

GIOVANE PEREIRA BALBÉ

**FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA ENTRE IDOSAS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO**

FLORIANÓPOLIS – SC

2011

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE – CEFID
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

GIOVANE PEREIRA BALBÉ

**FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA ENTRE IDOSAS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano, na área de concentração de Atividade Física e Saúde.

Orientadora: Dra. Giovana Zarpellon Mazo

FLORIANÓPOLIS – SC

2011

GIOVANE PEREIRA BALBÉ

**FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA ENTRE IDOSAS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO**

Dissertação de mestrado aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências do Movimento Humano, na área de concentração Atividade Física e Saúde, no Curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Banca Examinadora

Orientadora:

Profa. Dra. Giovana Zarpellon Mazo
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Co-orientadora:

Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Membro:

Profa. Dra. Thaís Silva Beltrame
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Membro:

Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Membro:

Profa. Dra. Adriana Schüler Cavalli
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL

Florianópolis, 01 de março de 2011

DEDICATÓRIA

Decido e compartilho deste trabalho
àqueles que sempre me apoiaram em
todos os momentos:

Meus pais, Maria de Fátima e Waldemar.

Meu irmão, Samuel.

Minhas avós, Catarina e Conceição.

Meus avôs, Tolentino e Alcírio (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Giovana Zarpellon Mazo, pelo dedicado e incansável trabalho de orientação, partilhando valiosos conhecimentos com a humildade dos grandes sábios, meu profundo respeito e gratidão.

À professora Tânia Benedetti, pelo apoio profissional e contribuições literárias.

Aos professores Fernando Cardoso e Thaís Beltrame, pelos ensinamentos e contribuições para com minha formação.

À professora Adriana Cavalli, por ter aceitado contribuir para com este estudo. Agradecimentos extensivos aos professores Luis Henrique da Rosa, Marília de Rosso Krug e, em especial, a Solange Beatriz Billig Garces, a qual possibilitou o primeiro contato com a extensão e, posteriormente, com a pesquisa, despertando o gosto pelo trabalho com o idoso.

À Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), ao Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) pelo ensino gratuito e de qualidade. Aos funcionários da pós, em especial a Solange Remor, pela dedicação e carinho com que recebe os pós-graduandos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter investido na minha qualificação profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e integrantes do Programa Floripa Ativa, pelo espaço e apoio na realização deste estudo. Em especial, a Márcia Palumbo, ao Erádio Gonçalves, Maria Francisca e as profissionais de Educação Física Cecília, Karine, Katiucia, Gabriele, Andréa e Sibebe que colaboraram imensamente para a realização deste estudo.

Às coordenadoras e demais membros da equipe dos Centros de Saúde envolvidos na realização do estudo: Yara Maria (coordenadora), Fabrícia (enfermeira), Vangie e Rose (Agentes de Saúde) do Centro de Saúde dos Ingleses; Marly Denise (coordenadora) e Ana Paula (Agente de Saúde) Centro de Saúde Saco Grande; Arlete Ema (coordenadora) Centro de Saúde Capoeiras; Simone Luz (coordenadora), Karla, Beti e Vanir (Agentes de Saúde) Centro de Saúde do Córrego Grande; Nadir de Souza (coordenadora), Kátia e Sonia (Agentes de Saúde) do Centro de Saúde João Paulo.

A todos os idosos do Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) e do Programa Floripa Ativa, em especial, à aluna do GETI, Adelina Flores, pela amizade e carinho despendido através de palavras e gestos de afeto.

Ao Laboratório de Gerontologia (LAGER) e ao GETI, por propiciarem um espaço de trabalho e estudo que, indiscutivelmente, contribuíram para a qualificação de minha formação, seja na pesquisa, no ensino, como na extensão. A todos os colegas da equipe GETI/LAGER pela amizade e apoio, entre eles: os bolsistas Enaiane Menezes, Gabriel Oliveira, Caroline Vieira, Priscila Gil, Gabriel Antunes, Guilherme Garcia, Franco dos Santos, Kelly Gonçalves, Sarah Feltrin, Antuniel Terme, Vinicius Zanella, Rodrigo Campos e Rafael Penteado. Em especial, a Elizandra Gonçalves, Tamara Reis, Paula Quinaud e Inês Streit que contribuíram diretamente com este estudo.

Aos colegas do LAGER: Rodrigo Krug, Márcia Benetti e Mauren Salin, pelos momentos de descontração e trabalho. À colega Janeisa Virtuoso, por ter compartilhado dos desafios a nós destinados frente ao laboratório. Pelos momentos de discussão, reflexão e estudo, principalmente de estatística ao desbravarmos numa área até, então, pouco conhecida. Saiba que aprendi muito com você!

Aos meus amigos Roges Dias e Adílson Cardoso pelo apoio e incentivo logo que cheguei ao laboratório. Por me ensinarem a importância da amizade e principalmente pelos momentos de discussão e descontração realizados nesta jornada.

Ao meu amigo, colega de pensão e laboratório Júlio Cesar da Conceição, pessoa de caráter, humilde e inteligente, com a qual tive a honra de conviver, apesar de corintiano, sendo em muitos momentos psicólogo e fiel confidente. Um agradecimento, aos demais colegas de pensão: Douglas, Jonas, Cristiane,

Jéssica e especialmente a dona Ronilda por me receber em sua casa. Agradeço ao funcionário do CEFID, José Carlos Barcelos, pelas oportunidades em participar do bate bola semanal junto com seus companheiros, momento este em que pude extravasar o estresse do cotidiano acadêmico.

À minha companheira Luciani e ao meu filho Gustavo, pelo apoio e carinho despendido, os quais me ajudaram a enfrentar todos os momentos certos e incertos vividos neste período.

E por último, de primordial importância, minha família. Minha mãe e meu pai, Maria de Fátima e Waldemar por investirem na minha formação, não desacreditando, em momento algum, que isso era possível, sendo exemplos de *resiliência*, honestidade e trabalho. A vocês, minha imensurável gratidão! Ao meu irmão Samuel, pelo carinho e proteção a mim oferecido, do qual sinto orgulho. E aos meus avós Alcírio de Deus, Tolentino Marques (*in memoriam*), Catarina Sasso e Conceição Saratt dos quais tenho grande admiração e carinho por tudo que me ensinaram e ensinam.

*Aprimorei o faro nas esquinas
Entrei na dissonância dos mendigos
Na praça conversei com muitos velhos
E andei nos seus caminhos percorridos.*

*Eu fui guri do campo na cidade
Com a mesma liberdade das estâncias
Apenas o meu verso demudou
De doce se amargou chorou infância.
No mais eu não mudei
Ainda canto milongas no violão que é
Mais um vício
E busco na janela inspiração
Falando de um galpão neste edifício.*

*Eu quero manter vivo o que sorri
No tempo que eu nem vinha na cidade
E agora que ironia eu sou saudade
Querendo achar o tempo que perdi.*

Guri de Campo – Cristiano Quevedo

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral, analisar os fatores associados aos níveis de resiliência entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. O estudo foi do tipo transversal e descritivo. As participantes do estudo foram selecionadas de forma não probabilística e intencional, totalizando 164 idosas entre 60 a 90 anos (\bar{x} = 69,46; DP= 6,44 anos), cadastradas em cinco Centros de Saúde do município de Florianópolis, de abrangência do programa *Floripa Ativa - fase B*, sendo 85 praticantes de exercício físico (GP) do respectivo programa e 79 não praticantes de exercício físico (GNP), nem de outras atividades formais em grupo. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Ficha diagnóstica referente às características sociodemográficas e das condições de saúde; b) Escala de Resiliência; c) Inventário de eventos estressantes para idosos; d) Perguntas quanto a felicidade e humor oriundas da Escala de estresse percebido; e) Escala de autoestima. Os dados foram tratados e analisados mediante estatística descritiva e inferencial. A fim de identificar os fatores associados aos níveis de resiliência e aos eventos estressantes, adotou-se a análise de regressão logística e linear múltipla. Adotou-se nas análises, o intervalo de confiança de 95%. Os resultados demonstraram semelhança nos níveis de resiliência entre os grupos pesquisados. Quanto às características sociodemográficas, as idosas do GP com baixa escolaridade (fundamental completo) apresentaram menor resiliência comparadas às idosas com ensino médio completo. Em relação aos aspectos psicológicos, as participantes que alegaram sentir-se felizes e bem humoradas apresentaram níveis superiores de resiliência. A resiliência também foi associada a intensidade percebida dos eventos estressantes e a autoestima em ambos os grupos. Além disso, a resiliência foi associada ao consumo de medicamentos no GP e, a religião e a percepção do estado de saúde no GNP. Conclui-se que 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.

Palavras-chave: Resiliência. Eventos Estressantes. Exercício físico. Idosas. Aspectos Psicológicos.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the factors associated with levels of resilience among older practitioners and non-exercising. The study was a cross-sectional and descriptive. Study participants were selected on a non-probabilistic intentional, totaling 164 elderly 60 to 90 years ($= 69.46$, $SD = 6.44$ years) were enrolled in five health centers in Florianópolis, covered by the program Active Floripa - stage B, 85-exercising (GP) of their program and 79 non-exercising (GNP), or any other formal activities in groups. To collect data we used the following instruments: a) diagnostic information sheet relating to sociodemographic characteristics and health conditions, b) Resilience Scale, c) inventory of stressful life events for older people d) questions about happiness and humor derived from the scale of perceived stress, e) Scale of self-esteem. The data were processed and analyzed using descriptive and inferential statistics. To identify factors associated with resilience levels and stressful events, we adopted the logistic regression analysis and multiple linear. It was adopted in the analysis, the range of 95%. The results showed similar levels of resilience among the groups surveyed. With regard to sociodemographic characteristics, elderly women with low educational level of the GP (complete) showed lower resilience compared to elderly women with secondary education. Regarding the psychological aspects, the participants who claimed to feel happy and good-humored showed higher levels of resiliency. The resilience was also associated with perceived intensity of stressful events and self-esteem in both groups. Furthermore, resilience was associated with drug use and the GP, religion and perception of health status in GNP. We conclude that elderly women engaged in physical exercise tend to have greater resilience, and this is associated with improved mood and perception of health, higher self-esteem, happiness and education, lower consumption of medication and perceived intensity of stressful events. These are fundamental factors that can help the elderly cope more positively in stressful situations.

Keywords: Resilience. Stressful Events. Exercise. Elderly. Psychological Aspects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Conceitos utilizados em estudos sobre resiliência em idosos.....	34
Figura 1 - Comparação do número e da intensidade dos eventos estressantes entre os grupos (GP e GNP).....	58
Figura 2 - Comparação do nível de resiliência entre as idosas do GP e GNP....	61
Figura 3 - Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o escore de autoestima das idosas do GP.....	65
Figura 4 - Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o escore de autoestima das idosas do GNP.....	65
Figura 5 - Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o número e intensidade de eventos estressantes das idosas do GP.....	66
Figura 6 - Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o número e intensidade de eventos estressantes das idosas do GNP.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas entre o grupo praticante (GP) e não praticante de exercício físico (GNP).....	52
Tabela 2 - Condições de saúde entre o grupo praticante (GP) e não praticante de exercício físico (GNP).....	53
Tabela 3 - Associação entre as principais doenças relatadas pelas idosas de ambos os grupos (GP e GNP).....	54
Tabela 4 - Aspectos psicológicos (autoestima, felicidade e humor) entre o grupo de idosas praticantes (GP) e não praticantes de exercício físico (GNP)...	54
Tabela 5 - Relação da ocorrência e a intensidade dos eventos estressantes, ocorridos no último ano, entre as idosas de ambos os grupos (GP e GNP).....	56
Tabela 6 - Resultados das análises de regressão múltipla (logística e linear) para cada ocorrência e intensidade dos eventos estressantes, conforme o respectivo grupo (GP ou GNP).....	59
Tabela 7 - Resultados das análises de regressão linear múltipla entre as características sociodemográficas, condições de saúde e os aspectos psicológicos entre o número e intensidade de eventos estressantes em ambos os grupos (GP e GNP).....	61
Tabela 8 - Comparação do nível de resiliência entre os aspectos sociodemográficos em ambos os grupos (GP e GNP).....	62
Tabela 9 - Comparação do nível de resiliência entre as condições de saúde em ambos os grupos.....	63
Tabela 10 - Comparação do nível de resiliência entre os aspectos psicológicos (felicidade e humor) em ambos os grupos (GP e GNP).....	64
Tabela 11 - Modelo de regressão múltipla das variáveis incluídas ao modelo final de resiliência para as idosas do GP.....	68
Tabela 12 - Modelo de regressão múltipla das variáveis incluídas ao modelo final de resiliência para as idosas do GNP.....	68
Tabela 13 - Modelo final de regressão múltipla das variáveis selecionadas (critério <i>Backward</i>) entre o nível de resiliência para as idosas de ambos os grupos (GP e GNP).....	69

APÊNDICE

Apêndice A – Tabelas complementares da análise de dados.....	98
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Ficha Diagnóstica.....	101
Anexo B – Escala de Resiliência.....	103
Anexo C – Inventário de Eventos Estressantes.....	104
Anexo D – Escala de Estresse Percebido.....	106
Anexo E – Escala de Autoestima.....	117
Anexo F – Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos.....	108
Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 OBJETIVO GERAL.....	18
1.1.1 Objetivos específicos.....	18
1.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 EXERCÍCIO FÍSICO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS E O IDOSO.....	21
2.2 RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO.....	28
2.3 EVENTOS ESTRESSANTES EM IDOSOS.....	37
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	41
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	41
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	42
3.4 ESTUDO PILOTO.....	45
3.4.1 Aplicação dos instrumentos.....	45
3.4.2 Homogeneização dos entrevistadores.....	45
3.4.3 Procedimentos na aplicação dos instrumentos.....	46
3.4.4 Aplicabilidade da pesquisa.....	47
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	47
3.5.1 Aspectos éticos.....	47
3.5.2 Coleta de dados.....	47
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	48
3.6.1 Tratamento dos dados.....	49

4 RESULTADOS	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	51
4.2 EVENTOS ESTRESSANTES.....	55
4.2.1 Fatores relacionados aos eventos estressantes.....	60
4.3 NÍVEIS DE RESILIÊNCIA.....	61
4.3.1 Fatores relacionados aos níveis de resiliência.....	67
5 DISCUSSÃO	70
6 CONCLUSÃO	80
6.1 RECOMENDAÇÕES.....	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE	96
ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

A partir das últimas três décadas, surgiu o interesse pelo tema da resiliência, o qual tem se constituído como objeto de investigação, quanto à capacidade do indivíduo de adaptar-se a situações de estresse. Na tentativa de compreender esse fenômeno, surgiram diversos conceitos e aplicações.

No Brasil, o tema foi explorado por Oliveira *et al.* (2008), ao realizarem uma pesquisa bibliográfica, no período de 2000 a 2006, quanto às produções científicas indexadas em bases nacionais e internacionais sobre o assunto. Encontraram uma estreita relação entre resiliência e desenvolvimento humano, onde dois fatores principais estão na base desse processo: os fatores de risco (adversidades tais como abuso sexual, guerras, desemprego, morte, perdas, entre outros) e os de proteção (otimismo, flexibilidade mental, apoio social, autoestima, autoeficácia, enfrentamento de situações de estresse, controle dos impulsos e espiritualidade), que tem como função, amenizar o efeito e as consequências negativas esperadas pela maioria das pessoas.

Considerando os fatores de risco como estressores na vida do indivíduo, alguns estudos sobre resiliência e envelhecimento têm procurado investigar o porquê da superação por alguns idosos, perante situações estressantes, entre elas a perda do cônjuge (O'ROURKE, 2004; BEN-ZUR; MICHAEL, 2009), falecimento de amigos e familiares (ALDWIN; SUTTON; LACHMAN, 1996; VICTOR *et al.*, 2005), solidão (VICTOR *et al.*, 2005; Ó LUANAIGH; LAWLOR, 2008), desencadeamento de doenças crônicas (ALDWIN; SUTTON; LACHMAN, 1996; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009), desemprego (COLLINS; SMYER, 2005), aposentadoria (ALDWIN; SUTTON; LACHMAN, 1996; ROWE; KAHN, 1997; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009), redução de recursos financeiros (WAGNILD, 2003;

COLLINS; SMYER, 2005) e diminuição dos contatos sociais (BEN-ZUR; MICHAEL, 2009; Ó LUANAIGH; LAWLOR, 2008).

Ainda que as pesquisas sobre resiliência tenham se concentrado na compreensão das razões pelas quais algumas pessoas são capazes de superar adversidades em sua vida, enquanto outras sucumbem às desvantagens ou eventos estressantes vivenciados (MASTEN, 2001; HILDON *et al.*, 2008; NETUVELI *et al.*, 2008; LAMOND *et al.*, 2009; LASMAR; RONZANI, 2009), observa-se lacunas no conhecimento e uma importante área de estudo a compreensão dos fatores associados à resiliência em idosos, considerando que os componentes da resiliência podem ser reforçados, sobretudo através de intervenções psicossociais e comportamentais (LAMOND *et al.*, 2009) e que estas intervenções devem ser melhor investigadas (MORAES; SOUZA, 2005).

Estudos específicos com a população idosa observaram que os mais resilientes apresentavam relação com os que tinham idade inferior a 75 anos, do sexo masculino, elevado nível de escolaridade, que viviam com outras pessoas, maior poder aquisitivo, maiores níveis de atividade física (HARDY, CONCATO e GILL, 2004), maior apoio social (HARDY; CONCATO; GILL, 2004; NETUVELI *et al.*, 2008; FULLER-IGLESIAS; SELLARS; ANTONUCCI, 2008), melhor percepção de saúde (WAGNILD; YOUNG, 1993; HARDY; CONCATO; GILL, 2004), menores níveis de depressão (WAGNILD; YOUNG, 1993; HARDY; CONCATO; GILL, 2004), maior autoestima (WAGNILD; YOUNG, 1993; COLLINS; SMYER, 2005), maior espiritualidade (LUTGENDORF, 2005) e independência funcional (HARDY; CONCATO; GILL, 2004; HARDY; CONCATO; GILL, 2004).

Observa-se, a partir dos estudos supracitados, diversos enfoques ou variáveis de análise da resiliência, e poucos estudos que visem analisar outros aspectos associados à capacidade do indivíduo de se recuperar de eventos estressantes, como os psicológicos (felicidade, humor e autoestima) e a prática de exercício físico regular, pois promover indivíduos resilientes, significa, segundo Rowe e Kahn (1997), maximizar as possibilidades para alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

A resiliência pode ser desenvolvida por meio de intervenções multidisciplinares através de programas de promoção da saúde (STAUDINGER, MARSISKE e BALTES, 1995). A prática de exercício físico regular pode favorecer ao idoso ter uma melhor resiliência. Esta prática oferece uma oportunidade para

cumprir as disposições sociais de bem-estar psicológico que estão associados com alta resiliência (WEISS, 1973; HARDY; CONCATO; GILL, 2004), pois a ela incorpora características internas, como a autoestima e, externas, como o apoio social (RICHARDSON, 2002), que podem ser proporcionadas com a participação num grupo de exercício físico/atividade física (PINQUART; SÖRENSEN, 2001).

Estudos têm destacado a prática de exercício físico como um aspecto associado à promoção da resiliência (FELTEN, 2000; HARDY; CONCATO; GILL, 2004; BRADSHAW *et al.*, 2007; HILDON *et al.*, 2008), mas esta relação ainda é questionável (BURTON; PAKENHAM; BROWN, 2009), visto que estes estudos não compararam os níveis de resiliência entre grupos de idosos que praticam exercício físico e não praticam.

Dessa forma, observam-se tentativas isoladas de identificar os fatores associados à resiliência, não possibilitando compreender as possíveis contribuições do exercício físico em relação aos níveis de resiliência dos idosos, os quais vivenciaram eventos estressantes.

Assim, surge como problema de pesquisa: “Quais são os fatores associados aos níveis de resiliência entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico?”

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados aos níveis de resiliência entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico.

1.1.1 Objetivos específicos

- Verificar e comparar as características sociodemográficas, as condições de saúde, os eventos estressantes (número e intensidade) e os aspectos psicológicos (felicidade, humor e autoestima) entre as idosas praticantes e não praticantes de exercício físico;

- Verificar e comparar os níveis de resiliência entre as características sociodemográficas, as condições de saúde, os aspectos psicológicos (autoestima,

humor e felicidade) e os eventos estressantes (número e intensidade) das idosas de ambos os grupos;

- Identificar os fatores relacionados aos níveis de resiliência e aos eventos estressantes em idosas praticantes e não praticantes de exercício físico;

1.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Embora haja divergências conceituais quanto à resiliência, esta dissertação abordará a mesma como sendo a capacidade de recuperação e manutenção do comportamento adaptativo, quando a pessoa se sente ameaçada por algum evento estressante (STAUDINGER, MARSISKE; BALTES, 1995).

Dentro do conceito proposto por Staudinger, Marsiske e Baltes (1995), a resiliência pode ser promovida por meio de intervenções, o que abre uma janela para a sua promoção, por meio de programas de promoção da saúde em diferentes áreas, em especial na educação física, uma vez que os programas de atividade física oferecem oportunidades para cumprir as disposições sociais de bem-estar psicológico que estão associados com alta resiliência (WEISS, 1973; HARDY; CONCATO; GILL, 2004).

Assim, alguns pesquisadores têm reconhecido o papel importante das atividades de prevenção para o envelhecimento bem-sucedido (ROWE; KAHN, 1997; OUWEHAND; RIDDER; BENSING, 2007), conforme propõem o modelo desenvolvido por Kahana e Kahana (1996; 2001) denominado de **pró-atividade preventiva e corretiva**. Segundo estes autores, o modelo de pró-atividade consiste em estratégias para lidar efetivamente com os fatores estressores associados ao envelhecimento, a fim de evitar resultados negativos. Essas estratégias não incluem apenas as ações corretivas para lidar com os eventos estressores, uma vez que têm ocorrido, mas também, diversas ações de prevenção, visando evitar ou minimizar o número e os efeitos da ocorrência dos mesmos (KAHANA; KAHANA, 1996; 2001).

Nesse modelo, os idosos são agentes que se engajam em atividades preventivas e corretivas, visando aumentar sua qualidade de vida, pela utilização de recursos internos (por exemplo, satisfação com a vida e autoestima) e recursos externos (financeiros, sociais e ajuda tecnológica). O modelo inclui, como estratégias de prevenção, os cuidados com a saúde, mediante a adoção da prática de

exercício físico, controle de peso e não tabagismo, além do suporte social (familiares e amigos), o planejamento do futuro e a substituição e engajamento em novos papéis. Consiste, ainda, de estratégias pró-ativas como uso de tecnologia (internet e saúde), acesso aos recursos de saúde, autodesenvolvimento, educação e espiritualidade (KAHANA; KAHANA; KERCHER, 2003).

Focalizado no comportamento preventivo, o modelo inclui a promoção da saúde para reduzir os riscos de declínio da saúde, o planejamento para o futuro, e ajudar os outros, a fim de aumentar a gama de recursos sociais que podem ser utilizados em momentos difíceis (KAHANA; KAHANA, 1996; 2001; KAHANA; KAHANA; KERCHER, 2003). Para Aspinwall e Taylor (1997), os idosos, ao usarem de estratégias de prevenção como a prática de exercício físico, conforme propõem o modelo da pró-atividade preventiva e corretiva, possibilita ao indivíduo tornar-se resiliente. Com isso, prevenir-se em relação a futuros estressores pode fazer com que os idosos não se desvinculem de objetivos importantes, podendo envolver-se em programas de intervenção para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (OWEHAND, RIDDER; BENSING, 2007).

Considerando os objetivos desta dissertação, o pressuposto teórico que fundamenta este trabalho consiste no modelo teórico da pró-atividade preventiva e corretiva, o qual se refere ao uso de estratégias de prevenção ou minimização do efeito de futuros estressores, apoiando-se em recursos acumulados ao longo da vida, com o objetivo de tornar-se resiliente.

