

Anexo I - Anexo Teórico

1. Envelhecimento: Contextualização

O envelhecimento é uma etapa do ciclo vital que está a adquirir protagonismo nas sociedades desenvolvidas, em parte devido à ampliação da esperança média de vida (Astina & Budijanto, 2015). Com o passar dos tempos, a noção de envelhecimento bem como as atitudes perante os velhos têm vindo a mudar e, por isso, refletem, o crescimento do conhecimento sobre este segmento da população (Paúl, 2005).

O envelhecimento é difícil de conceptualizar considerando-se como um fenómeno complexo e multideterminado que, acima de tudo, assume que começamos a envelhecer desde que nascemos (Gonçalves, Lamela, & Bastos, 2013; Teixeira & Guariento, 2010). Trata-se de um processo complexo progressivo e irreversível (Saldanha, 2009). Ao longo dos últimos séculos, a melhoria das condições sanitárias e a diminuição da natalidade têm gerado um crescimento populacional dos idosos que se iniciou nas sociedades ocidentais e tem continuado à escala global (Almeida, 2012).

Dentre os fatores que contribuem para o aumento deste período de vida destacam-se: os avanços médicos (Urbina, 2011); a constituição genética e as influências ambientais (Gonçalves, Lamela, & Bastos, 2013); o crescimento económico e o nível de desenvolvimento (Bayati, Akbarian, & Kavosi, 2013); o controlo de doenças crónicas e de lesões acidentais (Liu et al., 2014); a educação, a saúde, o estatuto social e económico e a qualidade de vida, (Budiantara, Sugiantari, Ratnasari, Ratna, & Zain, 2014) e ainda a resiliência (Shastri, 2013).

O envelhecimento, além de ser uma questão demográfica é um fenómeno mais complexo que envolve aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. O envelhecimento da população constitui um desafio significativo, sobretudo para a comunidade dos cuidados de saúde estendendo-se a todas as profissões de saúde, incluído com certeza a saúde mental (Spar & Rue, 2005). Estamos desta forma, a caminhar para uma sociedade onde os padrões institucionais de atuação terão de se adequar às mudanças decorrentes da revolução do sistema demográfico, e tal pode justificar-se pelas repercussões sociais, económicas, políticas e culturais que derivam da alteração do conjunto destes fatores demográficos (Fernandes, 2001).

Estando o número de idosos a aumentar bem como a esperança média de vida, torna-se relevante salientar que o envelhecimento implica alterações no padrão das doenças e na frequência das incapacidades que conduzem a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (Rebouças & Pereira, 2008).

A par de outro tipo de doenças relacionadas com a idade, é comum o aparecimento de doenças de cariz psicológico. Pensa-se, porém, que o número das perturbações psicológicas em idosos seja ainda mais elevado do que as estatísticas revelam, uma vez que as perturbações aparecem, frequentemente, mascaradas sendo os seus sintomas entendidos como resultado da idade, perda de capacidade e independência, ou de outras doenças físicas (Almeida, 2012).

Assim, “a entrada na velhice depende de vários aspetos que ultrapassam limiares da mera cronologia” (Farinatti, 2002, p. 129). Cada indivíduo reage de forma única ao avanço da idade, dependendo da interação entre condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais. Contudo e de uma maneira geral, o envelhecimento é concebido como um fenómeno natural e multidimensional, durante o qual se produzem alterações progressivas e inevitáveis (Pocinho, 2014; Schneider & Irigaray, 2008).

Torna-se, assim, difícil saber que critérios utilizar para definir a velhice, pois os aspetos que caracterizam este período apresentam-se ainda controversos, provocando o debate entre investigadores. Relativamente à idade cronológica, esta embora utilizada na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), deixa já de ser um marcador para as mudanças que acompanham o envelhecimento uma vez que existem variações ao nível do estado de saúde e independência entre idosos com a mesma idade (Schneider & Irigaray, 2008).

Na literatura têm surgido várias teorias com o objetivo de explicar o envelhecimento e seus mecanismos. Embora cada uma delas apresente a sua justificação nenhuma, por si só, é suficientemente compreensiva e explicativa (Pocinho, Pais, Santos, Nunes & Santos, 2013, citado in Pocinho, 2014). O fenómeno do envelhecimento ao longo da vida é variável entre indivíduos gerando assim uma grande diversidade de teorias em torno deste (Mota, Figueiredo, & Duarte, 2004). Zhores Medvedev (1990, citado por Rattan, 2006) elaborou uma classificação racional das teorias do envelhecimento, contabilizando a existência de mais de 300, referindo que, nenhuma pode ser considerada como a teoria do envelhecimento mas que todas elas poderiam ser, na melhor das hipóteses, rotuladas apenas como “hipóteses”. As teorias sobre o envelhecimento podem ser agrupadas em: teorias biológicas, que se subdividem em genéticas e estocásticas (Farinatti, 2002; Mota et al., 2004) e teorias psicossociais.

No que concerne às teorias biológicas, apesar de divergirem na sua orientação teórica subjacente, comungam a noção de uma perda progressiva da funcionalidade com o conseqüente aumento da idade, da suscetibilidade e incidência de doenças, aumentando assim a probabilidade de morte (Mota et al., 2004). Na sua generalidade as teorias biológicas explicam o envelhecimento na ótica do declínio e da degeneração funcional e estrutural dos sistemas orgânicos e das células (Farinatti, 2002). Tal como se verifica nos resultados obtidos num estudo genético de Guarente & Kenyon (2000) o envelhecimento parece ser regulado por genes.

No âmbito das teorias biológicas têm-se destacado outras teorias como: da velocidade de vida; do envelhecimento celular; dos telómeros; da mutagénese intrínseca; neuro-endócrina e a imunológica. Quanto a estas e de acordo com Teixeira & Guariento (2010) embora as teorias biológicas expliquem algumas características do envelhecimento, os múltiplos mecanismos envolvidos no processo ainda não são completamente conhecidos.

Apesar da importância atribuída aos fatores genéticos, os fatores estocásticos também poderão ser determinantes para a longevidade (Mota et al., 2004). As teorias biológicas de natureza estocástica, encaram o envelhecimento como o acumular de agressões provocadas pelo ambiente causadas pela acumulação de lesões que provocam um declínio fisiológico progressivo (Cristofalo, Gerhard & Pignolo, 1994, citado por Mota et al., 2004). Alguns destes

exemplos são as teorias que desenvolvem a hipótese de que o envelhecimento depende de mutações genéticas ou erros na cadeia proteica como é o caso: da teoria do erro-catástrofe (Orgel, 1963, 1970); da teoria da reparação do DNA (Hart & Setlow, 1974); da teoria da quebra de ligações (Cerami, 1975, citado por Mota et al., 2004); da teoria da glicosilação avançada (Vlassar, 1990, citado por Mota et al., 2004); da teoria das mutações somáticas (Morley, 1995; Szilard, 1958) e da teoria do *stress* oxidativo (Golden, Hinerfeld, & Melov, 2002). Existem, porém, muitas dúvidas sobre a real influência das causas apontadas por estas teorias no processo de envelhecimento biológico (Farinatti, 2002).

É inevitável, mesmo quando partimos de uma perspectiva biológica, integrar variáveis psicológicas e sociais para a explicação do fenómeno de envelhecimento. Nesta linha, podem destacar-se a teoria de ecológica de Birren; a teoria de Schroots e a de Yates; a teoria psicossocial do desenvolvimento da personalidade de Erikson e ainda a o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*) de Paul Baltes.

Birren (1995 citado por Paúl, 2005), entende o envelhecimento como um “processo ecológico devido à interação existente entre “organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos” (p.27). A expressão, ótima, do desenvolvimento dependerá não só do património genético mas também de aspetos históricos, sociais e culturais (Paúl, 2005).

Shroots (1995 citado por Paúl, 2005), por sua vez, apresenta um conceito diferente sobre o envelhecimento, a gerodinâmica. De acordo com este, o envelhecimento é explicado em termos da teoria geral dos sistemas, segunda lei da termodinâmica e da teoria do caos, sendo então definido como um “processo de aumento da entropia com a idade, da qual pode surgir a ordem ou a desordem” (p. 28).

Yates (1993) encara o envelhecimento como um “processo termodinâmico de quebra de energia” (Paúl, 2005, p.28). Este processo encontra-se geneticamente determinado e ambientalmente condicionado e vai deixando resíduos que vão aumentando a possibilidade de ocorrência de doenças, resultando assim na morte.

Por outro lado, a teoria psicossocial de Erikson reinterpreta as fases psicossociais de Freud e os estágios da teoria de Havighurst e considera que o desenvolvimento da personalidade é o resultado de desafios e crises que ocorrem tipicamente em estádios de vida específicos (Hutteman, et al., 2014). Na teoria de Erikson o desenvolvimento ocorre ao longo de oito estágios, representativos do desenvolvimento humano, sendo eles: (I) criança (1 ano); (II) infância (2 a 3 anos); (III) pré-escolar, idade do jogo (3 a 5 anos); (IV) idade escolar (6 a 12 anos); (V) adolescência (12 a 20 anos); (VI) jovem adulto (20 a 30 anos); (VII) adulto (30 a 50 anos); (VIII) velhice (após os 50 anos). Para cada estágio psicossocial existiria uma crise ou conflito, entendido como a oportunidade para o desenvolvimento do indivíduo. Da não resolução da crise iria resultar uma patologia e a resolução positiva de um conflito iria contribuir para a formação da identidade da pessoa (Bordignon, 2005).

Destaca-se ainda o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*) de Paul Baltes, de índole pluralista, visto que tem em conta múltiplos níveis, temporalidades e

dimensões do desenvolvimento (Baltes & Smith, 2004). Esta perspectiva considera o processo de envelhecimento como um processo contínuo multidimensional e multidirecional (Baltes, 1987; Baltes & Smith, 2004).

