



CLÍNICA

Estudo sobre a resiliência em idosas do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil

Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil

Study of resilience in the elderly Paraíba Valley, Sao Paulo, Brazil.

***Araújo, Claudia Lysia de Oliveira **Faro, Ana Cristina Mancussi**

*Professora Titular, Faculdades Integradas Teresa D' Ávila – Lorena, São Paulo. Grupo de Pesquisa Reabilitação, funcionalidade e educação na saúde. E-mail: claudialysia@usp.br

**Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Orientadora. Grupo de Pesquisa Reabilitação, funcionalidade e Educação na saúde. Brasil.

Palavras chave: envelhecimento; resiliência; saúde da mulher; enfermagem; gerontologia

Palabras clave: envejecimiento; resiliencia; salud de la mujer; enfermería; gerontología.

.Keywords: aging; resistance; women's health; Nursing; gerontology

RESUMO

A resiliência é o termo que vem da física, muito discutido em várias áreas, diante deste referencial, o objetivo deste foi analisar a resiliência de mulheres idosas, participantes de atividades no Centro de Convivência. Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, caracterizou-se 117 mulheres com idade média de 70-80 anos, viúvas, católicas, aposentadas, de 1-5 anos de educação escolar, com renda familiar de 2-3 salários mínimos, praticantes de atividade física, composição familiar de 1-2 membros na família, com percepção positiva para os cuidados com a saúde física e mental, em uso de 1-2 tipos de medicamentos por dia, apresentam 1-2 comorbidades, relatam atividade sexual 1- 4 vezes por mês e com nível de resiliência elevado.

RESUMEN

La resiliencia es un término que proviene de la física, muy discutido en varias áreas, antes de este marco, el objetivo de este estudio fue analizar la resiliencia de las mujeres mayores, participantes en las actividades en el Centro de Convivencia. Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, caracterizado por 117 mujeres con una edad media de 70 a 80 años, viudas, católicas, jubiladas, de 1-5 años de educación escolar, con ingreso familiar de 2-3 salarios mínimos, practican actividad física, composición familiar de 1-2 miembros en la familia, con percepción positiva para el cuidado de la salud física y mental, toman de 1-2 tipos de medicamentos al día, presentan 1-2 comorbidades, relatan actividad sexual 1 - 4 veces al mes y con nivel de resiliencia elevado.

ABSTRACT

Resilience is a term coming from physics that has been discussed in many areas prior to this paper. The aim of this study is to analyse resilience of elderly women taking part in the activities of the Centre for the Elderly. It is an exploratory, descriptive, cross-functional study with a quantitative approach. It is conducted on 117 women with an average age between 70-80 years. These women have different characteristics: they are widows, Catholics, retired, have 1-5 years of school education, with a family income based on 2-3 minimum wages, they exercise, they have a family made up of 1-2 members, they have a positive perception of physical and mental health care, take 1-2 types of medicines a day, suffer from 1-2 comorbidities, they report being sexually active 1-4 times a month and have a high level of resilience.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo ao qual, mesmo os países desenvolvidos, ainda estão tentando adaptar-se. O que era no passado uma marca de alguns poucos países passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo.

Seguindo os padrões observados em outros países⁽¹⁾, no Brasil, a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultaram, nos últimos 30 anos, no aumento expressivo da população idosa. Além disso, a relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, as campanhas nacionais de vacinação, o aumento do nível da escolaridade da população, os investimentos na infraestrutura de saneamento básico e a percepção dos indivíduos com relação à enfermidade formam um conjunto de fatores que contribui para aumentar a expectativa de vida do idoso. Da mesma forma, a alta fecundidade observada no século XX, nos anos 50 e 60, e a queda da mortalidade que beneficiou todos os grupos populacionais propiciaram o delineamento desse perfil demográfico^(2,3).

Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos da população idosa, mas seus baixos valores são insuficientes para o provimento de todas as necessidades do idoso que reside em comunidade, mormente quando acometido por uma ou mais doenças crônicas que provoquem comprometimento de sua independência. O investimento público em programas de suporte aos idosos e cuidadores, seja por meio de subsídio financeiro, seja pelo oferecimento de serviços alternativos como centros-dia e hospitais-dia, seja pelo apoio em áreas como alimentação, transporte e assistência médica entre outras, é muito baixo⁽⁴⁾.

O Brasil tem hoje uma população de mais de 190 milhões de habitantes sendo 56% mulheres. A expectativa de vida feminina é de 77 anos, cerca de 8 anos a mais do que a masculina, de 69 anos. Estima-se que tais números continuem aumentando, exigindo a atenção dos serviços de saúde para atender às necessidades geradas por tal perfil demográfico, uma vez que a terceira idade apresenta maior demanda de cuidados relativos à saúde⁽³⁾.

As mulheres foram as responsáveis pelas maiores mudanças, pois vivem mais do que os homens, são maioria do eleitorado, possuem maior nível de escolaridade e já são maioria na População Economicamente Ativa - PEA com mais de 11 anos de estudo. Elas estão fazendo a transição da exclusão para o empoderamento⁽⁵⁾.

Não há estudos epidemiológicos de base populacional realizados em mulheres

brasileiras, sendo que os estudos nacionais a respeito da idade à menopausa foram calculados apenas em mulheres que frequentam serviços médicos e, portanto, considerados não representativos da população geral. Existem poucos dados sobre essas questões em populações latino-americanas, que diferem em estilo de vida e hábitos reprodutivos de populações de países desenvolvidos. Acredita-se que conhecendo melhor a média etária na menopausa e as características sociodemográficas e reprodutivas de mulheres climatéricas, os serviços de saúde terão condições e preparo para responder às necessidades dessas mulheres, quer através da orientação adequada, apoio psicológico ou alternativas diagnósticas e terapêuticas indicadas em diferentes situações⁽⁶⁾.