Dessa forma, justifica-se a adoção desse modelo teórico, embora o objetivo do presente trabalho não seja investigar as estratégias de enfrentamento nos grupos de idosas praticantes (GP) e não praticantes de exercício físico (GNP), mas sim, analisar os fatores associados aos níveis de resiliência entre idosas do GP e GNP, para que este conhecimento subsidie futuramente possíveis intervenções buscando promover indivíduos resilientes e um envelhecimento bem-sucedido.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EXERCÍCIO FÍSICO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS E O IDOSO

Tornar o idoso ativo é proporcionar-lhe ferramentas para que este usufrua os benefícios da atividade física, além de estar prevenindo-se de doenças (MATSUDO, 2006). É consenso na literatura nacional e internacional quanto ao papel benéfico que a atividade física exerce no processo de envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; BARRO NETO, 2001; NELSON *et al.*, 2007), sendo, em muitos casos, irrefutáveis as evidências que sustentam a prática da atividade física como fundamental para um envelhecimento ativo e saudável (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006).

Nesse contexto, entende-se por atividade física qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte em gasto energético; e por exercício físico, uma subcategoria da atividade física que é planejada, sistemática e repetitiva (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

Na perspectiva holística da saúde, conceituada como um estado multidimensional de bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 1998), os benefícios psicológicos da atividade física são tão importantes quanto os benefícios físicos, porque o bem-estar psicológico contribui para a saúde. Por isso, e para além das evidências diretas, é essencial ressaltar que a literatura apresenta um conjunto de ligações indiretas entre a atividade física e a qualidade de vida, incluindo o referido bem-estar psicológico (emocional), os estados de humor, estresse, ansiedade, felicidade, depressão, autoestima e as funções sociais (MOTA, 2007). É crescente a busca de fatores de proteção como, por exemplo, o desenvolvimento de atividades físicas para amenizar e prevenir, tanto

distúrbios emocionais quanto desordens somáticas (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Nesse sentido, direcionado ao enfoque psicológico, a atividade física vem sendo explorada como um novo paradigma, à qual tem sido associada como possível fator protetor, nos estudos de resiliência em idosos. Investigações recentes relacionaram a prática de atividade física e alta resiliência, sendo os idosos mais ativos, tanto nas atividades de vida diária como na comunidade, os quais apresentavam maior capacidade para superar eventos estressantes (FELTEN, 2000; HARDY; CONCATO; GILL, 2004; HILDON *et al.*, 2008).

Pesquisa realizada por Yoshiuchi *et al.* (2010) com idosos japoneses, 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, Luft (2007), 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.

Estudo de Hardy, Concato e Gill (2004) investigaram os fatores associados com alta resiliência em 546 idosos da comunidade. A partir desse estudo de coorte, os autores identificaram que idosos, com idade inferior a 75 anos, sexo masculino, convívio social, escolaridade com nível superior, maior poder aquisitivo, independência em atividade instrumentais da vida diária, maiores níveis de atividade física, entre outros fatores, apresentavam maiores valores de resiliência.

Pesquisa desenvolvida por Hildon *et al.* (2008) ao abordarem a resiliência em idosos de forma multidimensional, observaram que o contexto social pode desempenhar um papel significativo na promoção de resiliência e reduzir a adversidade. Ainda, segundo os autores, programas e instituições sociais podem incentivar a prática da resiliência, permitindo que os indivíduos mantenham uma sensação de estabilidade em sua vida e uma identidade coerente face às mudanças inevitáveis da vida. Entretanto, observa-se a carência de estudos que visem investigar as possíveis contribuições de programas de intervenção psicossociais e comportamentais (LAMOND *et al.*, 2009), como por exemplo os programas de exercício físico.

A implantação de programas de exercício físico como estratégia de promoção de saúde tem se destacado pelo incentivo propiciado ao envolvimento social, além,

é claro, pela necessidade de estabelecer hábitos de vida saudáveis na população (CARDOSO, 2009). Benedetti, Gonçalves e Mota (2007) propõem diretrizes para que esses programas de atividade física ofereçam ações que favoreçam idosos considerados pouco ativos a elevar o nível de atividade física e os idosos avaliados como ativos a se manterem ativos, principalmente no domínio do lazer.

Estudo recente desenvolvido por Morgan, Tobar e Snyder (2010) sobre os benefícios do exercício físico à saúde, realizado com 44 indivíduos com média de idade de 59,8 anos (DP=5,78), distribuídos aleatoriamente em dois grupos, um grupo experimental (n=29 sedentários) e um controle (n=15), concluíram que os indivíduos ao serem submetidos a 15 semanas de caminhada, destinados a realizarem diariamente 10.000 passos, constatou-se uma melhora no desempenho cardiovascular e na sua autoestima, além de influenciar positivamente no bem-estar psicológico.

Fortalecendo a hipótese entre a ligação da prática de atividade física e aspectos psicológicos, Hildon *et al.* (2008), ao analisarem os fatores de proteção relacionados a um grupo classificado como resiliente e outro vulnerável, com base numa amostra de 32 indivíduos entre 70 a 80 anos de idade, identificaram, nos relatos dos pesquisados, maior autonomia e flexibilidade (tomada de decisão) naqueles considerados resilientes. Constataram que, nas atividades da vida diária, os que apresentaram maiores valores para a resiliência relataram quase o dobro do empenho, tanto em atividades de lazer ou no lar (30% do grupo resiliente), do que os pertencentes ao grupo vulnerável (17% das atividades).

Felten (2000), a partir de uma técnica de recrutamento do tipo “bola de neve”, por meio de uma pesquisa qualitativa, visando explorar as características resilientes de 7 mulheres, com 85 anos de idade ou mais, moradoras da comunidade, constatou que idosas com maior dependência física apresentavam menor resiliência. Segundo essa autora, todas as participantes descreveram graves problemas físicos, tanto na idade adulta relacionados a problemas de saúde, e mais tarde, na velhice, devido ao comprometimento da capacidade funcional, sendo esses aspectos ligados à baixa resiliência.

De um modo geral, os aspectos físicos são considerados pelos idosos como um dos grandes fatores causadores de risco à vida dos mesmos, ou seja, um evento que pode levar o idoso ao agravamento de sua saúde. A incapacidade é apontada como um desses aspectos, pois está ligada à fragilidade e como consequência,

associada à dependência e perda de autonomia do idoso, sendo que, os mantenedores de um estilo de vida ativo tendem a minimizar os efeitos do envelhecimento e deter mecanismos que possam favorecer-lhes em um envelhecimento bem-sucedido.

Nessa perspectiva, surge o modelo teórico de Rowe e Kahn (1997), os quais sugerem que para alcançar o envelhecimento bem-sucedido são necessários três elementos: em primeiro lugar, as pessoas têm de evitar a doença e a doença relacionada com a deficiência, por exemplo, adotando um estilo de vida saudável; o segundo envolve a manutenção das funções cognitivas e físicas, que criam um potencial para o elemento final, que corresponde ao prolongamento do envolvimento ativo com a vida. Esses três elementos são considerados pelos autores, como sendo interdependentes, para que o idoso possa atingir um envelhecimento bem-sucedido.

Assim, alguns pesquisadores têm reconhecido o papel importante das atividades de prevenção para o envelhecimento bem-sucedido, além de reagir eficazmente às mudanças estressantes (OUWEHAND; RIDDER; BENSING, 2007).

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 do exercício físico e a resiliência em idosos, buscando entender se realmente esses aspectos possuem algo em comum, além de entender se outros aspectos psicológicos estão relacionados.

Destacam-se, ainda, outros aspectos psicológicos relacionados ao exercício físico, entre eles:

a) Felicidade

Entre os aspectos psicológicos relacionados ao exercício físico, destaca-se a felicidade. Para Ferraz, Tavares e Zilberman (2007), a felicidade consiste na emoção caracterizada por um estado emocional positivo, com sentimentos de prazer e bem-estar, relacionados à percepção de sucesso e à compreensão de forma coerente e lúcida do mundo. E que, portanto, para alcançar a felicidade é necessário uma satisfação nas atividades diárias, além de ter controle sobre a própria vida (RODRIGUES; PEREIRA, 2007).

No campo da saúde, são escassas as investigações quanto à felicidade e exercício físico, em especial na população idosa. Considerada como um forte preditor do bem-estar, a saúde relaciona-se com a felicidade, não apenas na maneira como os indivíduos se sentem fisicamente, mas, também, no que a sua saúde permite que faça. Por este motivo, a relação entre a prática de exercício físico e a felicidade vem sendo objeto de estudo e análise por pesquisadores interessados em melhor compreender essa relação.

Estudo de Bidonde, Goodwin e Drinkwater (2009) constataram 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 (STUBBE *et al.*, 2007).

Pesquisa exploratória de cunho qualitativo (LUZ; AMATUZZI, 2008), realizada com três idosos sobre os aspectos emocionais e cognitivos de suas vivências de felicidade, mostrou que os momentos de felicidade relatados pelos entrevistados estavam relacionados ao contato familiar e social, à autonomia e à capacidade para trabalhar, proporcionando sentimentos de valor pessoal, autoestima e bem-estar.

A relação existente entre exercício físico e bem-estar psicológico pode ser observada no estudo de Mcauley *et al.* (2000), em que descobriram que a exposição de idosos a programas de atividade física levam à felicidade e satisfação com a vida, assim como a diminuição da solidão.

Conforme se observa, o exercício físico exerce importante papel na vida do idoso, entretanto, sua ligação com a ocorrência de eventos estressantes e com o nível de resiliência ainda é incerta. Devido a sua forte ligação com o exercício físico, a felicidade parece ser um importante indicador de bem-estar do idoso a qual precisa ser considerada, a fim de investigar seu comportamento frente ao estresse de idosos.

b) Humor

Estudos têm indicado uma associação positiva entre atividade física e bem-estar psicossocial (SCULLY *et al.*, 1998; STATHOPOULOU *et al.*, 2006), especialmente associado ao humor, sendo que a prática de exercícios aeróbicos e de resistência melhoram o estado de humor (FOX, 1999).

Nesse sentido, a participação em atividade física regular pode retardar o declínio funcional, reduzir o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades, adiar ou reduzir a morbidade, bem como aumentar o relaxamento, diminuir o estresse e melhorar o estado de humor (BERTERA, 2003).

Estudo sobre atividade física e alterações no estado de humor de pacientes depressivo graves, após uma única sessão, identificou que a atividade física pode melhorar os estados de humor de pacientes depressivas graves após uma única sessão (FONSECA *et al.*, 2000).

Resultado semelhante foi encontrado por Tsutsumi *et al.* (1997), ao avaliarem as adaptações psicológicas de 42 idosos sedentários, em resposta a 12 semanas de treinamento de força, em que confirmaram que a participação em 12 semanas de treinamento de alta ou baixa intensidade de força pode melhorar o humor em idosos.

Os programas de exercício físico, quando projetados adequadamente, possibilitam aos idosos o aumento do seu número de contatos sociais ao mesmo tempo, que recebem os benefícios psicológicos, como maior relaxamento, redução do estresse e melhoria dos estados de humor (McAULEY; RUDOLPH, 1995).

Embora os estudos supracitados confirmem a relação da prática de exercício físico e o humor em idosos, é importante investigar se esta ligação se mantém, quando analisada em relação a idosos praticantes e não praticantes de exercício físico, as quais vivenciaram eventos estressantes. Além disso, conhecer o comportamento dos pesquisados frente ao humor possibilitará outras análises no que tange a resiliência, ou seja, pessoas bem humoradas são mais resilientes?

c) Autoestima

Os estudos têm apontado a autoestima como uma dos principais construtos associados à prática de exercício físico (FOX, 1999; McAULEY *et al.*, 2005; MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009) e a resiliência (RUTTER, 1987; WAGNILD;

YOUNG, 1993; COLLINS; SMYER, 2005; WINDLE; MARKLAND; WOODS, 2008; BURTON; PAKENHAM; BROWN, 2010) em idosos.

Considerada como um importante aspecto na vida, a autoestima constitui-se em um sentimento de juízo, de apreciação, valorização, bem-estar e satisfação que o sujeito tem de si mesmo e que são expressos pelas atitudes para consigo (ROSENBERG, 1965). A mesma encontra-se relacionada com alguns aspectos do cotidiano do idoso, como o convívio social e familiar, morbidade, problemas de saúde física ou mental (MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006; LUZ, AMATUZZI, 2008) o que a torna um aspecto central da saúde e do bem-estar psicológico (SONSTROEM, 1997), sendo importante para uma vida bem sucedida e satisfatória (ROSENBERG, 1965).

Surge assim, o modelo multidimensional de exercício físico e autoestima proposto por Sonstroem e Morgan (1989), os quais entendem que as mudanças na aptidão física conduzem a uma melhora na autoeficácia, favorecendo a uma maior percepção da autoestima global do praticante.

Nessa perspectiva, estudos têm associado à prática de exercício físico como uma forma de elevar a autoestima do praticante. Pesquisa longitudinal de Collins e Smyer (2005), ao investigarem 1278 idosos americanos, constataram mudanças positivas na autoestima no decorrer de três anos. Conforme esses autores, a participação dos idosos em grupos de exercícios físicos foi uma das estratégias positivas adotadas pelos participantes do estudo que colaborou nesse resultado.

No Brasil, Meurer, Benedetti e Mazo (2009) também constataram que a participação de idosos em programas de exercícios físicos pode ser um dos fatores positivos sobre a autoestima, embora destaquem que há outros aspectos que colaboram para que essa variável seja elevada.

Alguns autores (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006; CHAIM; IZZO; SERA, 2009) consideram que uma boa autoestima pode ser vista como uma forma adequada de entender e vivenciar o processo de envelhecimento. Com o avançar da idade, há uma tendência para modificação da autoestima, sendo os idosos que se preocupam com seu bem-estar biopsicossocial, os quais procuram controlar e manter sua saúde (MAZO, 2008).

Pesquisa similar de meta-análise (SPENCE; McGANNON; POON, 2005) constatou que as mudanças na aptidão funcional, decorrente da prática de

exercícios físicos, foram as que mais influenciaram na autoestima global dos participantes.

Estudo clínico randomizado e controlado (LI *et al.*, 2002) examinou o efeito da prática de exercício físico (Tai Chi) na autoestima de idosos, durante um período de 6 meses. Os idosos foram avaliados no início, após 3 meses e ao final dos seis meses de intervenção. Os resultados indicaram que os participantes, que realizaram o programa de exercícios de Tai Chi durante o período de seis meses, mostraram aumento dos níveis de autoestima global, além de ganhos nos domínios específicos da autoestima física, quanto ao corpo ser mais atraente, força e resistência física.

Intervenção controlada e randomizada, num período de 5 anos, realizada com 174 idosos participantes de um programa de exercício físico, a fim de examinar os efeitos de mediação de variáveis psicológicas na relação entre atividade física e qualidade de vida global em idosos, constatou que as mudanças na atividade física durante o período de 4 anos estavam relacionadas ao aumento da autoestima (ELAVSKY, 2005).

Pesquisa realizada por Reitzes e Mutran (2006) sobre a saúde funcional e a autoestima em idosos, durante dois anos, constataram, que melhor saúde funcional está associada com maior autoestima.

Assim, os aspectos psicológicos e a prática de exercício físico podem exercer efeitos protetores ao surgimento de doenças causadas pelo estresse (KOBASA *et al.*, 1985; MANNING; FUSILIER, 1999). Entretanto, destaca-se a necessidade de incorporar novas medidas no estudo dos fatores relacionados à prática de exercício físico e resiliência, uma vez que a autoestima encontra-se tão presente a essas variáveis, é necessário considerá-la a fim de analisar suas possíveis relações com a resiliência de idosas praticantes e não praticantes de exercício físico.

2.2 RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO

A nova realidade demográfica e epidemiológica aponta para a urgência de mudanças e inovação nos paradigmas de atenção à saúde (VERAS, 2007). A resiliência surge como um conceito importante nessa área de conhecimento, revelada na perspectiva do envelhecimento bem-sucedido de idosos (PESCE *et al.*, 2005).

Com o avançar da idade, os idosos vivenciam diversas situações de estresse, as quais causam preocupação e que podem colocar em risco sua própria vida, principalmente em situações como o surgimento de doenças, luto, aposentadoria, redução do poder aquisitivo, assalto, roubo, etc. Nesse sentido, Rowe e Kahn (1997) propõem a resiliência na tentativa de descrever a rapidez e a perfeição com que as pessoas se recuperaram de tais episódios e retornam para o cumprimento dos critérios de sucesso.

Assim, os modelos de envelhecimento bem-sucedido podem oferecer diversidade de mecanismos e estratégias, visando aumentar a capacidade de resiliência dos idosos (FONTES, 2010).

Do ponto de vista da psicologia do envelhecimento, a resiliência surgiu do enfoque dado ao envelhecimento bem-sucedido. Enquanto movimento teórico, o envelhecimento bem-sucedido, também chamado de envelhecimento saudável, é visto no campo conceitual e empírico, como multidimensional, o qual abrange três áreas distintas: prevenção de doenças e incapacidades, a manutenção da função física e cognitiva elevada e engajamento em atividades sociais e produtivas. Para cada uma dessas áreas há um número de variáveis, as quais dizem respeito tanto à redução do risco de eventos adversos e o aumento da resiliência em sua presença. Muitos dos indicadores de risco e, de ambos os níveis funcionais de atividade, parecem ser potencialmente modificáveis, quer pelos indivíduos ou por mudanças no seu ambiente (ROWE; KAHN, 1997).

Essa noção de envelhecimento bem-sucedido considera a existência dos déficits cognitivos e fisiológicos associados à idade, que são geneticamente determinados, mas pressupõe, também, que algumas condições podem ser modificadas (KAHN, 2002).

Um dos resultados importantes, baseados nesse modelo teórico, relaciona-se às mudanças possíveis nos níveis e padrões da função física, pela influência de fatores potencialmente modificáveis, tais como: atividades físicas, suporte social e senso de auto-eficácia, independente de doenças crônicas e diferenças nas características sociodemográficas (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Estudo de Teixeira e Neri (2008), ao discutirem o significado de envelhecimento bem-sucedido, concluíram que este aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se em um *continuum* multidimensional. A ênfase recai sobre a

percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas. Envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenômeno.

Para Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido considera a importância da satisfação com a vida, a participação social e os recursos psicológicos. Nessa perspectiva, o envelhecimento bem-sucedido, adotado pelo curso de vida, segue um *script* de mudanças referentes às metas e aos meios de consecução das mesmas (BALTES, 1997). Para que o mesmo possa ser alcançado, segue uma sequência de seleção, otimização e compensação (SOC). A etapa da seleção consiste no direcionamento eletivo do desenvolvimento, incluindo a escolha das estruturas disponíveis para a obtenção satisfatória de metas. Essas metas são redefinidas conforme a repercussão das perdas nas atividades individuais e sociais. A otimização é o processo de potencializar os meios selecionados para o percurso, envolvendo o uso de recursos internos e externos, para que o resultado seja eficiente. A compensação associa-se à otimização e se caracteriza pela aquisição ou ativação de novos meios e aprendizagens, para compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade efetiva do indivíduo (BALTES, 1997; BALTES; SMITH, 2003).

Segundo Baltes e Smith (2003), a SOC é um constructo psicossocial dinâmico, cuja expressão atinge o pico na idade adulta, acentuando-se no envelhecimento, como um plano de seleção e compensação, com características pessoais e contextuais específicas. O foco é a busca contínua de uma maneira efetiva de lidar com as perdas, por meio de estratégias psicológicas, alocando-se recursos internos e concretos e se aproximando de uma teoria de desenvolvimento adaptativo (BALTES, 1997; BALTES; SMITH, 2003).

A atual literatura gerontológica discute alguns conceitos, enfatizando o que seria importante para se obter um envelhecimento bem-sucedido. Nessa perspectiva, Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) realizaram um estudo no Brasil, a partir de uma amostra de 501 idosos, com idade entre 60 a 93 anos (\bar{X} = 72,65), a fim de identificar o significado de envelhecimento saudável. Os autores encontraram 29 categorias, sendo a saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional

(37%), preocupação com alimentação/exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%) as que mais se destacaram, confirmando que o envelhecimento saudável se constitui pela heterogeneidade e multidimensionalidade do processo de envelhecimento, ao observar-se a variabilidade nas definições.

Considerando a resiliência como um importante aspecto do envelhecimento bem-sucedido, do ponto de vista psicológico, a mesma tem sido associada a diferentes recursos pessoais, que levariam a comportamentos adaptativos, atuando como protetores diante da adversidade, entre eles, autoeficácia, autoestima e capacidade para resolver problemas (RUTTER, 1987). A resiliência tem sido associada, ainda, à satisfação com a vida, ao manejo de estresse, aos baixos níveis de depressão, à melhor saúde e a comportamentos promotores de saúde (WAGNILD, 2003). O conceito pode ser comparado a um guarda-chuva sob o qual se abrigariam recursos como autoestima, controle pessoal e competência (WINDLE; MARKLAND; WOODS, 2008).

Resiliência não é considerada um traço, podendo mudar em função das transações com o meio e desafios específicos. O nível de resiliência de um indivíduo é função de fatores protetores que modificam a resposta do indivíduo, conforme a situação vivenciada (LOPES, 2005). Lopes (2010) considera como fatores protetores a saúde, as competências comportamentais, os recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, enfrentamento do estresse) e os recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais).

Outro ponto relevante a ser apontado é que resiliência não se relaciona, necessariamente, ao poder aquisitivo. Muitas pessoas, apesar das condições desfavoráveis na vida, são capazes de superar a adversidade e exercerem papéis produtivos. Ao comparar resiliência com envelhecimento bem-sucedido, Wagnild (2003) explica a resiliência pela presença de estressores, como viuvez, educação e saúde deficiente, não necessariamente, sendo ela menor em grupos com baixa renda.

A pesquisa sobre resiliência identifica fatores de vulnerabilidade, referindo-se àqueles que intensificam o risco e fatores de proteção, designando aqueles que modificam em uma direção positiva os efeitos do risco (LUTHAR; BROWN, 2007). No âmbito do estresse, os idosos são mais propensos a estressores como problemas de saúde, doenças crônicas, perda de amigos ou familiares, o que os aproximam da morte (FORTES-BURGOS; NERI, 2008), eventos de vida normativos

como a aposentadoria, onde ocorre perda de papéis relevantes, aborrecimentos da vida diária como incômodos com o vizinho, manejo da casa, trânsito e mudanças tecnológicas (FORTES; NERI, 2004), além da exposição às situações traumáticas como assaltos e sequestros (LOPES, 2010).

Estudo sobre a relação entre resiliência diante de eventos estressantes e fatores psicossociais em idosos independentes com mais de 70 anos, encontrou, entre os aspectos associados, a resiliência à independência nas atividades de vida diária, boa a excelente saúde percebida e poucos sintomas depressivos (HARDY; CONCATO; GILL, 2004). A resiliência foi definida pelos autores, como pequena diminuição dos efeitos iniciais do evento estressante, rápida recuperação e diminuição das consequências negativas de longo prazo.

Apesar dos diferentes enfoques dados nos estudos de resiliência, esta tem sido destacada como fator preponderante nos estudos com idosos, em que dados empíricos apontam sua associação com aspectos positivos do envelhecimento bem-sucedido, incluindo satisfação com a vida (WAGNILD; YOUNG, 1993; WAGNILD, 2003), moral (WAGNILD; YOUNG, 1993), menores indícios de depressão (WAGNILD; YOUNG, 1993), melhor percepção de saúde (WAGNILD; YOUNG, 1993; WAGNILD, 2003; HARDY; CONCATO; GILL, 2004), maior apoio social (HARDY; CONCATO; GILL, 2004; COUTO, 2007; NETUVELI *et al.*, 2008) e prática de atividade física (FELTEN, 2000; WAGNILD, 2003; HARDY; CONCATO; GILL, 2004; HILDON *et al.*, 2008).

