

Perfil de idosas resilientes que participam de Centros de Convivência no Vale do Paraíba

Resilient older profile that participate in Social Centers in Vale do Paraíba

Magnólia Maria Santos e Silva
Claudia Lysia de Oliveira Araújo

RESUMO: Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, o número da população idosa se confirma crescente, superando 15 milhões de pessoas neste ano. O envelhecimento é frequentemente descrito como um período progressivo e irreversível, tendo como característica a diminuição das reservas. Neste estudo, foi analisada a resiliência das mulheres idosas que participam de Centros de Convivência das cidades do Vale do Paraíba, bem como de seus dados sociodemográficos. Estas mulheres se mostraram com um grau elevado de resiliência.

Palavras-chave: Idoso; Resiliência; Enfermagem.

ABSTRACT: *With increasing life expectancy of Brazilians, the number of elderly population is proving increasingly, surpassing 15 million people. Aging is often described as a progressive and irreversible period and characterized by the depletion of reserves. In this study, we analyzed the resilience of older women who participate in Social Centers in the cities of Paraíba Valley and its sociodemographic data. These women showed a high degree of resilience.*

Keywords: *Elderly; Resilience; Nursing.*

Introdução

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Os idosos do Brasil já superam 15 milhões de pessoas. Em 2000, os dados do censo apontaram um número de 14.536.029 de idosos, que representavam 9,1% do total da população. Ocorre, portanto, não somente um aumento da população idosa, mas também um envelhecimento desta, com um número maior de idosos nas faixas etárias mais elevadas, o que fez o meio científico devotar atenção a esta população (Silva, & Alves, 2007).

Este cenário é entendido como um fenômeno que se insere num processo de desenvolvimento, de crescimento, de aprendizagem, de amadurecimento e de reflexões diante de toda a história pregressa do ser humano. Assim sendo, o idoso precisa ter atitudes positivas na vida, dentre estas, a de aprender a viver consigo mesmo, o autoconhecimento integral. Tais atitudes são necessárias porque não há uma existência humana plenamente feliz e completamente protegida das intempéries e incertezas da vida. O ser humano é motivado principalmente a desenvolver as suas potencialidades (Silva, & Alves, 2007).

Para Neri (2001), o bem-estar subjetivo do idoso está diretamente ligado ao ambiente da experiência íntima, avaliado de uma maneira global ou selecionado por aspectos de vida como família, amigos, saúde física e mental, sexualidade e espiritualidade, incluindo medidas cognitivas e emocionais, sendo a mais conhecida a satisfação. Estudos longitudinais mostram que, ao longo do tempo histórico de uma sociedade, os homens são mais satisfeitos do que as mulheres.

O envelhecimento é frequentemente descrito 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, inseguranças econômicas, além da proximidade crescente da morte, tornam-se predominantes na velhice avançada (Laranjeira, 2007).

Com o envelhecimento, diminuem a plasticidade comportamental e a resiliência. Ocorre a diminuição da resistência ao frio e ao calor e da capacidade de se adaptar às mudanças climáticas – o estado de adaptação dos idosos sofre alterações/diminuições no envelhecimento primário, pois os mesmos são capazes de ativar mecanismos de compensação e otimização para compensar as perdas funcionais, concentrando seus esforços naquilo que lhes é importante, abstendo-se do que é de menor valia (Neri, 2001).

A perda das capacidades física e cognitiva está associada diretamente à velhice, assim como os fatores psicossociais e funcionais – como a diminuição do bem-estar e da autonomia – antecipando-se à incapacidade e à doença, sobressaindo aos fatores clínicos ou demográficos diante do envelhecimento bem-sucedido, ou seja, aquele associado à resiliência. (Hardy, Concato, & Gill, 2004).

A resiliência é um conceito que cada vez mais vem sendo discutido na literatura científica nacional e internacional. Ela é compreendida como a capacidade humana de enfrentar e superar as adversidades, proporcionando ao indivíduo ser modificado por esses fatores potencialmente estressores, de tal forma que o mesmo se adapte a tais experiências traumáticas e/ou estressantes (Ferreira, Santos, & Maia, 2012).