O termo envelhecimento é frequentemente empregado para descrever as mudanças morfofuncionais que ocorrem ao longo da vida, após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e a manutenção da homeostasia. Embora nem todas as funções orgânicas sofram alterações expressivas com o envelhecimento, é necessário lembrar que este processo apresenta como única característica universal a ocorrência de mudança ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade. O envelhecimento não é necessariamente uma soma de patologias agregadas⁽⁷⁾, mas a probabilidade de sua ocorrência na velhice torna-se maior.

Ao contrário do que possa parecer, o envelhecimento não é patológico, devendo assim ser encarado como uma etapa natural de desenvolvimento humano, como outra qualquer. Caracteriza-se, prioritariamente, pela diminuição da reserva funcional de todo o organismo, devido a um processo degenerativo, progressivo e irreversível que tem como resultado a redução da capacidade de adaptação homeostática, frente às situações de sobrecarga funcional⁽⁸⁾.

Cabe destacar que o processo de envelhecimento humano não é homogêneo e sofre influência de uma série de aspectos relacionados, por exemplo, ao gênero, à etnia e às condições socioeconômicas das populações⁽⁹⁾.

O envelhecimento pode ser biológico ou psicológico. O envelhecimento biológico é implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Durante a velhice, não é comum o aparecimento de alterações na funcionalidade mental do idoso, ou seja, os idosos saudáveis, sem limitações físicas, podem ser bastante produtivos. A definição de quais e como as funções psíquicas se modificam no decorrer dos anos permitiu a consideração de que o idoso não seja tratado como um ser limitado cognitivamente, mas que requer a adaptação de estímulos ambientais para possuir funcionalidade comparável à de adultos jovens⁽¹⁰⁾.

Com o envelhecimento pode ocorrer uma lentidão motora e cognitiva, bem como deficiências nas funções sensoriais. Para que o idoso possa participar de conversas e ter a chance de se expressar, as pessoas devem interagir falando pausadamente e com o rosto voltado para ele⁽¹¹⁾.

É sabido que o envelhecimento somado às limitações de atividade tende a lentificar a execução das atividades cotidianas e que supervisionar o idoso durante estas atividades demanda tempo e paciência de quem o assiste. Entretanto, encorajar o idoso a desenvolver o seu potencial de independência com segurança é uma

intervenção que pode prolongar os anos de vida e prevenir hospitalizações e agravos à saúde ocasionados pela imobilidade e pelo sedentarismo ⁽¹²⁾.

Os princípios de um envelhecimento com qualidade de vida descrevem o idoso como pró-ativo definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Este modelo compreende desde a satisfação com a vida a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas ⁽¹³⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil, em relação à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, explicita o conceito da capacidade funcional (CF) como a capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma ⁽¹⁴⁾.

Segundo Thober, Creutzberg, Viegas (2005), o idoso é considerado saudável quando não necessita de “nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, ainda que possua uma ou mais doenças crônicas.” Em gerontologia, a funcionalidade é o indicador mais adequado para direcionar o cuidado ao idoso.

A velhice é frequentemente descrita como um período caracterizado por uma diminuição das reservas, em virtude das múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente no decorrer de um curto período de tempo. Eventos negativos não normativos e graduados por idade, como morte do cônjuge e de amigos, declínio da saúde e da funcionalidade física, perda de status social e prestígio e, às vezes, insegurança econômica, além da proximidade crescente da morte, tornam-se predominantes na velhice avançada. De fato, alguns eventos raros ou não normativos nas fases anteriores (por exemplo, doenças) tornam-se relativamente normativos na velhice ⁽¹⁶⁾.

Mas, atualmente, reconhece-se que o climatério não pode ser entendido como um evento de amplitude fisiológica apenas. O período de transição do climatério que culmina na menopausa é extremamente variável entre diferentes culturas ou dentro de uma mesma cultura. Nas sociedades ocidentais é um momento conhecido como de vulnerabilidades. O complexo hormonal psico-sócio-cultural e os fatores que advêm com a idade, a longo prazo, produzem sintomas e efeitos diversos na saúde. Muitas vezes, ocorre a saída dos filhos de casa (síndrome do ninho vazio), concessão de aposentadoria, declínio da libido, sentimento de envelhecimento e infertilidade, surgimento de doenças, entre outros ⁽¹⁷⁾.

Nas sociedades orientais, a menopausa é um evento de valorização feminina, pois associam esta ocorrência ao seu envelhecimento e atribuem-na ao ganho da experiência e sabedoria frente à vida. Por não valorizarem em excesso a juventude e a beleza, diferem-se fundamentalmente das mulheres ocidentais. Assim, o climatério é vivido com leveza pelas orientais ⁽¹⁸⁾.

Consideradas em conjunto, essas perspectivas de risco e desafios sugerem que é necessário um aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo possa se manter ⁽¹⁹⁾.

A resiliência possui várias definições, revelando que o conceito encontra-se em fase de construção e debate. Originariamente, o termo resiliência vem da física e refere-se

à “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica”⁽²⁰⁾. A metáfora mais evocada é a de um elástico que, após uma tensão inicial, volta ao mesmo estado. Porém, concernente ao ser humano, a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas a superação (ou adaptação, como querem alguns autores) diante de uma dificuldade considerada um risco e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas. Desta forma, seria uma capacidade (singular e também socialmente adquirida) de sair-se bem frente a fatores potencialmente estressores⁽²¹⁾.

Os fatores de risco são os eventos de vida que aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas em seu desenvolvimento. Exemplos destes eventos são a morte de um ente querido, violência física e psicológica, doenças, desorganização familiar etc.⁽²²⁾. Já os fatores de proteção apresentam como característica a possibilidade de diminuição ou reversão de um ou mais fatores de risco.

Pesce, Assis, Santos, Oliveira⁽²³⁾ afirmam que os fatores de proteção apresentam quatro principais funções: reduzir o impacto dos riscos; quando o indivíduo está exposto a uma situação adversa; reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição à situação de risco; estabelecer e/ou manter a auto-estima e a auto-eficácia estabelecendo relações de apego seguras, e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse.