Pesquisa de revisão, realizada em estudos com enfoque na resiliência (SILVA; ELSEEN LACHARITÉ, 2003), aponta a divergência na conceituação do tema, em que para alguns autores a capacidade de resiliência é considerada como uma competência individual que se constrói a partir das interações entre o sujeito, a família e o ambiente e, para outros, como uma competência não apenas do sujeito, mas, também, de algumas famílias e de certas coletividades. Portanto, trata-se de um fenômeno complexo, atrelado à interdependência entre os múltiplos contextos com os quais o sujeito interage de forma direta ou indireta e sobre o qual incide diferentes visões. Enquanto objeto de investigação, a resiliência tem sido examinada de forma sistematizada, no decorrer das últimas três décadas, a partir de trabalhos desenvolvidos com crianças vivendo em ambientes com múltiplos riscos psicossociais (SILVA; ELSEEN; LACHARITÉ, 2003).

Desse modo, Richardson (2002) destaca que a primeira corrente teórica de pesquisadores sobre a resiliência, buscou entendê-la como um conjunto de atributos individuais ou como um traço de personalidade (JACELON, 1997; RICHARDSON 2002). Investigadores, posteriormente, começaram a observar que a resiliência não estava meramente atrelada às características pessoais, mas também às experiências sociais mais amplas (RUTTER, 1993), ou seja, determinada por um processo (RUTTER, 1987; JACELON 1997; TAVARES, 2008). Esta segunda corrente teórica de pesquisadores começou a examinar a possibilidade de que a resiliência pode ser apreendida ou maximizada (RICHARDSON, 2002).

Nessa mesma perspectiva, destaca-se o conceito de resiliência proposto por Rutter (1987), o qual a considera como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo vivenciando experiências desfavoráveis.

Já Masten (2001), uma das pesquisadoras na área de resiliência, a qual resume de maneira pungente o mérito da investigação sobre a resiliência: a lógica de análise dos fenômenos da resiliência assenta no pressuposto fundamental de como os indivíduos superam os desafios para o seu desenvolvimento. Assim, a recuperação de algum trauma revelará processos de adaptação que podem orientar os esforços de intervenção com os outros em risco, sendo fundamental conhecer os processos que podem estar relacionados no sentido de minimizar os riscos.

Portanto, a resiliência não se destaca como um atributo marcante, mas sim, um fenômeno comum que pode se manifestar em qualquer pessoa, a partir da operação de processos adaptativos humanos básicos (MASTEN, 2001). Grotberg (2005) define que a dinâmica da resiliência requer a interação de fatores advindos de três níveis diferentes: suporte social, habilidades e força interna. E ressalta como elemento essencial, a dinâmica e a interação entre eles e identifica o papel do desenvolvimento humano na capacidade de ser resiliente.

Essas diferentes abordagens quanto à resiliência e o idoso podem ser observadas em outros estudos, conforme ilustra o quadro 1.

Autores	Temática	Conceito
Wagnild e Young (1990)	Atributos individuais.	- A capacidade de um corpo recuperar sua forma e tamanho, após deformação causada por estresse compressivo.
Felten (2000)	Atributos individuais.	- Um fenômeno humano único distinto pela experiência vivida de recuperação de saúde após perda tardia na vida, assim como a habilidade para se ajustar, com sucesso, às perdas maiores da vida.
Windle, Markland e Woods (2008)	Atributos individuais.	- Recursos de personalidade para proteger indivíduos em face às adversidades e levar a um comportamento adaptativo positivo.
Hardy, Concato e Gill (2004)	Atributos individuais e contextuais.	- A capacidade para permanecer bem, recuperar, ou até mesmo prosperar em face de adversidade.
Kinsel (2005)	Atributos individuais e contextuais.	- Implica numa habilidade de se recuperar após um desafio ou perda, um tipo de mecanismo de auto-correção.
Walter-Ginzburg <i>et al.</i> (2005)	Atributos individuais e contextuais.	- Estabilidade, conceitualizada como a resistência às forças de deterioração, podendo compensar perdas.
Consedine, Magai e Krivoshekova (2005)	Atributos individuais e contextuais.	- Funcionalidade relativa para prejuízos de saúde.
Yorgason, Piercy e Piercy (2007)	Atributos individuais e contextuais.	- Resiliência familiar pode ser definida como um processo pelo qual (casais) se adaptam aos contextos de adversidades significativas.
Poindexter e Shippy (2008)	Atributos individuais e contextuais.	- Superação frente ao HIV.
Hildon <i>et al.</i> (2008)	Atributos individuais e contextuais.	- Ir bem apesar das adversidades.
Lamond <i>et al.</i> (2009)	Atributos individuais e contextuais.	- Habilidade para se adaptar positivamente a uma adversidade.

Quadro 1 - Estudos classificados segundo a temática sobre a resiliência em idosos.

Ao observar o quadro 1 nota-se que o conceito de resiliência, embora esteja direcionado a diferentes contextos de investigação (idosos cegos, idosos com HIV, âmbito familiar, etc...) o mesmo apresenta-se definido em sua maioria, como uma habilidade ou capacidade de adaptação. Embora pareça ser um aspecto presente na maioria dos estudos analisados, essa habilidade ou capacidade de adaptação, sofre

a influência das correntes teóricas mencionadas anteriormente, ou seja, os atributos individuais ou traço de personalidade e os contextuais, constituídos pelo conjunto de processos sociais e psicológicos.

Como um dos principais estudos que sofrem a influência dessas correntes teóricas destacam-se o de Wagnild e Young (1990), com o enfoque de resiliência com um atributo do indivíduo e o de Hardy, Concato e Gill (2004) focalizado no conjunto de processos sociais e psicológicos.

Neste aspecto, Wagnild e Young (1990), ao realizarem um estudo qualitativo com 24 mulheres idosas ($\bar{X}=78,1$ anos de idade), identificaram cinco temas, os quais representariam as características da resiliência, sendo elas:

1. Serenidade: uma perspectiva equilibrada da vida.
2. Autoconfiança: um senso de propósito na vida.
3. Perseverança: a capacidade de continuar, apesar de contratempos.
4. Sentido de vida: o reconhecimento de um caminho único, a aceitação da vida.
5. Auto-suficiência: a crença em si mesmo e nas suas capacidades.

Cabe destacar que esse estudo baseou-se numa resiliência focada no traço de personalidade, assim como, a maioria das idosas pesquisadas apresentava 12 anos de escolaridade, aproximadamente, ou seja, elevado nível de escolaridade, comparado a população idosa brasileira, que é de 4,2 anos (IBGE, 2009), sendo este um fator que deve ser considerado na interpretação dos resultados.

Wagnild (2003) ao realizar um levantamento na literatura internacional sobre os aspectos que constituem a resiliência, definiu como a capacidade de se recuperar as adversidades, ou seja, um importante componente de ajustamento psicossocial de sucesso (WAGNILD; YOUNG, 1993).

Considerando a relevância do tema, estudos de revisão (SILVA *et al.*, 2005; SILVA; ELSEN; LACHARITÉ, 2003) sobre resiliência destacam que a mesma deve ser usada somente para aqueles casos em que a pessoa responde positivamente em presença de uma circunstância de risco significativo, devendo ser evitado, quando a resposta é positiva, mas não houve essa exposição. Além disso, a resiliência não implica a anulação ou eliminação da situação de risco, mas resulta de que, tendo se defrontado com essas situações, o sujeito possa enfrentar, com sucesso, os desafios que se apresentam.

Hildon *et al.* (2009) constataram que entre os principais fatores ligados à resiliência estavam alguns aspectos das relações sociais, sendo estes mais

prevalentes entre os idosos considerados resilientes, em comparação aos classificados como mais vulneráveis, incluindo a boa qualidade dos relacionamentos, apoio familiar, maior rede de relacionamentos, tanto familiar como de amigos, a integração social e na comunidade. Os autores concluíram que os idosos considerados resilientes eram mais propensos a ter acesso aos aspectos das relações sociais do que o grupo vulnerável.

Couto (2007) investigou a rede de apoio social e resiliência mediante um estudo transversal em 111 indivíduos, com idades entre 56 e 85 anos, de ambos os sexos, provenientes de Porto Alegre ($n = 81$) e de Rio Grande ($n = 30$). O intuito era identificar como essas variáveis se articulavam para a manutenção do bem-estar psicológico em idosos expostos a eventos de vida estressantes. Os resultados indicaram que os eventos de vida estressantes podem ser considerados como fator de risco ao envelhecimento bem-sucedido. Por sua vez, a rede de apoio social desempenha um papel de proteção capaz de promover o bem-estar e a resiliência em idosos.

Estudo com 291 mulheres, média de idade de 48,4 anos ($DP=11,7$) analisou a relação de fatores pessoais, sociais e ambientais relacionados ao nível de atividade física em mulheres de baixa renda consideradas resilientes (CLELAND *et al.*, 2010). Os autores constataram que fatores pessoais (auto-eficácia, autoestima) podem ser importantes para atingir níveis recomendados de atividade física entre as mulheres que são socioeconomicamente desfavorecidas, pois uma característica fundamental das mulheres resilientes pode ser a sua capacidade de se manter auto-eficazes, ter boas intenções, apreciar e definir rotinas de atividade física, apesar do suporte ambiental e influências sociais.

Embora os estudos supracitados se constituam de diversos enfoques quanto à resiliência, constata-se a carência de pesquisas que visem analisar outros aspectos associados à capacidade do indivíduo em superar os eventos estressantes, como os psicológicos (felicidade, humor e auto-estima) e principalmente, o quanto a prática de exercício físico pode contribuir como uma alternativa na promoção de resiliência na população idosa.

Constata-se uma diversidade de conceitos referentes à resiliência, por outro lado, os dados devem ser interpretados com cautela, pois a resiliência apresenta-se, ora como fator considerado protetor e ora pode classificar-se como fator de risco ao indivíduo. Observando a complexidade que é a resiliência, observa-se uma lacuna

de estudos empíricos na área da gerontologia, em especial na Educação Física, para entender o quanto a prática de exercício físico supervisionado, através da inserção de idosos em um programa de exercício físico pode contribuir na promoção de ambientes mais resilientes, maximizando os fatores de proteção e atenuando os efeitos de eventos estressantes na vida do idoso.

2.3 EVENTOS ESTRESSANTES EM IDOSOS

Considerando o estudo de resiliência como processo, envolvendo não apenas as características de personalidade, mas também, o contexto social do pesquisado, Silva, Elsen e Lacharité (2003) destacam que a presença de uma condição de risco (ou adversa) está, sem dúvida, atrelada ao conceito de resiliência. De acordo com Rutter (1987), risco deve ser pensado como processo, pois os ingredientes ativos não se situam nele mesmo, mas nos tipos de processo que circulam desde esta variável, ligando condições de risco com resultados específicos.

Diante disso, uma condição de risco não pode ser assumida *a priori* como afetando apenas negativamente o desenvolvimento, sem levar em conta as demais influências e condições (LUTHAR, 1993). Para um melhor entendimento sobre fatores de risco, este trabalho se deterá no enfoque dos eventos de vida estressantes, considerados como fatores de risco na vida do idoso.

Envelhecer de forma bem sucedida é hoje uma das maiores preocupações mundiais, tanto em nível individual, como coletivo. Para que se alcancem tais objetivos, todo o contexto biopsicossocial vinculado ao indivíduo representa uma via de ação para que se vivencie com sucesso o processo de envelhecimento. Todos os entornos do ser humano, todo o contexto histórico-social, cultural, relacional afetam a sua forma de viver, de encarar desafios e demandas e, conseqüentemente, seu processo de envelhecimento (CARDOSO, 2009).

Considerando a multidimensionalidade que pode afetar o processo de envelhecimento individual, alguns fatores são apresentados pela literatura, com destaque para os estressores (SMITH *et al.*, 2004), sendo responsáveis pelas diferenças individuais observadas no processo de envelhecimento.

O estresse corresponde à qualidade da experiência produzida por meio de uma interação entre a pessoa e o ambiente, quer, através de super-ativação ou de

supra-ativação, resulta em sofrimento psíquico ou fisiológico (ALDWIN, 1990). O termo estresse foi empregado, inicialmente, por Hans Selye, em 1936, para definir uma resposta não específica do organismo a algum tipo de demanda (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999; TAFARO *et al.*, 2009). Pode ser definido, também, como as alterações orgânicas que ocorrem em função de estressores físicos, sociais ou psicológicos (CASSEL, 1976). Em idosos, os agentes estressores são variados, dentre os quais se podem citar a aposentadoria, o declínio das capacidades físicas e cognitivas, a redução das redes sociais causada, em parte, pela morte de entes queridos, a mudança de papéis sociais (GREENBERG, 2002) e sentimentos negativos (FITZPATRICK, 2009).

Os eventos de vida como o casamento, o nascimento de filhos, a aposentadoria e a perda de entes queridos, marcam momentos de transição no curso de vida e anunciam o alcance ou não de metas e expectativas individuais e sociais. Esses eventos, quando relacionados às doenças, perda de capacidade funcional e dependência, confrontam o indivíduo com a finitude. Os eventos de vida adversos, relacionados às perdas e a incontornabilidade, têm grande potencial para serem vividos, pelos idosos, como muito estressantes (ALDWIN; GILMER, 2004; DAVIES, 1996; FORTES; NERI, 2004; NERI; FORTES, 2006).

Tavares (2004), ao pesquisar os eventos de vida estressantes, vivenciados por idosos no último ano, encontrou entre os mais destacados, a morte de parentes, piora da saúde de membro da família, doença pessoal e morte dos pais. Couto (2007) realizou um estudo transversal com 111 indivíduos, entre 56 e 85 anos, provenientes do Rio Grande do Sul, e constatou que os eventos de vida estressantes apresentados pelos idosos podem ser considerados como fator de risco ao envelhecimento bem-sucedido. Por sua vez, observou que a rede de apoio social desempenhava um papel de proteção capaz de promover o bem-estar e a resiliência em idosos. Segundo a autora, a resiliência opera como mediadora entre os eventos de vida estressantes e o bem-estar psicológico, ou seja, quando presente, é capaz de minorar os efeitos negativos do risco.

Ainda segundo a autora, na década de 80, Lazarus e Folkman propuseram uma abordagem do estresse conhecido como abordagem transacional, a qual enfatiza a avaliação cognitiva e a percepção do estresse e de suas características (ameaça, dano, perda) e severidade (fraca, forte, moderada). Essa abordagem foca o estresse como um evento externo, ou seja, os eventos de vida estressantes.

Quando considerado dessa forma, o estresse pode ser proveniente de duas fontes externas: físicas e socioculturais. As fontes físicas estão principalmente relacionadas a traumas físicos (acidentes de carro, incêndios, etc.) e às condições ambientais aversivas, podendo ser oriundas da poluição, do barulho, entre outras. Já as fontes socioculturais explicam os eventos estressantes, tais como divórcio, doença, perda de emprego, em função das estruturas sociais, como distribuição de recursos, *status* e papéis sociais (COUTO, 2007).

Sob o paradigma do curso ao longo da vida (*life span*), os eventos de vida são classificados como normativos e não-normativos (BALTES, 1987). Os eventos normativos incluem ocorrências comuns ou esperadas, para determinado grupo sócio-econômico, etário e sócio-histórico, como por exemplo, a oportunidade de alfabetização na infância, a maternidade na vida adulta e a aposentadoria na velhice, sendo, em geral, homogêneos, isto é, são compartilhados pelos indivíduos de uma mesma cultura. Quanto aos eventos não-normativos ou críticos, são aqueles que não ocorrem de modo comum ou homogêneo, cuja ocorrência é incomum e inesperada, como sofrer um grave acidente ou ganhar na loteria (COUTO, 2007; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2009) ao realizarem uma pesquisa de coorte com 544 idosos, pertencentes ao Estudo do Envelhecimento Saudável (PENSA), 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.

Hardy, Concato e Gill (2002) realizaram um estudo com 154 idosos, com mais de 70 anos de idade, tendo como objetivos, identificarem os eventos de vida vivenciados por idosos, como mais estressantes e suas percepções sobre as consequências desses em suas vidas. Quatro tipos de eventos estressantes foram indicados como os mais frequentes: morte de um familiar ou amigo, doença de um familiar ou amigo, doença consigo próprio, vitimização e mudança de residência. Ainda que a maioria dos participantes tenha avaliado esses quatro tipos de eventos

como muito estressantes, suas consequências foram diversificadas. A maior parte dos participantes considerou tais eventos como negativos, entretanto, consequências positivas (início de novas atividades e mudança positiva de sentimentos em relação à vida) também foram relatadas por uma parte menor da amostra.

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.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como do tipo transversal, de natureza descritiva (GIL, 2009), pois objetiva descrever e associar determinadas características entre grupos, segundo o tema investigado.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do presente estudo 164 idosas, das quais 85 integraram o grupo denominado de Praticantes de Exercício Físico (GP) e 79 o grupo de Não Praticantes de Exercício Físico (GNP), ambas idosas residentes e cadastradas nos Centros de Saúde (CS) do município de Florianópolis, SC, de abrangência do programa *Floripa Ativa – fase B*.

O GP foi composto por idosas praticantes de exercício físico integrantes do programa *Floripa Ativa – fase B*. O programa *Floripa Ativa* é um programa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em parceria com a Secretária de Assistência Social (SEMAS), juntamente com as Universidades Federal (UFSC) e do Estado de Santa Catarina (UDESC). Atualmente, o Programa *Floripa Ativa* compreende três fases distintas, sendo: Fase “A” – reabilitação cardiopulmonar e metabólica; Fase “B” – prevenção secundária e terciária por meio da prática de ginástica; Fase “C” – prevenção primária e promoção de saúde. O programa tem por objetivo estimular a prática de atividade física para a população idosa de Florianópolis, implementar reabilitação, a prevenção e a promoção de saúde por

meio de exercícios físicos nos CS, Instituições de Longa permanência e Centros de Convivência no município.

O programa Foripa Ativa – fase B, a qual este estudo focalizou, caracteriza-se pela prática de ginástica para idosos, desenvolvida nos CS de Florianópolis. As aulas são realizadas três vezes por semana, com duração de uma (1) hora por sessão, com orientação de profissionais formados em Educação Física. Nessas aulas são trabalhadas diferentes qualidades físicas, entre elas a flexibilidade, a força, o equilíbrio, a coordenação e a resistência aeróbia, além de exercícios específicos para fortalecimento da musculatura pélvica e descontração por meio de relaxamento (PMF, 2007).

O GNP constituiu-se de idosas moradoras nos bairros dos CS envolvidos no estudo, definidas de forma intencional, a partir da indicação das Agentes de saúde da área de cobertura do centro.

Assim, os Centros de Saúde envolvidos foram: Ingleses, João Paulo, Corrêgo Grande, Saco Grande e Capoeiras. A escolha por estes centros deu-se devido ao período de implantação do programa *Foripa Ativa – fase B*, a qual ocorreu à pelo menos 1(um) ano (início de 2009). Utilizou-se como critérios de seleção para ambos os grupos: ser do sexo feminino; ter 60 anos de idade ou mais; ter vivenciado no último ano, no mínimo um evento estressante; e aceitar participar do estudo voluntariamente. Além disso, o GP deveria atender ao seguinte critério: participar do programa Foripa Ativa – fase B há pelo menos um ano. Já o GNP: não participar de grupo de convivência, de atividade física, de oração ou de atividades educacionais; não praticar exercício físico e ser independente para realizar suas atividades diárias.

Cabe destacar, que a escolha pelas participantes do estudo se deu por ser acometida, em sua maioria, por doenças crônicas. A delimitação pelo sexo feminino torna-se relevante devido às idosas comporem a maioria no referido programa e na comunidade, tendo em vista que, a resiliência pode ser influenciada pelo sexo.

3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foram utilizados neste estudo cinco instrumentos para coleta de dados, entre eles: ficha diagnóstica; escala de resiliência; inventário de eventos estressantes para idosos; escala de estresse percebido (perguntas referentes à felicidade e humor) e a escala de autoestima.

Ficha Diagnóstica

Objetivo: avaliar as características sociodemográficas e das condições de saúde das idosas pesquisadas.

Descrição: questionário com questões abertas e fechadas relacionadas às características sociodemográficas (idade, estado civil, nível de escolaridade, renda *per capita*, religião e ocupação atual) e de condições de saúde (percepção de saúde, quantidade de medicamentos, tipo e número de doenças diagnosticadas pelo médico), administrado às idosas em forma de entrevista (ANEXO A). Esta ficha foi desenvolvida pelo grupo de pesquisadores do Laboratório de Gerontologia – LAGER, do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID, da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Escala de Resiliência

Objetivo: avaliar os níveis de adaptação psicossocial positiva, face a eventos de vida, importantes, das pesquisadas.

Descrição: a Escala de Resiliência (ANEXO B) foi desenvolvida por Wagnild e Young (1993), a partir de um estudo com mulheres idosas, sendo validada e adaptada transculturalmente para o Brasil (PESCE *et al.*, 2005).

A Escala é composta por 25 itens, com resposta tipo *Likert*, que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando maior resiliência (WAGNILD, 2003; PESCE *et al.*, 2005). Wagnild (2003) destaca que o instrumento apresenta alto coeficiente de confiabilidade ($r=0,91$), o que representa ser apropriado em estudos sobre a resiliência em idosos.

Ahern *et al.* (2006), ao realizarem um revisão sistemática sobre as propriedades psicométricas e de adequação de instrumentos disponíveis para avaliar a resiliência em adolescentes, constataram entre os instrumentos pesquisados, o destaque para a escala de resiliência de Wagnild e Young (1993), sendo esta a que apresentava bons resultados psicométricos permitindo sua aplicação nas mais diversas faixas etárias.

Inventário de eventos estressantes para idosos

Objetivo: avaliar a frequência (número) e o nível de estresse (intensidade) dos eventos estressantes vivenciados no último ano, pelas idosas participantes da pesquisa.

Descrição: o inventário de eventos estressantes para idosos (*Elders Life Stress Inventory*) foi desenvolvido por Aldwin (1990), a partir do estudo realizado com idosos (ANEXO C). No Brasil, esse inventário foi traduzido e adaptado semanticamente da língua inglesa para a língua portuguesa por Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2008).

O inventário é composto de 31 itens que apresentam eventos de vida estressantes, que os idosos podem ter vivenciado no último ano. No Brasil foi realizada uma adaptação no inventário (TAVARES, 2004), e nessa versão foi incluído o item “Assumir mais responsabilidade com os filhos”, e o item “Morte de um neto” foi modificado para “Morte do pai ou da mãe”. Essa versão adaptada, composta por 32 itens, foi utilizada neste estudo.

Esse instrumento avalia, além da frequência do acontecimento dos eventos estressantes listados, o nível de estresse atribuído pelo respondente aos eventos em questão. Dessa forma, a intensidade do estresse experienciado pelo participante é avaliada por ele, em uma escala do tipo *Likert*, a qual registra de 1 a 5 pontos, sendo (1) “nada estressante” a (5) “extremamente estressante”. Caso o evento não tenha acontecido, atribui-se a ele o valor 0. Aldwin (1990) destaca que o inventário pode ser pontuado de duas formas:

- A soma do número de eventos estressantes vivenciados (soma de itens);
- A soma do nível de estresse atribuído aos itens, soma dos pontos assinalados de 1 a 5.

Escala de Estresse Percebido

Objetivo: avaliar a felicidade e o humor dos pesquisados, a partir de perguntas específicas do instrumento.

Descrição: a Escala de Estresse Percebido é composta de perguntas referentes ao humor e felicidade, conforme proposto por Luft (2007), a qual foi utilizada neste estudo (ANEXO D). Tais perguntas referem-se aos seguintes questionamentos: **Felicidade:** “De um modo geral, a senhora se sente feliz nos dias atuais?”; **Humor:** “Durante o último mês a senhora se sentiu mais irritada/zangada do que de costume?”. As perguntas têm como opções de resposta “sim” ou “não”.