Contudo, observa-se que estudos sobre resiliência têm maior demanda na área da infância e adolescência, com poucos estudos concentrando-se em idosos, como afirma Laranjeira (2007).

A resiliência é discutida não apenas como um atributo inato ou adquirido, mas também como um processo interativo e multifatorial, envolvendo diversos aspectos que circulam o cotidiano do idoso, sendo fundamentais a quantidade e a qualidade dos eventos vitais, e a presença dos fatores de proteção (Ferreira, Santos, & Maia, 2012).

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 (Fortes, Portuguez, & Argimon, 2009).

Objetivos

Analisar a resiliência de mulheres idosas e participantes do Centro de Convivência em duas cidades do Vale do Paraíba, e sua relação com o conjunto de atividades realizadas rotineiramente, práticas de lazer e profissionais (remuneradas ou não), variáveis sociodemográficas, idade, escolaridade (anos de estudo formal), renda familiar mensal, composição familiar, situação conjugal (casada, viúva, separada ou solteira), prática religiosa, cuidados com a saúde física e mental (uso de medicamentos) e comorbidades relatadas.

Método

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

O estudo foi realizado em dois Centros de Convivência de Idosos (CCIs) do Vale do Paraíba, no estado de São Paulo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Plataforma Brasil), quanto aos requisitos éticos sob n.º 21267413.5.0000.5431.

As idosas foram convidadas a participar após receberem os esclarecimentos sobre a pesquisa e a leitura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a resolução CNS 196/96. Foi garantido a todas, o caráter confidencial das informações; a garantia de não haver quaisquer sanções ou prejuízos pela não participação ou pela desistência a qualquer momento; o direito a respostas às dúvidas e a inexistência de quaisquer ônus financeiro e/ou remuneração ao participante.

Os CCIs foram contatados quanto à autorização formal para a realização do estudo. Nesta ocasião foi apresentada uma carta com as explicações necessárias sobre a pesquisa e os objetivos da mesma.

Dentre os participantes dos CCIs do Vale do Paraíba, foram incluídos no estudo aquelas que atenderam aos critérios de inclusão, idade igual ou superior a 60 anos, menopausadas, participantes do CCI há um ano que constituíram o campo de pesquisa, capazes de responder aos instrumentos de coleta de dados e que aceitaram participar como voluntárias, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, uma **Escala de Resiliência** com o objetivo de avaliar os níveis de adaptação psicossocial positiva, diante dos eventos importantes da vida das pesquisadas (Anexo A), versão adaptada para o português da Escala de Resiliência (Pesce, *et al.*, 2005), sendo este um inventário do tipo likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) e mede os níveis de adaptação psicossocial positiva.

No Brasil, a Escala de Resiliência foi adaptada por Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias e Carvalhaes (2005). O estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com uma amostra de 997 alunos com idades entre 12 e 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas do município de São Gonzalo, RJ. Deste total, 485 eram alunos de 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e 512 eram do 1º e 2º ano do ensino médio. Para a etapa de teste-reteste, uma amostra não probabilística reduzida de 203 alunos da amostra total (n=997) respondeu ao instrumento. A adaptação realizou-se com base nos seguintes critérios para a aceitação de equivalência entre instrumentos: conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração (consistência interna expressa pelo alpha de Cronbach, coeficiente de correlação intraclassa para variáveis contínuas e estatísticas kappa ponderado para variáveis de escala ordinal); além da validade de conteúdo, de construto, análise fatorial e equivalência funcional (Pesce, *et al.*, 2005).

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

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 18 idosas participantes de Centros de Convivência; destas, três (17%) têm entre 60 e 65 anos; oito (44%) têm entre 66 e 70 anos de idade, três (17%) entre 71 e 75 anos; duas (11%) entre 76 e 80 anos; e duas (11%) têm entre 81 e 85 anos de idade, apresentadas na Tabela 1.

Em um estudo realizado por Batista, *et al.*, (2012), verifica-se a população idosa feminina que frequenta centro de convivência em Teresina, PI, com a idade predominante de 66 a 70 anos, dado este que também encontrei com a presente pesquisa; o resultado também foi encontrado por Borges, *et al.* (2008), com uma média entre 65 e 70 anos de idade aproximadamente, em pesquisa realizada em Belo Horizonte, MG. Leite, *et al.* (2012) ressaltam a participação dos idosos jovens em centro de convivência que buscam um envelhecimento mais ativo.

Quanto à escolaridade das entrevistadas, 11 delas (66%) cursaram apenas o primeiro grau incompleto; duas cursaram o primeiro grau completo; duas (11%) cursaram segundo grau completo; e duas (11%) cursaram terceiro grau completo; e uma (6%) não frequentou a escola e aprendeu apenas a escrever o próprio nome em casa.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (2012), e pesquisa realizada pelo IBGE, 54,4% da população idosa não possui mais de três anos de estudo, sendo considerados analfabetos funcionais, dado encontrado também entre as idosas na atual pesquisa, sendo que 61% não possui primeiro grau completo, tendo de um a dois anos de estudo. Batista, *et al.* (2012), em pesquisa encontrou 40,2% de sua amostragem não tendo completado o nível primário de estudo. Este autor ainda defende que a baixa escolaridade entre as idosas, que frequentam os centros de convivência, está associada à não obrigatoriedade de nível algum de escolaridade para frequentar a associação, sendo as atividades de fácil compreensão. Carvalho (2010) realizou estudo na cidade de Volta Redonda, RJ, tendo como resultado que 36% de sua população pesquisada frequentou somente o primeiro grau. Carvalho (2010) afirma que antigamente as crianças iniciavam-se precocemente no trabalho, pois tinham que contribuir com a renda familiar. Silva, *et al.* (2012) confirmam com sua pesquisa a baixa escolaridade dos idosos, com 59,3% de sua população com primeiro grau incompleto, tendo-se a falta de estímulo e a dificuldade de acesso à educação nas décadas anteriores como principal fator.

De um a três salários mínimos foi a renda mensal individual e familiar predominante entre 15 (83%) das entrevistadas; somente duas (11%) das entrevistadas possuíam renda superior a quatro salários mínimos; e uma (6%) de renda familiar de 15 salários mínimos. Estes dados estão descritos na tabela 1 abaixo.

Carvalho (2010) obteve como resultado no que se refere à renda individual e familiar, respectivamente, 39% de sua população pesquisada recebe um salário mínimo, confirmando que os idosos possuem renda baixa. Batista, *et al.* (2012) confirmam a baixa renda da população idosa que frequenta os CCIs: 56,8% de suas entrevistadas recebem um salário mínimo. Em pesquisa realizada por Valim-Rogatto (2010), em centro de convivência em Cuiabá, MT, confirma-se a baixa renda mensal das idosas: 64,6% delas recebia de um a dois salários mínimos. E ainda, Nobrega (2012) mostra em sua pesquisa que 56% de suas pesquisadas recebem apenas um salário mínimo.

Tabela 1: Características sociodemográficas: idade, escolaridade e renda mensal. Vale do Paraíba, SP, 2014

Idade	Idosas	%
60 a 65 anos	03	17
66 a 70 anos	08	44
71 a 75 anos	03	17
76 a 80 anos	02	11
81 a 85 anos	02	11
Escolaridade	Idosas	%
Não frequentou escola	01	06
1º grau incompleto	11	61
1º grau completo	02	11
2º grau incompleto	00	00
2º grau completo	02	11
3º grau incompleto	00	00
3º grau completo	02	11
Renda	Idosas	%
01 a 03	15	83
04 a 07	02	11
Acima de 15 salários	01	06

A dominância de número de filhos foi de um a dois em cinco entrevistadas; quatro tiveram entre três a quatro filhos; quatro tiveram de cinco a seis filhos; uma teve número superior a seis filhos; e quatro não tiveram filhos.

Morar sozinha foi o maior número de respostas positivas entre cinco das 18 entrevistadas; oito moram com uma a duas pessoas; três moram com três a quatro pessoas; e duas entrevistadas moram com cinco a seis pessoas.

Contrariando a atual pesquisa, Resende (2010) acusa que 50% de suas pesquisadas moravam sozinhas em pesquisa realizada em Uberlândia, MG. Já em São Paulo, SP, Gutierrez (2011) relata que 55% das idosas entrevistadas moravam com familiares e 40% moram sozinhas.

No que se refere à situação conjugal, 12 das 18 entrevistadas encontram-se viúvas; quatro das 18 são solteiras; e duas são casadas. Sendo confirmado esse dado com o achado de Batista, *et al.* (2012), em seu estudo em Teresina, PI, sendo que 31,2% das idosas encontram-se viúvas. Valim-Rogatto, *et al.* (2010) confirmam, com seu estudo em Cuiabá, MT, a prevalência de idosas viúvas em centros de convivência, alcançando 46,9% de sua amostragem. Discordando deste estudo, Nobrega, e Souza (2012) confirmam que 28% de sua amostragem eram casadas e 28% divorciadas, sendo as viúvas somente 24% das idosas do Centro de convivência de Santa Luzia, PB. Esses dados estão descritos na tabela 2 abaixo:

Tabela 2: Características sociodemográficas: número de filhos, composição familiar e situação conjugal. Vale do Paraíba, SP. 2014

Número de filhos	Idosas	%
Zero	04	22
1 a 2	05	28
3 a 4	04	22
5 a 6	04	22
Acima de 6	01	06
Composição familiar	Idosas	%
Moram sozinhas	05	28
1 a 2 pessoas	08	44
3 a 4 pessoas	03	17
5 a 6 pessoas	02	11
Situação conjugal	Entrevistadas	%
Solteiras	04	22
Casadas	02	11
Viúvas	12	67

Das doenças de base, a hipertensão foi dominante, sendo acometidas 10 das 18 entrevistadas; destas 10, duas associadas a outras enfermidades, uma associada a diabetes e uma associada à insuficiência cardíaca, com uso diário de medicamentos anti-hipertensivos e associações. Batista, *et al.* (2012) afirma em sua pesquisa que 43,6% das entrevistadas são hipertensas. Saldanha (2004) ressalta que mais de 50% da população idosa brasileira tornou-se hipertensa.

Oliveira e Benneman (2012) realizaram estudo no município de Maringá, PR, confirmando que a prevalência da hipertensão entre as doenças de base, sendo este agravo à saúde, o de maior índice entre as idosas: 56,1% das pesquisadas. Das outras oito entrevistadas, uma era portadora de diabetes e uma portadora de insuficiência cardíaca, fazendo uso de medicamentos diariamente; duas portadoras de outras doenças e quatro não eram portadoras de quaisquer tipos de enfermidades físicas. Estes dados estão descritos na tabela 3 abaixo:

Tabela 3: Características sociodemográfica: doenças de base e uso de medicação. Vale do Paraíba, SP, 2014.

Doenças de base	Idosas	%
Hipertensão	10	56
Diabetes	01	06
Insuficiência cardíaca	01	06
Outras doenças	02	11
Não há	04	22
Uso de medicamentos	Idosas	%
Sim	14	78
Não	04	22
Idade da menopausa	Idosas	%

A prática religiosa foi unanimidade entre as entrevistadas. Dietrich (2009) confirma com seus dados que 100% de sua amostragem participava de práticas religiosas, afirmando que a espiritualidade serve de auxílio ao idoso para enfrentar a última etapa de sua vida, permitindo-lhe conviver com suas limitações e empregando suas potencialidades.

Quanto às atividades de lazer, 16 das idosas praticavam atividades manuais, como bordados, crochê, pintura, costura e tricô. Sendo que destas 16, cinco praticavam a atividade diariamente e 11, duas vezes na semana.

As atividades de dança somente eram praticadas por duas entrevistadas, com frequência de uma a duas vezes na semana. Nos jogos, somente quatro não praticavam qualquer tipo e 14 jogavam bingo, xadrez, dominó e baralho, com domínio do bingo. As viagens eram realizadas por 12 das 18 entrevistadas, com frequência média de uma vez na semana.

Entre as atividades físicas, duas realizavam caminhadas; uma delas praticava natação; três, ginástica; e uma, alongamento, totalizando sete; as outras onze restantes não realizavam qualquer tipo de atividade física, ressaltando-se que uma entrevistada poderia praticar mais de uma atividade. Valim-Rogatto (2010), *et al.* afirmam a participação de idosas de centro de convivência em atividades de lazer, participando de duas a três atividades, abrangendo 51,2% de sua população amostral. Mazo (2005) encontrou 52,5% das idosas analisadas, em sua pesquisa realizada em Florianópolis, SC, como praticantes de atividade física, com intensidade moderada. Silveira, *et al.* (2011) observaram, com sua pesquisa que, para que um programa de atividade física seja eficiente para o idoso, este necessita ser avaliado em suas condições atuais e suas peculiaridades. Araújo e Faro (2012) acusam com seu estudo que 46,9% da população pesquisada eram praticantes de caminhada, e está sendo a atividade preferida entre eles. Atividade profissional é exercida por cinco (28%) das 18 entrevistadas, sendo três remuneradas com até um salário mínimo e duas sem remuneração, sendo que as outras 10 afirmam não exercer atividade profissional. Estes dados estão descritos na tabela 4 abaixo.

No que se refere à atividade profissional, para Valim-Rogatto, *et al.* (2010), 77,7% de sua amostragem não está inserida no mercado de trabalho, assim como o presente estudo que obteve 72,2% de sua população pesquisada. Em contrapartida, Resende (2010) afirma que 66,67% de sua amostragem exerce atividade profissional. Gutierrez (2011) acusa que 47,6 % de sua população amostral autoclassifica-se como sendo “Do Lar”, ou seja, não exerce atividade profissional. A média de idade em que sobreveio a menopausa foi entre 46 a 50 anos de idade.

Tabela 4: Características sociodemográficas: prática religiosa, atividades de lazer e atividade profissional. Vale do Paraíba, SP. 2014

Prática religiosa	Idosas	%
Sim	18	100
Não	Zero	Zero
Atividades de lazer	Idosas	%
Manuais	16*	89
Dança	02*	11
Jogos	14*	78
Viagens	12*	67
Outros	07*	39
Atividade profissional	Idosas	%
Sim	05	28
Não	13	72
Remunerada	03	60
Não remunerada	02	40

* Obs: Lembrando-se que as perguntas que geraram estes dados possibilitaram a marcação de mais de uma opção de resposta.

A escala de resiliência pontuou 163 pontos, sendo o mínimo de 25 pontos (baixíssimo nível de resiliência) e o máximo de 175 (alto nível de resiliência) foi identificado um grau elevado entre as entrevistadas.

Conclusão

Analisando-se a escala de resiliência, e considerando ser o mínimo de 25 pontos (baixíssimo nível de resiliência) e o máximo de 175 (alto nível de resiliência), foi identificado um grau elevado entre as entrevistadas, pois a média foi de 163 pontos, embora tenham que sobreviver com renda mensal individual e familiar de um a dois salários mínimos. Foram entrevistadas 18 idosas participantes de centros de convivência, preponderando a idade entre 66 e 70 anos, tendo como predominância da escolaridade o primeiro grau incompleto. Muitas moravam sozinhas ou com filhos, primando a viuvez e unânimes nas práticas de atividades religiosas. Realizavam atividades de lazer (jogos, dança, caminhada, bordado, crochê e viagens), sendo as viagens realizadas uma vez ao mês, promovidas pelo centro de convivência ou com familiares. A hipertensão predominou entre as entrevistadas, que fazem uso de medicamentos diariamente, confirmando a prevalência da hipertensão entre os idosos. A maioria não exercia atividade profissional, remunerada. Analisando todos os dados obtidos, concluímos que as mulheres idosas participantes dos CCI's atendem sua rotina diária com grau elevado de resiliência, apesar das interpéries da vida.

Referências

- Batista, N. N. L. A. L., Vieira, D. J. N., Silva, G. M. P. (2012). Caracterização de idosos participantes de atividade física em um Centro de Convivência de Teresina, PI. *Enfermagem em Foco*, 3(1), 07-11.
- Borges, P. L. de C., Bretas, R. P., Azevedo, F. de A., & Barbosa, J. M. M. B. (2008). Perfil de idosos frequentadores de grupos de Convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Caderno Saúde Pública*, 24(12), 2780-2808. Recuperado em 01 novembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf>.
- Carvalho, R. M. (2010). O processo de envelhecimento na visão dos idosos participantes dos grupos de convivência de Volta Redonda: Subsídios para confecção de cartilha informativa. Dissertação de mestrado. Volta Redonda, RJ.
- Dietrich, B. (2009). Qualidade de vida dos idosos de um município do sul do país. *Centro Universitário FEEVALE*. Instituto de Ciências da Saúde. Trabalho de conclusão de curso.
- Ferreira, C., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Rev. Esc. Enfermagem, USP*, 46(2).
- Fortes, T. R. F., Portuguez, M. W., & Argimon, I. I. L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Campinas, SP: *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463. Recuperado em 01 novembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>.
- Ferreira, C. L., Rocha, E. A., & Maia, E. M. C. (2010). Resiliência em idosos: considerações sobre a produção científica na área do envelhecimento. Porto Alegre, RS: *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 15(1), 129-136.
- Gutierrez, B. A. O., et al. (2011). Mensuração da qualidade de vida de idosos em centro de convivência. *J. Health Sci.Inst.*, 29(3), 186-190.
- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. Escola Superior de Saúde. Campus Universitário Jean Piaget de Viseu. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 327-332.
- Leite, M. T., Hildebrand, L. M., Kirchner, R. M., Winck, M. T., Silva, L. A. A. da, & Franco, G. P. (2012). Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev. Gaúcha Enf.*, 33(4), 64-71. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/08.pdf>.
- Mazo, G. Z., Mota, J., Gonçalves, L. H., T., & Matos, M. G. (2005). Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. Porto, Portugal: *Revista Port. Cienc. Desp.*, 5(2). Recuperado em 01 novembro, 2014, de: http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/vol.5_nr.2/1.8.G.Z.Mazo.pdf.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2012). Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. *Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas*. Orientações Técnicas, Brasília, DF.

- Neri, A. L. (2001). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea. (136 p.).
- Nobrega, S. M. F., & Sousa, K. M. O. (2012). Qualidade de vida entre idosos que participam das atividades de um grupo de convivência. *REBES* (Pombal, PB), 2(1), 45-52.
- Oliveira, E. F., & Bennemann, R. M. (2012). Prevalência de doenças não transmissíveis, risco para doenças cardiovasculares, e estado nutricional em idosos que participam de um grupo da terceira idade em Maringá-PR. *Revista Saúde e Pesquisa*, 5(3), 463-469.
- Pesce, R., Assis, S. G., Avanci, J., Malaquias, J., & Oliveira, R. V. C. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Resende, M. C. de, Ferreira, A. A., Naves, G. G., Arantes, F. M. S., Roldão, D. F. M., Sousa, K. G., & Abreu, S. A. M. (2010). Envelhecer atuando: Bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n3/v22n3a11.pdf>.
- Saldanha, A. L., & Caldas, C. P. (2004). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Interciência.
- Silva, A. I., & Alves, V. P. (2007). *Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade*. Recuperado em 01 novembro, 2014, de: www.fsba.edu.br/dialogospossiveis.
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., Oliveira, T. S. de, & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(2), 119-140. São Paulo (SP), Brasil: PUC-SP. Recuperado em 01 novembro, 2014, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13798/10187>.
- Silveira, S. C., Faro, A. C., & Araújo, C. L. O. (2011). Atividade física, manutenção da capacidade funcional e da autonomia: revisão de literatura e interfaces do cuidado. Porto Alegre, RS: *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 16, 61-77.
- Valim-Rogatto, P. C., Rogatto, G. P., Candolo, C., Machado, A., & Brêtas, A. C. P. (2010). Participação de idosos em atividades físicas, sociais, educacionais e em serviços de saúde de centro de convivência: Diferenças entre sexos. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, 9(3), 169-176.

Recebido em 30/01/2015

Aceito em 30/03/2015

Magnólia Maria Santos e Silva - Aluna de graduação das Faculdades Integradas

Teresa D'Ávila, bolsista PIBIC- CNPq.

E-mail: magnoliamss@uol.com.br

Claudia Lysia de Oliveira Araújo - Professora Doutora das Faculdades Integradas

Teresa D'Ávila, orientadora PIBIC-CNPq.

E-mail: claudia-lysia@ig.com.br