Os seres humanos têm um limite para lidar com o estresse, sugere-se que mais de quatro eventos estressantes na vida já são potencializadores de uma condição de risco para o ser humano. Contudo, a forma como o indivíduo vivencia determinada situação parece ser mais relevante do que o número de eventos estressantes vividos por ele⁽²³⁾.

A vulnerabilidade pode ser entendida como a predisposição que uma pessoa apresenta para desenvolver diversas formas de psicopatologias ou comportamentos não assertivos, assim como uma susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento. Do lado oposto estaria a resiliência, como uma capacidade individual para tolerar as consequências negativas do risco, desenvolvendo-se de modo adequado⁽²³⁾.

Uma pessoa resiliente apresenta características específicas, como ter um sentimento de auto-confiança, crença na própria capacidade pessoal, e habilidade para resolver problemas^(24,25).

Diante de perdas, o *self* apresenta resiliência ou capacidade de reserva, isto é, o potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal e a presença de recursos latentes podem ser ativados frente aos desafios e exigências⁽²⁶⁾. É proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantenham um senso positivo de bem-estar⁽²⁷⁾. Perdas na funcionalidade não são, necessariamente, um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional; como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas⁽²⁸⁾.

Pessoas idosas e com vasta experiência de vida tentam distanciar de si mesmo e avaliar novamente a situação positivamente, além de procurar por suporte social. A

capacidade de resiliência tem a função de ajudar o ser humano a reformar seus comportamentos, a renovar as atitudes diante das adversidades, a compreender os recursos disponíveis, a buscar suporte, buscando vencer cada desafio e aprender com cada lição. Refere-se às respostas que damos aos embates da vida, à adversidade, a algum trauma, na presença de ameaças ou riscos. Digamos que é o que chamamos de nossa força interna, nossa capacidade de resistir aos entraves do curso de vida. É ela que dá força para o indivíduo manter e preservar a estrutura básica de sua vida e dar continuidade ⁽²⁹⁾.

Toda pessoa enfrenta situações de estresse durante toda a vida, desde o nascimento até a morte, as quais podem trazer implicações diversas para a saúde física e mental. Os tipos de eventos experimentados ao longo do curso de vida, podem variar de acordo com a idade cronológica, com o tempo histórico, com aspectos educacionais e em virtude de fatores individuais ⁽²⁹⁾.

Quando falamos em comportamento, resiliência significa a construção de novos caminhos de vida a partir do enfrentamento de situações muito estressantes ou traumáticas.

A resiliência não é só um traço de caráter hereditário que você tem ou deixa de ter é uma conquista pessoal.

Quanto à exposição à fatores de riscos, a ativação de estratégias dirigidas para a otimização, remediação e prevenção é frequentemente possível para o alcance do nível de adaptação. A ativação ocorre frequentemente sob condições sociais e culturais específicas, com apoio de familiares, permitindo que o idoso mantenha o seu nível de bem-estar.

A nossa capacidade de resiliência tem a função de nos ajudar a reformar nossos comportamentos, permitindo renovar nossas atitudes diante das adversidades, buscando a vencer cada desafio e aprender com cada lição. A resiliência permite enriquecer nossa trajetória de vida, conforme nossa compreensão e recursos disponíveis, lançando mão do nosso repertório de estratégias de enfrentamento para o alcance da velhice bem-sucedida. A sabedoria, as crenças positivas, a motivação, a autoconfiança refletem esse efeito de aprendizado ao longo da vida.

Os fatores da resiliência são:

- Manter uma alimentação saudável.
- Manter a produção de endorfina para a qualidade de vida, através do riso, boa respiração de forma profunda e completa, exercícios físico, o relaxamento e o sono de boa qualidade contribuem para a produção de endorfina.
- Administração das emoções é a habilidade de se manter sereno diante de um problema. E também a capacidade de usar as pistas e “ler” as outras pessoas, pra saber o que fazer.
- Controle de impulsos, não se deixar levar impulsivamente por uma emoção.
- Otimismo. É a crença de que as coisas podem melhorar. É esperança e, convicção na capacidade de controlar o seu destino.

- Análise do ambiente. É a capacidade de identificar as causas dos problemas, isso permite que a pessoa se coloque num lugar seguro. Saber identificar quando é hora de falar e quando é hora de calar.
- Empatia. Significa a capacidade de compreender os estados psicológicos dos outros (as emoções e sentimentos) e saber como agir com as pessoas.
- Auto eficácia. É a crença de que você consegue resolver seus problemas.
- Alcançar pessoas. É a capacidade de se vincular a outras pessoas, sem receios e sem medo. É a capacidade de se entrosar com as outras pessoas, construir redes de apoio.
- Disciplina. O problema não está na realidade, mas na forma como reagimos a essa realidade. O problema não são as coisas que te acontecem, o problema é o que você faz com as coisas que te acontecem.
- Autoconfiança. Essa é a maior característica do comportamento resiliênte. A superação só acontece quando antes de tudo, você acredita em seu potencial, na sua capacidade de agir positivamente.

Considerando as várias definições, podemos entender a resiliência, quer como “uma capacidade global da pessoa para manter um funcionamento eficaz frente às adversidades do meio envolvente ou para recuperar nessas condições”, quer como “uma boa adaptação nas tarefas do desenvolvimento de uma pessoa, como resultado da interação entre o sujeito e a adversidade do meio ou um envolvimento de risco constante”⁽³⁰⁾.

Na enfermagem, a resiliência passou a ser abordada a partir da década de 1990 com enfoque maior nos periódicos americanos e europeus, nos quais as publicações relacionavam-se às áreas de saúde mental, pediatria, enfermagem clínica e administração em enfermagem. Entretanto, no Brasil há escassez de produção científica e há uma lacuna a utilização deste conceito na enfermagem gerontológica⁽³¹⁾.

Portanto, na assistência de Enfermagem, o diagnóstico risco de resiliência comprometida compreende risco de redução da capacidade de manter um padrão de resposta positivas a uma situação ou crise adversa, os fatores de risco são cronicidade das crises existentes, múltiplas situações adversas coexistentes e a presença de mais de uma crise (gravidez não planejada, perda do emprego, doença, morte de um familiar)⁽³²⁾.

Considerando que, com o avançar dos anos o idoso torna-se mais suscetível à angústia, sofrimento e desesperança, marcados por declínio funcional, isolamento, depressão e perda da autonomia, surge a necessidade de investigar o comportamento das mulheres pós menopausas e a resiliência, buscando entender se realmente esses aspectos possuem algo em comum, além de entender se outros aspectos relacionados.

Assim, identificar os fatores associados à resiliência possibilitará compreender quais desses podem contribuir para minimizar os efeitos dos eventos estressantes em idosos e favorecer para um envelhecimento bem-sucedido.

OBJETIVOS

Analisar a resiliência de mulheres idosas, participantes de atividades no Centro de Convivência das cidades do Vale do Paraíba, as variáveis sociodemográficas, idade, escolaridade (anos de estudo formal), renda familiar mensal, composição familiar, situação conjugal (casado, viúvo, separado ou solteiro), prática religiosa, cuidados com a saúde física e mental (uso de medicamentos), comorbidades relatadas e sua relação com o conjunto de atividades realizadas rotineiramente, atividades sexuais, de lazer, profissionais (desempenho de atividades remuneradas ou não) e verificar a associação entre os níveis de resiliência e as variáveis sociodemográficas, de saúde e atividade física realizada.

MATERIAL Y MÉTODO

A pesquisa foi exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em Centros de Convivência de Idosos (CCIs) do Vale Paraíba, no estado de São Paulo. As quatro cidades foram escolhidas por conveniência da pesquisadora.

Brevidelli, Domenico (2006) esclarecem na amostragem por conveniência, que é formada por membros da população que tem maior disponibilidade para a pesquisa ou com os quais o pesquisador tem fácil acesso⁽³³⁾..

O Vale do Paraíba é uma região socioeconômica que abrange parte do estado de São Paulo e do estado do Rio de Janeiro, e que se destaca por concentrar uma parcela considerável do PIB. O nome deve-se ao fato de que a região é a parte inicial da Bacia hidrográfica do Rio Paraíba do Sul. Deve-se ressaltar que o nome refere-se apenas a uma região com certas características socioeconômicas, já que o Rio Paraíba do Sul estende-se ao longo de quase todo o comprimento do estado do Rio de Janeiro e separa parte deste estado do estado de Minas Gerais. Sua localização é nas margens da Rodovia Presidente Dutra, exatamente entre as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. A população somada de todas as cidades da região é de quase 3,3 milhões de habitantes⁽³⁾.

A população total de idosos das quatro cidades é de 28.712. Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a seleção de idosos que poderiam participar do estudo, o que resultou em 2.014 indivíduos. Para a coleta de dados foi realizado cálculo amostral e computacional com significância de 5%, obtendo-se o número de 117 idosos, os quais, compuseram a amostra desta pesquisa.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Plataforma Brasil) sob n.383.699 em 11/09/2013.

Dentre os participantes dos CCIs do Vale do Paraíba, foram incluídos no estudo aqueles que atenderem aos critérios de inclusão, idade igual ou superior a 60 anos, pós menopausa, ter participado das atividades de estética e bem estar há seis meses, participantes do CCI há um ano que constituíram o campo de pesquisa, capazes de responder aos instrumentos de coleta de dados e que aceitarem participar como voluntárias, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram mulheres que não participam das atividades de estéticas e atividades do CCI há pelo menos um ano, com idade inferior a 60 anos, discordância em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2014, seis meses após realizamos palestra informativa de resiliência, atividades estéticas (limpeza de pele, maquiagem, manicure, cabelereiro, massagem corporal) degustação de frutas e sucos, finalizamos com uma apresentação de dança do ventre, para ajudar a desenvolver a sua auto-estima e autoconfiança.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, **Escala de Resiliência** com o objetivo de avaliar os níveis de adaptação psicossocial positiva, face a eventos da vida, importantes das pesquisadas, versão adaptada para o português da Escala de Resiliência⁽³⁰⁾. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.

Os dados foram tratados estatisticamente, descritivamente, tendo como foco a resiliência.

Para comparar as variáveis categóricas entre os grupos foi utilizado o teste Means – ANOVA (análise de variância) para verificar se há associação entre o item em questão e a variável explicativa (idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, composição familiar, religião, uso de medicamentos, doenças, atividades de lazer e sexual).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo caracterizou-se por mulheres com idade média de 70-80 anos, viúvas, católicas, aposentadas, de 1-5 anos de educação escolar, com renda familiar de 2-3 salários mínimos, praticantes de atividade física, composição familiar de 1-2 membros na família, com percepção positiva para os cuidados com a saúde física e mental, em uso de 1-2 tipos de medicamentos por dia, apresentam 1-2 comorbidades, relatam atividade sexual 1- 4 vezes por mês e com nível de resiliência elevado.

Em um estudo⁽³⁴⁾ sobre atividade física, manutenção da capacidade funcional em idosos apontaram que os programas de atividade física são os aspectos principais para a manutenção da capacidade funcional.

Sobre a prática de atividades físicas entre idosos do Vale do Paraíba encontraram um predomínio de mulheres, solteiras, com idade média de 72 anos, o que além de participarem do grupo, realizam uma ou mais atividades físicas buscando sempre a promoção da saúde, seja por indicação médica ou iniciativa própria⁽³⁵⁾.

Os pesquisadores investigaram a resiliência em 546 idosos em cinco Centros de Saúde do município de Florianópolis, com idade inferior a 75 anos, sexo masculino, de convívio social, escolaridade com nível superior, com maior poder aquisitivo, independência em atividades instrumentais da vida diária, maiores níveis de atividade física, apresentavam maiores valores de resiliência⁽³⁶⁾.