Escala de Autoestima

Objetivo: avaliar o nível de autoestima das idosas.

Descrição: a Escala de Autoestima (ANEXO E) foi elaborada por Rosenberg (1965) e traduzida para o português por Dini (2000) em que avalia, por meio de 10

questões fechadas, sentimentos e atitudes positivas relacionadas a si mesmo (valorização, satisfação pessoal, orgulho e respeito, qualidades e competências), sentimentos e atitudes negativas (insucesso, insatisfação e inutilidade). A escala é do tipo Likert, variando cada item de resposta de 1 (um) a 4 (quatro). O somatório do escore total de itens da escala varia entre 10 e 40 pontos, sendo esse utilizado neste estudo.

3.4 ESTUDO PILOTO

3.4.1 Aplicação dos instrumentos

Participaram do estudo piloto, idosos praticantes de atividade física, os quais responderam as perguntas referentes aos seguintes instrumentos: Ficha Diagnóstica, para avaliar as características sociodemográficas e das condições de saúde desenvolvida pelo grupo de pesquisadores do Laboratório de Gerontologia – LAGER/CEFID/UDESC; Escala de Resiliência (WAGNILD; YOUNG, 1993), com a finalidade avaliar o nível de resiliência; e o Inventário de Eventos Estressantes (ALDWIN, 1990), para investigar os eventos estressantes ocorridos no último ano.

3.4.2 Homogeneização dos entrevistadores

Primeiramente foi realizado um treinamento com os avaliadores, para a familiarização e a homogeneização das condutas ao aplicar os instrumentos. Posteriormente, realizou-se uma exposição dos instrumentos, mediante seus objetivos e importância. Dessa forma, foi apresentado a Ficha Diagnóstica (ANEXO A), a Escala de Resiliência (ANEXO B) e o Inventário de Eventos Estressantes para Idosos (ANEXO C). Num segundo momento, realizou-se a aplicação dos instrumentos entre os avaliadores. Sua aplicação ocorreu em forma de entrevista, tendo o respondente apresentado plena compreensão sob as perguntas a ele realizadas.

3.4.3 Procedimentos na aplicação dos instrumentos

Na aplicação da ficha diagnóstica, optou-se apenas pelas perguntas referentes à identificação do entrevistado (o sexo e a idade), uma vez que a ficha foi desenvolvida por pesquisadores da área, sendo específica para essa população, não havendo a necessidade de testá-la.

Com a finalidade de testar a aplicabilidade, viabilidade, demanda de tempo e compreensão dos idosos quanto ao instrumento de Resiliência, o mesmo foi aplicado em 39 idosos, sendo 11 homens e 28 mulheres, com média de idade de 69,26 ($\pm 6,29$) anos.

Os idosos participantes não apresentaram dificuldades ao responderem as perguntas do instrumento, apresentando assim, 100% de clareza, mostrando ser um instrumento fácil e rápido de ser aplicado no estudo de resiliência em idosos, haja vista que o tempo médio de entrevista foi de 5 minutos.

Com a aplicação da escala de resiliência, observou-se a necessidade de identificar os eventos estressantes vivenciados pelos idosos, considerado como fator relevante no estudo de resiliência.

Assim, foi aplicado o inventário de eventos estressantes em 14 idosos de outro grupo, também praticante de atividade física, sendo 11 mulheres e 3 homens, com média de idade de 69,57 ($\pm 6,04$) anos. A entrevista apresentou uma média de 7 minutos de duração.

Com a aplicação do instrumento, foi possível identificar a falta de clareza na pergunta 3, referente ao termo “institucionalização”, sendo incluído o termo “asilo”, pois apresentou-se de difícil compreensão para alguns idosos entrevistados, ficando assim constituído: “institucionalização/asilo”.

No geral, o instrumento foi considerado, pelos participantes do estudo piloto, de fácil compreensão, além de mostrar-se abrangente quanto aos eventos estressantes vividos no último ano pelos idosos.

3.4.4 Aplicabilidade da pesquisa

Com a realização do estudo piloto foi possível identificar a necessidade de adaptação de alguns termos, em especial, no Inventário de Eventos Estressantes, o qual facilitou o entendimento por parte dos pesquisados. De um modo geral, os idosos foram receptivos e cooperaram com a realização da pesquisa.

Quanto às perguntas realizadas, acredita-se que as mesmas foram de fácil entendimento. Assim, os respectivos instrumentos foram aplicados em forma de entrevista, sendo que possíveis dúvidas que por ventura surgiram foram esclarecidas pelos pesquisadores.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.5.1 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada em 11 de fevereiro de 2010 conforme parecer nº 02/2010 (ANEXO F). As participantes do estudo (GP e GNP) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO G) em duas vias, ficando uma via de posse do pesquisador responsável e a outra com a idosa pesquisada.

3.5.2 Coleta de dados

A coleta de dados das idosas praticantes (GP) e não praticantes de exercício físico (GNP) consistiu de duas etapas:

A primeira parte ocorreu com as idosas do GP, onde previamente foi realizado contato com os grupos, sendo explicado o objetivo da pesquisa, a importância da sua colaboração, do sigilo de identidade e do retorno dos resultados do estudo, sendo agendada a data para a entrevista com as idosas voluntárias. Os instrumentos foram aplicados individualmente, em forma de entrevista, realizada no próprio local onde eram desenvolvidas as aulas de ginástica.

A segunda etapa consistiu na coleta, com as idosas do GNP, momento em que houve o auxílio das Agentes de Saúde da área de cobertura do Centro de

Saúde pesquisado, as quais indicavam as idosas que atendessem aos critérios da amostra. Os entrevistadores, previamente treinados, foram apresentados às idosas (GNP) pelas Agentes de Saúde. Neste contato foi realizado o convite para participação na pesquisa. As entrevistas foram realizadas nas residências das idosas.

Em ambos os grupos (GP e GNP), os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: Ficha Diagnóstica, Escala de Estresse Percebido (perguntas quanto ao humor e felicidade), Inventário de Eventos Estressantes, Escala de Autoestima e Escala de Resiliência.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados do presente estudo foram tabulados no programa excel e analisados no pacote estatístico SPSS, versão 17.0.

A análise dos dados, oriundos dos instrumentos de pesquisa adotados, encontra-se descrita logo abaixo. Para um melhor entendimento dos procedimentos estatísticos adotados, foram elaboradas tabelas complementares (APÊNDICE A) quanto as variáveis e suas respectivas categorias e os resultados do teste de normalidade para as variáveis numéricas.

Ficha Diagnóstica: composta de dois blocos independentes.

O primeiro refere-se as variáveis sociodemográficas quanto a idade em anos de vida, a qual foi dicotomizada em 60 a 69 e mais de 70 anos, sendo ambas usadas neste estudo. Também fazem parte deste bloco a classificação do estado civil (solteira/separada, casada, viúva), o nível de escolaridade (fundamental incompleto, fundamental completo, médio completo, superior), renda *per capita* (< 2, 2-3, mais que 4 salários), religião (católica, evangélica, espírita, outra) e ocupação atual (aposentada e/ou pensionista, ainda trabalha, do lar).

O outro bloco consiste nas variáveis das condições de saúde, onde foram feitas perguntas quanto a percepção de saúde (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim), optando-se por agrupar essas categorias em positiva (muito boa e boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim), quais doenças possuem e, em consequência das respostas das idosas, quantas doenças tinham e o número de medicamentos de uso contínuo. O número de medicamentos de uso contínuo e o número de doenças foram estratificados em: nenhum, 1-2, 3-4 e 5 ou mais.

Escala de Resiliência: foi considerada a pontuação total com variação entre 25 a 175 pontos.

Essa escala do nível de resiliência originou-se da soma das respostas que variavam entre 1 a 7 pontos, do total de 25 itens da escala.

Inventário de eventos estressantes para idosos: a análise deste instrumento foi dividida em dois blocos.

Primeiro bloco: para cada evento estressante (32 itens) foi realizado a categorização quanto a sua ocorrência (ocorreu ou não ocorreu). A intensidade dos eventos foi considerada de forma discreta.

Segundo bloco: baseado na ocorrência dos eventos, os mesmos foram somados. O mesmo ocorreu com a intensidade dos eventos estressantes. Assim, foram construídas as variáveis referentes aos eventos estressantes – número e intensidade dos eventos.

Escala de Estresse Percebido: foi composta de perguntas referentes à felicidade (feliz e infeliz) e o humor (não irritada e irritada).

Escala de Autoestima: integrou o somatório das respostas entre seus 10 itens, com variação entre 10 a 40 pontos.

3.6.1 Tratamento dos Dados

Primeiramente, realizou-se a descrição de todas as variáveis pesquisadas, conforme a estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência simples).

Para proceder com as análises inferenciais, utilizou-se o teste qui-quadrado para associação entre as variáveis categorias, correlação de pearson e o teste t independente na comparação entre grupos e quando necessário, adotou-se a análise de variância ANOVA *one way* e *post hoc* de Bonferroni.

A fim de identificar os fatores associados aos níveis de resiliência e aos eventos estressantes, adotou-se a análise de regressão logística e linear múltipla, segundo o critério de seleção *backward* com $p < 0,20$, para as variáveis incluídas aos modelos. Primeiramente, foram construídos modelos de regressão conforme a diferença significativa dos eventos estressantes (ocorrência e intensidade do evento) identificados nas análises bivariadas entre os grupos (GP e GNP). A partir disso, os eventos identificados foram considerados como variáveis dependentes e foram associadas individualmente, com os demais eventos estressantes (variáveis

independentes), segundo a ocorrência e a intensidade. As variáveis selecionadas foram incluídas no modelo final, conforme o respectivo evento.

Posteriormente, modelos de regressão múltipla foram utilizados para descrever os fatores associados ao número e a intensidade do total de eventos estressantes, tendo como variáveis independentes: características sociodemográficas (idade, renda, estado civil, escolaridade), condições de saúde (percepção de saúde, número de doenças e medicamentos) e aspectos psicológicos (felicidade, humor e autoestima).

Quanto aos níveis de resiliência, foram identificadas como variáveis associadas, assim consideradas variáveis independentes: escolaridade, doenças, medicamentos, felicidade, humor, autoestima, número e intensidade dos eventos estressantes, para o GP; e religião, percepção de saúde, felicidade, humor, autoestima e intensidade dos eventos estressantes, para o GNP.

A partir do critério de seleção de variáveis *backward*, foram construídos os modelos finais para os fatores associados aos níveis de resiliência em ambos os grupos. Adotou-se nas análises, o intervalo de confiança de 95%.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas entre as idosas de ambos os grupos (GP e GNP).

Quanto à idade, destaca-se no GP (\bar{x} = 68,35; DP= 5,58) a categoria entre 60 a 69 anos (aproximadamente 65%) e no GNP (\bar{x} = 70,66; DP= 7,10) a categoria entre 70 anos ou mais (49%). Ao comparar a idade (variável contínua) entre os grupos, foi observada diferença significativa ($t_{(162)}= 2,319$; $p= 0,022$; $d= 0,36$), com destaque para o GNP.

O estado civil das idosas, tanto do GP como do GNP, apresenta uma semelhança entre os grupos. Destaca-se a categoria de idosas viúvas (45,9% *versus* 41,8%, respectivamente), seguido de idosas casadas (44,7% *versus* 43%, respectivamente).

Quanto ao nível de escolaridade, houve elevado número de mulheres com baixa escolaridade (fundamental incompleto), tanto do GNP (78,5%) como do GP (62,4%). Ambas as variáveis não apresentaram associação significativa ($p=0,521$ e $p=0,081$, respectivamente).

Em relação à renda mensal, 44,3% da amostra do GNP apresentou renda inferior a dois salários mínimos, contra 29,4% do GP, demonstrando associação significativa ($p=0,048$), ou seja, o GNP apresenta maior frequência de idosas com baixo poder aquisitivo.

Quanto à religião, houve um predomínio da católica (80% do GP *versus* 75,9% do GNP). Em relação à ocupação atual, o GP apresenta, em sua maioria, constituído de idosas aposentadas e/ou pensionistas, assim como o GNP (76,5% *versus* 69,6%, respectivamente). Para essas variáveis não foram observadas associações significativas ($p=0,923$; $p=0,568$, respectivamente).

Tabela 1 - Características sociodemográficas entre o grupo praticante (GP) e não praticante de exercício físico (GNP).

Características Sociodemográficas	GP (n= 85)		GNP (n= 79)		Qui Quadrado	
	f	%	f	%	χ^2	p
Faixa Etária (dicotômico)						
60 a 69 anos	55	64,7	40	50,6	3,327	0,068
≥ 70 anos	30	35,3	39	49,4		
Estado Civil						
Viúva	39	45,9	33	41,8	1,304	0,521
Casada	38	44,7	34	43		
Solteira/Separada	8	9,4	12	15,2		
Escolaridade						
Fundamental Incompleto	53	62,4	62	78,5	6,739 ^a	0,081
Fundamental Completo	9	10,6	8	10,1		
Médio Completo	14	16,5	5	6,3		
Superior	9	10,6	4	5,1		
Renda (salários)						
< 2	25	29,4	35	44,3 ^z	6,065	0,048*
2 a 3	28	32,9	27	34,2		
4 ou mais	32	37,6 ^z	17	21,5		
Religião						
Católica	68	80	60	75,9	0,481 ^a	0,923
Evangélica	9	10,6	11	13,9		
Espírita	5	5,9	5	6,3		
Sem religião	3	3,5	3	3,8		
Ocupação Atual						
Aposentada/Pensionista	65	76,5	55	69,6	1,133 ^a	0,568
Ainda Trabalha	4	4,7	6	7,6		
Do lar	16	18,8	18	22,8		
	\bar{X} (DP)		\bar{X} (DP)		t	p
Idade (contínua)	68,35 (5,58)		70,66 (7,10)		2,319	0,022*

^ateste exato de Fisher.

*nível de significância de $p < 0,05$.

^z>[2] ajuste residual.

Em relação às condições de saúde (tabela 2), observou-se uma associação significativa na percepção de saúde entre as idosas do GP e GNP ($\chi^2=11,719$; $p=0,001$), com uma tendência de 65,7% das idosas do GP apresentarem uma percepção de saúde positiva e de 62% das participantes do GNP uma percepção de saúde negativa.

Quanto ao número de doenças e medicamentos não houve associação significativa entre os grupos ($\chi^2=5,728$; $p=0,126$; $\chi^2=2,902$; $p=0,407$, respectivamente), embora as idosas do GNP apresentem maior número e consumo de medicamentos (27,8% relatou possuir 5 ou mais doenças diagnosticadas pelo médico e 27,8% a consumir 3 a 4 medicamentos) comparado ao GP (16,5% e 18,8%, respectivamente).

Tabela 2 - Condições de saúde entre o grupo praticante (GP) e não praticante de exercício físico (GNP).

Condições de Saúde	GP (n= 85)		GNP (n= 79)		Qui Quadrado	
	f	%	f	%	χ^2	p
Percepção de Saúde						
Positiva	55	64,7 [£]	30	38	11,719	0,001*
Negativa	30	35,3	49	62 [£]		
Doenças (número)						
Nenhuma	4	4,7	7	8,9	5,728	0,126
1 a 2	42	49,4	27	34,2		
3 a 4	25	29,4	23	29,1		
5 ou mais	14	16,5	22	27,8		
Medicamentos (número)						
Nenhum	11	12,9	10	12,7	2,902	0,407
1 a 2	34	40	23	29,1		
3 a 4	16	18,8	22	27,8		
5 ou mais	24	28,2	24	30,4		
	\bar{X} (DP)		\bar{X} (DP)		t	p
Doenças (contínua)	2,79 (2,05)		3,37 (2,58)		1,581	0,116
Medicamentos (contínua)	3,06 (2,37)		3,43 (2,63)		0,949	0,344

*nível de significância de $p<0,05$.

[£]>[2] ajuste residual.

Em relação às doenças mais relatadas pelas idosas do GP e GNP, destacam-se a hipertensão (54,1% *versus* 64,6%, respectivamente) e os agravos circulatórios (36,5% *versus* 49,4%, respectivamente), embora sem diferença significativa ($p=0,174$; $p=0,095$, respectivamente). Outras doenças, também foram relatadas pelas idosas pesquisadas e encontram-se detalhadas na tabela 3.

Tabela 3 - Associação entre as principais doenças relatadas pelas idosas de ambos os grupos (GP e GNP).

Doenças	GP (n= 85)		GNP (n=79)		Qui Quadrado	
	F	%	f	%	χ^2	p
Audição	7	8,2	6	7,6	0,023	0,879
Circulatória*	31	36,5	39	49,4	2,784	0,095
Depressão	9	10,6	12	15,2	0,777	0,378
Diabetes	24	28,2	24	30,4	0,091	0,763
Hipertensão	46	54,1	51	64,6	1,847	0,174
Hipotireoidismo	10	11,8	14	17,7	1,163	0,281
Osteomioarticulares	37	43,5	34	43	0,004	0,949
Outras**	6	7,1	10	12,7	1,046	0,305
Respiratórias	7	8,2	6	7,6	0,023	0,879
Visão	8	9,4	7	8,9	0,015	0,903

*Agravos circulatórios, exceto hipertensão.

**Labirintite, Neoplasia, Incontinência Urinária, Câncer de Pele, Cistite, Trombose.

Os aspectos psicológicos avaliados como a felicidade e o humor, a maioria das idosas do GP (77,6% e 70,6%, respectivamente) relataram sentir-se mais felizes e bem humoradas (tabela 4).

Por outro lado, as idosas do GNP (46,8% e 46,8%) alegaram não estarem felizes, além de se sentirem mais irritadas no mesmo período, aspectos esses, com associação significativa ($p=0,001$; $p=0,021$, respectivamente).

Em relação à autoestima, não foi observada diferença significativa entre os grupos ($p=0,125$), embora as idosas do GP apresentem valor superior ao GNP ($\bar{X}=36$ versus $\bar{X}=34$, aproximadamente), conforme ilustra a tabela 4.

Tabela 4 - Aspectos psicológicos (autoestima, felicidade e humor) entre o grupo de idosas praticantes (GP) e não praticantes de exercício físico (GNP).

Aspectos Psicológicos	GP (n= 85)		GNP (n= 79)		Qui Quadrado	
	f	%	f	%	χ^2	p
Felicidade						
Feliz	66	77,6 [£]	42	53,2	10,914	0,001*
Infeliz	19	22,4	37	46,8 [£]		
Humor						
Não irritada	60	70,6 [£]	42	53,2	5,287	0,021*
Irritada	25	29,4	37	46,8 [£]		
	\bar{X} (DP)		\bar{X} (DP)		t	p
Autoestima	35,61 (4,55)		34,46 (5,04)		1,542	0,125

*nível de significância de $p<0,05$.

[£]>[2] ajuste residual.

4.2 EVENTOS ESTRESSANTES

Os eventos estressantes foram pesquisados quanto ao número de eventos e sua intensidade de estresse. Também foi analisada a ocorrência de todos os eventos em ambos os grupos (GP e GNP), conforme apresenta a tabela 5.

Os eventos estressantes mais vivenciados pelas idosas, tanto do GP como do GNP, em relação ao último ano foram: uma doença ou problema de saúde (54,1% *versus* 57%, respectivamente), uma piora na saúde/comportamento de alguém da família (42,4% *versus* 54,4%, respectivamente), morte de outro parente próximo (40% *versus* 51,9% respectivamente), diminuição da participação em atividades de interesse (24,7% *versus* 40,5, respectivamente), assumir maior responsabilidade com os/as filhos/as (36,5% *versus* 38%, respectivamente) perda de memória (36,5% *versus* 38%, respectivamente), aposentadoria (30,6% *versus* 38%, respectivamente), morte de um amigo (30,6% *versus* 13,9%, respectivamente), morte do pai ou da mãe (25,9% *versus* 29,1%, respectivamente) e aumento das responsabilidades/horas de trabalho (14,1% *versus* 26,6%, respectivamente).

Devido a disparidade na ocorrência de eventos estressantes entre os grupos, buscou-se por meio da associação, identificar possíveis tendências na frequência desses eventos (tabela 5), constatando-se uma associação significativa quanto a ocorrência do evento *diminuição da participação em atividades de interesse* ($\chi^2=4,673$; $p=0,031$) e *aumento das responsabilidades/horas de trabalho* ($\chi^2=3,958$; $p=0,047$) com maior frequência para as idosas do GNP. Identificou-se, também, uma associação significativa quanto ao evento *morte de um amigo* ($\chi^2=6,508$; $p=0,011$), porém com uma maior frequência para o GP. Nos demais eventos não houve associações significativas.

Quanto à intensidade dos eventos estressantes (tabela 5) considerados como “muito estressante” ou “extremamente estressante”, pelas idosas do GP, destacam-se: outros, oriundos de problemas familiares ($\bar{x}=4,2$; $Md=4$), vivência de uma situação em que foi enganada ou ridicularizada ($\bar{x}=3,6$; $Md=4$) e divórcio ou separação dos/as filhos/as ($\bar{x}=3,5$; $Md=4$).

O GNP apresentou um número superior de eventos considerados mais estressantes, sendo eles: outros, oriundos de problemas familiares ($\bar{x}=4,4$; $Md=4$), mudança para outra casa ($\bar{x}=4$; $Md=4$), perda de coisas de sua posse, devido à

mudança/outros ($\bar{x}=3,7$; $Md=4$), uma piora na saúde/comportamento de alguém da família ($\bar{x}=3,6$; $Md=4$), vivência de uma situação em que foi enganada ou ridicularizada ($\bar{x}=3,6$; $Md=4$), piora na relação com o esposo ($\bar{x}=3,6$; $Md=4$) piora na relação com os/as filhos/as ($\bar{x}=3,5$; $Md=4$) e problemas com vizinho ou colegas de trabalho ($\bar{x}=3,5$; $Md=4$).

Ao analisar a intensidade dos eventos entre os grupos (GP e GNP), identificou-se uma diferença significativa entre a intensidade do estresse para os eventos *uma piora na saúde/comportamento de alguém da família* ($t_{(154,6)}=2,072$; $p=0,040$; $d=0,16$), *diminuição da participação em atividades de interesse* ($t_{(139,2)}=3,020$; $p=0,003$; $d=0,24$), *aumento das responsabilidades/horas de trabalho* ($t_{(94,6)}=3,283$; $p=0,001$; $d=0,63$) e *piora da qualidade de vida* ($t_{(138,31)}=2,011$; $p=0,046$; $d=0,16$), com superioridade na intensidade de estresse para o GNP (tabela 5).

Tabela 5 - Relação da ocorrência e a intensidade dos eventos estressantes, ocorridos no último ano, entre as idosas de ambos os grupos (GP e GNP).

Evento Estressante (EE)	GP (n= 85)			GNP (n= 79)		
	Ocorrência de EE		Intensidade de EE	Ocorrência de EE		Intensidade de EE
	F	%	\bar{x} (DP)	F	%	\bar{x} (DP)
Uma doença ou problema de saúde	46	54,1	2,7 (1,7)	45	57	3,1 (1,9)
Uma piora na saúde/comportamento de alguém da família	36	42,4	3,1 (1,7) ^{b*}	43	54,4	3,6 (2,0) ^{b*}
Morte de outro parente próximo	34	40	3,1 (1,8)	41	51,9	3,3 (1,9)
Diminuição da participação em atividades de interesse	21 ^{a*}	24,7	2,6 (1,3) ^{b*}	32 ^{a*}	40,5	3,4 (1,8) ^{b*}
Assumi maior responsabilidade com os/as filhos/as	31	36,5	2,4 (1,4)	30	38	2,9 (1,7)
Perda de memória	31	36,5	2,3 (1,3)	30	38	2,2 (1,3)
Aposentadoria	26	30,6	2 (1,2)	30	38	2,5 (1,5)
Morte de um amigo	26 ^{a*}	30,6	2,3 (1,3)	11 ^{a*}	13,9	2,9 (1,1)
Morte do pai ou da mãe	22	25,9	2,4 (1,3)	23	29,1	1,4 (0,8)
Aumento das responsabilidades/horas de trabalho (mesmo voluntário)	12 ^{a*}	14,1	1,3 (0,5) ^{b*}	21 ^{a*}	26,6	2,9 (1,5) ^{b*}
Casamento	21	24,7	2,2 (1,2)	17	21,5	2,3 (1,2)
Divórcio ou separação dos/as filhos/as	18	21,2	3,5 (1,6)	19	24,1	2,9 (1,4)
Vivência de uma situação em que foi enganada ou ridicularizada	13	15,3	3,6 (1,4)	19	24,1	3,6 (1,7)
Piora na relação com os/as filhos/as	12	14,1	3,1 (1,1)	19	24,1	3,5 (1,6)

Piora na qualidade de vida	12	14,1	2,8 (1,1) ^{b*}	19	24,1	3,4 (1,6) ^{b*}
Perda de poder aquisitivo/financeiro	18	21,2	2,6 (1,2)	17	21,5	3,1 (1,4)
Aposentadoria do esposo	13	15,3	2 (1,0)	14	17,7	1,4 (0,7)
Diminuição das responsabilidades/horas de trabalho (mesmo voluntário)	8	9,4	2,8 (1,0)	13	16,5	2,8 (1,2)
Morte do esposo	13	15,3	3,2 (1,3)	9	11,4	2,3 (0,9)
Perda de um amigo próximo devido à mudança/morte	12	14,1	2,5 (0,9)	9	11,4	3,2 (1,1)
Piora na relação com o esposo	10	11,8	3,4 (1,2)	8	10,1	3,6 (1,2)
Perda de coisas de sua posse devido à mudança/outros	8	9,4	3,3 (1,0)	6	7,6	3,7 (1,0)
Problemas com vizinho ou colegas de trabalho	6	7,1	2,2 (1,0)	6	7,6	3,5 (1,0)
Morte de um/a filho/a	4	4,7	3,3 (0,7)	6	7,6	2,7 (0,8)
Outros	6	7,1	4,2 (1,1)	5	6,4	4,4 (1,1)
Mudança para outra casa	5	5,9	2,4 (0,7)	5	6,3	4 (1,0)
Assumiu maior responsabilidade com o pai ou a mãe	5	5,9	3 (0,8)	3	3,8	2,3 (0,6)
Separação do esposo	2	2,4	3 (0,6)	3	3,8	3 (0,6)
Divórcio	2	2,4	2 (0,3)	3	3,8	1,3 (0,3)
Institucionalização do pai/mãe	2	2,4	3 (0,4)	-	-	-
Mudança para outro trabalho menos interessante	1	1,2	1 (0,1)	-	-	-
Institucionalização do esposo	-	-	-	-	-	-

^ateste qui quadrado.

^bteste *t* independente.

*nível de significância de $p < 0,05$.

EE= eventos estressantes.

Os eventos estressantes foram analisados no número total de eventos estressantes ocorridos no último ano entre as idosas do GP e GNP, a contar do período de entrevista, assim como a intensidade do total de eventos estressantes (figura 1).

A média do número de eventos estressantes vividos pelas idosas do GP foi de 5,6 (DP=2,99; Md=5; mín=2; máx=13) e 6,4 (DP=3,15; Md=7; mín=1; máx=13) para o GNP, não sendo observada diferença significativa ($t_{(162)}=1,651$; $p=0,101$; $d=0,26$).

Em relação à intensidade do total de eventos estressantes, o GP apresentou média de 2,6 (DP=0,87; Md=2,5; mín=1; máx=5) e o GNP 3,07 (DP=0,97; Md=3,3; mín=1; máx=5), com diferença significativa ($t_{(162)}=3,259$; $p=0,001$; $d=0,25$).

Assim, é possível constatar que as idosas do GNP vivenciaram um número e uma intensidade de estresse superior às idosas do GP, conforme ilustra a figura 1.

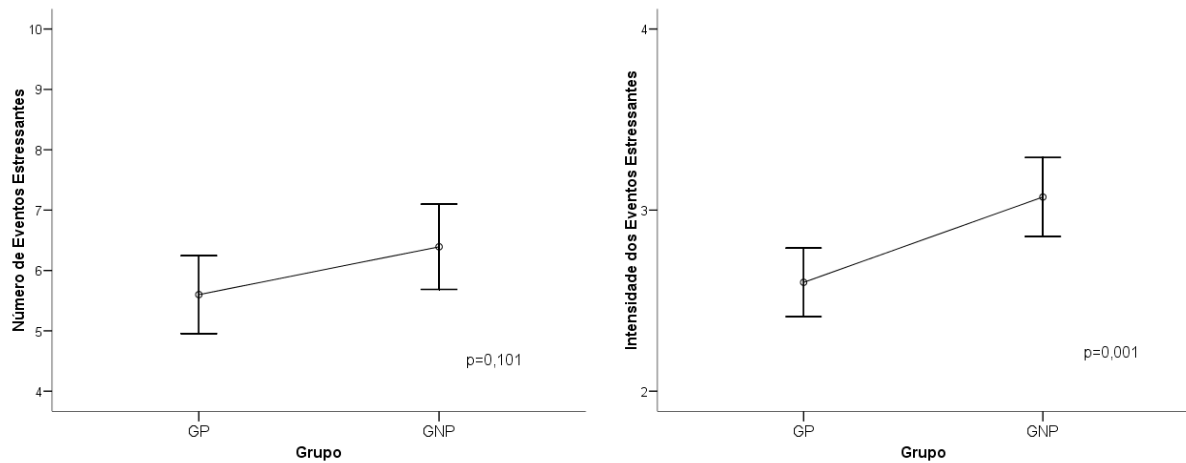


Figura 1 - Comparação do número e da intensidade dos eventos estressantes entre os grupos (GP e GNP).

A partir da relação encontrada na ocorrência e na intensidade dos eventos estressantes em ambos os grupos (tabela 5), buscou-se, por meio da regressão múltipla, analisar quais variáveis estariam associadas a esses eventos.

Na tabela 6 estão apresentados os resultados das análises de regressão logística e linear múltipla dos fatores associados à ocorrência e a intensidade dos eventos estressantes em ambos os grupos (GP e GNP).

Para as idosas do GNP, a ocorrência dos eventos *perda do poder aquisitivo* (OR=6,11; IC95%:1,57-23,66) e *piora na relação com o esposo* (OR=16,27; IC95%:1,49-177,37), apresentaram associados à *diminuição na participação* das idosas em atividades de interesse. Quanto ao evento *aumento das responsabilidades*, identificaram-se como fatores associados para as idosas do GNP, a ocorrência dos eventos *diminuição na participação* (OR=4,01; IC95%:1,21-13,32) e *maior responsabilidade com os filhos* (OR=7,32; IC95%:2,20-24,38). Observa-se assim, uma relação entre a diminuição da participação em atividades de interesse e aumento das responsabilidades, o que parece estar atrelado a questões financeiras e familiares, como a relação com o cônjuge e maior responsabilidade com os filhos/as.

Para as idosas do GP, identificou-se o evento *perda de um amigo* (OR=5,07; IC95%:1,34-19,23) como associado à ocorrência do evento *morte de um amigo* (tabela 6).

Já, a análise de regressão linear múltipla revelou os fatores associados à intensidade de estresse para as idosas do GNP, identificando os eventos *perda de coisas e morte do pai ou mãe*, como responsáveis por aproximadamente 14% da variância do evento *piora na saúde de um familiar*. Os eventos relacionados ao cuidado, perdas de entes queridos, problemas familiares e financeiros explicam 50%, 26% e 33% da variância na *diminuição da participação, aumento das responsabilidades e piora da QV*, respectivamente (tabela 6).

Tabela 6 - Resultados das análises de regressão múltipla (logística e linear) para cada ocorrência e intensidade dos eventos estressantes, conforme o respectivo grupo (GP ou GNP).

Ocorrência de eventos estressantes		Categorias	p	O.R.	IC 95% O.R.
Diminuição na Participação					
	Problema de saúde	Não ocorreu	-	1,00	-
		Ocorreu	0,054	3,20	0,98 – 10,47
G	Perda poder aquisitivo	Não ocorreu	-	1,00	-
		Ocorreu	0,009*	6,11	1,57 – 23,66
N	Piora da QV	Não ocorreu	-	1,00	-
		Ocorreu	0,055	3,43	0,97 – 12,16
P	Piora relação esposo	Não ocorreu	-	1,00	-
		Ocorreu	0,022*	16,27	1,49 – 177,37
Aumento das Responsabilidades					
G	Diminuição na participação	Não ocorreu	-	1,00	-
		Ocorreu	0,023*	4,01	1,21 – 13,32
N	Maior responsabilidade filhos	Não ocorreu	-	1,00	-
		Ocorreu	0,001*	7,32	2,20 – 24,38
P	Morte de um Amigo	Não ocorreu	-	1,00	-
		Ocorreu	0,017*	5,07	1,34 – 19,23
Intensidade dos eventos estressantes					
		β	t	P	R ²
Piora na saúde de um familiar					
G	Perda de coisas	0,304	2,859	0,005*	0,139
N		-0,214	-2,012	0,048*	
P	Morte do pai ou da mãe	-0,214	-2,012	0,048*	
Diminuição na Participação					
G	Maior responsabilidade com os pais	-0,435	-4,383	0,001**	0,506
N		0,443	4,765	0,001**	
P	Problema de saúde	0,355	3,973	0,001**	

	Problemas com chefe	-0,236	-2,749	0,008*	
	Piora da QV	0,281	3,163	0,002*	
	Aumento das responsabilidades	0,215	2,441	0,017*	
	Morte de outro parente	0,213	2,420	0,018*	
	Aposentadoria	0,178	2,005	0,049*	
G Aumento das Responsabilidades					
N	Maior responsabilidade com os filhos	0,364	3,694	0,001**	
P	Perda de um amigo	0,337	3,417	0,001*	0,265
Piora da QV					
G	Piora na relação com os filhos	0,205	2,067	0,042*	
N	Diminuição na participação	0,305	3,162	0,002*	
P	Maior responsabilidade com os pais	0,330	3,428	0,001*	0,338
	Morte do pai ou da mãe	0,306	3,108	0,003*	
	Diminuição das responsabilidades	0,226	2,347	0,022*	

*p<0,05.

**p<0,001.

4.2.1 Fatores relacionados aos eventos estressantes

Após análise da ocorrência e intensidade dos eventos estressantes relacionados estatisticamente entre os grupos, realizou-se a análise de regressão linear múltipla com o número e a intensidade do total de eventos estressantes entre as variáveis das características sociodemográficas, das condições de saúde e dos aspectos psicológicos em ambos os grupos (tabela 7).

O modelo final de regressão identificou a idade e felicidade como sendo as variáveis que melhor explicaram o número de eventos estressantes para as idosas do GP (aproximadamente 13%), estando associadas de forma negativa e positiva, respectivamente.

Já no GNP, humor e consumo de medicamentos apresentaram associação positiva, explicando 17% da variância no número de eventos estressantes. Quanto à intensidade de eventos estressantes, o estado de humor das idosas do GP apresenta-se associado positivamente à intensidade de estresse, explicando em torno de 7% da sua variância, enquanto que para o GNP, 12% da variância da intensidade de estresse são associados negativamente à autoestima.

Tabela 7 - Resultados das análises de regressão linear múltipla entre as características sociodemográficas, condições de saúde e os aspectos psicológicos entre o número e intensidade de eventos estressantes em ambos os grupos (GP e GNP).

Variáveis		Número de Eventos Estressantes			
		β	t	p	R ²
G	Idade	-0,264	-2,559	0,012*	0,129
P	Felicidade ^a	0,245	2,374	0,020*	
G	Humor ^b	0,276	2,606	0,011*	0,170
N					
P	Medicamentos (número)	0,264	2,493	0,015*	

Variáveis		Intensidade dos Eventos Estressantes			
		β	t	p	R ²
G					0,068
P	Humor ^b	0,260	2,452	0,016*	
G					0,122
N	Autoestima	-0,349	-3,270	0,002*	
P					

*p<0,05.

^a1= feliz, 2=infeliz.

^b1=não irritada, 2=irritada.

4.3 NÍVEIS DE RESILIÊNCIA

O nível de resiliência entre os grupos pesquisados foi de 149,74 (DP=14,15) para as idosas do GP e 147,92 (DP=13,63) para o GNP, não sendo observada diferença significativa entre os grupos ($t_{(162)}=0,836$; $p=0,404$), conforme a figura 2.

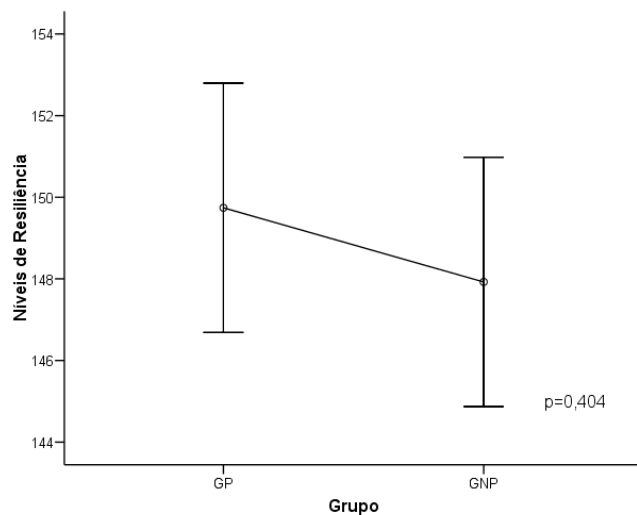


Figura 2 - Comparação do nível de resiliência entre as idosas do GP e GNP.

Ao analisar as relações do nível de resiliência e os aspectos sociodemográficos (tabela 8), constatou-se, apenas uma diferença significativa entre a escolaridade para as idosas do GP ($F_{(3,81)}=2,763$; $p=0,047$; $\eta^2=0,09$), identificando a partir do teste *post hoc* de Bonferroni, diferença significativa no nível de resiliência, em que as idosas com baixa escolaridade (fundamental completo) apresentaram menor resiliência comparada às idosas com ensino médio completo ($p=0,032$).

Os outros aspectos sociodemográficos, descritos na tabela 8, não apresentaram diferença significativa quando comparados com o nível de resiliência em nenhum dos grupos (GP e GNP).

Tabela 8 - Comparação do nível de resiliência entre os aspectos sociodemográficos em ambos os grupos (GP e GNP).

Aspectos Sociodemográficos	Nível de Resiliência			
	GP \bar{X} (DP)	<i>p</i>	GNP \bar{X} (DP)	<i>p</i>
Faixa Etária (dicotômico)				
60 a 69 anos	150,56 (14,50)	0,472 ^a	146,20 (14,60)	0,258 ^a
≥ 70 anos	148,23 (13,61)		149,69 (12,50)	
Estado Civil				
Viúva	150,85 (13,47)	0,223 ^b	148,06 (12,32)	0,737 ^b
Casada	150,34 (13,54)		148,76 (14,08)	
Solteira/Separada	141,50 (19,04)		145,17 (16,45)	
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	150,04 (13,65)	0,047 ^{b*}	147,24 (14,10)	0,225 ^b
Fundamental Completo	138,78 (19,59) [£]		153,38 (10,52)	
Médio Completo	155,57 (8,68) [£]		140,80 (12,09)	
Superior	149,89 (13,79)		156,50 (7,72)	
Renda (salários)				
< 2	146,04 (16,45)	0,280 ^b	148,09 (14,58)	0,563 ^b
2 - < 4	150,54 (11,60)		146,04 (13,84)	
≥ 4	151,94 (14,12)		150,59 (11,35)	
Religião				
Católica	149,53 (14,53)	0,905 ^b	148,42 (14,28)	0,061 ^b
Evangélica	148,56 (10,35)		147,82 (8,36)	
Espírita	151,60 (12,21)		154,00 (8,03)	
Sem religião	155,00 (23,51)		128,33 (8,62)	
Ocupação Atual				

Aposentada e/ou Pensionista	148,37 (14,61)		148,04 (12,69)	
Ainda Trabalha	155,50 (5,91)	0,270 ^b	154,83 (7,60)	0,333 ^b
Do lar	153,88 (12,99)		145,28 (17,31)	

^aTeste t para amostras independentes.

^bAnálise de variância – ANOVA *one-way*.

^cDiferença significativa identificado pelo teste *post hoc* de Bonferroni.

Ao comparar o nível de resiliência e as condições de saúde (tabela 9), não foi observada diferença significativa em ambos os grupos GP e GNP, quanto ao número de doenças ($F_{(3,81)}=1,919$; $p=0,133$; $n^2=0,06$; $F_{(3,75)}=0,501$; $p=0,683$; $n^2=0,02$; respectivamente) e uso de medicamentos ($F_{(3,81)}=2,521$; $p=0,064$; $n^2=0,08$; $F_{(3,75)}=0,279$; $p=0,840$; $n^2=0,01$; respectivamente).

As idosas do GNP apresentaram diferença significativa na percepção de saúde ($t_{(77)}=4,178$; $p<0,001$), em que as idosas com percepção de saúde positiva destacaram-se estatisticamente, com escores superiores de resiliência comparada às idosas com percepção de saúde negativa (tabela 9), diferença essa não observada nas idosas do GP ($t_{(83)}=1,112$; $p=0,269$).

Tabela 9 - Comparação do nível de resiliência entre as condições de saúde em ambos os grupos.

Condições de Saúde	Nível de Resiliência			
	GP \bar{X} (DP)	<i>p</i>	GNP \bar{X} (DP)	<i>p</i>
Percepção de Saúde				
Positiva	151,00 (12,72)	0,269 ^a	155,37 (13,16)	<0,001 ^{a*}
Negativa	147,43 (16,44)		143,37 (11,89)	
Doenças (número)				
Nenhuma	153,75 (8,69)	0,133 ^b	147,29 (15,60)	0,683 ^b
1 a 2	152,86 (11,79)		149,96 (11,90)	
3 a 4	147,12 (13,86)		148,35 (10,77)	
5 ou mais	143,93 (19,94)		145,18 (17,60)	
Medicamentos (número)				
Nenhum	157,09 (11,70)	0,064 ^b	149,40 (14,53)	0,840 ^b
1 a 2	152,06 (12,11)		149,26 (11,52)	
3 a 4	144,81 (17,16)		148,05 (13,89)	
5 ou mais	146,38 (14,38)		145,92 (15,40)	

^aTeste t para amostras independentes.

^bAnálise Univariada de variância – Anova *one-way*.

Destacam-se, agora, as comparações do nível de resiliência entre os aspectos psicológicos (felicidade, humor e autoestima) em ambos os grupos.

Na comparação do nível de resiliência entre os aspectos psicológicos, observou-se diferença significativa quanto a felicidade e o humor, tanto para as idosas do GP ($t_{(83)}=3,690$; $p<0,001$; $t_{(83)}=2,174$; $p=0,033$, respectivamente) como do GNP ($t_{(77)}=2,931$; $p=0,004$; $t_{(77)}=3,345$; $p=0,001$, respectivamente), sendo que as idosas que alegaram sentir-se felizes e bem humoradas apresentaram níveis significativamente superiores às idosas infelizes e irritadas do mesmo grupo (tabela 10).

Tabela 10. Comparação do nível de resiliência entre os aspectos psicológicos (felicidade e humor) em ambos os grupos (GP e GNP).

Aspectos Psicológicos	Nível de Resiliência			
	GP \bar{X} (DP)	<i>p</i>	GNP \bar{X} (DP)	<i>p</i>
Felicidade				
Feliz	152,58 (12,60)	<0,001^{a*}	151,95 (13,09)	0,004^{a*}
Infeliz	139,89 (15,14)		143,35 (12,91)	
Humor				
Não irritada	151,85 (13,78)	0,033^{a*}	152,45 (12,35)	0,001^{a*}
Irritada	144,68 (14,01)		142,78 (13,33)	

^aTeste t para amostras independentes.

Quanto a autoestima, as idosas do GP apresentaram correlação moderada e significativa ($r=0,429$; $p<0,001$), sendo 18% da variância do nível de resiliência compartilhada com a autoestima das idosas desse grupo (figura 3).

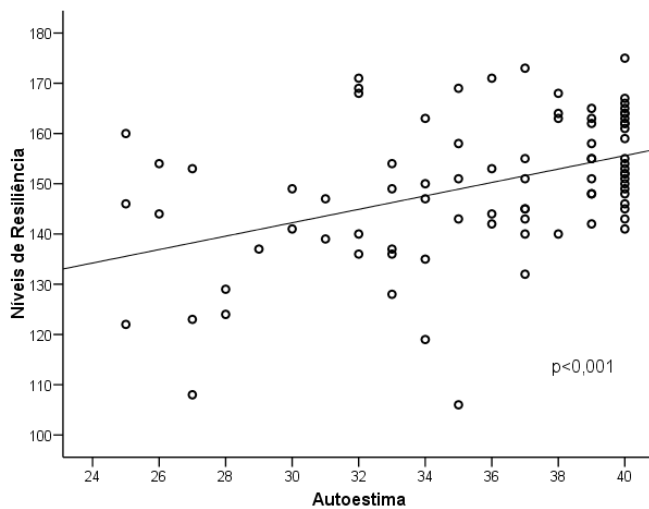


Figura 3 - Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o escore de autoestima das idosas do GP.

Nas idosas do GNP, também se observou correlação significativa ($r=0,710$; $p < 0,001$), em que 50% da variância no nível de resiliência pode ser creditada à autoestima das pesquisadas (figura 4).

Embora a autoestima tenha apresentado correlação significativa com o nível de resiliência em ambos os grupos (GP e GNP), destaca-se a forte associação presente no grupo das idosas do GNP (figura 4).

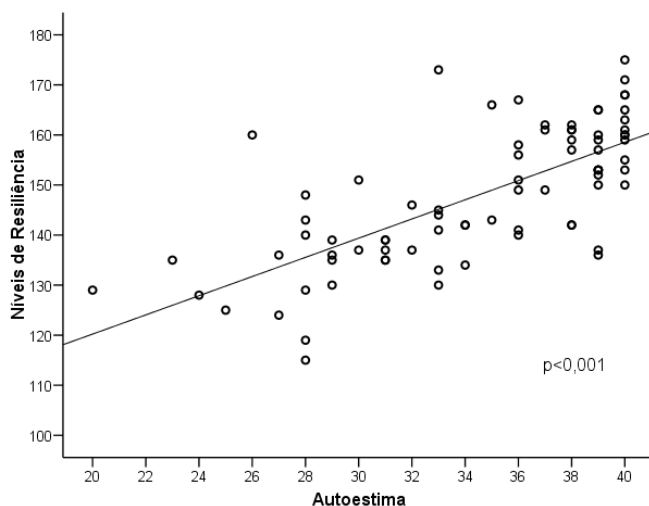


Figura 4. Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o escore de autoestima das idosas do GNP.

O número e a intensidade dos eventos estressantes vivenciados pelas idosas do GP (figura 5) apresentaram correlação significativa, sendo inversamente

proporcionais ao nível de resiliência, em que maiores níveis de resiliência associaram aos menores números e intensidades dos eventos experienciados ($r=-0,234$; $p=0,031$; $r=-0,236$; $p=0,030$, respectivamente).

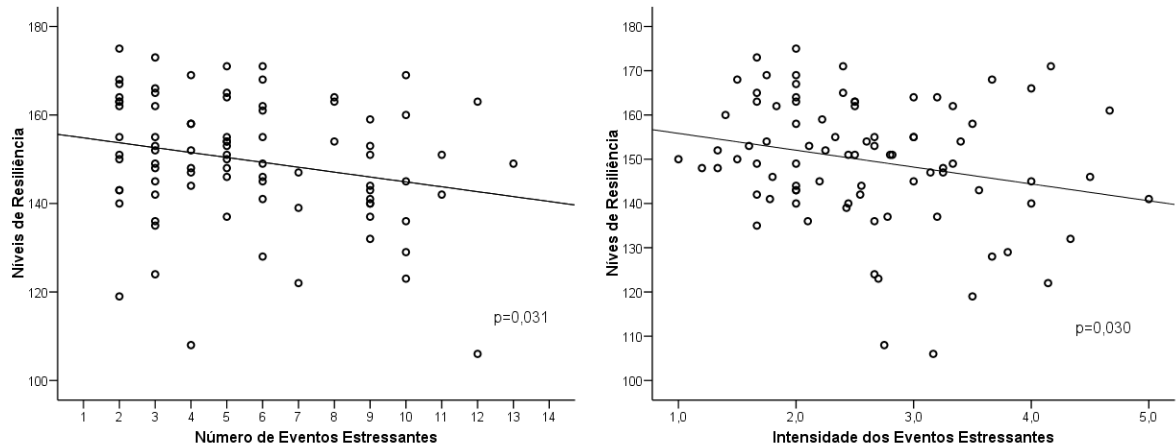


Figura 5 - Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o número e intensidade de eventos estressantes das idosas do GP.

Para o GNP, identificou-se correlação significativa entre a intensidade dos eventos estressantes e o nível de resiliência ($r=-0,297$; $p=0,008$). Quanto ao número de eventos estressantes não houve correlação significativa ($p=0,224$), conforme ilustração da figura 6.

Ao visualizar os diagramas de dispersão presentes nas figuras 5 e 6, é possível observar a concentração dos maiores escores de resiliência relacionados ao menor número e intensidade de eventos estressantes vivenciados pelas idosas do GP (figura 5), o que não só demonstra a ligação com a resiliência, assim como reflete a possível contribuição direta ou indireta da prática de exercício físico na redução dos eventos estressantes, favorecendo em elevados níveis de resiliência.

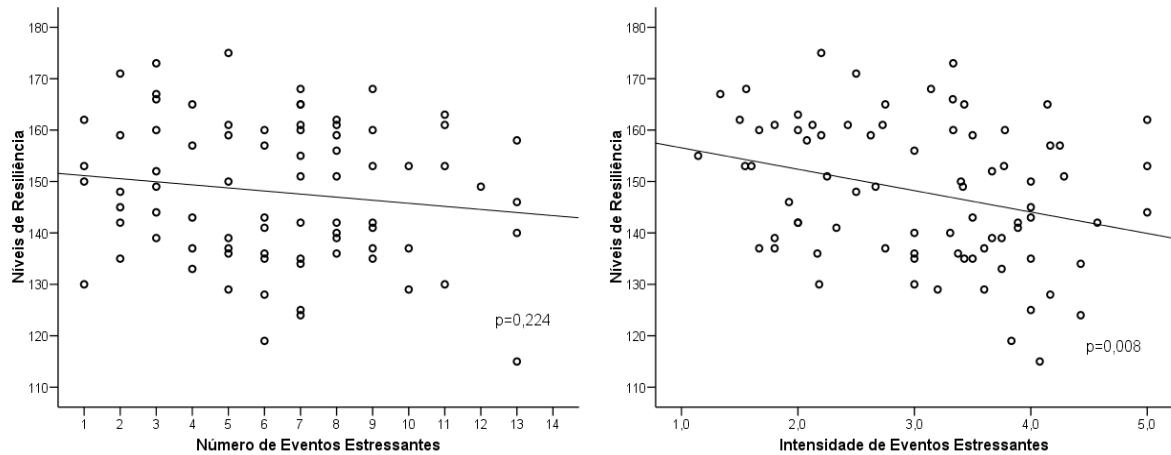


Figura 6 - Diagrama de dispersão da correlação do nível de resiliência entre o número e intensidade de eventos estressantes das idosas do GNP.

4.3.1 Fatores relacionados aos níveis de resiliência

Nas tabelas 11 e 12, encontram-se as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, aspectos psicológicos e eventos estressantes, as quais apresentaram nível de significância de $p < 0,20$, sendo identificadas como fatores relacionados ao nível de resiliência em cada grupo.

O modelo de regressão multivariado apresentou diferença significativa ($F_{(7,77)}=4,641$; $p < 0,001$) sendo as variáveis autoestima, número de medicamentos, felicidade, número e intensidade dos eventos estressantes, número de doenças e humor (tabela 11) responsáveis por aproximadamente 30% na variância do nível de resiliência do GP. Entretanto, ao observar cada variável, apenas a autoestima apresenta relação significativa ($p=0,023$) e independente com o nível de resiliência, onde idosas com maiores escores de autoestima apresentam elevados níveis de resiliência.

Tabela 11 - Modelo de regressão múltipla das variáveis incluídas ao modelo final de resiliência, para as idosas do GP.

Variáveis	B	t	p	R ²
Autoestima	0,287	2,321	0,023*	
Medicamentos ^c	-0,176	1,557	0,124	
Felicidade ^a	-0,142	1,162	0,249	
Número de Eventos Estressantes	-0,114	1,134	0,260	0,297
Doenças ^d	-0,118	1,058	0,293	
Intensidade de Eventos Estressantes	-0,097	0,956	0,342	
Humor ^b	0,022	0,201	0,841	

*p<0,05.

^a1= feliz, 2=infeliz.^b1=não irritada, 2=irritada.^c1=nenhum, 2=1 a 2; 3=3 a 4, 4=5 ou mais medicamentos.^d1=nenhuma, 2=1 a 2; 3=3 a 4, 4=5 ou mais doenças.

Já no GNP, as variáveis autoestima, religião, percepção de saúde, felicidade, humor, intensidade de eventos estressantes, foram incluídas no modelo de regressão multivariado, sendo responsáveis por aproximadamente 64% na variância do nível de resiliência ($F_{(6,72)}=21,000$; $p<0,001$), tabela 12. Ao observar as variáveis relacionadas ao nível de resiliência, identificou-se diferença significativa e independente com a autoestima ($p<0,001$), a religião ($p=0,001$) e a percepção de saúde ($p=0,002$).

Tabela 12. Modelo de regressão múltipla das variáveis incluídas ao modelo final de resiliência para as idosas do GNP.

Variáveis	B	T	p	R ²
Autoestima	0,287	2,321	0,001**	
Religião ^c	-0,262	3,508	0,001*	
Percepção de Saúde ^d	-0,251	3,230	0,002*	0,636
Felicidade ^a	-0,026	0,319	0,750	
Humor ^b	0,026	0,311	0,756	
Intensidade de Eventos Estressantes	-0,017	0,219	0,827	

*p<0,05.

**p<0,001.

^a1= feliz, 2=infeliz.^b1=não irritada, 2=irritada.^c1=católica, 2=evangélica, 3= espírita, 4=sem religião.^d1=positiva, 2=negativa.

Ao adotar o critério de seleção de variáveis *backward*, foi possível identificar, entre as variáveis incluídas, quais estariam efetivamente relacionadas à resiliência, compondo o modelo final da regressão múltipla para cada grupo (tabela 13).

O modelo final, ao ajustar a felicidade, humor, doenças, número e intensidade de eventos estressantes, constatou uma relação significativa entre o nível de resiliência e a autoestima ($p < 0,001$) e o consumo de medicamentos ($p = 0,014$), sendo estas variáveis responsáveis por aproximadamente 25% da variância do nível de resiliência das idosas do GP (tabela 13). Desse modo, idosas com elevada autoestima e baixo consumo de medicamentos de uso diário apresentaram melhores índices de resiliência.

No GNP, entre os aspectos relacionados à resiliência (tabela 13), ajustados ao humor, felicidade e intensidade dos eventos estressantes, destacam-se a autoestima, a religião e a percepção de saúde ($p < 0,001$; $p = 0,001$; $p = 0,001$, respectivamente). A estas variáveis foram creditadas aproximadamente 64% da variância do nível de resiliência, sendo as idosas participantes da missa em instituição religiosa, com elevados escores de autoestima e com saúde positiva, as quais apresentaram altos índices de resiliência.

Tabela 13 - Modelo final de regressão múltipla das variáveis selecionadas (critério *Backward*) entre o nível de resiliência para as idosas de ambos os grupos (GP e GNP).

	Variáveis	B	t	P	R ²
G	Autoestima	0,419	4,355	0,001**	0,243
P	Medicamentos ^a	-0,243	2,523	0,014*	
G	Autoestima	0,665	9,192	0,001**	0,635
N	Religião ^b	-0,254	3,631	0,001*	
P	Percepção de Saúde ^c	-0,259	3,587	0,001*	

* $p < 0,05$.

** $p < 0,001$.

^a1=nenhum, 2=1 a 2; 3=3 a 4, 4=5 ou mais medicamentos.

^b1=católica, 2=evangélica; 3=espírita, 4=sem religião.

^c1=positiva, 2=negativa.

5 DISCUSSÃO

O nível de resiliência, das idosas participantes do estudo, foi elevado, tendo o GP apresentado média de 149,74 e o GNP de 147,92 pontos. Resultado semelhante foi encontrado por Wells (2009), ao pesquisar 106 idosos de áreas rurais dos Estados Unidos, identificando uma média de resiliência de 149 pontos. Conforme Wagnild (2003) idosas com uma pontuação acima de 146 pontos na Escala de Resiliência podem ser consideradas com alta resiliência. Embora, ambos os grupos estejam nesse patamar, é necessário considerar a vivência de estresse ou de situações adversas, aspectos estes imprescindíveis no estudo de resiliência (RUTTER, 1987), além dos diversos fatores que podem influenciar no nível de resiliência em idosos.

Considerado como um importante aspecto nos estudos de resiliência destaca-se os eventos estressantes (número e a intensidade). O número de eventos estressantes consiste na quantidade de situações que, ao serem vividas pelo indivíduo tenham lhe causado preocupação ou incomodo. Já a intensidade, refere-se à qualidade percebida da vivência de eventos estressantes. No presente estudo observou-se que quanto maior o nível de resiliência menor é o número de eventos estressantes nas idosas do GP e menor é a intensidade percebida de estresse nas do GNP. Esta semelhança nas correlações, em ambos os grupos, pode ser explicada, tendo em vista que o número e a intensidade dos eventos estressores influenciam a resiliência de idosos, embora haja divergências quanto a qual destes dois aspectos é mais relevante para o processo de resiliência.

Couto (2007), em seu estudo, verificou que a intensidade dos eventos estressantes mostrou-se como mais importante para, em contexto de adversidade, ativar o processo de resiliência. Para a autora a resiliência atua na presença dos eventos de vida estressantes de maneira a manter o bem-estar da pessoa. Portanto,

os eventos estressantes, principalmente a intensidade com a qual foi experienciado, demonstra-se como um forte preditor da resiliência em idosos. *Pesce et al.* (2004) afirmam que o debate acerca da acumulação de fatores de risco, como possível preditora de resiliência, é pertinente, porque é inegável a existência de um limiar até onde as pessoas conseguem lidar com os eventos estressores.

Além dos eventos estressantes, a escolaridade mostrou-se relacionada à resiliência, em que idosas do GP, com baixa escolaridade (fundamental completo) apresentaram menor resiliência comparada às idosas com ensino médio completo. Como possível explicação desse resultado destaca-se os estudos (WAGNILD, 2003; HARDY, CONCATO; GILL, 2004) desenvolvidos com idosos da comunidade americana, os quais encontraram entre os fatores associados com a alta resiliência, o maior nível de escolaridade.

Por outro lado, estudo realizado com idosos brasileiros (COUTO, 2007) não encontrou diferença significativa entre a resiliência e a escolaridade, destacando que a mesma não se constitui como uma característica de determinada pessoa, ou seja, como um traço de personalidade, não devendo ser tomada apenas como o resultado obtido em uma escala isolada, mas que, deve ser compreendida como um processo dinâmico e multidimensional.

Nesse sentido, Fortes, Portuguez e Argimon (2009) ao pesquisarem 86 idosos brasileiros constataram que ser resiliente independe de possuir ensino superior ou fundamental. Tal consideração pode ser observada em nosso estudo, quanto ao nível de resiliência e a escolaridade das idosas do GP, na categoria ensino superior (\bar{X} =149 pontos), comparado às idosas com ensino fundamental incompleto (\bar{X} =150 pontos), observando-se uma equivalência nos níveis de resiliência. Deste modo, é possível que a escolaridade seja um dos fatores associados à resiliência, embora não deva ser considerada de forma independente.

Considerando outros aspectos associados à resiliência em idosos, destacam-se à felicidade e o humor, sendo as idosas de ambos os grupos que alegaram sentir-se felizes e bem humoradas, as que apresentaram níveis superiores de resiliência.

Tal explicação pode estar no bem-estar emocional do indivíduo, uma vez que o mesmo pode ser conceituado em termos de felicidade, satisfação com a vida, equilíbrio entre experiências positivas e negativas, sendo a velhice associada ao aumento da satisfação com a vida e níveis estáveis de afeto positivo (CHARLES; CARSTENSEN, 2010). Quando ocorrem decréscimos em relação ao bem-estar,

estes geralmente ocorrem depois dos 60 anos e em pequena magnitude. Assim, diante de tensões interpessoais inevitáveis e de situações estressantes, os idosos tentam não se envolver, a fim de transpor o mais breve possível tal situação. Estudo conduzido por Kessler e Staudinger (2009), com a participação de 277 indivíduos entre 20 e 80 anos, constataram, de fato, que altos e baixos níveis de afetos negativos e positivos decrescem a partir da meia-idade.

Considerando que a felicidade constitui-se por um estado emocional positivo e que pode ser tomada por sentimentos de prazer e bem-estar (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007), resultados do estudo desenvolvido por Couto (2007), constataram a existência de correlações positivas entre a resiliência e o bem-estar psicológico. O'Rourke (2004) também destaca que a capacidade de resiliência psicológica é significativamente associada à satisfação com a vida.

Além disso, estudos empíricos (WAGNILD; YOUNG, 1993; PESCE *et al.*, 2005) apontam para a relação entre humor e resiliência. Windle, Markland e Woods (2008), ao testarem, a partir da análise fatorial confirmatória, o conceito de resiliência psicológica na velhice e quais recursos psicológicos estariam relacionados a esse construto, concluíram que a resiliência vai além dos recursos psicológicos (autoestima, competências pessoais e controle) necessitando de novas investigações.

Deste modo, pode-se observar que os aspectos psicológicos, como felicidade e humor, parecem, de alguma forma, contribuir para uma maior resiliência em idosos, independentes de estarem ou não em um programa de exercício físico. Entretanto, tais variáveis precisam ser testadas em estudos futuros.

Outro aspecto psicológico associado à resiliência é a autoestima, em que idosos do GP, com elevada autoestima e baixo consumo de medicamentos de uso diário apresentaram melhores índices de resiliência. Este resultado encontra-se respaldado na literatura, tendo em vista sua ligação com a saúde, onde idosos com melhor estado de saúde e conseqüentemente, menor consumo de medicamentos, apresentam maiores índices de resiliência (HILDON *et al.*, 2008). No estudo de Wagnild e Young (1993) foi observada correlação entre a autoestima e a resiliência. As autoras explicam que a autoestima é um dos principais aspectos que compõem a resiliência, e que esta faz parte das características internas do indivíduo resiliente.

Desse modo, a resiliência individual depende de alguns aspectos como os recursos da personalidade. Os recursos adaptativos da personalidade, também

chamados mecanismos de auto-regulação (como por exemplo, a autoestima), que mantêm-se intactos na velhice (BALTES, 1997).

Nesse sentido, Wagnild e Young (1990) ao descreverem sobre os aspectos relacionados à resiliência de mulheres idosas e concluíram que o fato delas serem socialmente ativas e satisfeitas com a vida favorecia para que fossem mais resilientes.

Algo semelhante ocorreu com as idosas do GNP, em que a autoestima foi associada à resiliência, respondendo por 50% da variação na variância nos níveis de resiliência nesse grupo. Uma vez que as idosas do GNP não participam de nenhum grupo formal, nem de exercício físico, apresentaram maior número e maior intensidade percebida de eventos estressantes, relataram sentir-se mais infelizes e irritadas, restando a autoestima como um dos poucos fatores para buscar força e sentido para se adaptar as situações de estresse. Segundo Davis *et al.* (2007) isso pode ocorrer, já que a velhice é, marcada por uma época de limitações e reduzidos recursos sociais.

Além disso, outros aspectos podem estar influenciando nesse resultado, tais como as características de pessoas resilientes, conforme constataram Wagnild e Young (1990), ao realizarem um estudo qualitativo com 24 mulheres idosas ($\bar{X}=78,1$ anos de idade) e identificaram cinco temas os quais representariam as características da resiliência nesse grupo, entre eles a auto-suficiência, ou seja, a crença em si mesmo e nas suas capacidades.

Além dessa variável, constatou-se que idosas freqüentadoras de instituição religiosa e com percepção de saúde positiva, apresentaram elevados índices de resiliência. Tais resultados são respaldados pela literatura, uma vez que o estado de saúde do idoso apresenta-se relacionado à resiliência (WAGNILD; YOUNG, 1993; WAGNILD, 2003) e que a participação religiosa pode estar ligada à fé, mas também à interação social.

Assim, as idosas do GNP apesar de relatarem que não participavam de nenhuma atividade formal, comentaram que eram praticantes de suas respectivas religiões, indo à missa semanalmente. Isto pode explicar, em parte, a associação da religião com a resiliência. A religião é um importante aspecto na vida da idosa e ela necessita ser melhor explorada, tendo em vista sua possível relação com a resiliência.

Outro aspecto que é considerado como fator protetor para ser mais resiliente é ter autoestima elevada, ser feliz e ter bom humor. Estes fatores também contribuem para minimizar os efeitos do estresse, bem como, a prática de exercício físico regular. Neste aspecto o modelo teórico de pró-atividade preventiva e corretiva (KAHANA; KAHANA, 1996; 2001), propõe que o indivíduo que adota um comportamento ativo tende a maximizar os benefícios psicológicos (autoestima, humor, felicidade, entre outros) e, conseqüentemente, reduza o efeito nocivo de eventos estressantes, o que favorece a uma maior resiliência.

Direcionado ao enfoque psicológico, a atividade física vem sendo explorada, atualmente, como um novo paradigma, a qual tem sido associada como possível fator protetor nos estudos de resiliência em idosos. Investigações recentes relacionaram a prática de atividade física e alta resiliência, sendo os idosos mais ativos os que apresentaram maior capacidade para superar os eventos estressantes (FELTEN, 2000; HARDY; CONCATO; GILL, 2004; HILDON *et al.*, 2008).

Pesquisa desenvolvida por Hildon *et al.* (2008) ao abordarem a resiliência em idosos de forma multidimensional, observaram que programas e instituições sociais podem incentivar a prática da resiliência, permitindo que os indivíduos mantenham uma sensação de estabilidade em sua vida e uma identidade coerente face às mudanças inevitáveis da vida.

Assim, programas de atividade física ou exercício físico oferecem uma oportunidade para cumprir as disposições sociais de bem-estar psicológico que estão associados com alta resiliência (WEISS, 1973; HARDY, CONCATO; GILL, 2004), como melhor percepção de saúde, menor consumo de medicamentos e maior autoestima.

Estudo com 291 mulheres, média de idade de 48,4 anos (DP=11,7) analisou a relação de fatores pessoais, sociais e ambientais relacionados ao nível de atividade física em mulheres de baixa renda, consideradas resilientes (CLELAND *et al.*, 2010). Os autores constataram que fatores pessoais, como a autoestima, podem ser importantes para atingir níveis recomendados de atividade física entre as mulheres que são socioeconomicamente desfavorecidas, pois uma característica fundamental das mulheres resilientes pode ser a sua capacidade de se manter auto-eficazes, ter boas intenções, apreciar e definir rotinas de atividade física, apesar do suporte do ambiente e das influências sociais.

O estudo de Cleland *et al.* (2010) sugere que, as intervenções destinadas à promoção da atividade física entre mulheres de baixa renda devem centrar-se sobre os fatores pessoais, nomeadamente, o reforço da crença em suas habilidades (auto-eficácia), o prazer da atividade, a intenção de ser ativa, além de desenvolver rotinas que favoreçam a prática de atividade física.

Quanto à prática de atividade física e o incremento de determinadas doenças características das sociedades industriais (ROWLAND, 1998), observa-se que indivíduos menos ativos da população são os que tem menor aptidão física e doenças crônicas (KING *et al.*, 1998; SEBASTIÃO *et al.*, 2008).

Estudo desenvolvido por Sawatzky *et al.* (2007) sobre o impacto da doença na qualidade de vida de idosos, concluiu que a redução na felicidade dos mesmos, com o surgimento de uma doença crônica, estava parcialmente atribuída à falta de atividade física.

Considerando as doenças crônicas, a utilização de medicamentos e os efeitos do exercício físico, Dias (2010) constatou que a média de medicamentos utilizada pelos idosos foi superior no grupo de idosos não praticantes de exercícios físicos comparado ao grupo dos praticantes, sugerindo que a prática sistemática de exercício físico parece repercutir na menor utilização de medicamentos de uso contínuo e conseqüentemente reduzir o estresse.

Além das doenças outro fator que interfere em ser ativo é a idade. Estudos (PAFFENBARGER; LEE, 1996; LEE *et al.*, 2001) têm demonstrado que o declínio físico e funcional associado ao envelhecimento pode, mesmo em sujeitos com idade avançada, ser revertido por meio do exercício físico. Assim, o exercício físico pode contribuir com mudanças positivas e aumentar a capacidade física do idoso (MAZO *et al.*, 2005).

Nesse sentido, a prática de exercício físico pode favorecer nos ganhos psicológicos, os quais por sua vez, podem atuar na redução de estresse, uma vez que constatou-se, nas idosas do GP, maior autoestima, além de sentirem-se mais felizes e bem humoradas. Para Bidonde, Goodwin e Drinkwater (2009), a participação de mulheres idosas em um programa de atividade física possibilita a expansão de suas redes sociais, uma vez que as mesmas consideram importante o contato semanal com pessoas da sua idade, o que proporciona ganhos psicológicos como sentir-se feliz.

Nessa mesma perspectiva, estudos destacam que programas de exercício físico, além de possibilitarem ao idoso aumentar o seu número de contatos sociais, ao mesmo tempo favorecem na redução do estresse (FOX, 1999; SALMON, 2001; BERTERA, 2003; BURTON; PAKENHAM; BROWN, 2010), melhora do estado de humor (DiPIETRO, 2001; BERTERA, 2003) e maior autoestima (McAULEY *et al.*, 2005; LI *et al.*, 2002; BURTON; PAKENHAM; BROWN, 2010).

Pesquisa de Stubbe *et al.* (2007) sobre exercício físico e bem-estar, com sujeitos entre 18 e 65 anos, constataram que em todas as idades, o exercício físico realizado estava associado com níveis mais elevados de satisfação com a vida e felicidade. Trabalho de Morgan, Tobar e Snyder (2010), sobre exercício físico e felicidade, constatou que um programa de 15 semanas de caminhada, destinado a acumular 10.000 passos por dia, influenciou positivamente na felicidade do praticante.

Além disso, estudo randomizado controlado, sobre atividade física e bem-estar reitera que a exposição do idoso a programas de atividade física favorece a felicidade e satisfação com a vida, assim como a diminuição da solidão (McAULEY *et al.*, 2000). Desse modo, tendo em vista que as idosas do GP eram mais jovens, relataram sentirem-se mais felizes e bem humoradas comparadas ao GNP, acredita-se que tal diferença por ser significativa, possa justificar o resultado encontrado.

Não obstante, as idosas do GNP também apresentaram o humor associado ao número de eventos estressantes, assim como o consumo de medicamentos. Acredita-se que esse grupo, por vivenciarem maior número e intensidade de eventos estressantes, as mesmas passam a se sentir mais irritadas, além de consumir um número maior de medicamentos.

Tal resultado, em parte, pode ser explicado pela falta de praticar exercícios físicos, em que as idosas desse grupo (GNP) acabam não sendo favorecidas pelos benefícios da prática, já que a adoção de um comportamento ativo, com o aumento da prática de exercício, pode ajudar na redução dos efeitos negativos provocados pelo estresse, quando vivenciados eventos estressantes da vida (BROWN; HEESCH; MILLER, 2009).

Segundo Schneiderman, Ironson e Siegel (2005), ao revisarem sobre estresse e saúde, verificaram que a relação entre os estressores psicossociais e a doença é afetada pelo número, natureza e duração dos fatores estressantes, bem como, pelos recursos psicossociais disponíveis pelo indivíduo.

Assim, ao envolverem-se em atividades de grupo, tais como programas de atividade física, os idosos podem reduzir o estresse e melhorar os estados de humor (BERTERA, 2003). Estudo randomizado de formação controlada mostrou que o exercício físico reduz, de forma aguda, a sensação de ansiedade, tensão e raiva (GAUVIN; SPENCE, 1996), propiciando a melhora no estado de humor em idosos, seja através de exercício generalizado (FONSECA *et al.*, 2000) como de treinamento de força (TSUTSUMI *et al.*, 1997).

Outro aspecto que reforça os benefícios da prática de exercício físico para idosos quanto à redução dos efeitos do estresse, foi observado no presente estudo a associação entre a autoestima e a intensidade dos eventos estressantes, para as idosas do GNP, onde idosas com baixa autoestima apresentaram maior intensidade de estresse. Esse resultado pode ser oriundo da relação entre a autoestima e a prática de exercício físico, em que idosos não praticantes tendem a apresentar menor autoestima. Corroborando com essa proposição, estudo clínico randomizado (LI *et al.*, 2002) e longitudinal (McAULEY *et al.*, 2005) concluíram que a prática de exercício físico tende a elevar o nível de autoestima em idosos.

Nesse sentido, pesquisa de intervenção controlada e randomizada, num período de 5 anos, realizado com 174 idosos participantes de um programa de exercício físico, a fim de examinar os efeitos de mediação de variáveis psicológicas na relação entre exercício físico e qualidade de vida global em idosos, constatou que as mudanças na prática de exercício físico durante o período de 4 anos estava relacionada ao aumento da autoestima (ELAVSKY, 2005).

Reitzes e Mutran (2006), interessados em investigar se a saúde funcional melhora a autoestima de idosos no decorrer de dois anos, concluíram que, melhor saúde funcional está associada com maior autoestima, sendo esta positivamente relacionada com alterações na saúde funcional.

Assim, os eventos da vida têm sido relatados previamente, por influenciar o estado de saúde dos idosos (VOGELZANGS *et al.* 2007), mas dada a importância do exercício físico à saúde (BROWN; HEESCH; MILLER, 2009), a relação entre exercício físico e a intensidade dos eventos estressantes pode ser explicada, pelo menos em parte, por um efeito indireto da falta de prática de exercício físico, uma vez que, pesquisas sinalizam para a associação positiva entre atividade física e bem-estar psicossocial (SCULLY *et al.*, 1998; STATHOPOULOU *et al.*, 2006; BURTON; PAKENHAM; BROWN, 2009).

Dessa forma, foi possível identificar entre os eventos estressantes mais vivenciados pelas idosas de ambos os grupos (GP e GNP), os problemas de saúde ou doenças da própria idosa ou de seus familiares e a morte de parente próximo. A ocorrência desses eventos é semelhante aos resultados encontrados em outras pesquisas (ALDWIN, 1990; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009; HARDY; CONCATO; GILL, 2002; TAVARES, 2004), uma vez que os itens relativos à saúde pessoal, à de membros da família e à morte de amigos e familiares são os apontados com maior frequência pelos idosos (COUTO, 2007).

No presente estudo, diversas situações foram associadas aos eventos que apresentaram maior ocorrência e intensidade de estresse para as idosas do GNP. Essas situações, ou seja, os eventos estressantes considerados preditores, foram classificados como decorrentes da perda de entes queridos (morte do pai ou da mãe), de problemas familiares (piora na relação com o esposo, maior responsabilidade com os filhos, entre outros) e financeiros (perda do poder aquisitivo).

Para Aldwin (1990), o estresse na velhice caracteriza-se como egocêntrico (quando os eventos ocorrem com o próprio idoso) e não-egocêntrico (quando os eventos sucedidos estão relacionados a outras pessoas significativas para o mesmo). O estresse não-egocêntrico teria uma relevância nessa etapa da vida, embora os egocêntricos mostrem-se mais preocupantes, por influenciar negativamente na saúde física e mental de idosos (ALDWIN, 1990). Segundo Couto (2007), o preocupar-se com os outros não é visto pelo idoso, necessariamente, como estressante (estresse não-egocêntrico), pois essa vivência oportuniza o seu envolvimento na vida de familiares e amigos e na comunidade, dando-lhe um sentimento de orientação e significado para sua vida.

Entretanto, os resultados do nosso estudo sugerem que, para as idosas não praticantes de exercício físico, os eventos não-egocêntricos são os principais fatores associados à ocorrência e a intensidade de estresse, tendo em vista que esses eventos podem influenciar na vivência de estresse egocêntrico, como por exemplo, a diminuição da participação em atividade de interesse e aumento de suas responsabilidades.

Também é importante considerar, que os eventos estressantes podem impedir os idosos de participar de um programa de exercício físico, já que em determinados momentos da vida, ou eventos de vida, os mesmos podem afetar

psicossocialmente sua participação no programa (ALLENDER; HUTCHINSON; FOSTER, 2008).

Estudo de revisão sistemática sobre pesquisas qualitativas quanto às barreiras e motivações para a prática de atividade física constatou que, as circunstâncias da vida têm um efeito sobre a participação das pessoas nessa prática (ALLENDER; COWBURN; FOSTER, 2006).

Para Cooper e Thomas (2002), essas alterações nas circunstâncias da vida do idoso ocorrem, geralmente, por problemas de saúde e pela morte do cônjuge ou companheiro. Portanto, Salmon (2001) destaca a importância da prática de exercício físico, a qual previne contra os aspectos negativos de cunho físico e psicológico (estresse).

Desse modo, os eventos de vida estressantes têm impacto negativo na manutenção do bem-estar, representando, assim, um risco potencial aos indivíduos (ALDWIN, 1990), em especial ao se tratar de idosas que não estão inseridas num programa de exercício físico, tornando-as mais suscetíveis ao impacto dos eventos estressantes.

As idosas do GNP apresentaram diferenças significativas na intensidade e no número de eventos estressantes quando comparadas ao GP. Yoshiuchi *et al.* (2010), ao correlacionarem os níveis diários de atividade física e eventos estressantes de idosos japoneses, concluíram que baixos níveis de atividade física estavam associados ao maior número e intensidade de estresse, embora a magnitude dessa correlação tenha sido superior quanto à intensidade de estresse.

Os fatores associados ao número e intensidade de eventos estressantes das idosas do GP foram à idade, a felicidade e o humor, sendo que, as idosas mais jovens, infelizes e irritadas tendem a vivenciar um número maior de eventos estressantes. Para Folkman *et al.* (1987) ao pesquisarem adultos (com idades entre 35 e 45 anos) e idosos (com idades entre 65 e 74 anos) sobre estresse diário, concluíram que maior número de eventos estressores diários estavam relacionados às finanças, ao trabalho, à manutenção da casa, à vida pessoal, à família e amigos nos jovens adultos e os problemas ambientais e sociais, à manutenção da casa e à saúde nos idosos. Para os autores, a explicação para o menor número de estresse diário nos idosos pode estar relacionado a redução de seus papéis sociais, principalmente os parentais e laborais, quando comparado aos mais jovens.

6 CONCLUSÃO

No que se refere à ocorrência e a intensidade dos eventos estressantes identificados na comparação entre os grupos (GP e GNP), destacam-se como fatores associados às idosas do GNP, a vivência de situações decorrentes da perda de entes queridos, de problemas familiares e da perda do poder aquisitivo. Tais resultados devem ser interpretados de forma cautelosa, mas apontam para a necessidade de estudos de acompanhamento, os quais possibilitarão entender as causas e consequências dos eventos estressantes nessa população.

Para as idosas não praticantes de exercício físico, os eventos não-egocêntricos (piora na saúde de alguém da família, morte de parente próximo, assumir maior responsabilidade com os filhos e divórcio ou separação dos filhos) são os principais fatores associados à ocorrência e a intensidade de estresse, tendo em vista que os mesmos podem influenciar na vivência de estresse egocêntrico, como por exemplo, a diminuição da participação em atividade de interesse e aumento de suas responsabilidades.

Quanto ao número de eventos estressantes este é semelhante nas idosas de ambos os grupos (GP e GNP), porém os tipos de eventos são diferentes. Enquanto que, as idosas do GNP apresentam menor renda, menor escolaridade, pior percepção de saúde, realizam mais atividades que não são do seu interesse com mais responsabilidade e com mais horas de trabalho, tendo mais responsabilidade com os pais, as idosas do GP o evento mais estressante é a morte de um amigo.

As idosas do GP apresentam menor número e intensidade dos eventos estressantes, em relação ao GNP. Além disso, os aspectos psicológicos, como a felicidade e o humor estão entre as variáveis associadas à prática de exercício físico, apontando para a possível contribuição dessas quanto à redução de estresse.

Os eventos estressantes, tanto o número como a intensidade de estresse, apresentaram correlacionados aos níveis de resiliência das idosas. No GP, quanto

maior o número e a intensidade dos eventos estressantes, menor foram os níveis de resiliência. Para as idosas do GNP, quanto maior a intensidade percebida de estresse dos eventos menor foram seus níveis de resiliência. Esta semelhança nas correlações, em ambos os grupos, pode ser explicada, tendo em vista que o número e a intensidade dos eventos estressores influenciam a resiliência de idosos, porém o GNP parece ser mais suscetível ao impacto da vivência de eventos estressantes.

Também a autoestima, a felicidade e o humor apresentaram relação com os níveis de resiliência em ambos os grupos (GP e GNP). As idosas pesquisadas (GP e GNP) que apresentaram autoestima elevada, sentimento de felicidade e bom humor tinham maior índice de resiliência.

As idosas do GP que tinham maior resiliência apresentaram melhor nível de escolaridade. Já as idosas do GNP apresentaram relação entre a percepção de saúde e o nível de resiliência, sendo aquelas com percepção de saúde positiva (boa ou muito boa) as que apresentaram maior resiliência.

Quanto aos fatores associados aos níveis de resiliência, destaca-se a autoestima em ambos os grupos. Idosas com maior autoestima apresentaram maior resiliência, fato este com forte associação para as idosas do GNP. Apesar disto, elas vivenciaram maior número e intensidade de eventos estressantes, sentiram-se mais infelizes e irritadas, fato estes que convergem as idosas a se voltarem para si próprias, ou seja, encontram na autoestima um fator de proteção para a resiliência, acreditando em si mesma e nas suas capacidades.

Além da autoestima, as idosas do GNP apresentaram como fatores associados aos níveis de resiliência a religião e a percepção de saúde. A participação religiosa, como ir à missa e a percepção positiva da saúde foram representativas no maior índice de resiliência nesse grupo. As idosas ao frequentarem instituições religiosas podem receber apoio social e espiritual, que lhe auxiliam a serem mais resilientes.

Se considerarmos que os fatores autoestima, felicidade, humor, percepção de saúde, consumo de medicamentos, menor número e intensidade percebida de eventos estressantes atuam como facilitadores no processo individual de perceber e de se adaptar ao risco e que os mesmos, principalmente a autoestima, podem ser desenvolvidos e reforçados através de intervenções comportamentais, por meio da prática de exercício físico, o que os tornam indiretamente relacionados aos níveis de resiliência da amostra pesquisada.

Desta forma, as idosas praticantes de exercício físico tendem a apresentar maior resiliência, uma vez que os benefícios da prática propiciam a melhora da autoestima, da percepção de saúde, da felicidade, do humor e no menor consumo de medicamentos e estes aspectos associados podem auxiliar a pessoa idosa a lidar de maneira mais positiva com as situações estressantes.

Considerando que o exercício físico contribui nesses aspectos, tornam-se necessários novos estudos que busquem investigar o papel do exercício físico e como este pode auxiliar as idosas na adaptação ao estresse favorecendo um envelhecimento bem-sucedido.

Neste estudo observou-se que as participantes do programa *Floripa Ativa* fase B têm sido beneficiadas com a prática de exercício físico supervisionado e orientado, repercutindo num melhor humor, felicidade e estado de saúde e menor intensidade percebida de eventos estressantes. Seria interessante e importante a manutenção deste programa pela prefeitura, como também, incentivar as idosas já ativas a continuarem no programa. Além disso, destaca-se a necessidade de expandir o referido programa possibilitando as idosas não praticantes serem contempladas pelos benefícios da prática de exercício físico.

6.1 RECOMENDAÇÕES

Destaca-se a relevância de um programa de exercício físico para o bem-estar do idoso, pois através dele, torna-se possível ampliar os ganhos psicológicos, além do vínculo social.

Considerando que a adoção de medidas preventivas, por meio da prática de exercício físico, contribui na redução dos efeitos nocivos ao vivenciar eventos estressantes, os estudos devem ser conduzidos a fim de inferir o quanto a prática pode influenciar na relação entre os aspectos psicológicos (felicidade, humor e autoestima) e os eventos estressantes em idosos.

Avaliações quanto ao histórico ou nível de atividade física diária precisam ser consideradas. Desse modo, pesquisas longitudinais com esse grupo etário devem ser conduzidas, a fim de acompanhar a relação entre os aspectos psicológicos, os eventos estressantes e os níveis de resiliência, considerando-se o nível de atividade física como possível mediador ou moderador dessa relação. Além disso, estudos

experimentais podem ser desenvolvidos a fim de testar o efeito do exercício físico na resiliência em idosos.

Sugere-se ainda, novos estudos que visem analisar novos aspectos como o apoio social e a espiritualidade, pois os mesmos podem atuar no processo de resiliência psicológica na população idosa.

A partir disso, sugere-se também, pesquisas que busquem identificar as estratégias utilizadas pelos idosos para enfrentar as situações de estresse, possibilitando a criação de políticas públicas mais efetivas e de maior impacto social. Também, devido ao enfoque transversal do estudo, não se permite conclusões de causa e efeito. Sugere-se que estudos de cunho experimental sejam realizados avaliando o efeito do programa de exercício físico na resiliência e nos eventos estressantes de idosos.

REFERÊNCIAS

AHERN, N.R.; KIEHL, E.M.; SOLE, M.L.; BYERS, J. A review of instruments measuring resilience. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**. 29(2): 103-125, 2006.

ALDWIN, C. **The elders life stress inventory: egocentric and nonegocentric stress**. *In.*: STEPHENS, M.A.P.; CROWTHER, J.H.; HOBFOLL, S.E.; TENNENBAUM, D.L. Stress and coping in later-life families. New York: Hemisphere Publishing Corporation, p. 49-69, 1990.

ALDWIN, C.M.; GILMER, D.F. **Health, illness, and optimal aging: biological and psychological perspectives**. Los Angeles, CA: Sage, 2004.

ALDWIN, C.M.; SUTTON, K.J.; LACHMAN, M. The development of coping resources in adulthood. **Journal of Personality**. 64: 837-871, 1996.

ALLENDER, S.; COWBURN, G.; FOSTER, C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. **Health and Education Research**. 21(6): 826-835, 2006.

ALLENDER, S.; HUTCHINSON, L.; FOSTER, C. Life-change events and participation in physical activity: a systematic review. **Health Promotion International**. 23(2): 160-172, 2008.

ASPINWALL, L.G.; TAYLOR, S.E. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. **Psychological Bulletin**. 121: 417-36, 1997.

BALTES, P.B. On the incomplete architecture of human ontogeny, selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. **American Psychologist**. 52(4): 366-380, 1997.

BALTES, P.B. Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**. 23: 611-696, 1987.

BALTES, P.B.; BALTES, M.M. **Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation**. *In.*: BALTES, P.B.;

BALTES, M.M. (eds.). Successful aging. Perspectives from behavioral sciences. New York: cambridge university press; 1990.

BALTES, P.B.; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **Gerontology**. 49(2): 123-135, 2003.

BENEDETTI, T.R.B.; GONÇALVES, L.H.T.; MOTA, J. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**. 16(3): 387-398, 2007.

BEN-ZUR, H.; MICHAEL, K. Social comparisons and well-being following widowhood and divorce. **Death Studies**. 33(3): 220-238, 2009.

BERTERA, E.M. Physical activity and social network contacts in community dwelling older adults. **Activities, Adaptation & Aging**. 27: 113-127, 2003.

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**. 21(Supl.1): S86-S101, 2009.

BRADSHAW, B.G.; RICHARDSON, G.E; KUMPFER, K.; CARLSON, J.; STANCHFIELD, J.; OVERALL, J.; BROOKS, A.M.; KULKARNI, K. Determining the Efficacy of a Resiliency Training Approach in Adults With Type 2 Diabetes. **The Diabetes Educator**. 33(4): 650-659, 2007.

BROWN; WENDY J.; HEESCH, KRISTIANN C.; MILLER, YVETTE D. Life Events and Changing Physical Activity Patterns in Women at Different Life Stages. **Annals of behavioral medicine**: a publication of the Society of Behavioral Medicine. 37: 294-305, 2009.

BURTON, N. W.; PAKENHAM, K. I., BROWN, W. J. Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: a cluster randomized trial of the READY program. **BMC Public Health**. 427(9): 1-9, 2009.

BURTON, N.W.; PAKENHAM, K.I.; BROWN, W.J. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. **Psychology, Health & Medicine**. 15(3): 266-277, 2010.

CARDOSO, A.S. **Características estruturais e funcionais das redes de apoio social de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física**. 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID), Programa de Pós-graduação da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, 2009.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**. 100(2): 126-131, 1985.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance: the fourth Wade Hampton Frost lecture. **American Journal of Epidemiology**. 104(2): 107-123, 1976.

CHAIM, J.; IZZO, H.; SERA, C. T. N. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**. 33(2): 175-181, 2009.

CHARLES, S.T.; CARSTENSEN, L.L. Social and Emotional Aging. **Annual Review of Psychology**. 61: 383-409, 2010.

CLELAND, V. J.; BALL, K.; SALMON, J.; TIMPERIO, A. F.; CRAWFORD, D.A. Personal, social and environmental correlates of resilience to physical inactivity among women from socio-economically disadvantaged backgrounds. **Health Education Research**. 25(2): 268-281, 2010.

COLLINS, A.L.; SMYER, M.A. The resilience of self-esteem in late adulthood. **Journal of Aging and Health**. 17(4): 471-489, 2005.

CONSEDINE, N.S.; MAGAI, C.; KRIVOSHEKOVA, Y.S. Sex and age cohort differences in patterns of socioemotional functioning in older adults and their links to physical resilience. **Ageing International**. 30(3): 209-244, 2005.

COOPER, L.; THOMAS, H. Growing old gracefully: social dance in the third age. **Ageing and Society**. 22(6): 689-708, 2002.

COUTO, M.C.P.P. **Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento**. 2007. 144 p. Dissertação (Mestre em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2007.

CUPERTINO, A.P.F.B.; ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C. Definição de Envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 20(1): 81-86, 2007.

DAVIES, A.D.M. **Life event, health, adaptation and social support in the clinical psychology of late life**. In.: WOOD, R.T. (Ed.). Handbook of the Clinical Psychology of Aging. New York: Wiley, 1996.

DAVIS, M.C.; ZAUTRA, A.J.; JOHNSON, L.M. **Psychosocial stress, emotion regulation, and resilience among older adults**. In.: ALDWIN, C.M.; PARK, C.L.; SPIRO, A. (Eds.). Handbook of health psychology and aging. New York: Guilford Press, p. 250-266, 2007.

DIAS, R.G. **Sono e desempenho cognitivo de idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos**. [Dissertação]. Florianópolis, Universidade do Estado de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, 2010.

DINI, G. M. **Tradução para a língua portuguesa, adaptação Cultural e validação do questionário de autoestima de Rosenberg.** [Dissertação]. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, 2000.

DIPIETRO, L. Physical activity in aging: changes in patterns and their relationship to health and function. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences.** 56(Suppl.2): 13-22, 2001.

ELAVSKY, S. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. **Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine.** 30(2): 138-145, 2005.

FELTEN, B.S. Resilience in a multicultural sample of community-dwelling women older than age 85. **Clinical Nursing Research.** 9(2): 102-123, 2000.

FERRAZ, R.B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M.L. Felicidade: uma revisão. **Revista Psiquiátrica Clínica.** 34(5): 234-242, 2007.

FILGUEIRAS, J.C.; HIPPERT, M.I.S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia Ciência e Profissão.** 19(3): 40-51, 1999.

FITZPATRICK, J.J. Resilience. **Archives of Psychiatric Nursing.** 23(5): 341-342, 2009.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S.; PIMLEY, S.; NOVACEK, J. Age differences in stress and coping processes. **Psychology and Aging.** 2(2): 171-184, 1987.

FONSECA, P.G.P.; TRAFANIUC, L.; TAVARES JÚNIOR, H.; MESQUITA, R.M.; LOTUFO NETO, F. Alterações nos estados de humor em pacientes com episódio depressivo grave após uma única sessão de atividade física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 49(6): 203-206, 2000.

FONTES, A.P. Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*life span*). **Revista Kairós.** Caderno Temático 7, 2010.

FORTES, A.C.G.; NERI, A.L. **Eventos de Vida e Envelhecimento Humano.** In.: NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. (Orgs.). Velhice bem-sucedida. Campinas, São Paulo: Papirus, 2004.

FORTES, T.F.R.; PORTUGUEZ, M.W.; ARGIMON, I.I.L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estudos de Psicologia.** 26(4): 455-463, 2009.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A.L. Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento.** 5(1): 103-114, 2008.

FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos

entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 21(1): 74-82, 2008.

_____. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estudos de Psicologia**. 14(1): 69-75, 2009.

FOX, K.R. The influence of physical activity on mental well-being. **Public Health Nutrition**. 2 (3a): 411-418, 1999.

FULLER-IGLESIAS, H.; SELLARS, B.; ANTONUCCI, T.C. Resilience in old age: social relations as a protective factor. **Research in Human Development**. 5(3): 181-193, 2008.

GAUVIN, L.; SPENCE, J.C. Physical activity and psychological well-being: knowledge base, current issues, and caveats. **Nutrition reviews**. 54: S53-S65, 1996.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

GREENBERG, J.S. **Administração do estresse**. 6 ed. São Paulo: Manole, 2002.

GROTBERG, E. H. **Introdução: as novas tendências em resiliência**. In: MELILLO, A. *et al.* Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HARDY, S.E.; CONCATO, J.; GILL, T.M. Stressful life events among community-living older persons. **Journal of General Internal Medicine**. 17(11): 841-847, 2002.

_____. Resilience of community-dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**. 52 (2): 257-262, 2004.

HILDON, Z.; MONTGOMERY, S.M.; BLANE, D.; WIGGINS, R.D.; NETUVELI, G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? **The Gerontologist Advance Access**. June 23, 2009.

HILDON, Z.; SMITH, G.; NETUVELI, G.; BLANE, D. Understanding adversity and resilience at older ages. **Sociology of Health & Illness**. 30(5): 726-740, 2008.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores sociais**. v.30. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>>. Acesso em: 25 de março de 2011.

JACELON, C.S. The trait and process of resilience. **Journal of Advanced Nursing**. 25(1): 123-129, 1997.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 9(2): 25-34, 2006.

KAHANA, E.; KAHANA, B. **Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation.** *In.*: Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (p.18-40). New York: Springer Publishing, 1996.

_____. Successful aging among people with HIV/AIDS. **Journal of Clinical Epidemiology.** 54: S53-S56, 2001.

KAHANA, E.; KAHANA, B.; KERCHER, K. Emerging lifestyles and proactive options for successful aging. **Aging International.** 28(2): 155-180, 2003.

KAHN, R. On "Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn". **The Gerontologist.** 42(6): 725-726, 2002.

KESSLER, E.M.; STAUDINGER, U.M. Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. **Psychology and Aging.** 24(2): 349-62, 2009.

KING, A.C.; OMAN, R.E.M.; BRASSINGTON, G.S.; BLIWISE, D.L.; HASKELL, W.L. Moderate-intensity exercise and self-related quality of sleep in older adults. **JAMA.** 277(1): 32-37, 1998.

KINSEL, B. Resilience as adaptation in older women. **Journal of Women & Aging.** 17(3): 23-39, 2005.

KOBASA, S.C.; MADDI, S.R.; PUCCETTI, M.C.; ZOLA, M.A. Effectiveness of hardiness, exercise, and social support as resources against illness. **J Psychosom Res.** 29: 525-533, 1985.

LAMOND, A.J *et al.* Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. **Journal of Psychiatric Research.** 43 (2): 148-154, 2009.

LASMAR, M.M.O.; RONZANI, T.M. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde.** 12(3): 339-350, 2009.

LEE, I.; REXRODE, K.; COOK, N.; MANSON, J.; BURING, J. Physical activity and coronary heart disease in women. Is no pain, no gain passé? **JAMA.** 285: 1447-1454, 2001.

LI, F.; HARMER, P.; CHAUMETON, N.R.; DUNCAN, T.E.; DUNCAN, S.C. Tai chi as a means to enhance self-esteem: a randomized controlled trial. **Journal of Applied Gerontology.** 21: 70-89, 2002.

LOPES, E.S.L. **Resiliência.** *In.*: NERI, A.L. (org.) *Palavras-chave em Gerontologia.* p.178-81, Campinas: Alínea, 2005.

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.

LUTGENDORF, S.K. Stress, spirituality, and cytokines in aging and câncer. **Gynecologic Oncology**. 99(3) Supl.1: S139-S140, 2005.

LUTHAR, S.S. Annotation: methodological and conceptual issues in the study of resilience. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 34(4): 441-453, 1993.

LUTHAR, S.S.; BROWN, P.J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. **Dev Psychopathol**. 19(3): 931-55, 2007.

LUZ, M. M.; AMATUZZI, M. M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia**. 25(2): 303-307, 2008.

MANNING, M.R.; FUSILIER, M.R. The relationship between stress and health care use: an investigation of the buffering roles of personality, social support and exercise. **Journal of Psychosomatic Research**. 47(2): 159-173, 1999.

MASTEN, A.S. Ordinary magic: resilience processes in development. **American Psychologist**. 56(3): 227-238, 2001.

MATSUDO, S. M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. In: XI Congresso de Ciências do Esporte e Educação Física dos Países de Língua Portuguesa. **Revista Brasileira de Educação Física Especial**. 20 (5): 135-37, 2006.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. 7(1): 2-13, 2001.

MAZO, G. Z.; CARDOSO, F. L.; AGUIAR, D. L. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, autoestima e autoimagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. 8(2): 67-72, 2006.

MAZO, GZ. Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento. Porto Alegre: Sulina, 2008.

McAULEY, E.; BLISSMER, B.; MARQUEZ, D.X.; JEROME, G.J.; KRAMER, A.F.; KATULA, J. Social relations, physical activity, and well-being in older adults. **Preventive Medicine**. 31: 608-617, 2000.

McAULEY, E.; ELAVSKY, S.; MOTL, R.W.; KONOPACK, J.F.; HU, L.; MARQUEZ, D.X. Physical activity, self-efficacy, and self-esteem: longitudinal relationships in older adults. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. 60B(5): 268-275, 2005.

McAULEY, E.; RUDOLPH, D. Physical activity, aging, and psychological well-being. **Journal of Aging and Physical Activity**. 3: 67-96, 1995.

MEURER, S.; BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. **Motriz**. 15(4): 1-6, 2009.

MORAES, J.F.D.; SOUZA, V.B.A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 27(4): 302-308, 2005.

MORGAN, A.L.; TOBAR, D.A.; SNYDER, L. Walking toward a new me: the impact of prescribed walking 10,000 steps/day on physical and psychological well-being. *Journal of physical activity & health*. 7(3): 299-307, 2010.

MOTA, J. Atividade física para a terceira idade como promoção de saúde. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. 9(Supl.1): S21-S22, 2007.

NELSON, M.E. *et al.* Physical Activity and Public Health in Older Adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. 39(8): 1435-1445, 2007.

NERI, A.L.; FORTES, A.C.G. **A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família**. *In.*: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1277-1288, 2006.

NETUVELI, G.; WIGGINS, R.D.; MONTGOMERY, S.M.; HILDON, Z.; BLANE, D. Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 62(11): 987-991, 2008.

Ó LUANAIGH, C.; LALOR, B.A. Loneliness and the health of older people. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 23(12): 1213-1221, 2008.

OLIVEIRA, M.A.; REIS, V.L.; ZANELATO, L.S.; NEME, C.M.B. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. **Psicologia Ciência e Profissão**. 28(4): 754-767, 2008.

O'ROURKE, N. Psychological resilience and the well-being of widowed women. **Ageing International**. 29(3): 267-280, 2004.

OUWEHAND, C.; RIDDER, D.T.D; BENSING, J. M. A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. **Clinical Psychology Review**. 27: 873-884, 2007.

PAFFENBARGER, R.S.; LEE, I. Physical activity and fitness for health and longevity. **Res. Q. Exerc. Sport**. 67: 11-28, 1996.

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. **Caderno de Saúde Pública**. 21(2): 436-448, 2005.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 20(2): 135-143, 2004.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. **Basic and Applied Social Psychology**. 23: 245-266, 2001.

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. **Reabilitação, prevenção e promoção de saúde por meio de práticas de atividades físicas no Município de Florianópolis – SC – Floripa Ativa**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007b. 22 p.

POINDEXTER, C.; SHIPPY, R.A. Networks of older new yorkers with HIV: fragility, resilience, and transformation. **AIDS Patient Care and STDS**. 22(9): 723-733, 2008.

REITZES, D.C.; MUTRAN, E.J. Self and health: factors that encourage self-esteem and functional health. **Journal of Gerontology: Social sciences**. 61B(1): S44-S51, 2006.

RICHARDSON, G.E. The metatheory of resilience and resiliency. **Journal of Clinical Psychology**. 58(3): 307-321, 2002.

RODRIGUES, D.M.; PEREIRA, C.A.A. A percepção de controle como fonte de bem-estar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. 7(3), 2007.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L. Successful aging. **Gerontologist**. 37(4): 433-440, 1997.

ROWLAND, T. The Biological Basis of Physical Activity. **Med. Sci. Sports Exerc**. 30(3): 392-399, 1998.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatric**. 57(3): 316-331, 1987.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**. 14(8): 626-631, 1993.

SALMON, P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. **Clinical Psychology Review**. 21(1): 33-61, 2001.

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**. 14(1): 3-10, 2009.

SAWATZKY, R.; LIU-AMBROSE, T.; MILLER, W.C.; MARRA, C.A. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. **Health and Quality of Life Outcomes**. 68(5): 1-11, 2007.

SCHNEIDERMAN, N.; IRONSON, G.; SIEGEL, S.D. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. **Annual Review of Clinical Psychology**. 1: 607-628, 2005.

SCULLY, D.; KREMER, J.; MEADE, M.; GRAHAM, R.C.; DUDGEON, K. Physical exercise and psychological well being: a critical review. **British Journal of Sports Medicine**. 32(2): 111-120, 1998.

SEBASTIÃO, É.; CHRISTOFOLETTI, G.; GOBBI, S.; HAMANAKA, Á.Y.Y. Atividade física e doenças crônicas em idosos de Rio Claro – SP. **Motriz**. 14(4): 381-388, 2008.

SILVA, M.R.S.; ELSEEN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paidéia**, 13(26): 147-156, 2003.

SILVA, M.R.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; TAVARES, K.O. Resiliência e promoção de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, 14(Esp.): 95-102, 2005.

SMITH, T.W.; GLAZER, K.; RUIZ, J.M.; GALLO, L.C. Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. **Journal of Personality**. 72(6): 1217-1270, 2004.

SONSTROEM, R.J. The physical self-system: a mediator of exercise and self-esteem. In: Fox KR. editor. **The physical self - from motivation to well-being**. Champaign, Illinois: Human Kinetics, p. 3-26, 1997.

SONSTROEM, R.J.; MORGAN, W.P. Exercise and self-esteem: rationale and model. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. 21(3): 329-337, 1989.

SPENCE, J. C.; MCGANNON, K. R.; POON, P. The effect of exercise on global self-esteem: a quantitative review. **Journal of Sport & Exercise Psychology**. 27(3): 311-334, 2005.

STATHOPOULOU, G.; POWERS, M.; BERRY, A.; SMITS, J.; OTTO, M. Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. **Clinical Psychology - Science and Practice**. 13(2): 179-193, 2006.

STAUDINGER, U.M.; MARSISKE, M.; BALTES, P.B. **Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria do curso de vida**. Trad.: Anita Liberalesso Neri e Lucila L. Goldstein de Staudinger. In: NERI, A. L. (org.) *Psicologia do envelhecimento*. p.195-228, Campinas: Papyrus, 1995.

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**. 44(2): 148-152, 2007.

TAFARO, L. *et al.* Stress in centenarians. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 48(3): 353-355, 2009.

TAVARES, G.R. Resiliência, capacidade de superar adversidades. **Interseção**. 1(2): 6-14, 2008.

TAVARES, S.S. **Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebido e experiência de eventos estressantes**. [Dissertação]. Campinas, Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Educação, 2004.

TEIXEIRA, I.N.D'O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**. 19(1): 81-94, 2008.

TSUTSUMI, T.; DON, B.M.; ZAICHKOWSKY, L.D.; DELIZONNA, L.L. Physical fitness and psychological benefits of strength training in community dwelling older adults. *Applied human science*. 16(6): 257-266, 1997.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cadernos de Saúde Pública**. 23(10): 2463-2466, 2007.

VICTOR, C.D.; SCAMBLER, S.J.; BOWLING, A.; BONDT, J. The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. **Ageing and Society**. 25(3): 357-375, 2005.

VOGELZANGS, N.; BEEKMAN, A.T.F.; KRITCHEVSKY, S.B.; NEWMAN, A.B.; PAHOR, M.; YAFFE, K. *et al.* Psychosocial risk factors and the metabolic syndrome in elderly persons: findings from the Health, Aging and Body Composition study. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**. 62(5): 563-569, 2007.

WAGNILD, G.; YOUNG, H.M. **Resilience among older women**. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 22(4): 252-255, 1990.

_____. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**. 1(2): 165-177, 1993.

WAGNILD, G. Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. **Journal of Gerontological Nursing**. 29(12): 42-49, 2003.

WALTER-GINZBURG, A.; SHMOTKIN, D; BLUMSTEIN, T; SHOREK, A. A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). **Social Science & Medicine**. 60: 1705-1715, 2005.

WARBURTON, D.E.R; NICOL, C.W.; BREDIN, S.S.D. Health benefits of physical activity: the evidence. **Canadian Medical Association Journal**. 176(6): 801-809, 2006.

WEISS, R.S. **Loneliness**: the experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: The MIT Press, 1973.

WELLS, M. Resilience in Rural Community-Dwelling Older Adults. **The Journal of Rural Health**. 25(4): 415-419, 2009.

WHO. The World Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All. Geneva: World Health Organization. 1998.

WILKS, S.E.; CROOM, B. Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. **Aging & Mental Health**. 12(3): 357-365, 2008.

WINDLE, G.; MARKLAND, D. A; WOODS, R. T .Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. **Aging & Mental Health**. 12(3): 285-292, 2008.

YORGASON, J.B.; PIERCY, F.P.; PIERCY, S.K. Acquired hearing impairment in older couple relationships: an exploration of couple resilience processes. **Journal of Aging Studies**. 21: 215-228, 2007.

YOSHIUCHI, KAZUHIRO; INADA, SHUJI; NAKAHARA, RIKA; AKABAYASHI, AKIRA; PARK, HYUNTAE; PARK, SUNGJIN, *et al*. Stressful life events and habitual physical activity in older adults: 1-year accelerometer data from the Nakanajo Study. **Mental Health and Physical Activity**. 3(1): 23-25, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Tabelas complementares da Análise de Dados

APÊNDICE A – Tabelas complementares da Análise de Dados

Tabela 1. Variáveis utilizadas nos instrumentos de pesquisa do presente estudo.

Variáveis	Categorias	Tipo
Sociodemográficas		
Idade (anos)	-	Contínua
Faixa etária	60 a 69 anos/ ≥ 70 anos	Ordinal
Estado civil	Solteira-Separada/ Casada/ Viúva	Nominal
Escolaridade	Fundamental Incompleto/ Fundamental Completo/ Médio Completo/ Superior	Ordinal
Renda	< 2 salários/ 2 a 3 salários/ 4 ou mais salários	Ordinal
Religião	Católica/ Evangélica/ Espírita/ Sem religião	Nominal
Ocupação Atual	Aposentada-Pensionista/ Ainda Trabalha/ Do lar	Nominal
Condições de Saúde		
Percepção de saúde	Positiva/ Negativa	Nominal
Doenças (número)	-	Discreta
Doenças (estratos)	Nenhuma doença/ 1 a 2 doenças/ 3 a 4 doenças/ 5 ou mais doenças	Ordinal
Medicamentos (número)	-	Discreta
Medicamentos (estratos)	Nenhum medicamento/ 1 a 2 medicamentos/ 3 a 4 medicamentos/ 5 ou mais medicamentos	Ordinal
Aspectos Psicológicos		
Felicidade	Feliz/ Infeliz	Nominal
Humor	Não irritada/ Irritada	Nominal
Autoestima	-	Contínua
Resiliência		
Nível de resiliência	-	Contínua
Eventos Estressantes		
Número de Eventos	-	Discreta
Intensidade dos Eventos	-	Discreta

Tabela 2. Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis discretas e contínuas segundo os grupos (GP e GNP).

Variáveis	Teste de Normalidade	
	GP (n=85) Valor de p	GNP (n=79) Valor de p
Sociodemográficas		
Idade (anos)	0,008	0,027
Condições de Saúde		
Doenças (número)	<0,001	0,002
Medicamentos (número)	<0,001	<0,001
Aspectos Psicológicos		
Autoestima	<0,001	<0,001
Resiliência		
Nível de resiliência	0,200	0,072
Eventos Estressantes		
Número de Eventos	0,091	0,200
Intensidade dos Eventos	0,052	0,054

ANEXOS

Anexo A – Ficha Diagnóstica

Anexo B – Escala de Resiliência

Anexo C – Inventário de Eventos Estressantes

Anexo D – Escala de Estresse Percebido

Anexo E – Escala de Autoestima

Anexo F – Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos

Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo A – Ficha Diagnóstica

Características Sociodemográficas e de Condições de Saúde

Grupo LAGER

Entrevistador(a):..... Data:____/____/2010

Centro de Saúde:..... () GP () GNP

a) Dados de Identificação:

Nome do(a) Entrevistado(a):.....

Data de nascimento:...../...../..... Idade:.....

Endereço:.....

Telefone Residencial:..... Celular:.....

Ano de início no programa:.....

b) Características Sócio-demográficas

1. Estado Civil

- () Solteiro (a)
- () Casado (a)/juntado (a)
- () Separado (a)/divorciado (a)
- () Viúvo (a)
- () Outros

2. Escolaridade

- () Analfabeto/sem escolaridade
- () Fundamental incompleto/1 a 7 anos
- () Fundamental completo/ 8 anos
- () Médio incompleto/9 a 10 anos
- () Médio completo/ 11 anos
- () Ensino superior completo
- () Pós-graduação completa (especialização, mestrado e doutorado)

3. Com quem você mora?

- () Sozinho (a)
 - () Cônjuge
 - () Filhos (as)
 - () Netos (as)
 - () Outro(s).
- Qual(is)?.....

4. Religião

- () Católico (a)
- () Evangélico (a)
- () Espírita
- () Sem religião
- () Ateu
- () Outra:.....

5. Etnia

- () Caucasiano (a)/branco
- () Negro, mulato, pardo
- () Asiático (a)

6. Ocupação atual

- () Aposentado (a)
- () Pensionista
- () Aposentado (a) e Pensionista
- () Aposentado (a) ativo
- () Pensionista ativo
- () Aposentado (a) e Pensionista ativo
- () Remunerado ativo
- () Não remunerado ativo

7. Qual é a renda média mensal do senhor(a) e das pessoas que vivem em sua residência **(renda mensal familiar em salários mínimos)?**

- () < 1 (menor que 510,00)
- () 1— 2 (510,00 a 1019,00)
- () 2— 3 (1.020,00 a 1.529,00)
- () 3— 4 (1.530,00 a 2.039,00)
- () 4— 6 (2.040,00 a 3.059,00)
- () + de 6 (+ de 3.060,00)

c) Condições de saúde

8. Como está o seu estado de saúde atual?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

9. O seu estado de saúde atual dificulta a prática de atividade física/exercício físico?

() Sim () Não

Caso Afirmativo: De que modo dificulta?

() Cansaço

() Falta de ar

() Tontura

() Dor. Onde?.....

() Outro. Qual (is)?.....

10. Você tem alguma doença ()sim ()não

Caso afirmativo: marque com um X as doenças e anote o tempo de diagnóstico em anos.

Doenças	Doenças
() Doença cardíaca	() Alzheimer
() Hipertensão (pressão alta)	() Depressão
() Seqüela Acidente Vascular (derrame)	() Diabetes
() Artrose	() Dislipidemia (triglicerídios, colesterol alto)
() Artrite Reumatóide	() Doenças dos olhos
() Dores Lombares	() Dificuldades Auditivas
() Osteoporose	() Incontinência Urinária (perda de urina)
() Osteopenia	() Neoplasias(tumores)
() Asma	() Fibromialgia
() Bronquite Crônica	() Gastrite
() Enfisema	() Outros:.....
() Prisão de ventre	

11. Você toma medicamentos () sim () não Caso Afirmativo: Quantos?.....

Anexo B – Escala de Resiliência

Escala de Resiliência

Wagnild e Young (1993)

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	Discordo			Nem concordo nem discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo C – Inventário de Eventos Estressantes

Inventário de Eventos Estressantes em Idosos

Aldwin (1990)

Instruções:

Gostaríamos de saber se você passou, por algum evento estressante, que lhe incomodou ou atrapalhou de alguma forma sua vida, **no último ano**. Por favor, diga se você passou por qualquer tipo de evento estressante e o quão estressante foi esse evento para você.

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

responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)						
19.Mudança para uma outra casa	0	1	2	3	4	5
20.Mudança para um outro tipo de trabalho menos interessante	0	1	2	3	4	5
21.Aposentadoria do esposo/a	0	1	2	3	4	5
22.Piora da qualidade de vida	0	1	2	3	4	5
23.Problemas com chefe ou colegas de trabalho	0	1	2	3	4	5
24.Piora na relação com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
25.Piora na relação com o esposo/a	0	1	2	3	4	5
26.Assumindo maior responsabilidade com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
27.Assumindo maior responsabilidade com o pai/mãe	0	1	2	3	4	5
28.Institucionalização do pai/mãe	0	1	2	3	4	5
29.Perda de um amigo/a próximo devido mudança ou morte	0	1	2	3	4	5
30.Vivência de uma situação em que foi enganado ou ridicularizado	0	1	2	3	4	5
31.Perda de coisas de sua posse devido mudança ou outros	0	1	2	3	4	5
32.Outros:_____	0	1	2	3	4	5

Anexo D – Escala de Estresse Percebido

Perguntas Quanto a Felicidade e Humor

Luft (2007)

1. De um modo geral, a senhora se sente feliz nos dias atuais?

Sim

Não

2. Durante o último mês a senhora se sentiu mais irritada/zangada do que de costume?

Sim

Não

Anexo E – Escala de Autoestima

Escala de Autoestima

Rosenberg (1965)

Escala de Autoestima	Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. Em geral, estou satisfeito comigo mesmo(a)	4	3	2	1
2. Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada	1	2	3	4
3. Eu sinto que eu tenho um tanto de boas qualidades	4	3	2	1
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas	4	3	2	1
5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	1	2	3	4
6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil	1	2	3	4
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, igual às outras pessoas	4	3	2	1
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a)	1	2	3	4
9. Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a)	1	2	3	4
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a)	4	3	2	1

Anexo F – Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos
Aprovação no Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Florianópolis, 11 de fevereiro de 2010

Nº. de Referência 02/2010

A(o) Pesquisador(a),

Profª. Giovana Zappellen Mazo

Analisamos o projeto de pesquisa intitulado "Resiliência em idosos participantes e não-participantes de um programa de atividade física" enviado previamente por V. S.ª. Desta forma, comunicamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos tem como resultado a Aprovação do referido projeto.

Este Comitê de Ética em Pesquisa segue as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Gostaríamos de salientar que quaisquer alterações do procedimento e metodologia que houver durante a realização do projeto em questão e, que envolva os indivíduos participantes, deverá ser informado imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.


Duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverão ser assinadas pelo indivíduo pesquisado ou seu representante legal. Uma cópia deverá ser entregue ao indivíduo pesquisado e a outra deverá ser mantida pelos pesquisadores por um período de até cinco anos, sob sigilo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rudney da Silva
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UDESC

Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPPG COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEPSH</p>
---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Resiliência em Idosas Participantes e Não Participantes de um Programa de Exercício Físico

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado **“Resiliência em Idosas Participantes e Não Participantes de um Programa de Exercício Físico”** que está sendo desenvolvido pelo mestrando Giovane Pereira Balbé do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). O objetivo dessa pesquisa é identificar e relacionar a resiliência e os eventos estressantes de vida em idosos participantes e não participantes de um programa de exercício físico. Será previamente marcado a data e horário para a realização de uma entrevista. Nesse encontro, será utilizado três questionários em forma de entrevista em que o(a) senhor(a) responderá questões referentes aos fatores sociodemográficos (escolaridade, idade, estado civil, renda, etc) e de saúde (percepção de saúde, satisfação com a vida). A Escala de Resiliência será utilizada para avaliar os níveis de adaptação psicológica e social positiva face a eventos de vida importantes. Para identificar os eventos estressantes que por ventura tenha vivido (morte de familiares e/ou amigos, problemas de saúde, institucionalização, aposentadoria, problemas conjugais, perda de memória, problema de saúde, entre outros), será aplicado o Inventário de Eventos Estressantes.

Essa entrevista ocorrerá de forma individual em ambiente reservado, no Centro de Saúde em que ocorre o Programa Floripa Ativa fase “B” ou na residência do pesquisado quando necessário e se esse permitir. O(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder a todas as perguntas.

Os riscos deste procedimento serão considerados mínimos, por envolver perguntas referentes a sentimentos e lembranças de situações vividas. A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão o conhecimento sobre os aspectos relacionados a capacidade de enfrentar situações que por ventura ocorram em sua vida, dando-lhe significado e sentido. Além disso, será possível um

maior auto-conhecimento a fim de saber quais mecanismos, sejam psicológicos ou sociais, podem ser utilizados no intuito de minimizar os efeitos dos eventos estressantes vividos.

As pessoas que estarão acompanhando serão estudantes de graduação e um professor responsável (Giovana Zarpellon Mazo).

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento.

Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Agradecemos a vossa participação e colaboração.

PESSOA PARA CONTATO:

NÚMERO DO TELEFONE:

ENDEREÇO: