

## **Resiliência e capacidade funcional em idosos**

### *Resilience and functional capacity in the elderly*

*Fernanda Bueno D'Elboux Couto*

#### **Resumo**

O envelhecer tem sido foco de muitos estudos devido ao crescente número de idosos na população mundial, pelo gasto decorrente das doenças crônicas ou pelo número maior de idosos ativos. O fato é que os idosos estão ganhando espaço em pesquisas, mostrando facetas não questionadas anteriormente. Falar sobre a independência funcional na velhice parece ser corriqueiro, mas a interação entre aspectos psicológicos como autoeficácia, autoestima e resiliência tem sido tema de pesquisas. O objetivo deste texto é apresentar conceitos referentes à capacidade funcional em idosos e correlacioná-los aos aspectos psicológicos, principalmente ao conceito de resiliência. Ao final, propomos o conceito de resiliência físico-funcional.

**Palavras-chave:** Resiliência; Capacidade funcional; Idosos.

#### **Abstract**

The aging process has been the main subject of several studies, due to the increasing number of elderly in the world population, the expenses from chronic diseases or the ever-growing number of active elderly. Fact is, the elderly are often highlighted in surveys, showing aspects not formerly questioned. To discuss functional independency in aging seems commonplace, but the interaction between psychological aspects as self-efficacy, self-esteem and resilience, has been subject to studies. The intent of this paper is to present concepts referring to the functional capacity in the elderly and correlate those to the psychological aspects, mostly to the concept of resilience. Finally, we propose the concept of physical-functional resilience.

**Keywords:** Resilience; Functional Capacity; Elderly.

## **1. Capacidade e incapacidade funcional**

Sabendo-se que o declínio da capacidade funcional tende a aumentar com a idade, é urgente o esforço para prevenir a dependência física ou retardá-la ao máximo (Araújo e Ceolim, 2007).

À medida que o ser humano envelhece, tarefas do cotidiano, consideradas banais, podem paulatinamente tornar-se difíceis de serem realizadas e, muitas vezes, indivíduos percebem-se dependentes de outra pessoa para tarefas de auto cuidado. Assim, a avaliação da capacidade funcional é relevante como indicador de qualidade de vida do idoso e pode ser entendida como desempenho das atividades de vida diária (Araújo e Ceolim, 2007).

Com a finalidade de descrever a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que objetiva fornecer linguagem padronizada e modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados a ela. Os conceitos apresentados introduziram um novo paradigma sobre deficiência e incapacidade que passaram a ser compreendidas, não apenas como consequências das condições de saúde/doença, mas também determinadas pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação (Farias e Buchalla, 2005).

Caeiro e Gomes e Silva (2008), em seu artigo sobre os fatores predisponentes da incapacidade funcional em idosos, conceituam função como sendo performance normal ou característica de um indivíduo; capacidade como aptidão de um indivíduo para executar determinada tarefa ou ação, indicando o nível de função que pode ser atribuído a esse indivíduo em determinado domínio. Atrelados à capacidade e função estão os conceitos capacidade funcional e incapacidade funcional que são discutidos a seguir.

A capacidade funcional, ou independência funcional, é a capacidade de cumprir ações requeridas na vida diária para manter o corpo e sobreviver independentemente (Parras, Sallas e Escobar, 2005) sendo um conceito-chave na definição de saúde para o idoso.

A avaliação funcional é uma medida para verificar se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno de maneira independente e, caso não seja, essa avaliação verifica se a necessidade de ajuda é parcial ou total (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

Métodos habituais de realização da avaliação funcional estruturada consistem na observação direta (testes de desempenho) e em questionários (autoaplicados ou entrevistas face a face) sistematizados por uma série de escalas (Araújo e Ceolim, 2007).

Muitos pesquisadores, porém, têm repensado a forma de avaliar os idosos, implementando a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que é uma somatória de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais com a avaliação abrangente e estruturada associada aos métodos clássicos não padronizados de avaliação de saúde das diversas especialidades (Paixão Jr. e Reichenheim, 2005).

O estado funcional é uma dimensão base para a AGA verificando fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos idosos. Como há interação grande entre fatores sociais e cognitivos com o funcional, a alteração em qualquer dimensão pode indicar problemas nas outras (Paixão Jr. e Reichenheim, 2005).

Entre termos importantes para o entendimento de capacidade e incapacidade funcional temos declínio funcional em idosos, que traduz a modificação, considerada normal ou própria da idade, que ocorre na função física, emocional e social durante o processo de envelhecimento, variando de acordo com os indivíduos (Hillsdon *et al.*, 2005).

Duarte, Andrade e Lebrão (2007) apresentam o conceito de processo incapacitante que se refere ao processo pelo qual determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho das atividades cotidianas, como as atividades de vida diária (AVDs) que são subdivididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) (relacionadas ao autocuidado) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (relacionadas à vida dentro da comunidade).

A dependência comporta uma gradação, ou seja, é uma condição que não atinge de modo uniforme todos os domínios do funcionamento dos idosos. Assim, a incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças e andar pela cidade, ou incapacidades resultantes de um comprometimento mais grave de locomoção, visão ou audição não significam, necessariamente, disfuncionalidade em outros domínios como cognitivo e emocional (Pavarini e Neri, 2000).

Pavarini e Neri (2000) citam Baltes e Silverberg para discutir três possibilidades de dependência no curso da vida humana: estruturada, física e comportamental. Abaixo discutimos as duas primeiras.

A dependência estruturada relaciona-se ao afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo. O conceito remete às práticas sociais e não necessariamente ao indivíduo que tem sua autonomia e sua independência restringidas. Assim, fatores como guerras, intolerância racial, asilamento, hospitalização prolongada, maus-tratos, fome e pobreza podem induzir indivíduos sadios, ativos e produtivos a extremos de dependência física e psicológica, e podem agravar o estado de dependência dos portadores de algum comprometimento físico/funcional, cognitivo ou social.

O segundo conceito, a dependência funcional, também é conhecida como incapacidade funcional ou incapacidade para realizar atividades da vida diária. O desempenho de qualquer atividade que indique capacidade funcional é produto da interação entre componentes biológicos, psicológicos e ambientais. Nenhuma disfunção tem causa única nem consequências circunscritas. Por exemplo, a presença de doenças e de perdas em força, rapidez e flexibilidade afetam o domínio físico, mas também a autoestima, o senso de autocontrole, as crenças de autoeficácia e a motivação do idoso.

Dependência, independência e autonomia<sup>2</sup> não são condições que se excluem umas às outras, pois o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinado aspecto e independente em outro. Assim, por exemplo, é possível observar dependência física associada à autonomia financeira; dependência afetiva (idoso usa sua idade para despertar compaixão e atenção) com independência cognitiva (pessoa idosa é capaz de planejar o curso das ações que conseguirão manter a esposa ou uma filha sempre perto de si) (Pavarini e Neri, 2000).

A dependência na velhice tem muitas faces e etiologias com diferentes consequências sobre as relações do idoso consigo próprio, com as pessoas, o ambiente físico, com o mundo natural e as instituições sociais (Pavarini e Neri, 2000).

É importante observarmos que, à medida que a prevalência de condições crônicas aumenta com a idade, os idosos adquirem risco crescente de distresse psicológico e de funcionamento psicológico deficiente; os recursos psicológicos e

---

<sup>2</sup> Autogoverno; liberdade para agir e para tomar decisões.

sociais de que dispõem são fatores que influenciam na importância que a incapacidade funcional tem na vida desses idosos (Rabelo e Neri, 2005).

## **2. A autoeficácia como recurso psicológico diante das incapacidades funcionais**

Os déficits no funcionamento físico interferem no desempenho das atividades cotidianas e na avaliação subjetiva que o indivíduo faz de sua vida (Melzer e Parayba, 2004). As situações podem ser vivenciadas como estressoras, afetando o *status* psicológico do sujeito e levando-o a crises e problemas emocionais (Rabelo e Neri, 2005; Vivan e Argimon, 2008).

Ao vivenciar um evento negativo que representa ameaça ao senso de controle pessoal e traz numerosas consequências de longo prazo, o indivíduo tende a acionar seus recursos pessoais e sociais (Rabelo e Neri, 2005).

De acordo com Smith *et al.* (2002), as condições crônicas podem levar à diminuição do potencial de os indivíduos experienciarem a vida positivamente, especialmente entre aqueles acima de 80 anos de idade.

Estudos recentes, segundo Jang *et al.* (2002), indicam o papel substancial de fatores psicossociais no desenvolvimento de incapacidades.

Os fatores psicológicos que refletem a percepção subjetiva do indivíduo e sua avaliação sobre as situações funcionam como recursos de enfrentamento, atenuando o efeito de situações estressantes e auxiliando no manejo do ambiente social e físico (Rabelo e Cardoso, 2007).

É importante considerar a subjetividade dos idosos, pois os mecanismos de autoregulação do *self* são reconhecidos como elementos centrais e propulsores da resiliência psicológica. Dentre esses mecanismos está o senso de autoeficácia (Neri, 2006).

A autoeficácia (AE) pode ser definida como a crença que as pessoas têm em sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para alcançar determinados resultados (Rabelo e Cardoso, 2007) ou como a crença do indivíduo em sua capacidade pode influenciar a motivação, persistência, vulnerabilidade ao *stress* e depressão (Vivan e Argimon, 2008).

Rabelo e Cardoso (2007) citam Bandura quando apontam que o senso de AE determina se o comportamento será iniciado, quanto esforço será empreendido e por quanto tempo esse comportamento será mantido diante de obstáculos e experiências adversas. Assim, as pessoas tendem a evitar situações ameaçadoras que acreditam

exceder suas habilidades de enfrentamento, mas elas se envolvem em atividades estressantes e se comportam de modo confiante quando se julgam capazes de lidar com essas situações.

Quanto maior a AE percebida, mais ativos são os esforços de enfrentamento e, uma vez ela estabelecida e aumentada, tende a se generalizar para outras situações semelhantes àquelas em que foi restaurada (Rabelo e Cardoso, 2007).

As crenças de AE moldam os resultados que as pessoas esperam produzir com seus esforços. Pessoas com alta AE esperam alcançar resultados favoráveis e pessoas com baixa AE são facilmente convencidas da futilidade de seus esforços e, rapidamente, desistem de continuar tentando. Os indivíduos com alta AE veem os impedimentos como transponíveis pelo aperfeiçoamento de habilidades de autogerenciamento e pelos esforços perseverantes e permanecem no curso de suas ações diante de dificuldades (Bandura, *apud* Rabelo e Cardoso, 2007).

O senso de AE atua como mediador na manutenção e promoção da memória, saúde física, funcionalidade e bem-estar subjetivo entre os idosos (Neri, 2006). A AE percebida influencia o nível de benefício que os indivíduos recebem das intervenções terapêuticas; assim ela provê um mecanismo de ligação entre fatores psicossociais e status funcional (Holman e Lorig, 1992).

Uma pessoa pode ter um resultado pobre, adequado ou extraordinário dependendo das flutuações de como ela pensa a sua autoeficácia, pois concluir uma tarefa requer não só habilidades, mas crenças em sua autoeficácia (Mussolini, 2007).

### **3. Resiliência e capacidade funcional: resiliência física ou funcional?**

Segundo Couto (2005), apoiado em Cowan, Cowan e Schulz, indivíduos resilientes são aqueles que, ao invés de evitarem o risco, demonstram boa adaptação diante dele. Em outras palavras, resiliência pode ser compreendida como a capacidade de o indivíduo se manter bem, recuperar-se e, até mesmo, ser bem-sucedido diante das adversidades (Ryff, *apud* Couto, 2005). Esse conceito também se refere à adaptação face ao perigo, à capacidade de sair vencedor e com força renovada de uma prova que poderia ter sido traumática (Laranjeira, 2007).

A resiliência não é um atributo fixo da pessoa. O mesmo indivíduo pode reagir bem ao risco em certo momento de vida e, em outro, não conseguir fazê-lo (Rutter, 1987). A resiliência é compreendida como um fenômeno que leva a bons resultados apesar das ameaças à adaptação e ao desenvolvimento individual (Masten, 2001), é

um processo que resulta da interação entre o indivíduo e seu meio ambiente (Laranjeira, 2007).

Whitbourne (*apud* Laranjeira, 2007), a partir da observação de famílias desfavorecidas, propõe que a força psicológica da resiliência assenta-se em três tipos de fatores de proteção: 1. individuais: temperamento, reflexão, capacidades cognitivas, sentimentos de empatia, humor e competências sociais, 2. familiares: calor humano, coesão e atenção por parte do principal prestador de cuidado, 3. suporte: rede de apoio familiar e sistema de serviços sociais. Segundo Fonagy (2001), esses polos de proteção favorecem a resiliência porque melhoram a autoestima e a autoeficácia e possibilitam novas experiências ao sujeito.

Neri (2004) afirma que, mesmo com o declínio da plasticidade comportamental<sup>3</sup> e da resiliência o indivíduo mantém-se capaz de exibir funcionalidade psicológica e social além de expressar seus sentidos de ajustamentos e bem-estar.

Em pesquisa, Krueger *et al.* (2006), relacionam algumas características de personalidade com o desenvolvimento da incapacidade em idosos e sugerem que o risco de se tornar dependente foi 85% menor nos idosos mais extrovertidos quando comparados com os menos extrovertidos e 50% menor nos que apresentam mais capacidade de ser aplicado e determinado quando comparados com as pessoas que apresentam menos capacidade nesses quesitos. Assim é possível supor que o desenvolvimento da resiliência mental constitua uma forma de compensação para perdas de capacidade funcional e saúde física (Lang, Riechmann e Baltes, 2002).

Fatores físicos e psicológicos são indissociáveis e interdependentes. Além disso, conceber a pessoa como um todo faz parte da visão atual de intervenção na área da saúde. Nesta perspectiva, a reabilitação não surge apenas como a intervenção em um corpo atingido, mas também como reabilitação de aspectos psicológicos ligados ao corpo (Galhordas e Lima, 2004; Oliveira, 2004). Dito de outra maneira, cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser (Leite e Faro, 2005).

A reabilitação é um processo dinâmico orientado para a saúde que auxilia indivíduos enfermos ou incapacitados a atingirem seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico (Leite e Faro, 2005). A

---

<sup>3</sup> Capacidade de o indivíduo adaptar-se ao meio, por meio de novas aprendizagens.

medicina física utiliza procedimentos que contribuem para normalizar funções, adaptar incapacidades às novas realidades, resgatar habilidades e possibilitar reintegração profissional e social (Yeng *et al.*, 2001)

Utilizar a reabilitação física/funcional tem sido uma estratégia para recuperar incapacidades e reintroduzir idosos com incapacidade funcional em seus contextos familiares e sociais, mantendo-os ativos, físico e cognitivamente, confirmando o que Galhordas e Lima (2004) propõem: a reabilitação é gratificante na medida em que toda a finalidade do tratamento é recuperar as capacidades perdidas.

Tendo em vista os conceitos de resiliência, incapacidade funcional e reabilitação, podem ser elaboradas algumas perguntas pertinentes.

#### **4. Considerações finais**

Todo o indivíduo tem recursos internos a serem resgatados em momentos de estresse, seja ele físico, funcional ou emocional, a fim de restabelecer sua capacidade de gerenciamento da própria vida. Portanto, idosos portadores de alterações funcionais também teriam essa capacidade e, assim, estariam mais receptivos às propostas de reabilitação. Mas, por que há indivíduos com quadros funcionais e idades semelhantes que reagem diferentemente às técnicas da reabilitação física? No que diferem esses indivíduos?

Para Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2008), há expressiva variabilidade na experiência dos eventos estressantes e nas formas de enfrentamento, uma vez que os indivíduos estão expostos a diferentes circunstâncias sociais e pessoais, atuais e passadas, além de serem dotados de diferentes graus de resiliência e de interpretarem e lidarem com eventos estressantes de maneira particular.

Então, ser frágil, vulnerável do ponto de vista biológico ou funcional, não significa, necessariamente, ser pouco resiliente emocionalmente. Mas, será que há uma resiliência física, biológica ou funcional?

O indivíduo funcionalmente resiliente poderia ser considerado aquele capaz de se recuperar após um evento estressante ter gerado incapacidades funcionais. Seria aquele que se torna apto a executar tarefas e rotinas diárias, integralmente ou não, podendo utilizar instrumentos adaptativos como órteses e próteses. Resiliência física/funcional seria a capacidade de aproveitar o máximo de estratégias utilizadas pela reabilitação para reintegrar o indivíduo, colocando-o, novamente, no convívio familiar, social e de trabalho. Segundo Neri (2004), qualquer pessoa pode ativar



mecanismos de otimização e compensação, por exemplo, utilizando recursos tecnológicos.

O processo saúde-doença engloba fatores de prevenção que são divididos em: 1. prevenção primária - educação dos indivíduos sobre as doenças e como evitá-las, utilizando estratégias diárias de cuidados, 2. prevenção secundária - reconhecer rapidamente a doença e evitar que traga incapacidades, e 3. prevenção terciária - reabilitação, ou seja, evitar as incapacidades e tratá-las. A resiliência físico-funcional deve ser abordada nos dois primeiros níveis de prevenção e não apenas no processo reabilitatório. Assumir comportamentos de saúde que diminuam as chances do aparecimento de doenças e suas consequências pode ser considerado resiliência, pois fortalece recursos internos como autoeficácia e autoestima que podem ser utilizados caso apareçam doenças ou eventos incapacitantes.

Vamos imaginar um caso hipotético no qual um senhor de 65 anos, Sr. João, destro, com nível superior, empresário financeiramente estável, casado, pai de três filhas adultas e independentes, sedentário, hipertenso, e com hábitos alimentares incorretos, como ingestão abusiva de gordura e sal, sofre um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e fica incapaz de executar parte das suas AVDs por conta de uma hemiplegia à direita. Ele não aceita os processos reabilitatórios e as sugestões de adaptações.

O Sr. João poderia ter tido um padrão de comportamento saudável (proposto pela prevenção primária), quando, antes do AVC, tivesse evitado o sedentarismo, dedicado mais tempo ao lazer e tivesse uma dieta balanceada. Ou ele poderia, após o AVC, ter aceitado o processo de reabilitação e incorporado suas novas capacidades física-funcionais, utilizando os dispositivos de auxílio. Esses seriam os comportamentos esperados pela equipe de saúde.

Se o comportamento do Sr. João tivesse sido o esperado, poderíamos considerá-lo resiliente? Se partirmos do pressuposto de que a tríade da força psicológica da resiliência é composta por fatores individuais, familiares e de suporte, imaginariamos que nesse caso haveria recurso para a resiliência psicológica estar presente (suporte familiar, financeiro e motivacional). Contudo, a autoavaliação dos próprios recursos, sejam pessoais, familiares ou sociais, podem indicar uma baixa crença de autoeficácia o que pode gerar um comportamento aversivo às propostas de adaptação e melhora do quadro físico-funcional. Isso indicaria uma baixa capacidade

para se recuperar e adaptar-se após o evento traumático, ou seja, baixa resiliência psicológica e físico-funcional.

A vulnerabilidade biológica e a incapacidade funcional podem gerar baixa resiliência física, mas ela está intimamente ligada aos aspectos psicológicos e à subjetividade dos recursos internos. A autoavaliação das capacidades funcionais e das dificuldades em manter ou aceitar os recursos reabilitatórios depende de critérios como autoestima e autoeficácia.

Estratégias para aumentar a resiliência físico-funcional devem englobar recursos físicos e psicológicos, a fim de gerar nos indivíduos reservas que possam ser resgatadas em momentos de recuperação. Portanto, a realização da reabilitação física poderia garantir uma resposta positiva sobre a capacidade funcional, mas o trabalho integrado entre reabilitação física, estímulo das capacidades psicológicas, construção da autoestima positiva e crença no otimismo são partes fundamentais do processo reabilitatório geral.

## **Referências**

ARAÚJO, M. O. P. H. e CEOLIM, M. F. (2007) Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n.º 3, p. 378-85.

AVLUND, K.; VASS, M. e HENDRIKSEN, C. (2003) Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. *Age and Ageing*, v. 32, n.º 6, p. 579-84.

CAEIRO, M.; GOMES e SILVA, M. (2008) Factores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *EssFisiOnline*, v. 4, n.º 1, p. 15-34.

COUTO, M. C. P. P. (2005) *Fatores de risco e proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia - Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L. e LEBRÃO, M. L. (2007) O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n.º 2, p. 317-25.

FARIAS, N. e BUCHALLA, C. M. (2005) A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.8, n.º 2, p. 187-93.

FONAGY, P. (2001) Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte. *Psychiatrie de L'Enfant*, v. 44, n.º 2, p. 333- 69.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L. e CUPERTINO, A. P. F. B. (2008) Eventos estressantes, estratégia de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas

depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.21, n.º 1, p. 74-82.

GALHORDAS, J. G.; e LIMA, P. A. T. (2004) Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, v. 0, p. 35-47.

HILLSDON, M. M., *et al* (2005) Prospective Study of Physical Activity and Physical Function in Early Old Age. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 28, n.º 3, p. 245-50.

HOLMAN, H. e LORIG, K. (1992) "Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease". In: SCHWARZER, R. *Self-efficacy: Thought control and action*. London, Taylor & Francis.

JANG, Y. *et al*. (2002) The hole of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist*, v. 42, n.º 6, p. 807-13.

KRUGER, K.R. *et al*. (2006) Personality and incident disability in older persons. *Age and Ageing*, v. 35, p. 428-33.

LANG, F. R.; RIECKMANN, N. e BALTES, M. (2002) Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *Journal of Gerontology*, v. 57, n.º 6, p. 501-9.

LARANJEIRA, C. A. S. J. (2007) Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 23, n.º 3, p. 327-32.

LEITE, V. B. E. e FARO, A. C. M. (2005) O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 39, n.º 1, p. 92-6.

MASTEN, A. (2001) Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, v. 56, n.º 3, p. 227-38.

MELZER, D. e PARAHYBA, M. I. (2004) Socio-demographic correlates of mobility disability in older brazilians: results of the first national survey. *Age Ageing*, v. 33, p. 253-59.

MUSSOLINI, C. C. (2007) *Envelhecimento e auto-eficácia: dispositivos assistivos desenvolvidos e adaptados pelos idosos*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), São Paulo: PUC-SP.

NERI, A. L. (2006) O senso de auto-eficácia como mediador do envelhecimento bem-sucedido no âmbito da cognição, das competências para a vida diária e do autocuidado à saúde. In: AZZI, R. R. e POLYDORO, S. A. J. (orgs.) *Auto-eficácia em diferentes contextos*. Campinas: Alínea.

NERI, A. L. (2004) Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, J. R., MORELLI, J. G. S. (org.) *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole.

OLIVEIRA, R. A. (2004) O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, v. 6, n.º 1, p. 63-7.

PAIXÃO JR, C. M. e REICHENHEIM, M. E. (2005) Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública – RJ*, v. 21, n.º 1, p. 7-19.

PARRAS, M. S.; SALAS, M. C. e ESCOBAR, J. M. M. (2005) Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, v. XI, n.º 2, p. 17-21.

PAVARINI, S. C. I. e NERI, A. L. (2000) “Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos.” In: DUARTE, Y. A. O. e DIOGO, M. J. D. (orgs.) *Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico*. São Paulo: Atheneu.

RABELO, D. F. e CARDOSO, C. M. (2007) Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*, v. 12, n.º 1, p. 75-81.

RABELO, D. F. e NERI, A. L. (2005) Recursos psicológicos e ajustamento pessoal rente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, v. 10, n.º 3, pp. 403-12.

RUTTER, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatric*, v. 57, n.º 3, p. 316-31.

SMITH, J. *et al.* (2002) Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, v. 58, n.º 4, p. 715-32.

VIVAN, A. S. e ARGIMON, I. I. L. (2008) Dificuldade funcional e  *coping* em idosos. *Barbarói-Santa Cruz do Sul*, v. 28, p. 136-46.

YENG, L.T. *et al.* (2001) Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. *Revista de Medicina (São Paulo)*, v. 80 (edição especial parte2), p.245-525.

**Fernanda Bueno D’Elboux Couto** - fisioterapeuta (UNIBAN), especialista em Gerontologia (Unifesp) e mestre em Gerontologia (Unicamp). Fisioterapeuta do Hospital São Camilo/Santa Casa de Itu e professora nos cursos para formação de Cuidadores de Idosos Dependentes oferecidos pelas prefeituras das cidades de Itu (SP) e Salto (SP). Integrante do Grupo de Estudos Tempo/GER/Unicamp.

Contato: fernanda\_couto@hotmail.com

*Recebido em 16 de maio de 2010*

*Aceite final em 20 de junho de 2010*