De acordo com Netto⁽³⁷⁾, nas sociedades pacíficas, a quantidade de homens e mulheres é quase igual até os 45 anos; a partir daí, os homens morrem em um ritmo

mais rápido, de modo que, aos 70 anos, há aproximadamente seis mulheres para cada cinco homens e, aos 80 anos, esta razão é de quatro para um idoso.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres participantes (N=117) segundo idade, estado civil, escolaridade e profissão. Vale do Paraíba, São Paulo, 2014.

Variáveis	Idosos participantes	
	N	%
Idade		
60-70 anos	33	28,2
70-80 anos	69	59
80-90 anos	15	12,8
Estado civil		
Viúva	53	45,3
Casada	44	37,6
Solteira/ Separada	20	17,1
Anos de educação		
1-5 anos	91	77,8
5-10 anos	20	17,1
10-15 anos	6	5,1

Quanto a renda familiar 53 (45,3%) das idosas entrevistadas recebiam entre 2-3 salários mínimos mensalmente, 39 (33,3%) entre 1-2 salários e 25 (21,4%) de 3-4 salários, todas as idosas recebem o benefício do INSS.

Carlos et al. explica que as aposentadorias apresentam um baixo valor, mas implica também em outras questões de ordem subjetiva, são as principais justificativas para a manutenção de um vínculo com o trabalho, e atividades permeado pelo desejo de reconhecimento e de permanecer sentindo-se útil diante de uma sociedade pautada no capitalismo⁽³⁸⁾.

A escolaridade é considerada um fator de proteção associado ao bem-estar psicológico, já que quanto mais anos de estudo do indivíduo, maiores as competências e habilidades desse indivíduo para o alcance de satisfação com a vida e de equilíbrio dos afetos⁽³⁹⁾.

A composição familiar foi em 74 (63,2%) de 1-2 pessoas, 24 (20,5%) de 3-4 pessoas e 19 (16,2%) de 5-6 pessoas.

Quanto a religião 96 (82,1%) eram católicas, 14 (12%) evangélicas, 7 (6%) declararam sem religião.

Para Viktor Frankl⁽⁴⁰⁾, o homem religioso é aquele que foi capaz de completar a sua dinâmica ontológica. É responsável e consciente, vive sua vida como uma missão a ser cumprida. Então, na busca de sentido, coloca-se a experiência religiosa⁽⁴¹⁾. A pessoa que busca uma religiosidade, encontra valores que a direcionam a um relacionamento com o que ela considera ser "o criador", e isto, portanto, torna-a aberta ao outro e à transcendência.

Em momentos de sofrimento, o que se requer da pessoa é que suporte a capacidade de compreender racionalmente que a vida tem um sentido incondicional, não obstante as circunstâncias. Este sentido incondicional é chamado de supra-sentido. Só é

apreendido pela fé, pela confiança, pelo amor, não pode ser compreendido pelo raciocínio que responde à pergunta do "por quê?"⁽⁴⁰⁾.

Para os cuidados com a saúde física e mental 94 (80,3%) das idosas entrevistadas relataram uma percepção positiva da saúde e 23 (19,7%), uma percepção negativa da saúde.

Para autores, é a percepção do suporte social que protege os indivíduos contra a desestabilização^(42,43). Assim, o apoio social pode ser considerado de suma importância para o enfrentamento das adversidades e embates da vida. Boog e Boog afirmam que o vínculo entre as pessoas e o sentimento de pertencer e de ser respeitado em suas potencialidades, limites e necessidades levam as pessoas a reencontrar a essência de sua condição saudável de vida⁽⁴⁴⁾.

A relação existente entre apoio social e resiliência são referidas⁽⁴⁵⁾ como provindas de cada pessoa, de cada ambiente e que dependerá, na maioria das vezes, da ação humana e que a cultura da resiliência é alcançada quando se tem a possibilidade da vivência dentro de uma 'transparência psicossocial'.

Quanto ao uso de medicamentos 56 (47,9%) das idosas utilizavam de 1-2 medicamentos diários, 39 (33,3%) de 3-4 medicamentos diários, e 22 (18,8%) de 5-6 medicamentos diários.

O número médio de medicamentos usados pelos idosos está entre dois e cinco⁽⁴⁶⁾, e parece aumentar às custas dos medicamentos de venda livre.

O envelhecimento é uma variável preditora do uso de medicamentos e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida⁽⁴⁷⁾.

No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto em pequenos povoados do interior⁽⁴⁸⁾, como em grandes centros urbanos. O número médio de produtos consumidos oscila entre dois⁽⁴⁷⁾ e 3,24⁽⁵⁰⁾. No Rio de Janeiro⁽⁵¹⁾, 80,19% dos idosos usam regularmente medicamentos prescritos, uso este mais acentuado entre as mulheres e após os 70 anos de idade. Quase 30% consomem medicamentos não-prescritos, sem diferenças entre os gêneros, sendo a maioria dos consumidores mais jovem, entre 60 a 69 anos.

Além da idade e do sexo, outros fatores predisponentes para o uso de medicamentos têm sido identificados no País. No grupo dos idosos, as mulheres, com maior renda familiar e com mais sintomas utilizam mais medicamentos prescritos. O tamanho da família e as atitudes favoráveis em relação aos serviços não médicos são variáveis predisponentes para o consumo de produtos de venda sem prescrição médica⁽⁵⁰⁾.

As comorbidades apresentadas foram hipertensão e doenças do aparelho circulatório, 57 (48,7%) apresentaram de 1-2 doenças, 34 (29,1%) de 3-4 doenças, 19 (16,2%) de 5-6 doenças e 7 (6%) nenhuma.

Uma doença é causa importante de sofrimento, muitas vezes destruindo as mais profundas estruturas da vida. Aliviar o sofrimento da pessoa doente constitui-se no dever ético e prático das profissões inseridas na saúde, orientadas pela concepção da humanização do cuidar⁽⁵²⁾.

Compreender e aliviar o sofrimento humano deve ser entendido como elemento fundamental do cuidar. Estudos têm demonstrado que a doença física pode levar a situações de desequilíbrio psicológica, é necessário considerar que aspectos psicológicos e sociais da doença e da incapacidade física se estendem às bases do comportamento humano, levando o homem a variações no processo adaptativo⁽⁵³⁾.

A atividade física para 106 (90,6%) das idosas entrevistadas foi considerada como lazer e para as demais 11 (9,4%) as viagens.

Estudo⁽⁵⁴⁾ constato que a participação de mulheres idosas em um programa de atividade física possibilitou ganhos psicológicos, como sentir-se feliz consigo mesmo, além de expandir suas redes sociais. Pesquisa realizada com holandeses, na faixa etária entre 18 e 65 anos, sobre a prática de exercício físico, como atividade de lazer e bem-estar (satisfação com a vida e felicidade), constatou que em todas as idades, o exercício físico realizado estava associado com níveis mais elevados de satisfação com a vida e felicidade⁽⁵⁵⁾.

Pesquisa realizada com idosos japoneses⁽⁵⁶⁾, ao associarem os níveis de atividade física diária entre os eventos estressantes, vivenciados no período de um ano, constataram que os eventos estressantes parecem estar associados com um baixo nível de atividade física. Nesse mesmo sentido⁽⁵⁷⁾, ao pesquisar idosas brasileiras praticantes de atividade física, verificou que a ocorrência de problemas emocionais, como a morte de filhos, doença grave e dificuldades financeiras, foram relacionadas ao nível de estresse.

Fortes-Burgos, Neri e Cupertino⁽⁵⁸⁾ ao realizarem uma pesquisa de coorte com 544 idosos, pertencentes ao Estudo do Envelhecimento Saudável, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, identificaram entre os principais eventos estressantes vivenciados por homens e mulheres acima de 60 anos, nos últimos cinco anos, a morte/perda e problemas de saúde do próprio idoso. Segundo as autoras, pesquisa com idosos em diferentes situações, seja em atendimento clínico ou em grupos de convivência, tem revelado a preocupação dos idosos com a perda da autonomia e da independência para realizar as atividades cotidianas, em consequência da idade avançada, a qual favorece o desencadeamento de doenças incapacitantes.

Quanto a atividade sexual para 57 (48,7%) das idosas relataram praticar de 1-4 vezes por mês, 33 (28,2%) de 5-8 vezes por mês e 27 (23,1%) sem atividades.

Em um estudo com 44 idosos em Centro de Convivência no Vale do Paraíba, com predominância do sexo feminino, alfabetizados, com renda mensal de até um salário mínimo, aposentados, praticantes de atividade física, para as atividade sexual, 31 (70,45%) idosos relataram que não praticam sexo e cinco (38,46%) idosos praticam sexo pelo menos uma vez por semana⁽⁵⁹⁾.

É válido ressaltar que as atitudes discriminatórias em relação à velhice, por vezes são expressas através de reações de afastamento, desgosto e ridicularização, de modo que, ainda nos dias atuais, o idoso é visto como uma pessoa incapaz e inútil⁽²⁸⁾. Por não apresentarem o perfil ideal estipulado pela sociedade, os idosos são, frequentemente, percebidos como seres assexuados, sendo a expressão sexual algo impróprio ou até mesmo proibido para a pessoa idosa.

De acordo com Negreiros (2004), o idoso com medo de se tornar ridículo e também para fugir do estigma de “velho (a) sibilante (a)”, passa a adotar, em geral, uma postura discreta, reprimindo suas atitudes e desejos sexuais, o que, leva à uma perda na qualidade de vida destes idosos⁽⁶⁰⁾.

A suspensão ou abandono involuntário da sexualidade pode acelerar o processo de envelhecimento, repercutir negativamente na saúde geral e trazer prejuízos à qualidade de vida da pessoa idosa⁽⁶¹⁾.

Para Capodieci⁽⁶²⁾, as pessoas idosas possuem mais tempo para o amor, podendo dedicar-se mais aos relacionamentos sociais e sentimentais, sendo possível que, na velhice, as vivências sexuais alcancem seu nível mais maduro. Assim sendo, a sexualidade na velhice é fisiologicamente possível, emocional e afetivamente enriquecedora, fortalecendo a importância do carinho, do apego, a comunicação, o companheirismo e o cuidado mútuo⁽⁶³⁾.

Escala de Resiliência: os idosos participantes não apresentaram dificuldades ao responderem as perguntas do instrumento, mostrando-se fácil e rápido de ser aplicado no estudo de resiliência com idosas, haja vista que o tempo médio de entrevista foi de 8 minutos. Quanto aos resultados obtidos com a escala, o escore médio foi um indicador de 133,72, indicando um alto escore.

Estes resultados vão ao encontro de perspectivas defendidas por Koller e colaboradores⁽⁶⁴⁾ ao constatarem que a resiliência revela positivamente a forma como os idosos vivem a sua velhice, sendo um recurso facilitador do desenvolvimento e ampliador das possibilidades de um envelhecimento bem-sucedido, com qualidade de vida, mesmo perante mudanças significativas de vida do idoso.

Luthar⁽¹⁶⁾ destaca que o indivíduo capaz de reverter situações adversas com atitudes positivas, tornando-se um sujeito mais seguro e mais estável diante das adversidades, inclusive aquelas inerentes à vivência do envelhecimento, podem ser considerados resilientes. A resiliência é entendida como um processo dinâmico de adaptação positiva em contextos de significativa adversidade. Pensamentos e comportamentos que auxiliam o sujeito a enfrentar, de modo assertivo, as situações difíceis da vida, maximizam o processo de resiliência e são denominados fatores de proteção.

Estudo com 86 idosos, 67 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, da região metropolitana de Porto Alegre, observou que a média obtida por meio da Escala de Resiliência foi de 84,9, isto mostra que os idosos pesquisados conseguiram superar as adversidades que surgiram em suas vidas até o momento, pois a resiliência é uma maneira de sobreviver relacionada à integridade, adaptabilidade e tenacidade⁽⁶⁵⁾.

Possui associação de Resiliência pelo valor de p (teste ANOVA) as idosas de 70-80 anos, solteiras/separadas, católicas, de 5-10 anos de educação escolar, com renda familiar de 2-3 salários mínimos, praticantes de atividade física, em uso de 4-5 tipos de medicamentos por dia, com 5-6 comorbidades e atividade sexual de 5-8 vezes por semana.

O estudo⁽⁶¹⁾ com 1.719 participantes suecos com idade entre 19 e 103 anos pesquisou a resiliência e sua relação com idade e gênero, os resultados apontaram

que a resiliência esteve relacionada com idade, sendo que os mais velhos apresentaram altos índices.

A resiliência também foi associada⁽⁶⁷⁾ a intensidade percebida dos eventos estressantes e a auto estima, ao consumo de medicamentos, a religião e a percepção do estado de saúde, idosas praticantes de exercício físico tendem a apresentar maior resiliência e, esta está associada ao melhor humor e percepção de saúde, a maior autoestima, felicidade e escolaridade, menor consumo de medicamentos e intensidade percebida de eventos estressantes, estes são fatores fundamentais que podem auxiliar a pessoa idosa a lidar de maneira mais positiva em situações estressantes.

CONCLUSÃO

Diante dos sujeitos estudados, mulheres idosas do Vale do Paraíba, podemos afirmar que a idade média era de 78 anos, viúvas, católicas, aposentadas, de 1-5 anos de educação escolar, com renda familiar de 2-3 salários mínimos, praticantes de atividade física, composição familiar de 1-2 membros na família, com percepção positiva para os cuidados com a saúde física e mental, em uso de 2-3 tipos de medicamentos por dia, apresentam 1-2 comorbidades, relatam atividade sexual 1- 4 vezes por mês e com nível de resiliência elevado.

As idosas responderem as perguntas da escala de resiliência com rapidez e facilidade no entendimento, o escore médio foi de 133,72 que possui associação de Resiliência pelo valor de p (teste ANOVA) as idosas de 70-80 anos, solteiras/separadas, católicas, de 5-10 anos de educação escolar, com renda familiar de 2-3 salários mínimos, praticantes de atividade física, em uso de 4-5 tipos de medicamentos por dia, com 5-6 comorbidades e atividade sexual de 5-8 vezes por semana.

É importante ressaltar a necessidade de implantações de programas que visem à recuperação e manutenção da autoestima dos idosos, proporcionando assim, uma melhoria na qualidade de vida. Estes programas devem apresentar caráter multidisciplinar proporcionando ao idoso o convívio com as demais gerações.

REFERÊNCIAS

1. Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc Sci Med*; 2000, 51:887-95.
2. Gordilho A, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.
3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro. 2010/2012.
4. Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Saúde Pública*, 1997, 31(2): 184-200.
5. Alves, J.E.D., Cavenaghi, S., Barros, L.F.W. A família DINC no Brasil: algumas características sócio demográficas. *Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas*. 2010. 30-34.
6. Pedro, A. O. et al . Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003, 19, n. 1

7. Jeckel-Neto, E.A.; Cunha, G.L. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: Freitas, Elizabete Viana de, PY, Ligia, Cançado, Flávio Aluizio Xavier, DOLL, Johannes, Gorzoni, Milton Luiz. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. 13-22.
8. Carvalho Filho, E.T. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2006. 60-70.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, 2006.19.
10. Moraes, et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev. Med. Minas Gerais. 2010. 20(1): 67-73.
11. Bertachini, L.; Gonçalves, M. de J. Comunicação na terceira idade. Mundo saúde. São Paulo, 2002. v. 26, n. 4, 483-489.
12. Machado, F.N. Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais. 2010, 129.
13. Inouye, K.; Pedrazzani, E.S.; Pavarini, S.C.I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2010. 26, n.5.
14. Miranda, R.D. Atividade física e envelhecimento. São Paulo:UNIFESP, 2005.
15. Thober, E.; Creutzberg, M.; Viegas, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2005. v. 58, n. 4, p. 438-443.
16. Fortes, T.F. R.; Portuguez, M. W.; Argimon, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Estud. psicol. Campinas, 2009.v. 26, n. 4.
17. Amore M, Di Donato P, Berti A, Aldopaolo P, Chirico C, Papalini A et al. Sexual and psychological symptoms in the climateric years. Maturitas. 2007 mar; 56(2): 301-11.
18. De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Júnior I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(1).
19. Schaie, K. W., & Hofer S. M. Longitudinal studies in research on aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), Handbook of the psychology of aging (pp.53-77). San Diego, CA: Academic Press. 2001.
20. Ferreira, A.B.H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1975.
21. Lindström, B. O significado de resiliência. Adolescência Latino-Americana, 2001. 133-137.
22. Bianchini, D. C. S.; Dell'Aglio, D. D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. Paidéia. 2006. v. 16, n. 35, 427-436.
23. Pesce, R. P.; Assis, S. G.; Avanci, J. Q.; Santos, N.C.; Malaquias, J. V.; Carvalhaes, R.. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005. 430 – 448.
24. Moreno-Jiménez, Bernardo. Psicología de la personalidad: procesos. Madrid: Thomson, 2007.
25. Pinheiro, Débora Patrícia Nemer. A resiliência em discussão. Psicologia em estudo, Maringá. 2004. v. 9, n. 1, 67-75.
26. Staudinger, U..M., Marsiske, M., & Baltes, P..B. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In A..L. Neri (Org.), Psicologia do envelhecimento: temas relacionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papyrus. 1995. 195-228.
27. Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. Health and well-being in the young and oldest old. Journal of Social Issues, 2002. 58 (4), 715-732.

28. Neri, A. L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In A..L. Neri (Org.), Desenvolvimento envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus. 2001. 161-200.
29. Pesce, R., Assis, S. G., Avanci, J., Malaquias, J., Oliveira, R. V. C. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cadernos de Saúde Pública. 2005. 21 (2), 436-448.
30. Martins, M. Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco – resiliência e desenvolvimento. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. 2005.
31. Soria, D.A.C., Santoro, D.C., Souza, I.E.O., Menezes, M.F.B. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2006. 10(3):547-51.
32. North American Nursing Diagnosis Association-Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
33. Brevidegli, M.M.; Domenico, E.B.L. Trabalho de Conclusão de Curso: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde. 1ª Ed. São Paulo: Iátria, cap. 2, 2006.
34. Silveira, S.C.; Araújo, C.L.O; Mancussi e Faro, A.C., Atividade Física, Manutenção da Capacidade Funcional e da Autonomia em Idosos: Revisão de Literatura e Interfaces do Cuidado. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, 2011.v. 16, 61-77.
35. Araújo, C.L., Mancussi e Faro A.C. Prática de atividade física entre idosos do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil. Enfermeria Global, 2012. v.28, 223-231.
36. Hardy, S.E.; Concato, J.; Gill, T.M. Resilience of community-dwelling older persons. Journal of the American Geriatrics Society. 2004. 52 (2): 257-262.
37. Netto, M. P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, P. .Y. Ligia, F..A..X. Cançado & M..L. Gorzoni. Tratado de geriatria e gerontologia Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. 2-12.
38. Carlos, S.A.; Jacques, M.G.C.; Larratúa, S.V.; Herédia, O. C. Identidade, Aposentadoria e Terceira Idade. Estud Interdiscip Envelhec. 1999.1(1), pp. 77-89.
39. Queroz, N.C.; & Neri, A.L. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. Psicologia: Reflexão e Crítica: 2005. 18(2), 292-299.
40. Frankl, V. E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes. 2006.
41. Coelho Junior, A. G., & Mahfoud, M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. Psicologia USP, 2001.12 (2), 95-103.
42. Brito, R. C. & Koller, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. Em A. M. A. Carvalho (Org.), O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999. 115-126
43. Tavares, J. (Org.) Resiliência e educação. São Paulo: Cortez.
44. Boog, G., & Boog, M. Manual de gestão de pessoas e equipes: Estratégias e tendências. Vol. 1. São Paulo: Gente. 2002.
45. Célia, S. S. Risco e resiliência em adolescência; aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.
46. Stuck, A. E.; Beers, M. H.; Steiner, A.; Aronow, H.; Rubenstein, L. Z. & BECK, J. C., Inappropriate medication use in community-residing older persons. Archives of Internal Medicine, 1994.154: 2195-2200.
47. Bardel, A.; Wallander, M. & Svärdsudd, K., Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study. Journal of Clinical Epidemiology, 2000. 53:637-643.

48. Haak, H., Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 1989. 23:143-151.
49. Barros, M. B. A., Saúde e Classe Social: Um Estudo sobre Morbidade e Consumo de Medicamentos. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1983.
50. Miralles, M. A., Access to Care and Medication Use Among the Ambulatory Elderly in Rio de Janeiro, Brazil. Ph.D. Thesis, Gainesville: University of Florida. 1992.
51. Veras, R. P., País Jovem de Cabelos Brancos. A Saúde do Idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará. 1994.
52. Barros Rudnicki, T.M. *Psicologia e Saúde: intervenção em hospital geral*. Aletheia, 1999.10: 115-120.
53. Yunes, M.A.M., Garcia, N.M., & Albuquerque, B.B. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades de convivência familiar. *Psicol Reflex Crit*, 2007.20(3): 444-453.
54. Bidonde, M.J.; Goodwin, D.L.; Drinkwater, D.T. Older women's experiences of a fitness program: the importance of social networks. *Journal of applied sport psychology*. 2009.21(Supl.1): 86-101.
55. Stubbe, J.H.; DE Moor, M.H.M.; Boomsma, D.I.; DE Geus, E.J.C. The association between exercise participation and well-being: a co-twin study. *Preventive Medicine*. 2007.44(2): 148-152;
56. Yoshiuchi, K; Inada, S.; Nakahara, R.; Akabayashi, A.; Park, H.; Park, S., et al. Stressful life events and habitual physical activity in older adults: 1-year accelerometer data from the Nakanojo Study. *Mental Health and Physical Activity*. 2010.3(1): 23-25.
57. Luft, C.B. Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento e prática de atividade física: possíveis relações em mulheres idosas. [Dissertação]. Florianópolis, Universidade do Estado de Santa Catarina - Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, 2007.
58. Fortes-Burgos, A.C.G.; Neri, A.L.; Cupertino, A.P.F.B. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. *Estudos de Psicologia*. 2009.14(1): 69-75.
59. Ferreira, K. S.; Silva, M. G.; Cherem, T. M. D. A.; Araújo, C.L. O. Percepção dos idosos perante o sexo na idade avançada. *Geriatrics & Gerontologia*.3(4):182-188.2009.
60. Negreiros, T.C.G.M. Sexualidade e Gênero no envelhecimento. *Alceu*. 2004.5(.9), 77-86.
61. Pascual, C.P. A sexualidade do idoso vista com novo olhar. São Paulo: Loyola. 2002.
62. Capodiecì, S. A idade dos sentimentos: Amor e sexualidade após os sessenta anos. Bauru: EDUSC. 2000.
63. Urquiza, A., Thumala, D., Cathalifaud, M.A., Ojeda, A., & Vogel, N. Sexualidad em la tercera edad. La imagen de los jóvenes universitários. 2008.4, 358-374.
64. Koller, S. H. et al. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e factores pessoais de protecção. *Estudos de Psicologia*. 2008.13 (2), 165-174.
65. Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B. The Construct of Resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000. 71 (3), 543-562.
66. Lundman, B. Psychometric properties of the swedish version of the resilience scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2007. 21 (2), 229-237.
67. Hardy, S.E.; Concato, J.; Gill, T.M.. Resilience of community –dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004. 53 (2): 257-262.

Recibido: 21 dezembro de 2014; Aceito: 24 de janeiro de 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia