo de militares e civis e trabalhadores e estudantes* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Universidade do Porto.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72926/2/30356.pdf>
- Peters, G. (2013). *Habitus*, reflexividade e neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28(83), 47–71.
<https://doi.org/10.1590/S0102-69092013000300004>

- Pizzinato, A., Souza, L. L., & Vieira, M. (2021). Psicologia do desenvolvimento: Panorama de contribuições e desafios para a área no contexto brasileiro. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(n. spe. 3), Article e012020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003012020>
- Pôrto, E. F., Kümpel, C., Castro, A. A. M., Oliveira, I. M., & Alfieri, F. M. (2015). How life style has been evaluated: A systematic review. *Acta Fisiátrica*, 22(4), 199–205. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150038>
- Pušnik, D., Donik, B., & Pirš, K. (2023). Nurses' health in relation to lifestyle and working environment. In *14 Kongres Zdravstvene in Babiške Nege* (pp. 65–71).
- Rahayu, E. M., Adi, N. P., & Khoe, L. C. (2021). Strengthening community program toward healthy ageing: What are the potential interventions? *Amerta Nutrition*, 4(1SP), 6–9. <https://doi.org/10.20473/amnt.v4i1SP.2020.5-9>
- Rebelo, M. A. C. (2019). A adoção do pensamento sistêmico na Gestão Pública: Uma mudança de paradigma. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 1(10), 45–63. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/administracao/pensamento-sistemico>
- Reis, N. L. (2022). *Sofrimento psíquico grave: Reflexões sobre a complexidade do cuidado em território em contexto de pandemia* [Monografia, Universidade Federal do Tocantins]. Repositório Institucional UFT. <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/3748>
- Rengalakshmi, N. (2022). Habits and beliefs in the Purananuru. *International Research Journal of Tamil*, 4(SPL 1), 231–240. <https://doi.org/10.34256/irjt22s133>
- Rigoti, O., Rocha, A. A. G., Costa, J. S., Marrane, J. S., Jr., Costa, R. A., Victoria, T. S., & Freitas, V. S. (2024). Repercussão do estresse no sistema do músculo esquelético. *Práxis em Saúde*, 1(1), 1–16. <https://doi.org/10.56579/prxis.v1i1.1301>

- Rocha, F. S., & Chariglione, I. P. F. S. (2020). Memória episódica e idoso: Principais alterações a partir de diferentes intervenções cognitivas. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 36, Article e3637. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3637>
- Rocha, T. P. O., Silva, C. O., Matos, M. S., Correa, F. B., & Burla, R. S. (2018). Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 13(2), 31–37. <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.198.vol.13.n2.2018>
- Rodrigues, C. M. C. (2021). *Saúde mental positiva e vulnerabilidade psicológica nos estudantes do ensino superior* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39337>
- Rodrigues, K. L., & Dala-Paula, B. M. (2023). Aspectos sociais e biológicos do envelhecimento individual, o estilo de vida e a nutrição como estratégias para a longevidade humana. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 28, 1–19. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.121061>
- Rolnik, S., & Guattari, F. (2006). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Tinta Limón.
- Rosa, M. I. S., Corrêa, M. M., Mota, M. M., & Oliveira, C. C. (2020). Discursos da hipermodernidade na observação de tendências: Uma análise do consumo do tênis como expressão de estilo de vida. *Caderno PAIC*, 21(1), 357–376. <https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/article/view/399>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440, <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sacramento, A. M., & Chariglione, I. P. F. S. (2019). Intervenções físicas e cognitivas combinadas para melhora cognitiva no envelhecimento: Uma revisão sistemática. *Revista*

- Brasileira de Psicologia do Esporte*, 9(1), 47–63.
<https://doi.org/10.31501/rbpe.v9i1.9965>
- Samraj, T. (2022). Metaphysics: Intelligible questions and the explicable world of intentionality. *Athens Journal of Philosophy*, 1(4), 221–238. <https://doi.org/10.30958/ajphil.1-4-3>
- Santa-Ramirez, S., Israni, V., & Lathan, I. (2025). Swimming against the current: Latinx doctoral student experiences through a bioecological lens. *International Journal of Doctoral Studies*, 20, 1–31. <https://doi.org/10.28945/5589>
- Santos, J. C. F. dos, Silva, J. J. de A., & Carvalho, P. R. C. (2023). Efeitos de um treinamento de força e combinado em idosos com hipertensão arterial. *RBPFEEX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 17(107), 55–61.
<https://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/2678>
- Santos, L. C. dos, Leandro, S. S., Alves, V. P., & Chariglione, I. P. F. S. (2024). Estudo longitudinal da saúde do idoso na perspectiva psicossocial e física. *Revista Psicologia e Saúde*, 16(2), Article e16252046. <https://doi.org/10.20435/pssa.v16i1.2046>
- Santos, M. M. (2022). *Independência financeira de jovens adultos no Brasil: Diagnóstico, causas e consequências demográficas* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da UFMG.
<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/51954>
- Sawaia, B. (Ed.) (2001). *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (2ª ed.). Editora Vozes.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

- Scorsolini-Comin, F., Dutra-Thomé, L., Frizzo, G. B., & Rabelo, D. F. (2022). É preciso renovar a esperança: Intervenções em psicologia do desenvolvimento no Brasil – Lacunas, possibilidades e convites. *Revista da SPAGESP*, 23(2), 1–5.
<https://vinculo.nesme.org.br/SPAGESP/article/view/7>
- Serdar, C. C., Cihan, M., Yücel, D., & Serdar, M. A. (2021). Sample size, power and effect size revisited: Simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochemia Medica*, 31(1), Article 010502.
<https://doi.org/10.11613/BM.2021.010502>
- Seo, D., Lacadie, C. M., & Sinha, R. (2016). Neural correlates and connectivity underlying stress-related impulse control difficulties in alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(9), 1884–1894. <https://doi.org/10.1111/acer.13166>
- Setton, M. G. J. (2002). A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: Uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*, 20, 60–70. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000200005>
- Silva, M. C., & Chariglione, I. P. F. S. (2024). Envelhecimento e pessoas com deficiência nas perspectivas Vigotskiana e *life-span*. *Revista Psicopedagogia*, 41(124), 151–162.
<https://doi.org/10.51207/2179-4057.20240017>
- Silva, T. M., & Bussinguer, E. C. A. (2016). O positivismo como obstáculo epistemológico à produção do conhecimento jurídico: O dogmatismo e suas consequências para a formação do jurista. *Revista de Pesquisa e Educação Jurídica*, 2(1), 214–234.
<https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9636/2016.v2i1.198>

- Silveira, P. M., Borgatto, A. F., Andrade, D. F., Both, J., & Nascimento, J. V. (2015). Escala de Avaliação do Perfil do Estilo de Vida por meio da teoria da resposta ao item. *Revista da Educação Física/UEM*, 26(4), 519–527. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v26i4.24996>
- Simas, L. A. W., Granzoti, R. O., & Porsch, L. (2019). Estresse oxidativo e o seu impacto no envelhecimento: Uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Natural Sciences*, 2(2), 80–85. <https://doi.org/10.31415/bjns.v2i2.53>
- Soares, A. F., Gutierrez, D. M. D., & Resende, G. C. (2020). A satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico em estudos com pessoas idosas. *GIGAPP Estudios Working Papers*, 7(150-165), 275–291. <http://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/186>
- Sousa, R. C. R., Monteiro, E. M. L. M., Albuquerque, G. A., de Paula, W. K. A., & Coriolano-Marinus, M. W. L. (2021). Nursing interventions to promote child development through Bronfenbrenner’s bioecological theory. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 30, Article e20200685. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0685>
- Souto, J. M. (2020). *Aduldez emergente e significado do trabalho na transição universidade-mercado* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional da UFRN. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32036>
- Souza, A. S., Moura, R. M. B. L., Sousa, A. B. S., Jr., Almeida, M. S., & Souza, I. C. A. (2023). *Estresse oxidativo na gênese das doenças cardiovasculares e suas implicações: O processo de envelhecimento*. Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.526231701>
- Stanley, K., & Kuo, N.-C. (2022). “It takes a village”: Approaching the development of school-family-community partnerships through Bronfenbrenner’s socio-ecological perspectives.

Journal of Human Sciences and Extension, 10(1), Article 13.

<https://doi.org/10.54718/cqbw6379>

Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: Uma abordagem biopsicossocial* (3ª ed.). Artmed.

Swidler, A. (1986). Culture in action: Symbols and strategies. *American Sociological Review*, 51(2), 273–286. <https://doi.org/10.2307/2095521>

Takase, L. F. (2023). *Caderno de estudos práticos em neuroanatomia*. EdUFSCar.

Tavares, P., & Schelini, P. W. (2024). Efeito de positividade na memória no envelhecimento:

Revisão sistemática da literatura. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, 12(2), 368–381. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2024v12n2p368-381>

Teixeira, I. N. D., & Guariento, M. E. (2010). Biologia do envelhecimento: Teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2845–2857.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600022>

Tiritan, M. G. (2021). Química, modelos de instabilidade e ensino de ciências: Uma revisão sob a ótica do pensamento sistêmico. *Química: Ensino, Conceitos e Fundamentos*, 2, 152–166. <https://doi.org/10.37885/211006535>

Tong, P., & An, I. S. (2024). Review of studies applying Bronfenbrenner’s bioecological theory in international and intercultural education research. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1233925. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1233925>

Vasconcellos, M. J. E. (2003). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Papirus Editora.

Veraksa, N., Basseches, M., & Brandão, A. (2022). Dialectical thinking: A proposed foundation for a post-modern psychology. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 710815.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.710815>

- Weber, M. (2022). *Metodologias das ciências sociais*. Cortez Editora.
- Wilson, S. J. (2024). Is age more than a number? Accounting for adult development and aging in the study of psychoneuroimmunology, stress, and health. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 20, Article 100266.
<https://doi.org/10.1016/j.cpne.2024.100266>
- Wold, H. (1973). Cause–effect relationships: Operative aspects. In A. Heyting, J. Keisler, A. Mostowski, A. Robinson, P. Suppes (Eds.), *Studies in logic and the foundations of mathematics* (vol. 74, pp. 789–801). North-Holland Publishing Company.
[https://doi.org/10.1016/S0049-237X\(09\)70401-X](https://doi.org/10.1016/S0049-237X(09)70401-X)
- Yaban, E. H., & Gaschler, R. (2025). Understanding pro-environmental behaviors through the Process–Person–Context–Time (PPCT) framework. *Journal of Outdoor and Environmental Education*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s42322-025-00211-w>
- Zaatari, W., & Maalouf, I. (2022). How the Bronfenbrenner bio-ecological system theory explains the development of students’ sense of belonging to school? *Sage Open*, 12(4).
<https://doi.org/10.1177/21582440221134089>
- Zangirolami-Raimundo, J., Echeimberg, J. O., & Leone, C. (2018). Research methodology topics: Cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development*, 28(3), 356–360. <https://doi.org/10.7322/jhgd.152198>
- Zhang, W., Hashemi, M. M., Kaldewaij, R., Koch, S. B. J., Beckmann, C., Klumpers, F., & Roelofs, K. (2019). Acute stress alters the ‘default’ brain processing. *NeuroImage*, 189, 870–877. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.01.063>

Zhou, Y., Kivimäki, M., Holt-Lunstad, J., Yan, L. L., Zhang, Y., Wang, H., Wang, S., & Xu, X.

(2025). Stressful life events in childhood and adulthood and risk of physical, psychological and cognitive multimorbidities: A multicohort study. *eClinicalMedicine*, 83, Article 103225. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103225>

Zuardi, A. W. (2010). *Fisiologia do estresse e sua influência na saúde* [Manuscrito não publicado]. Universidade de São Paulo.

https://www.ceppsim.com.br/pdf/fisiologia_estresse.pdf

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar, de forma voluntária, do projeto de pesquisa intitulado “Envelhecimento Humano e Estilo de Vida: Medidas de Estresse em Pacientes Adultos e Pessoas Idosas, sob a responsabilidade do pesquisador João Lucas Araujo Assunção, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar da Universidade de Brasília (UnB). Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o perfil de estilo de vida e as diferentes fases do estresse em adultos e pessoas idosas, com idades entre 18 e 74 anos, internados no pronto-socorro de um hospital público da rede de saúde. O projeto investiga o envelhecimento humano, um fenômeno influenciado por fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais, considerando especialmente o impacto do estilo de vida e do estresse na saúde. A justificativa desta pesquisa é contribuir para o conhecimento sobre os efeitos do estresse e do estilo de vida em adultos e idosos hospitalizados, promovendo reflexões que possam embasar políticas de promoção de saúde para esta população.

A pesquisa será feita por meio da aplicação de alguns questionários e atividades. Você responderá a perguntas sobre seus dados pessoais, como idade e escolaridade, e também realizará alguns testes que ajudam a entender seu estado mental, seu estilo de vida e possíveis sinais de estresse. Esses materiais incluem o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o Questionário de Perfil de Estilo de Vida Individual (QPE-VI) e o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSLR). Além disso, serão feitas entrevistas com perguntas abertas para que você possa falar livremente sobre sua experiência. As entrevistas serão gravadas em áudio para garantir que tudo o que você disser seja registrado corretamente. Esses áudios serão usados somente para transcrever e analisar as informações e não serão compartilhados com outras pessoas. Seu sigilo será totalmente respeitado, conforme prevê a legislação.

Todos os procedimentos serão realizados individualmente, ao lado do seu leito, no ambiente do pronto-socorro. A estimativa é de que a coleta de dados dure cerca de 90 minutos. A pesquisa poderá durar, no total, até 30 dias. Além das informações que você fornecer, o pesquisador terá acesso ao seu prontuário médico apenas para complementar com dados clínicos importantes para o estudo. Esses dados também serão tratados com total sigilo e utilizados apenas para esta pesquisa.

Durante a pesquisa, você poderá sentir cansaço devido ao tempo necessário para a realização das atividades ou desconforto ao responder perguntas mais sensíveis. Caso isso aconteça, o pesquisador estará disponível para interromper ou ajustar a coleta de informações, respeitando o seu bem-estar. Os riscos da sua participação incluem a possibilidade de surgirem sentimentos emocionais difíceis ao falar sobre aspectos da sua rotina, modo de viver e situações de estresse. Para reduzir esses riscos, você terá o direito de interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, e poderá também cancelar sua autorização de forma livre e espontânea. Além disso, será oferecido acolhimento emocional no próprio momento da pesquisa, feito pelo psicólogo responsável, que estará preparado para te escutar e oferecer o suporte necessário.

Outro risco da sua participação está relacionado à possibilidade de quebra de sigilo. Para evitar esse problema, serão adotadas medidas rigorosas de confidencialidade. As informações que você fornecer serão identificadas apenas por números, sem usar seu nome, iniciais ou qualquer dado que possa revelar sua identidade. Todo o material será guardado em local seguro, sob

responsabilidade exclusiva do pesquisador responsável, e ficará armazenado por um período de cinco anos. Após esse tempo, os dados serão destruídos de forma segura, seguindo as normas de proteção de informações. O acesso a esses dados será restrito e feito apenas pelo pesquisador, em um ambiente protegido.

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

pág. 1/2

A participação nesta pesquisa pode trazer benefícios individuais, como maior autoconhecimento sobre hábitos de vida e níveis de estresse, incentivando mudanças positivas e o desenvolvimento de estratégias para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida. Além disso, os participantes receberão orientações de saúde e acolhimento emocional, quando necessário. Coletivamente, os resultados poderão contribuir para a elaboração de intervenções e programas de promoção da saúde, subsidiando profissionais e gestores na criação de estratégias para prevenção e manejo do estresse, além de fomentar políticas públicas que beneficiem a população hospitalizada.

A sua participação é voluntária e não haverá qualquer pagamento por sua colaboração. O(a) Senhor(a) tem o direito de recusar-se a participar, de deixar de responder a qualquer pergunta que lhe traga constrangimento, bem como de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para seu atendimento na instituição de saúde. Informamos que haverá restituição de despesas relacionadas à sua participação na pesquisa, como gastos com transporte, alimentação e outros custos previamente acordados, conforme as normas do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília. Caso ocorra algum dano direto ou indireto relacionado à sua participação, o(a) Senhor(a) terá direito a indenização, obedecendo-se às disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos acadêmicos e científicos e publicados em revistas científicas especializadas. Os dados serão divulgados de forma agrupada, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações individuais dos participantes. Será garantida a devolutiva dos resultados gerais aos participantes, caso desejem, além da disponibilização de orientações gerais sobre saúde e qualidade de vida com base nos achados do estudo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido em duas vias de igual teor e forma, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa. Para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, João Lucas Araujo Assunção, pelo telefone (61) 3107-6835 ou celular, inclusive para ligações a cobrar, ou pelo e-mail ojaoluq@gmail.com. O contato com o pesquisador poderá ser feito a qualquer horário.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IGESDF. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e

independente, responsável pela avaliação ética das pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo a proteção dos participantes em sua dignidade, integridade e direitos. Para dúvidas sobre seus direitos enquanto participante de pesquisa ou sobre a assinatura deste termo, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com os seguintes comitês: I) CEP/FS-UnB pelos telefones (61) 3107-1947 ou pelos e-mails cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. O CEP/FS localiza-se na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília/DF. Outras informações podem ser consultadas no site: <https://fs.unb.br/comite-de-etica-cep-fs/sobre-cep> e II) Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do IGESDF (e-mail: cep@igesdf.org.br, telefone: (61) 3550-9167, Endereço: Setor Médico Hospitalar Sul – Asa Sul – Brasília/DF – CEP: 70335-900).

Caso o(a) Senhor(a) concorde em participar da pesquisa, solicitamos a gentileza de assinar este documento, sendo que uma via será entregue ao participante e a outra permanecerá com o pesquisador responsável.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice B: Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos

TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

Por meio deste termo, o participante do estudo *Envelhecimento Humano e Estilo De Vida: Medidas De Estresse Em Pacientes Adultos e Idosos*, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização da pesquisa a que foi submetido ou durante sua participação em estudo e autoriza o pesquisador, *João Lucas Araujo Assunção, CPF 02326711173 e Matrícula 232103916, vinculado a Universidade de Brasília*, responsável pelo trabalho a: *Envelhecimento Humano e Estilo De Vida: Medidas De Estresse Em Pacientes Adultos e Idosos*

(a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante sua entrevista *para dissertação*, para fim de obtenção de grau acadêmico Mestrado e divulgação científica, sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

(b) veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

(f) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade,

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável
pág. 1/2

utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o(s) pesquisador(es) assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

Local e data

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

CPF:

PESQUISADOR

CPF:

PARTICIPANTE DO ESTUDO

CPF: _____

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável
pág. 2/2

Apêndice C: Mini Exame do Estado Mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

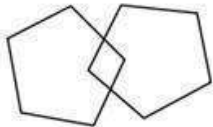
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____ / ____ / ____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <hr/> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

Apêndice D: Perfil de Estilo de Vida Individual

Instruções: O ESTILO DE VIDA corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes e valores das pessoas. Essas ações têm grande influência na saúde geral e na qualidade de vida de todos os indivíduos. **Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:**

Item	Absolutamente não faz parte do seu estilo de vida	Às vezes corresponde ao seu comportamento	Quase sempre verdadeiro no seu comportamento	A afirmação é sempre verdadeira no seu dia a dia, faz parte do seu estilo de vida
1. Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras.	0	1	2	3
2. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.	0	1	2	3
3. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.	0	1	2	3
4. Você realiza ao menos 30 minutos de atividade físicas moderadas/intensas de forma contínua ao acumulada, 5 ou mais dias na semana.	0	1	2	3
5. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que	0	1	2	3

envolvam força e alongamento muscular.				
6. No seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.	0	1	2	3
7. Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los.	0	1	2	3
8. Você NÃO FUMA, não ingere ÁLCOOL OU ingere ÁLCOOL com moderação (menos de 2 doses ao dia). 1 Dose = uma lata de cerveja ou chope (350 ml), uma taça de vinho (125 ml) ou uma dose de destilado (30 ml).	0	1	2	3
9. Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool se vai dirigir.	0	1	2	3
10. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com os seus relacionamentos.	0	1	2	3
11. Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participações em associações.	0	1	2	3

12. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.	0	1	2	3
13. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	0	1	2	3
14. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.	0	1	2	3
15. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	0	1	2	3

Apêndice E: Ficha de Dados Sociodemográficos

Data: ___/___/___

1 – Identificação do usuário

Nome: _____

Idade: ___ **Data de nascimento:** ___/___/___ **Sexo:** () Feminino () Masculino

Cidade: _____ **Estado:** _____

Estado Civil: () Solteiro/a () União estável () Casado/a () Divorciado/a () Viúvo/a

Com quem reside: () Sozinho () Familiares () Amigos () Outros: _____.

Escolaridade:

() Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior

Completo

O(A) senhor(a) sabe ler e escrever um bilhete simples? () Sim () Não

Ocupação/Profissão: _____. Atualmente: () Ativo () Desempregado () Afastado

Está aposentado? () Sim () Não. Ainda trabalha, mesmo aposentado? () Sim () Não

Quanto tempo trabalhou? ___ Anos. Vínculo: () Formal () Informal.

Raça/Cor (autodeclarada): () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Prefere

não responder

Filiação Religiosa: () Sem religião () Católico () Protestante () Espiritismo () Afro-

Brasileiro

2 – Rede social de apoio

() Estável () Restrita () Frágil

2.1: Suporte familiar percebido () Adequado () Parcial () Ausente

3 – Aspectos de saúde, Internação e Diagnóstico

Tabagismo: () Não () Sim. Quantos cigarros no dia? (.....cig/dia).

Hipertensão arterial sistêmica: () Não () Sim.

Diabetes: () Não () Sim.

Doença Renal Crônica: () Não () Sim.

Sedentarismo: () Não () Sim.

Dor crônica: () Não () Sim.

Uso de medicamentos psicotrópicos: () Não () Sim. Quais? _____

4. Estilo de Vida e Fatores Psicobiológicos

Variável	Formato de Resposta
Qualidade do sono	() Boa () Regular () Ruim — Horas de sono: ____
Alimentação regular	() Sim () Não — Refeições por dia: ____
Ingestão de água diária	____ litros
Prática de atividade física	() Sim () Não — Tipo/Frequência: _____
Uso de substâncias	() Álcool () Tabaco () Outras: _____
Suporte familiar percebido	() Adequado () Parcial () Ausente
Presença de rede de apoio (social, comunitária)	() Sim () Não

5. Internação Hospitalar

Data da internação: ____/____/____.

Primeira internação: () Sim. () Não. Número de internações? _____

Motivo da internação atual: _____

Diagnósticos clínicos: _____

Demonstra conhecimento do seu estado clínico/diagnóstico: () Não () Sim

Demonstra compreensão do seu estado clínico e prognóstico: () Não () Sim

Motivação para o tratamento e o acompanhamento proposto: () Não () Sim

Apêndice F: Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1. Passado

- Como você descreveria o seu desenvolvimento no passado? Como foi até aqui?
- Como você descreveria o seu estilo de vida ao longo dos anos?
- No passado, como você lidava com situações de estresse?
- Nessa perspectiva, você percebe que algum evento ou hábito específico impactou o seu processo de desenvolvimento?

2. Presente

- Como você percebe o seu envelhecimento/desenvolvimento hoje?
- Quais são os principais desafios que você enfrenta no seu estilo de vida hoje?
- Como você tem lidado com o estresse durante a internação?
- Que cuidados de saúde você tem adotado nesta fase da vida?

3. Expectativas Futuras

- Quais são suas expectativas para um melhor envelhecimento? Como pretende estar no futuro?
- O que você gostaria de melhorar em seu estilo de vida para um melhor envelhecer?
- Como espera lidar com o estresse no futuro?
- Quais são suas maiores expectativas em relação à sua saúde enquanto envelhece?