A partir do *Berlin Aging Study* (BASE) verificou-se que os fatores biológicos são os preditores mais potentes do funcionamento intelectual do que a história de vida sociocultural (Paúl, 2005; Neri, 2006). Foi ainda possível concluir que, embora venham a ocorrer avanços ao nível da esperança média de vida, as pessoas idosas mais velhas vão apresentando níveis de funcionamento físico, cognitivo, emocional e social mais baixos do que idosos mais novos (Baltes & Smith, 2004). Baltes (1997, citado por Baltes & Smith, 2004) defende ainda um modelo de seleção, otimização e compensação que permite o equilíbrio entre perdas e ganhos no processo de adaptação ao longo do envelhecimento.

No entanto e segundo Fonseca (2012), o desenvolvimento da velhice continua ainda a ser dominado por um modelo de défice, focado na prevenção e / ou redução das consequências negativas do envelhecimento populacional. O surgimento de uma perspectiva mais positiva sobre o envelhecimento revela que a melhor forma de prevenção dos problemas que daqui advém é, focar a atenção na valorização das forças das pessoas mais idosas e promover mudanças positivas na segunda metade da vida, em ordem de uma adaptação cada vez mais bem-sucedida (Fonseca, 2012).

O envelhecimento é, portanto, um processo complexo, influenciado pelo resultado contínuo de transformações que vão ocorrendo ao longo dos tempos (Schneider & Irigaray, 2008) e embora o conceito de idoso possa carregar consigo um sentido pejorativo, faz parte do trajeto de vida. Parece, assim, fundamental entender todo o percurso e todos os aspetos da condição humana, conhecendo-nos como somos e reconhecendo-nos nos idosos, não ignorando quem seremos futuramente (Guimarães, 2007).

2. Institucionalização na velhice

Além do aumento da expectativa de vida, assiste-se, também ao aumento do número de pessoas idosas que passam a viver com doenças incapacitantes (OMS, 2000). Constata-se, assim, que o facto de as pessoas viverem mais tempo não significa que vivam com total qualidade de vida.

Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longevas. Esta condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a diversos padrões de comportamento e contextos. Desta forma, o processo de envelhecimento inclui idosos bem-sucedidos e ativos mas também idosos incapazes, cuja sua autonomia se encontra limitada pela doença e pelo contexto onde residem (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005).

Ao longo do ciclo de vida, a grande maioria dos organismos está sujeita a uma deterioração estrutural e funcional, ou seja, os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos reduzem a qualidade e a velocidade das suas funções, a qual se traduz numa diminuição progressiva da capacidade de adaptação às condições do meio ambiente e num declínio da capacidade funcional, denominando-se este processo de mudança no organismo de envelhecimento biológico (Figueiredo, 2007).

Embora a dependência e os problemas físicos não sejam situações exclusivas dos idosos, constata-se um aumento da mesma com a idade (e.g. Paterson, Govindasamy, Vidmar, Cunningham, & Koval, 2004; Walter, 1999 citado por Dorantes-mendoza, Ávila-funes, Mejía-arango, & Gutiérrez-robledo, 2007; Salgado-de Snyder & Wong, 2007; Sanz, Marzo, Santiago, León, & Cámara, 2012) sendo que associada a esta a cada ano aumenta, cerca de 22% a probabilidade de se ficar dependente (Paterson, Govindasamy, Vidmar, Cunningham, & Koval, 2004).

Segundo o Decreto-Lei nº101/06 de 6 de Junho (capítulo I, artigo 3, alinha h) entende-se por dependência “(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, (...) escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (p.3857). Como tal, e a partir desta definição, verifica-se que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

No entanto, a dependência é considerada uma característica do envelhecimento devido ao, exponencial, crescimento das situações incapacitantes que ocorrem na saúde do idoso, sobretudo em estados demenciais que conduzem a elevados défices ou mesmo perda de autonomia.

Importa ainda acrescentar que a dependência pode ser entendida como total ou parcial, temporária ou permanente sendo que a gravidade da mesma pode variar com o grau em que a pessoa idosa aceita ou não a doença (Lage, 2005).

Entre as implicações do envelhecimento da população, destacam-se: o aumento de quadros de morbidade e comorbidade por doença não transmissível, a elevação do número de pessoas com incapacidades e, também, do número de hospitalizações, com maior sobrecarga dos serviços de saúde, como são exemplo as instituições de longa permanência para idosos (Duca, Silva, Silva, Nahas, & Hallal, 2011). Ou seja, o envelhecimento populacional acarreta uma maior carga de doenças, mais incapacidades e, conseqüentemente, um aumento do uso dos serviços de saúde (Freedman, Martin, & Schoeni, 2002; Veras, 2009).

O idoso e a família ao serem confrontados com a dependência física e psicológica inerentes ao processo de envelhecimento e não conseguindo encontrar soluções adequadas dentro do meio familiar encaram a hipótese de recorrer ao internamento numa instituição (Botelho, 2000). Desta forma, também o ambiente físico e social que rodeia a pessoa idosa exerce uma influência importante na manifestação da sua dependência.

As alterações ao nível da estrutura familiar passaram a condicionar a prestação de cuidados proporcionados pelos familiares aos seus idosos. Assim, com o objetivo de fazer face a esta realidade, as redes formais (instituições públicas) vêm no sentido de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, especialmente daquelas cujas redes de solidariedade primárias são inexistentes ou ineficientes (Pimentel, 2001).

De facto, ao longo dos tempos a família, provedora de cuidados, tem sido alvo de constantes mutações impostas pela sociedade resultando numa necessidade de transformação do papel do idoso no seio desta. Desta forma, as redes informais passam a delegar os cuidados às instituições públicas.

Na sociedade do século XIX e princípios do século XX, o idoso era cuidado e apoiado pela sua família, no seu lar. A mulher ficava no seio familiar e prestava apoio aos seus descendentes e ascendentes, num conceito de família alargada. Porém, a modernidade trouxe novos desafios e, concomitantemente, a necessidade de recurso a respostas sociais. As famílias vêm-se muitas vezes confrontadas com grandes dilemas tanto a nível moral como económico, ou ainda pelas alterações da organização da família e dos valores: mobilidade geográfica e social; aumento da escolaridade, profissionalização da mulher e por exemplo existências de barreiras arquitetónicas (Ribeiro & Pinto, 2014).

Tal como afirmam Marzo, León, José, & Cámara (2012), o ritmo de vida atual tem implicado uma série de componentes sociais que influenciam de forma determinante a vida dos idosos, limitando o seu normal desenvolvimento e promovendo o seu crescente ingresso em estruturas residenciais, que podem conduzir a uma desvinculação com a vida que a pessoa tinha conhecido e praticado até então e a uma, conseqüente, perda de autonomia.

Por outro lado, os cuidadores familiares representam uma parte importante do processo de prestação de cuidados ao idoso, mas tendo em conta que essa responsabilidade pode debilitar gravemente a sua saúde, a probabilidade de institucionalização da pessoa idosa dependente aumenta também. Por vezes, já o cuidador apresenta, *per si*, problemas de saúde que impedem a plena concretização do exercício de cuidar (Lage, 2005).

O desenvolvimento de respostas sociais adequadas tem-se feito a par da crescente evolução do mercado, fruto do envelhecimento demográfico e do progressivo aumento da esperança de vida (Pimentel & Albuquerque, 2010). Como tal, à diversificação das respostas sociais deve unir-se também uma preocupação pela qualidade e humanização dos serviços prestados ao idoso.

O envelhecimento da população traz consigo um aumento na utilização dos cuidados de longo prazo e, por esse motivo, torna-se necessário compreender melhor os fatores que se relacionam com a assistência institucional (Nihtilä et al., 2008). Estes fatores comportam um conjunto de desafios, nomeadamente no que toca ao sistema de cuidados, pois a velhice exige não só uma maior necessidade de cuidados de longa duração, mas também a necessidade de cuidados cada vez mais especializados.

Neste sentido, e sabendo-se que o crescimento populacional se verifica cada vez mais associado a cuidados de longa duração, a melhor maneira de atender a esta necessidade está a receber muita atenção por parte da comunidade científica (OMS, 2000).

Em função das necessidades do idoso, em Portugal, existem respostas sociais como é o caso dos, socialmente denominados, “Lares de idosos” ou “Lares da 3ª idade” (Martin, Gonçalves, Silva, Paúl, & Cabral, 2007).

A institucionalização tende a ser requerida, sobretudo, nos casos de maior dependência física, uso continuado de medicamentos, acréscimo dos custos de assistência aos mais dependentes e comorbidades associadas tornando os idosos mais frágeis e com pior qualidade de vida (Silva & Figueiredo, 2012). Esta pode mesmo apresentar-se como única opção da família, frente à indisponibilidade do apoio familiar, financeiro e psicológico que o idoso necessita (Carvalho & Dias, 2011).

Por cuidados institucionais de longo prazo podemos definir o cuidado sob 24 horas, em lares, hospitais e centros de saúde com uma duração de mais de 90 dias (incluído situações em que o utente cumpre este prazo tendo permanecido na mesma instituição ou sucessivamente em instituições diferentes) (Nihtilä et al., 2008). Ao recorrer à institucionalização, o idoso passa a viver numa forma de internato, por tempo determinado ou não. Dentro deste contexto e com o constante crescimento da população de idosos, verifica-se a necessidade de um adequado conhecimento sobre os problemas que os atingem.

De acordo com o referido por Olivares-Tirado, Tamiya, Kashiwagi, & Kashiwagi (2011) o principal fator impulsionador da procura por cuidados de longo prazo é, claramente, a dependência. Ainda assim, são identificados diversos fatores associados à institucionalização em idosos, destacando-se: a incapacidade funcional (Freedman, Berkman, Rapp, & Ostfeld, 1994; Tomiak, Berthelot, Guimond, & Mustard, 2000; Woo, Ho, Lau, & Yuen, 1994); as condições médicas crónicas (Nihtilä et al., 2008; Woo et al., 1994); o comprometimento cognitivo (Agüero-torres, Strauss, Viitanen, Winblad, & Fratiglioni, 2001; Branch & Jette, 1982; Rozzini et al., 2006; Woo et al., 1994); a idade (ser mais velho) (Freedman et al., 1994; Grundy & Glaser, 1997; Woo et al., 1994; Wu et al., 2014); o género (ser mulher) (Woo et al., 1994); a saúde mental, no âmbito da qual se destaca a demência (Agüero-torres et al., 2001; Branch &

Jette, 1982; Freedman et al., 1994; Jagger & Ljndesay, 1997; Nihtilä et al., 2008; Rozzini et al., 2006; Scott, Edwards, Davis, Cornman, & Macera, 1997; Wu et al., 2014); viver sozinho (Branch & Jette, 1982; Rozzini et al., 2006); ser solteiro (Wu et al., 2014) e ainda perda de 5 kg ao nível da massa corporal (Payette, Coulombe, Boutier, & Gray-Donald, 2000) (cf. Tabela 1). As alterações cognitivas e redução das Atividades da Vida Diária (AVD) são, também, considerados fatores preditores da institucionalização (Gaugler, Duval, Anderson, & Kane, 2007; Luppá, Luck, Weyerer, König, Brähler, & Riedel-Heller, 2010) (cf. Tabela 1).

Para além de a incapacidade atingir sobretudo idades mais avançadas, atinge, na sua grande maioria, mulheres. Tendo em conta o género e de acordo com estimativas da OMS (2009) apresentadas no relatório que aborda as necessidades de saúde das mulheres, verifica-se que estas vivem mais anos e com mais incapacidades e mais limitações funcionais do que os homens. Desta forma, e por oposição aos homens, embora as mulheres experimentem índices de mortalidade mais baixos apresentam, também, índices de morbilidade mais elevados. Assim, há uma maior propensão para mulheres em serem afetadas por problemas de incapacidade e dependência.

Tabela 1. *Fatores relacionados com a institucionalização de pessoas idosas.*

Fator	Estudos
Incapacidade Funcional	Freedman, Berkman, Rapp, & Ostfeld, 1994; Tomiak, Berthelot, Guimond, & Mustard, 2000; Woo, Ho, Lau, & Yuen, 1994
Condições Médicas Crónicas	Nihtilä et al., 2008; Woo et al., 1994
Comprometimento Cognitivo	Agüero-torres, Strauss, Viitanen, Winblad, & Fratiglioni, 2001; Branch & Jette, 1982; Woo et al., 1994; Wu et al., 2014
Idade	Freedman et al., 1994; Grundy & Glaser, 1997; Woo et al., 1994; Wu et al., 2014
Género	Woo et al., 1994
Saúde Mental	Agüero-torres et al., 2001; Branch & Jette, 1982; V. Freedman et al., 1994; Jagger & Ljndesay, 1997; Nihtilä et al., 2008; Rozzini et al., 2006; Scott et al., 1997; Wu et al., 2014
Viver Sozinho	Branch & Jette, 1982; Rozzini et al., 2006
Ser Solteiro	Wu et al., 2014
Perda de 5 kg de massa corporal	Payette et al., 2000
Alterações Cognitivas e Redução das AVD's	Gaugler et al., 2007; Luppá et al., 2010

Sabe-se, ainda, que a integração de uma pessoa “sem défice” numa estrutura residencial tende a conduzir ao aumento do seu nível de dependência (Van Gelder, Tighuis, Kalmijn, Giampaoli, Nissinen & Kromhout, 2004 citado por Sanz et al., 2012) e que esta aumenta com o

tempo de institucionalização (Oliveira, Silva, Carvalho, Carvalho, Maciel, Alves, Barros & Barros, 2012).

O facto de a institucionalização implicar alterações na rede social e nos hábitos do idoso, pode promover ainda um aumento da ansiedade e da insegurança que tornam a pessoa mais vulnerável a um aumento da dependência e da sensação de perda de controlo (Jiménez, Tijeras, Álvarez, Peinado, González, Teruel & López, 2000).

De acordo com um estudo realizado por Sanz et al. (2012) com pessoas idosas institucionalizadas, constata-se a existência de uma associação entre as variáveis dependência funcional e perceção de saúde. Assim, verifica-se que a dependência do idoso, mais concretamente do que se encontra institucionalizado, aumenta nos que apresentam má perceção do estado de saúde (Sanz et al., 2012).

Em suma, o progressivo envelhecimento da população aliado às alterações na estrutura familiar, à mobilidade geográfica, à degradação das condições de habitação, à desadaptação das casas relativamente às necessidades dos idosos, à degradação das condições de saúde destes, têm provocado um aumento da procura da institucionalização (Pimentel & Albuquerque, 2010). Desta forma, a integração do idoso numa instituição depende de vários fatores, inclusive da dependência, mas, sobretudo, das características intrínsecas de cada um enquanto pessoa.

2.1 Idosos Institucionalizados e Não-Institucionalizados

O envelhecimento expõe, frequentemente, os indivíduos a vários problemas sociais, físicos e psicológicos. As implicações do envelhecimento populacional, nomeadamente o surgimento de novas necessidades relacionadas com o apoio às situações de dependência, está relacionado com as alterações a nível social e ao nível da própria estrutura das relações familiares.

O aumento da dependência faz prever a indisponibilidade de cuidadores domiciliários e, ainda, o crescimento das necessidades de institucionalização. Desta forma, o recurso à institucionalização é, por vezes, a única forma de proporcionar apoio aos idosos, garantindo níveis de bem-estar favoráveis e influenciando, deste modo, a sua qualidade de vida, dos que por exemplo, vivem sós (Murakami & Scattolin, 2010).

Ainda assim é certo que as incapacidades não se traduzem da mesma forma em todos os idosos, pois o processo de envelhecimento assume um carácter heterogéneo traduzindo-se em trajetórias distintas. Embora seja verdade que todos os indivíduos passam por um processo de envelhecimento biopsicossocial, o grupo etário dos idosos é heterogéneo e constituído por indivíduos com diferentes histórias de vida, de diversos contextos sócio culturais e com valores e interesses distintos (Cupertino, Rosa, & Ribeiro, 2007; Paúl et al., 2005). Desta forma, nem todos os idosos necessitam recorrer à institucionalização permanecendo assim no domicílio.

São diversos os estudos que comparam amostras de idosos institucionalizados e não institucionalizados, com diferentes resultados e implicações. Por exemplo Patil, Itagi, Khadi, &

Havalдар (2013), referem que a média de idade dos idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados foi de 75.23 e 70.57 anos, respetivamente. O estudo foi realizado com uma amostra de idosos, institucionalizada (69.8%) e não-institucionalizada (62.7%) onde prevalece o género feminino. Este estudo revelou que a amostra de idosos institucionalizados apresentou níveis mais elevados de bem-estar subjetivo (Patil et al., 2013). Verifica-se, ainda, que a institucionalização do idoso tende a ser apresentada como a última alternativa de assistência (Ferreira & Yoshitome, 2010), uma vez que representa um fator de risco, por exemplo, para quedas já que a mudança de ambiente pode conduzir a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas com o isolamento, abandono e inatividade física, acarretando um aumento da dependência para execução de AVD's e consequentemente a redução da capacidade funcional (Perracini, 2005 citado por Ferreira & Yoshitome, 2010).

Refletindo sobre as consequências da institucionalização percebe-se que esta pode implicar perdas, como a perda da privacidade, da intimidade e da autonomia (Pimentel, 2001). A análise do processo de ingresso do idoso na instituição revela que o abandono do seu espaço, obriga a pessoa idosa a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, na maior parte dos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida (Carvalho, 2013).

Segundo a perspectiva do ciclo vital, os idosos são um grupo heterogéneo, pois cada idoso tem uma história de vida, uma personalidade, experiências para relatar, vivências, que os distinguem uns dos outros (Cupertino et al., 2007). O envelhecimento implica mudanças relacionadas com fatores biológicos, sociais, económicos e ambientais. Mudanças que, nem sempre são aceites facilmente pelo idoso e que, por vezes, a resignação da fase da velhice leva a consequências nefastas para o mesmo.

Assim, e para além dos motivos / fatores da institucionalização já se associarem a acontecimentos negativos, estudos de comparação, entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, revelam resultados negativos relativamente ao período de institucionalização. O estudo realizado por Porcu et al. (2002) com 90 idosos com mais de 60 anos indicou que os idosos hospitalizados e institucionalizados apresentavam uma maior prevalência de sintomas depressivos graves e muito graves, 56.67% e 60% respetivamente, quando comparados aos idosos residentes no domicílio (23.34%) (Porcu et al., 2002).

Outro estudo, desenvolvido por Ferreira & Yoshitome (2010) que avaliou a prevalência de quedas em idosos institucionalizados verificando que esta é elevada (37.2%), sendo mais frequente em mulheres de idade avançada. De referir que as quedas em idosos são acontecimentos comuns, inclusivamente dentro de instituições de longa permanência, apresentando consequências para a saúde física, psicológica e social destes idosos (Ferreira & Yoshitome, 2010). Ainda assim, e quando comparamos estes resultados com os de estudos realizados com idosos residentes na comunidade, as percentagens não se verificam tão dispare já que verificamos uma prevalência de 34.8% de quedas em um dos estudos (Siqueira et al., 2007) e 31% num outro (Perracini & Ramos, 2002).

Porém, num estudo de revisão realizado por Cunha & Lourenço (2014) constata-se que a prevalência de quedas entre idosos na comunidade é elevada, acrescentando que as

percentagens se situam entre os 35% e 40%. Este mesmo estudo conclui, ainda, que a prevalência aumenta com a idade, chegando a 50% acima dos 80 anos (Cunha & Lourenço, 2014).

Ainda e num estudo de revisão, realizado por Gomes, Marques, Leal, & Barros (2014) constata-se que os idosos institucionalizados apresentam três vezes mais probabilidades de cair do que aqueles que residem na comunidade, sendo que 39,8% apresentam idade entre 80 a 89 anos. Este estudo contribui para se perceber que a prevalência de quedas, embora variável entre estudos, depende grandemente do fator idade (Gomes et al., 2014) e não tanto do local de residência, contribuindo, talvez, para a desmistificação da institucionalização. Uma vez que os idosos institucionalizados apresentam uma média de idades superior aos residentes na comunidade essa característica pode ser a causa da ocorrência de mais quedas.

Estudos como o realizado por Dobrzyn-Matusiak, et al. (2014) desmistificam a concepção negativa criada em torno da institucionalização e do idoso institucionalizado. Neste estudo participaram 300 idosos e foram comparados três grupos: residentes em instituições de longa permanência; utentes de centro de dia e residentes na comunidade. Os resultados são surpreendentes tendo em conta o supra citado pois, revelam que os idosos que usufruem de cuidados institucionais de longo prazo, tanto num lar como em centros de dia, apresentam melhor saúde física e mental do que aqueles que recebem cuidados em casa. Os resultados revelaram ainda que um pior estado de saúde, incluindo a ocorrência de depressão e distúrbios da função cognitiva em idosos que usufruem de cuidados nas suas casas, se encontrava relacionado com sua multimorbilidade, solidão e também a curta duração do atendimento (cuidados de saúde) (Dobrzyn-Matusiak et al., 2014). Os autores do estudo justificam tais resultados afirmando que, estar em ambientes institucionais proporciona uma percepção de segurança pessoal e estabilidade, pois após uma longa estadia, os idosos adaptam-se, socializam e interagem com outros utentes e prestadores de cuidados. Os resultados relativos ao baixo nível da saúde em idosos residentes na comunidade são justificados pelos autores como estando relacionados com a prevalência de sentimentos negativos de solidão e isolamento que ocorrem, muitas vezes, associados à presença de doenças médicas gerais (Dobrzyn-Matusiak et al., 2014).

Hernández, Herrero, Sánchez, & Montagut (2001), por sua vez, num estudo com uma amostra de 425 idosos residentes na comunidade, perceberam que o índice de bem-estar desta população é comparável ao de outras populações. Os autores verificaram ainda que os homens apresentam melhor auto percepção de saúde em relação às mulheres e que um maior nível socioeconómico e uma menor utilização de serviços sanitários se relacionam com uma melhor auto percepção de saúde. Constataram, também, que esta auto percepção piora, significativamente, com a idade. Uma vez mais se verifica o fator idade como possível impulsionador de um impacto negativo na saúde do idoso, surgindo camuflado por condições mais visíveis (Hernández et al., 2001).

Num estudo comparativo, entre participantes de diferentes faixas etárias, tendo em conta a capacidade funcional verificou-se que a grande maioria dos idosos independentes se encontra na faixa etária entre 60 e 69 anos e que os dependentes possuem 80 anos ou mais

(Paiva et al., 2014). Tais resultados evidenciam que a incapacidade funcional aumenta progressivamente com a idade (Aires, 2010; Campolina, Dini, & Ciconelli, 2011; Gonçalves et al., 2013; Paiva et al., 2014).

Comparando capacidade funcional e gênero verifica-se ainda, que os idosos com dependência funcional severa são predominantemente do gênero feminino (Castro & Guerra, 2008; Nogueira et al., 2010; Paiva et al., 2014; Santos & Griep, 2013). A análise da evolução da estrutura etária indica que o envelhecimento é mais evidente na população feminina, ou seja, a maior longevidade das mulheres em consequência da sobremortalidade masculina é um fenômeno que está presente na generalidade das sociedades. Assim, e uma vez que vivem mais do que os homens, têm mais tendência a viver sozinhas na terceira idade e com mais incapacidade.

Luppa et al. (2010) defendem, porém, que os resultados adversos que acompanham a institucionalização (e.g. o aumento da idade, baixa percepção de saúde, comprometimento funcional e cognitivo e demência) confirmaram o esforço de se prevenir ou atrasar a colocação de idosos em instituições de longa permanência.

Tabela 2. Estudos relacionados com idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Autores/ano	Amostra	Variáveis	Principais Conclusões
Hernández et al. (2001)	425 idosos	Auto-percepção de saúde	O índice de bem-estar de idosos residentes na comunidade é comparável ao de outras populações
Porcu et al. (2002)	90 idosos	Depressão	Idosos hospitalizados e institucionalizados apresentavam uma maior prevalência de sintomas depressivos
Perracini & Ramos (2002)	1.667 idosos	Prevalência de quedas	34,8% de quedas em idosos residentes na comunidade
Siquiera et al. (2007)	4003 idosos	Prevalência de quedas	31% de quedas em idosos residentes na comunidade
Ferreira & Yoshitome (2010)	121 prontuários	Prevalência de quedas; Gênero	Idosos institucionalizados e ser mulher associado a mais quedas
Luppa et al. (2010)	Revisão da literatura	Preditores da institucionalização	Resultados adversos associados à institucionalização
Patil et al. (2013)	140 idosos	Níveis de bem-estar subjetivo	Institucionalizados apresentam níveis mais elevados de bem-estar subjetivo
Cunha & Lourenço (2014)	Revisão da literatura	Prevalência de quedas em idosos e os fatores associados às quedas	Prevalência de quedas em idosos a viver na comunidade varia entre 30 a 40%
Dobrzyn-Matusiak, et al. (2014)	300 idosos	Saúde	Institucionalizados com melhor saúde física e mental do que aqueles que recebem cuidados em casa

Gomes et al. (2014)	Revisão da literatura	Fatores associados ao risco de quedas	Idosos institucionalizados: ser do sexo feminino, apresentar diagnóstico de doença crônica, etc.
Paiva et al. (2014).	81 idosos institucionalizados e 254 não institucionalizados	Influência das comorbilidades, do uso de medicamentos e da institucionalização na capacidade funcional	Institucionalização associada a menor capacidade funcional

A análise da Tabela 2 revela que os resultados dos estudos que comparam idosos institucionalizados e não institucionalizados não são consensuais. Por um lado, considera-se que o idoso deve permanecer no domicílio, mantendo a sua rede social e a sua autonomia, no seio da sua família, que deve constituir-se como o cuidador primário, onde cultural e tradicionalmente, o papel de cuidar é assumido pelas mulheres (e.g. Areosa, Henz, Lawisch, & Areosa, 2014). Considera-se, ainda, que se deve adiar a institucionalização, uma vez que coloca em causa a autonomia do idoso e a sua individualidade, colocando-o a receber cuidados indiferenciados (e.g. Pimentel, 2001). Por outro, e com as constantes mudanças dos padrões sociais a tendência do domicílio tem sofrido alterações, principalmente devido ao aumento das mulheres no mercado de trabalho. Também as redes de apoio escasseiam à medida que se envelhece, promovendo a solidão do idoso que passa a permanecer sozinho no seu lar, muitas vezes em condições desumanas. Diversas condições conduzem o idoso para a institucionalização que, por sua vez, e para outros, é vista como um fator promotor de saúde e bem-estar pois permite o apoio social e o cuidado permanente.

Em resumo, ao invés de se olhar às consequências de cada uma das opções parece importante olhar-se o idoso como pessoa com as suas idiossincrasias e, como ser humano, delineando para ele e com ele a melhor escolha, permitindo-lhe um viver com qualidade.

3. Resiliência na velhice e *Coping* Resiliente

As respostas e atitudes de dois indivíduos que sofreram eventos comparáveis (divórcio, perda de um emprego, ou a morte de um ente querido) durante as suas vidas, podem ser muito dispares. Neste sentido, aqueles que ultrapassam com sucesso essas adversidades e reportam poucas ou nenhuma consequência adversas à saúde, são caracterizados como seres resilientes (Boardman, Blalock, & Button, 2009).

A palavra resiliência é originária do latim, *resílio*, *re* + *salio*, que significa “ser elástico” (Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009). A resiliência é entendida, de um modo geral, como um modo de domínio ou orientação que implica uma relativa resistência a experiências e riscos ambientais, ou por sua vez à superação do *stress* ou adversidade. Essencialmente, resiliência é um conceito interativo que está “preocupado” com a combinação de experiências de risco graves e um resultado psicológico relativamente positivo, apesar dessas mesmas experiências (Rutter, 2006).

O conceito de resiliência tem a sua origem na Física e Engenharia, sendo um dos seus percussores Thomas Young. Nesta área científica, a resiliência define-se pela capacidade de um material receber uma energia de deformação sem sofrê-la de modo permanente (Noronha et al., 2009; Taboada, Legal, & Machado, 2006).

A resiliência é um conceito que cada vez mais vem sendo discutido na literatura científica internacional e nacional (Ferreira, Santos, & Maia, 2012) e, como tal, vem assumindo diversas definições revelando que o conceito sofreu já um longo processo de construção e debate. O estudo deste constructo entre os idosos passou a ter mais relevância como o progressivo envelhecimento populacional.

Nas Ciências Sociais, a resiliência, pode ser definida como um “um processo dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa” (Luthar, Cicchetti, & Bronwyn, 2000, p.543) ou, ainda, como uma força interna, crescimento interno e poder ou força pessoal (Björn Nygren, Norberg, & Lundman, 2007). Relacionadas com esta noção, destacam-se duas condições críticas: (1) a exposição a um risco significativo e (2) a adaptação positiva apesar da existência de ataques ao normal processo de desenvolvimento (Kotliarenko & Lecannelier, 2004; Luthar, Cicchetti, & Bronwyn, 2000; Ong, Bergeman, & Boker, 2010). O conceito foi adaptado para caracterizar toda e qualquer pessoa que, apesar de nascer e viver sob situações de risco, se desenvolve psicologicamente de forma saudável e com êxito (Kotliarenko & Lecannelier, 2004).

A utilização do conceito de resiliência no âmbito médico-psico-social é recente (Noronha et al., 2009). Inicialmente considerava-se que os indivíduos resilientes eram aqueles que seriam capazes de sobreviver a prolongadas situações de *stress* sem apresentar danos definitivos na sua saúde emocional ou competência cognitiva. Porém, atualmente, embora esta concepção seja ainda frequente em estudos sobre o tema, o conceito procura abranger outras dimensões menos deterministas e mais atentas às condições sociais (Noronha et al., 2009).

Verifica-se que, o conceito de resiliência assume significados diferentes consoante a área científica que o utiliza. Neste sentido, quando se aplica este conceito ao ser humano, resiliência não significa um retorno ao estado anterior mas sim, a superação ou adaptação perante a dificuldade. Desta forma, não falamos de resistência mas sim de uma capacidade singular e também socialmente adquirida de ultrapassar fatores potencialmente *stressores* (Junqueira & Deslandes, 2003).

No âmbito da Psicologia, o estudo da resiliência surgiu com a constatação da existência de alterações no desenvolvimento de crianças em risco, ao viverem expostas a adversidades (Fontes & Neri, 2015). Posteriormente surge o interesse pelo estudo da resiliência na velhice e na vida adulta, onde são considerados psicologicamente resilientes os idosos que não cedem às adversidades e que pelo contrário, na presença delas, exibem um padrão adaptativo positivo, ao recuperam os seus níveis anteriores de bem-estar (Fontes & Neri, 2015).

Perante a adversidade, o idoso pode, alterar o significado desta e reduzir cognitivamente, o seu nível de perigo mantendo a autoestima e a autoeficácia, criando assim oportunidades para rever os efeitos do *stress* (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982 citado por Fontes & Neri, 2015). Também no paradigma do desenvolvimento ao longo da vida são adotados os conceitos de plasticidade e de capacidade de reserva para se fazer referência à resiliência como manutenção do desenvolvimento normal, apesar dos riscos, e como recuperação após situações traumáticas. A plasticidade permite padrões de mudança adaptativos que se traduzem, na velhice, em flexibilidade perante fatores *stressores* (Baltes, 1987). A capacidade de reserva remete para o potencial de manutenção e de recuperação dos níveis de adaptação normal, por meio da ativação de recursos latentes (Connor & Davidson, 2003).

De acordo com Baltes (1987), na velhice, a resiliência é função das reservas afetivas e cognitivas e manifesta-se através dos recursos de superação e de regulação afetiva, da motivação, das metas e da autorença de capacidade. Um dos pressupostos do modelo de desenvolvimento ao longo da vida é que a resiliência tende a aumentar, funcionando como mediador para se atingirem bons padrões de adaptação, reconhecidos como velhice bem-sucedida (Baltes, 1987).

A atual abordagem do construto de resiliência parece permitir reconhecer e potenciar os recursos pessoais e interpessoais que protegem o desenvolvimento das pessoas e a sua capacidade evolutiva. É, portanto, um construto fundamental para a compreensão do envelhecimento e para a promoção da qualidade de vida nesta etapa do ciclo vital.

Diversos estudos refletem a multiplicidade de fatores de proteção e de processos adaptativos abrangidos pelo conceito de resiliência. Windle, Markland, & Woods (2008), numa amostra de 1847 pessoas com idades compreendidas entre os 50-90 anos, provenientes de Inglaterra, analisaram o conceito de resiliência psicológica na velhice através da avaliação da autoestima, do controlo interpessoal e das competências interpessoais. Tais medidas foram assumidas como indicadoras de resiliência.

Ainda e de acordo com Fontes, Fattori, D'Elboux, & Guariento (2015), a resiliência constitui um fator protetor em relação às desordens psicóticas. Neste caso, os indivíduos

resilientes seriam possuidores de maior autoestima, autoeficácia, mais habilidades para resolver problemas e maior satisfação com as relações interpessoais; características de personalidade que moderam os efeitos negativos do *stresse* e promovem a adaptação; integrando conceitos de plasticidade e capacidade de reserva, dentro da abordagem do desenvolvimento ao longo da vida (Fontes, Fattori, D'Elboux, & Guariento, 2015).

Desta forma, a resiliência pode ser comparada a um guarda-chuva, que alberga recursos psicológicos fundamentais para a superação de adversidades tais como: competências pessoais, autoestima, autoeficácia e controle interpessoal (Windle et al., 2008).

Na etapa da velhice, o paradigma da resiliência foi introduzido a partir da década de 90 e contribuiu para a alteração do anterior modelo que associava envelhecimento com perdas acrescentando que os idosos mantêm e manifestam altos níveis de funcionamento adequado apesar das circunstâncias adversas e das perdas (Arciniega, 2014).

Efetivamente, a literatura sobre resiliência na velhice converge numa ampla aceitação do valor da resiliência para a manutenção da funcionalidade, do bem-estar subjetivo, do senso de ajustamento, da motivação para a atividade e do envolvimento vital, elementos que desenvolvem um papel central na proteção do idoso, da influência das perdas, dos riscos e das ameaças sobre a adaptação (Fontes & Neri, 2015).

Especificamente, a literatura sobre envelhecimento, relata uma ligeira diminuição do bem-estar após os 60 anos. Tal acontecimento ocorre, provavelmente, devido a um aumento das doenças, ainda assim e perante pressões interpessoais inevitáveis e situações *stressantes*, o idoso assume posturas acomodativas (Kessler & Staudinger, 2009).

Diversos estudos abordam o conceito de resiliência alertando para a sua multidimensionalidade (Ferreira et al., 2012), refletindo uma complexa interação entre o indivíduo e o meio, onde estão presentes fatores de risco e de proteção (cf. Tabela 3). Pesquisas anteriores haviam já identificado várias fontes de resiliência dando ênfase particular aos recursos psicológicos e sociais disponíveis aos indivíduos. No entanto, descobertas mais recentes sugerem que os fatores genéticos, também são importantes para a compreensão das diferenças individuais na resiliência (Boardman et al., 2009). Destas combinações, genéticas, psicológicas e sociais pode então resultar uma vida resiliente que se traduz em bem-estar psicológico (Fontes & Neri, 2015).

A resiliência surge, então, como um processo interativo e multifatorial, que envolve aspetos individuais, do contexto ambiental, da quantidade e qualidade dos eventos vitais, e da presença dos fatores de proteção (Ferreira et al., 2012).

Sabe-se então que resiliência vem associada: às habilidades motivacionais adquiridas ao longo da vida, como fator protetor em relação à manifestação de *déficits* cognitivos e ao bem-estar psicológico (Forstmeier & Maercker, 2008); à satisfação com a vida, presença de um companheiro, ausência de ansiedade e depressão, ter emprego, autoestima positiva, afiliação religiosa e a ter menor idade (Beutel, Glaesmer, Decker, Fischbeck, & Brähler, 2009); à existência de recursos sociais (Dorfman, Mendez, & Osterhaus, 2009; Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, & Netuveli, 2010; McFadden & Basting, 2010); à procura de ajuda para sintomas

depressivos (P. R. Smith, 2009); à saúde física preservada (Wells, 2009); à menor frequência de *stressores* e de afeto negativo em mulheres mais velhas em comparação com as mais jovens (Charles et al., 2010); à maior frequência de emoções positivas e baixa intensidade de dor (Ong et al., 2010); à idade (longevidade) (Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrier, 2012; Zeng & Shen, 2010), à resolução de problemas e à capacidade de regulação emocional (Gooding et al., 2012); e ao bom funcionamento físico, social e mental (Mertens, Bosma, Groffen, & Eijk, 2012) (cf. Tabela 3).

Por seu turno, McFadden & Basting (2010) verificaram ainda que o envolvimento em redes sociais pode ter, para os idosos, um efeito neuroprotetor, em especial no caso de sujeitos demenciados. Ainda num estudo realizado por Wells (2010), com 277 sujeitos com 65 ou mais anos, os resultados referem que o local de residência (rural, urbana e suburbana) não afeta os níveis de resiliência e que, surpreendentemente, baixo rendimento foi associado com ser resiliente. Hildon et al. (2010) defendem porém, que resiliência se associa a boa qualidade nos relacionamentos, integração na comunidade e elevada utilização de enfrentamento adaptativo direcionado ao desenvolvimento.

Por sua vez o *coping*, é um conceito que requer especial atenção por apresentar bases conceptuais semelhantes às de resiliência (Taboada et al., 2006). Geralmente o *coping* refere-se a esforços cognitivos e comportamentais que os sujeitos concretizam para enfrentarem exigências internas e externas avaliadas como excessivas para os recursos que possuem, tal como definiram Lazarus e Folkman (Ribeiro & Morais, 2010).

Alguns estudos têm explorado a relação existente entre saúde física, mental e *coping* uma vez que estratégias de *coping* desadaptadas contribuem tanto para o surgimento de doenças quanto para a sua manutenção (Gómez, Luengo, Romero, Villar, & Sobral, 2006). A resiliência diz respeito ao modo como pessoas se adaptam ou superam as dificuldades e o *coping* às estratégias utilizadas pelas pessoas perante as dificuldades, verificando-se desta forma que ambos os conceitos se correlacionam (Taboada et al., 2006). Porém, enquanto o *coping* ocorre num momento determinado a resiliência perdura no tempo (Ribeiro & Morais, 2010).

De acordo com Ribeiro & Morais (2010), enquanto o *coping* é fundamental para podermos compreender a capacidade de resiliência dos indivíduos, o *coping* resiliente permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, sendo que a principal diferença existente entre este e *coping* propriamente dito, é a capacidade que o indivíduo tem para promover uma adaptação positiva apesar do elevado índice de *stress* (Ribeiro & Morais, 2010).

Tabela 3. Estudos relacionados com a resiliência na velhice.

Autores/ano	Amostra	Objetivo(s)	Principais conclusões
Forstmeir & Maercker (2008)	147 idosos, com idades entre os 60-94 anos, sem demência.	Investigar associação entre habilidades motivacionais e <i>status</i> cognitivo e bem-estar em idosos.	Reserva motivacional adquirida ao longo da vida funciona como fator de proteção para danos cognitivos.
Beutel et al. (2009)	2.540 mulheres alemãs, com idades entre os 18-70 anos.	Avaliar a relação entre satisfação com a vida, distúrbios mentais e envelhecimento e recursos pessoais e sociais, sob <i>stress</i> .	A satisfação com a vida aparece fortemente associada com resiliência, presença de companheiro, ausência de ansiedade e depressão, emprego, autoestima positiva, afiliação religiosa e menor idade.
Dorfman et al. (2009)	25 idosas americanas da zona rural.	Identificar <i>stressores</i> associados a eventos históricos e estratégias de superação.	Resiliência fortalecida pelo temperamento, suporte social e aceitação.
Smith (2009)	121 mulheres e 37 homens africanos.	Investigar a relação entre resiliência e procura de ajuda para cuidar de sintomas depressivos.	Resiliência relacionada à disposição para procurar ajuda entre idosos com sintomas depressivos.
Wells (2009)	105 voluntários, 65 e mais anos, zona rural, Nova Iorque.	Investigar relações entre resiliência e fatores sociodemográficos, redes sociais e <i>status</i> de saúde.	Resiliência relacionou-se com saúde física preservada; <i>status</i> mental identificado como preditor mais robusto.
Charles et al. (2010)	101 idosas, com idades entre os 63-93 anos.	Examinar as diferenças de idade relativamente a <i>stressores</i> diários, eventos positivos e sua relação com a experiência emocional.	A velhice associa-se a poucos <i>stressores</i> e à menor presença de afetos negativos. Não se associa a afetos positivos. Eventos positivos foram menos frequentemente relacionados com a idade.
McFadden & Basting (2010)	Idosos com e sem demência.	Analisar relações entre engajamento criativo em redes sociais e resiliência.	Verifica-se um efeito protetor da participação em redes sociais, através de atividades criativas.
Ong et al. (2010)	95 homens e mulheres com dor crônica.	Avaliar o papel da resiliência psicológica e das emoções positivas na experiência do dia-a-dia de dor crônica ao longo de 14 dias.	Independentemente dos níveis de neuroticismo, emoções negativas, intensidade da dor, rendimento e idade, os indivíduos com elevada resiliência apresentam maior frequência de emoções positivas e exibem baixa intensidade de dor, comparados com os pouco resilientes.
Hildon et al. (2010)	174 idosos ingleses, entre os 68-82 anos.	Investigar relações entre qualidade de vida,	Resiliência associa-se à qualidade dos relacionamentos, integração

		resiliência e exposição a eventos adversos.	com a comunidade e estilos adaptativos de enfrentamento.
Wells (2010)	277 eleitores registados co 65 ou mais anos.	Avaliar se a resiliência se encontra relacionada com o local de residência (rural, urbana e suburbana)	O local onde os idosos residem não afeta os níveis de resiliência.
Zeng & Shen (2010)	Centenários, nonagenários, octogenários, e um grupo com idades entre os 65-79	Investigar se os centenários são significativamente mais resilientes que os demais e verificar se a resiliência contribui significativamente para a longevidade.	Os centenários são muito mais resistentes que qualquer outro grupo etário. A resiliência contribui significativamente para a longevidade em todas as idades, e torna-se ainda mais significativa em idades muito avançadas.
Gooding et al. (2012)	60 idosos da comunidade com idade igual ou superior a 65, e 60 jovens, estudantes, com idades compreendidas entre os 18-25 anos.	Investigar os efeitos da resiliência psicológica sobre depressão, desesperança e saúde geral.	Os mais velhos são mais resilientes, especialmente quanto à regulação emocional e resolução de problemas. Os mais jovens são mais resilientes em relação ao suporte social.
Mertens et al. (2012)	361 homens e mulheres holandeses com idade igual ou superior a 60 anos.	Avaliar o impacto do suporte social, rendimento e maestria pessoal (resiliência) sobre o funcionamento físico, social e mental.	Alto grau de resiliência associou-se, significativamente, ao funcionamento físico, mental e social. Altos níveis de suporte social e rendimentos contribuem para o envelhecimento bem-sucedido.
Lou e Ng (2012)	13 idosos da comunidade que viviam sozinhos (estudo qualitativo).	Investigar fatores de resiliência que ajudam idosos chineses a viverem sozinhos.	Temas: resiliência, competência cognitiva, <i>self</i> , personalidade e resiliência, orientação para a família, enfrentamento.
Tomás et al. (2012)	225 idosos não institucionalizados (Valência - Espanha).	Investigar os efeitos de estratégias de enfrentamento e do enfrentamento resiliente sobre o bem-estar.	Resiliência mostrou-se importante preditor da variância em bem-estar, sem incluir estratégias de enfrentamento.

O envelhecimento humano configura-se como um processo do ciclo evolutivo que pode oferecer riscos ao bem-estar psicológico e à boa qualidade de vida, uma vez que é acompanhado por perdas significativas. Porém, e tendo em conta que diversos fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e económicos influenciam o processo de envelhecimento humano, é importante observar-se que diferentes aspetos agem na vida do idoso a fim de protegê-lo das situações de risco e / ou condições adversas vivenciadas, mobilizando-o para a adaptação e / ou superação dessas vivências e fazendo-o aprender novos conteúdos compensando possíveis perdas (Ferreira et al., 2012).

Em suma, percebe-se que, mesmo na presença de ameaças e de riscos inerentes à velhice, alguns idosos podem desenvolver-se normalmente e evitar a ocorrência de diversas patologias, complicações ou sequelas que dificultam sua independência e sua autonomia.

4. Envelhecimento, *Coping* Resiliente e Saúde

Em todas as etapas do ciclo vital existem riscos, ameaças, oportunidades e recursos que, requerem processos resilientes e, por isso, o envelhecimento não é exceção (Arciniega, 2014). De facto, o ser humano desenvolve ao longo da vida uma habilidade que lhe confere adaptação à mudança, funcionar de forma ideal e implementar estratégias de *coping* que o podem ajudar a adaptar-se a situações adversas (Arciniega, 2014; Meléndez, Fortuna, Sales, & Mayordomo, 2015).

A promoção da saúde tem-se tornado cada vez mais presente na prática dos profissionais de saúde (Noronha et al., 2009). Esta noção foi introduzida por Leavell e Clark, no desenvolvimento de um modelo que defendia três níveis de prevenção: o primário, secundário e terciário (Buss, 2000).

Após a Carta de Ottawa, desenvolveu-se uma nova forma de intervenção em saúde na qual se passa a dar importância à capacitação da comunidade no sentido de atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1986). Nesta perspetiva, a promoção da saúde representa uma estratégia de mediação, entre as pessoas e o meio ambiente, onde se combinam escolhas pessoais e responsabilidade social, tendo sempre como foco de intervenção a dimensão da saúde (Carvalho, 2004).

Um contemporâneo movimento dirigido à promoção da saúde tem revelado a resiliência como um conceito importante nesta área de conhecimento (Pesce et al., 2005). Por ser um tema recentemente incorporado no campo da saúde, encontra-se em fase de construção, discussão e debate, principalmente por não existir ainda um consenso em relação à definição do termo (Silva, Lunardi, Filho, & Tavares, 2005). Ainda assim, a resiliência foi instaurada no campo da promoção da saúde sendo o resultado da combinação entre os atributos da pessoa e o seu ambiente familiar, social e cultural (Noronha et al., 2009).

Deste modo, a resiliência não pode ser pensada como um atributo que nasce com o ser humano, nem que ele adquira durante seu desenvolvimento, mas sim como um processo interativo entre a pessoa e seu meio (Pesce et al., 2005), considerado como uma variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos fatores causadores de *stress* podem ser experienciados de formas diferentes por pessoas diferentes, não sendo a resiliência um atributo fixo do sujeito / indivíduo (Silber & Maddaleno, 2001).

Considerando as possibilidades de crescimento na velhice, a resiliência pode fazer com que os idosos sejam positivos em circunstâncias difíceis, sob desafios e exigências inerentes ao processo de envelhecimento (Fortes, Portuguese, & Argimon, 2009).

Se cada vez mais as pessoas vivem a sua velhice com vigor e os longevos, se desenvolvem com uma notória qualidade de vida (Arciniega, 2014), na atualidade (e no futuro) não só existirão mais idosos como serão cada vez mais velhos (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011).

Efetivamente, a velhice comporta alterações físicas, sociais e psicológicas que produzem adversidades geradoras de *stress* (morte de entes queridos; limitações, tanto físicas como sensoriais; e declínio do estatuto profissional) e que podem ser consideradas como normativas para o idoso (uma vez que afetam todas as pessoas da mesma faixa etária) (Arciniega, 2014). Perante este panorama, existem indivíduos que são capazes de desenvolver processos, resilientes, que lhes permitem enfrentar e adaptar-se às situações *stressantes* e adversas como pode ser o envelhecimento (Hardy, Concato, & Gill, 2004).

Envelhecer ocorre de forma natural e irreversível e não de forma patológica, não devendo assim ser encarado como uma doença (Gems, 2015; Tosato, Zamboni, Ferrini, & Cesari, 2007). Baseado nesta conceção e no contexto da saúde, os estudos que abordam a resiliência vêm substituindo o modelo de risco, baseado na doença, pelo modelo de prevenção e promoção da saúde.

Como já foi referido, a resiliência encontra-se indissociavelmente ligada ao *coping*, e a um resultado de boa adaptação a situações *stressantes*. Ao contrário de outros estágios de desenvolvimento, e associada à idade, os idosos experimentam uma perda de recursos tanto materiais como pessoais, que podem dificultar a capacidade de se adaptar a situações difíceis (Meléndez et al., 2015). Como tal, ser capaz de se adaptar e lidar com a adversidade é um fator determinante para o envelhecimento satisfatório (Meléndez et al., 2015).

Na velhice a resiliência está associada a um conjunto de fatores que aumentam e permitem resultados resilientes face de eventos adversos próprios do envelhecimento. (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011). Estes fatores podem ser classificados como individuais e sociais / ambientais e, são de natureza diversa fazendo por isso parte de múltiplas dimensões do ser humano. Relativamente aos fatores individuais, verifica-se que a sua associação com a resiliência tem sido estudada de um modo mais insistente do que em relação aos fatores sociais / ambientais. Os fatores individuais podem ser categorizadas como demográficos, emocionais, cognitivos, da personalidade, relacionados com estratégias de *coping*, relacionados à saúde, e relacionados com a autopercepção. Já no que concerne aos fatores sociais / ambientais, os estudos reportam a associação da resiliência com fatores familiares, do suporte social, culturais, históricos e relacionados com o acesso aos serviços de saúde (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011).

Bianchini & Dell' Aglio (2006) afirmam que um dos principais contextos onde o indivíduo deve desenvolver a resiliência refere-se à situação de doença, pois o processo resiliente permite que este, ao lidar com a sua situação aceite as limitações que lhe são impostas.

O termo resiliência vem, de facto, associado a indicadores de envelhecimento bem-sucedido, baixa probabilidade de doenças relacionadas com a incapacidade, capacidade cognitiva, funcionamento físico e prazer de viver (Laranjeira, 2007); boa qualidade dos relacionamentos e integração na comunidade (Hildon et al., 2010). Já de acordo com Fontes, Fattori, D'Elboux, & Guariento (2015) resiliência psicológica vem associada à preservação da funcionalidade e a menores níveis de sintomatologia depressiva, constituindo um importante

fator de proteção para idosos acometidos por doenças crônicas, com relativo grau de dependência e evidência de sintomas depressivos.

Também os resultados de um estudo realizado por Navarro & Bueno (2015) revelam que os idosos possuem a capacidade de gerir eficazmente os seus problemas de saúde ao mesmo tempo que mantêm o seu bem-estar, fornecendo evidências sobre o papel do enfrentamento adaptativo na velhice.

Por seu turno, Nygren et al. (2005) estudaram os efeitos da resiliência e vários indicadores de bem-estar, tais como, na saúde física e mental, verificando fortes correlações entre resiliência e bem-estar numa amostra de idosos. Tomás, Sancho, Melendez, & Mayordomo (2012), confirmam estes resultados, numa amostra de idosos não-institucionalizados, e concluem que a resiliência pode realmente ativar e manter o bem-estar no idoso.

De facto, parece que, embora os idosos se encontrem num momento do seu desenvolvimento marcado por adversidades estes parecem adaptar-se bem a todas as mudanças inerentes ao envelhecimento. Associada a esta conceção, consta-te que existe uma correlação positiva entre resiliência e autoestima verificando-se que esta surge como fator protetor para o desenvolvimento do idoso encontrando-se relacionada com saúde e bem-estar (Fontes et al., 2015; Windle et al., 2008). O mesmo ocorre com a resiliência e com ela vêm associadas a autonomia e a autoeficácia que parecem influenciar a forma como o idoso vive a sua velhice (Ferreira et al., 2012). Assim, embora seja uma fase de significativas mudanças, ela também é de desenvolvimento, com perspetivas positivas na trajetória do idoso (Fortes et al., 2009) revelando ser um acontecimento positivo, comparado aos mitos e preconceitos oriundos do meio urbano (Freitas, Queiróz, & Sousa, 2010).

Os autores que discutem a resiliência destacam, também, a importância do suporte social como fator de proteção, principalmente em sujeitos que vivem em condições adversas. Como suporte social, entende-se o aspeto funcional de uma rede social que efetivamente é capaz de ajudar o idoso em momentos de dificuldade (e.g. Silva et al., 2005).

Quando se correlaciona o fator idade com a resiliência verifica-se que são os mais velhos a apresentar altos índices de resiliência (Nygren et al., 2005; Nygren et al., 2007). Porém, quando se relaciona idade e saúde os resultados parecem revelar que os idosos mais novos apresentam melhores níveis de saúde (e.g. Ferreira et al., 2012). Desta forma parece que à medida que se envelhece aumenta a resiliência porém a saúde diminui.

Relativamente ao género e embora este possa capturar tanto diferenças fisiológicas como diferenças genéticas ou hormonais, confere também diferentes vivências entre homens e mulheres. Quando se avaliam os níveis de saúde e resiliência verifica-se que as mulheres apresentam piores níveis (Candore et al., 2006). Tal facto justifica-se pela sua maior longevidade (Boardman et al., 2009) e por outro lado pelo facto de já ter sido provado que, não é bem visto que os homens expressem os seus sentimentos ou problemas, uma vez que significa debilidade / fraqueza (Fahad & Sandman, 2000). Verifica-se portanto que o género é um importante moderador ambiental de fatores genéticos que contribuem para a saúde (Boardman et al., 2009).

Quanto ao estado civil, e de acordo com a OMS, ser viúvo revela influências negativas sobre a saúde física e mental (Arranz, Giménez-Llort, Castro, Baeza, & Fuente, 2009) uma vez que predispõe o sujeito à solidão e ao isolamento social, considerado como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças nos idosos (Arthur, 2006). Por sua vez, as responsabilidades que as pessoas casadas têm, tornam-nas mais forte, mais flexíveis e menos afetadas pelas mudanças inesperadas (Fahad & Sandman, 2000). Percebe-se assim, que o suporte social aparece como um mitigador dos efeitos negativos do *stress* e neste sentido a família pode ser a fonte de apoio mais importante para fornecer ao idoso as habilidades necessárias para enfrentar as adversidades (Seccombe, 2000). Sabe-se ainda que, o idoso resiliente apresenta mais probabilidades de apresentar habilidades acadêmicas superiores (Fortes et al., 2009; Seccombe, 2000).

Fortes (2009) aponta que existe uma correlação direta e significativa entre resiliência e desempenho cognitivo sendo que, quanto mais altos os *scores* de resiliência, maior é o desempenho cognitivo (orientação para tempo e espaço, memória, linguagem, etc.) entre os idosos.

Através de um estudo concretizado por Meléndez et al. (2015) onde foi avaliado, através do uso da *Brief Resilient Coping Scale*, o impacto de um programa de reminiscência sob a resiliência e o *coping* em idosos, verifica-se uma grande utilidade desta terapia sendo potencialmente eficiente para melhorar os perfis clínicos, qualidade de vida e habilidades de adaptação nos idosos. Os resultados revelam assim, que é possível intervir com os idosos no sentido de se promover a sua resiliência e conseqüentemente melhorar o seu bem-estar e a sua saúde. Sendo uma característica inerente a todos os seres vivos (Ferreira et al., 2012), promotora de um desenvolvimento saudável e positivo, torna-se premente a elaboração de ações que favoreçam a promoção da resiliência, visto que esta representa um importante indicador de saúde (Fortes et al., 2009). Com isso, pode favorecer-se o bem-estar social e individual tão almejado pelo idoso neste período de desenvolvimento e de adaptação.

Fica assim proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitação e incapacidade funcional, mantêm um senso positivo de bem-estar (Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002). Desta forma, perdas na funcionalidade não são, necessariamente, um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional pois, como qualquer ser humano o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas (Fortes et al., 2009).

A resiliência propicia de facto uma vivência saudável nesta etapa do ciclo vital (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011; Fortes et al., 2009). Ainda assim, o envelhecimento saudável e as suas multidimensões durante o curso da vida são temas amplos e pouco estudados, visto que ainda se incide muito sobre o envelhecimento patológico e suas repercussões em diversos campos da vida do sujeito (Cupertino et al., 2007).

Resultados como estes abrem a possibilidade de demonstrar aos prestadores de cuidados de saúde a importância de reforçar os aspetos psicológicos e especificamente os relacionados com a resiliência para a construção, manutenção e reestruturação da saúde e da qualidade de vida dos idosos.

Ainda assim, e talvez devido ao grande interesse desta temática, na atualidade não existe um consenso no que diz respeito à definição de resiliência na velhice fazendo como que cada estudo desenvolva uma definição e uma metodologia particular, dificultando a comparação entre as descobertas de cada um deles.

Resiliência representa assim, um dos possíveis caminhos para que os profissionais possam realmente trabalhar, de forma prioritária com a saúde, deslocando a ênfase da negatividade da doença, para as potencialidades do idoso, as quais possibilitam que sejam criadas as condições para que estes possam desenvolver-se como sujeitos capazes de responder positivamente às exigências da vida cotidiana (ainda que sido criados em ambientes com alto potencial de risco) (Silva et al., 2005).

Referências Bibliográficas

- Agüero-torres, H., Strauss, E. Von, Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2001). Institutionalization in the elderly: The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 795-801.
- Aires, M. (2010). Functional Capacity of Elder Elderly: Comparative Study in Three Regions of Rio Grande do Sul. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(1), 11-17.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In Paúl, C. & Ribeiro, O. *Manual de Gerontologia: Aspetos bicompartimentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 21-41). Lisboa: LIDEL.
- Arciniega, J. D. D. U. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health*, 4(2), 67-77. doi:10.1989/ejihpe.v4i2.54
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 482-494.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., Castro, N. M., Baeza, I., & Fuente, M. (2009). Social isolation during old age worsens cognitive, behavioral and immune impairment. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 44(3), 137-42. doi:10.1016/j.regg.2008.12.001
- Arthur, H. M. (2006). Depression, Isolation, Social Support, and Cardiovascular Disease in Older Adults. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), S2-S7. doi:10.1097/00005082-200609001-00002
- Astina, I. K., & Budijanto. (2015). Demographic transition and population ageing. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(3), 213-218. doi:10.5901/mjss.2015.v6n3s2p213
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. doi:10.1037//0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Research in Human Development Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Biocultural Co-constructivism. *Research in Human Development*, 3(1), 123-144. doi:10.1207/s15427617rhd0103

- Bayati, M., Akbarian, R., & Kavosi, Z. (2013). Determinants of life expectancy in eastern mediterranean region: a health production function. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(1), 57-61. doi:10.15171/ijhpm.2013.09
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Decker, O., Fischbeck, S., & Brähler, E. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause (New York, N.Y.)*, 16(6), 1132-8. doi:10.1097/gme.0b013e3181a857f8
- Bianchini, D. C. S., & Dell' Aglio, D. D. (2006). Resilience process in the hospitalization context: a case study. *Paidéia*, 16(35), 427-436.
- Boardman, J. D., Blalock, C. L., & Button, T. M. M. (2009). Sex differences in the heritability of resilience. *Twin Res Hum Genet*, 11(1), 12-27. doi:10.1375/twin.11.1.12.Sex
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Botelho, M. (2000). *Autonomia funcional em idosos-caracterização multidimensional em idosos de um centro de saúde urbano*. (1ª Edição.). Porto: Bial.
- Branch, L. G., & Jette, A. M. (1982). A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health*, 72(12), 1373-1379. doi:10.2105/AJPH.72.12.1373
- Budiantara, I. N., Sugiantari, A. P., Ratnasari, V., Ratna, M., & Zain, I. (2014). Analysis of Factors that Influence Life Expectancy in East Java (Indonesia) Using Semiparametric Spline Regression Approach. *International Journal of Basic & Applied Sciences*, 14(2).
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida Health promotion and quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Campolina, A. G., Dini, P. S., & Ciconelli, R. M. (2011). The impact of chronic disease on the quality of life of the elderly in São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2919-2925.
- Candore, G., Balistreri, C. R., Listì, F., Grimaldi, M. P., Vasto, S., Colonna-Romano, G., ... Caruso, C. (2006). Immunogenetics, gender, and longevity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1089, 516-37. doi:10.1196/annals.1386.051
- Cárdenas-Jiménez, A., & López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 528-540.

- Carvalho, A. P. (2013). *A institucionalização da pessoa idosa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade da Beira interior, Covilhã.
- Carvalho, M. P. R., & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Carvalho, S. R. (2004). Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 669-678.
- Castro, C. K. M., & Guerra, R. O. (2008). Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in natal, Brazil. *Arquiologia Neuropsiquiátrica*, 66(4), 809-813.
- Charles, S. T., Luong, G., Almeida, D. M., Ryff, C., Sturm, M., & Love, G. (2010). Fewer ups and downs: daily stressors mediate age differences in negative affect. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(3), 279-86. doi:10.1093/geronb/gbq002
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Cunha, A., & Lourenço, R. (2014). Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(2), 21-29. doi:10.12957/rhupe.2014.10128
- Cupertino, A. P., Rosa, F. H., & Ribeiro, P. C. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 20(1), 81-86.
- Decreto-Lei nº101/06 de 6 de Junho. (n.d.). 3856. *Diário Da República nº109/06 - I Série-A*, Ministério da Saúde. Lisboa.
- Dobrzyn-Matusiak, D., Marcisz, C., Kulik, H., & Marcisz, E. (2014). Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1793-1802.
- Dorantes-mendoza, G., Ávila-funes, J. A., Mejía-arango, S., & Gutiérrez-robledo, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores : un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México , 2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 22(1), 1-11.
- Dorfman, L. T., Mendez, E. C., & Osterhaus, J. K. (2009). Stress and resilience in the oral histories of rural older women. *Journal of Women & Aging*, 21(4), 303-16. doi:10.1080/08952840903285237

- Duca, F. G. Del, Silva, M. C., Silva, S. G., Nahas, M. V., & Hallal, P. C. (2011). Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira*, 16(2), 120-124.
- Fahad, A., & Sandman, M. A. (2000). Evaluation Resiliency Patterns Using the ER89: A case study form Kuwait. *Social Behavior and Personality*, 28(5), 505-514.
- Farinatti, P. de T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina Do Esportesporte*, 8(4), 129-138.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social-Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas E Práticas*, 36.
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista Esc Enfermagem USP*, 46(2), 328-334.
- Ferreira, D. C. O., & Yoshitome, A. Y. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-997.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. *Manual de Gerontologia: Aspetos bicompartimentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lisboa: LIDEL.
- Fontes, A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J., & Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 18(1), 7-17.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-95. doi:10.1590/1413-81232015205.00502014
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Motivational reserve: lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age. *Psychology and Aging*, 23(4), 886-99. doi:10.1037/a0013602
- Fortes, T. F. R., Portuguez, M. W., & Argimon, I. I. de L. (2009). Resilience in the elderly and its relationship with socio-demographic variables and cognitive functions. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463.

- Freedman, V. A., Martin, L. G., & Schoeni, R. F. (2002). Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States. *JAMA*, 288(24).
- Freedman, V., Berkman, L. F., Rapp, S. R., & Ostfeld, A. M. (1994). Public Health Briefs Family Networks: Predictors of Nursing Home Entry. *American Journal of Public Health*, 84(5), 843-845.
- Freitas, M. C., Queiróz, T. A., & Sousa, J. A. V. (2010). The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. *Revista Esc Enfermagem USP*, 44(2), 403-408.
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. a, & Kane, R. L. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7(13). doi:10.1186/1471-2318-7-13
- Gems, D. (2015). The aging-disease false dichotomy: understanding senescence as pathology. *Frontiers in Genetics*, 6(212), 1-7. doi:10.3389/fgene.2015.00212
- Golden, T. R., Hinerfeld, D. a., & Melov, S. (2002). Oxidative stress and aging: beyond correlation. *Aging Cell*, 1(2), 117-123. doi:10.1046/j.1474-9728.2002.00015.x
- Gomes, E. C. C., Marques, A. P. D. O., Leal, M. C. C., & Barros, B. P. De. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551. doi:10.1590/1413-81232014198.16302013
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Helath Psychology*, 6(3), 581-597.
- Gonçalves, R., Lamela, D., & Bastos, A. (2013). Envelhecimento e Sabedoria: só idade não basta. *Actas de Gerontologia*, 1(1), 1-10.
- Gooding, P., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262-270. doi:10.1002/gps.2712
- Grundy, E., & Glaser, K. (1997). Trends in, and transitions to, institucional residence among older people in England and Wales, 1971- 91. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 531-540.
- Guarente, L., & Kenyon, C. (2000). Genetic pathways that regulate ageing in model organisms. *Nature*, 408, 255-262.

- Guimarães, E. C. (2007). Reflexão sobre a velhice. *CES Revista On-Line*, 11-23.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x
- Hart, R. W., & Setlow, R. B. (1974). Correlation Between Deoxyribonucleic Acid Excision-Repair and Life-Span in a Number of Mammalian Species. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 71(6), 2169-2173. doi:10.1073/pnas.71.6.2169
- Hernández, M. M., Herrero, M. R., Sánchez, J. C., & Montagut, B. L. E. (2001). Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria*, 28(2), 91-96. doi:10.1016/S0212-6567(01)78907-X
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). 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*, 50(1), 36-47. doi:10.1093/geront/gnp067
- Hutteman, R., Hennecke, M., Orth, U., Reitz, A. K., & Specht, J. (2014). Developmental Tasks as a Framework to Study Personality Development in Adulthood and Old Age. *European Journal of Personality*, 278, 267-278.
- Jagger, C. A. R. O. L., & Ljndesay, J. (1997). Residential care for elderly people: the prevalence of cognitive impairment and behavioural problems. *Age and Ageing*, 26, 475-480.
- Jiménez, V., Tijeras, C., Álvarez, S., Peinado, G., González, F., Teruel, M., & López, A. (2000). Anciano desplazado: Perfiles terapéuticos e implicaciones sociosanitarias. *Medicina de Familia*, 1(2), 151-155.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235.
- Kotliarenko, M. A., & Lecannelier, F. (2004). Resiliencia y coraje: el apego como mecanismo protector. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodríguez. *Resiliencia y subjetividad* (pp. 123-135). Buenos Aires: Paidós.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A. (orgs.) *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

- Laranjeira, C. A. S. (2007). Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 23(3), 327-331.
- Liu, P., Li, C., Wang, Y., Zeng, W., Wang, H., Wu, H., ... Hao, M. (2014). The impact of the major causes of death on life expectancy in China: a 60-year longitudinal study. *BMC Public Health*, 14. doi:10.1186/1471-2458-14-1193
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.-H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-8. doi:10.1093/ageing/afp202
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Bronwyn, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.*, 71(3), 543-562.
- Martin, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paúl, C., & Cabral, F. P. (2007). Políticas sociais para a terceira idade. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa* (pp. 131-179).
- McFadden, S. H., & Basting, A. D. (2010). Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(1), 149-61. doi:10.1016/j.cger.2009.11.004
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(2), 294-298. doi:10.1016/j.archger.2014.12.001
- Mertens, V. C., Bosma, H., Groffen, D. a I., & Eijk, J. T. M. (2012). Good friends, high income or resilience? What matters most for elderly patients? *European Journal of Public Health*, 22(5), 666-71. doi:10.1093/eurpub/ckr104
- Morley, A. (1995). The somatic mutation theory of ageing. *Elsevier*, 338, 19-23.
- Mota, M. P., Figueiredo, P. A., & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto*, 4(1), 81-110.
- Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Herediana*, 21, 18-26.
- Navarro, A. B., & Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores . *Anales de Psicología*, 0-26.

- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas Em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Nihtilä, E. K., Martikainen, P. T., Koskinen, S. V. P., Reunanen, A. R., Noro, A. M., & Häkkinen, U. T. (2008). Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European Journal of Public Health*, 18(1), 77-84. doi:10.1093/eurpub/ckm025
- Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. P. L., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, A. Q., & Pereira, E. T. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos
Determinant factors of functional status among the oldest old. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(4), 322-329.
- Noronha, M. G., Cardoso, P. S., Moraes, T. N., & Centa, M. D. L. (2009). Resilience: a new perspective in health promotion? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. doi:10.1080/1360500114415
- Nygren, B., Norberg, A., & Lundman, B. (2007). Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1060-73. doi:10.1177/1049732307306922
- Olivares-Tirado, P., Tamiya, N., Kashiwagi, M., & Kashiwagi, K. (2011). Predictors of the highest long-term care expenditures in Japan. *BMC Health Services Research*, 11(1), 103. doi:10.1186/1472-6963-11-103
- Oliveira, E., Silva, R., Carvalho, A., Carvalho, S., Maciel, L., Alves, E., ... Barros, M. (2012). Capacidade Funcional de Idosas de Instituição de Longa Permanência no Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil: Estudo Piloto. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 16(2), 83-88. doi:10.4034/RBCS.2012.16.s2.11
- OMS. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. In *Organização Mundial de Saúde*. Acedido a Julho de 2015 em, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- OMS. (2000). Home-based long-term care - Report of a WHO Study Group World Health Organization Geneva. *WHO Technical Report Series 898*.
- OMS. (2009). Woman and health: today's evidence tomorrow's agenda. Acedido a Junho de 2015, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70119/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf.

- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2010). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality Assessment*, 77(6), 1777-1804. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x.Resilience
- Orgel, L. E. (1963). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing. *Biochemistry*, 49, 517-521.
- Orgel, L. E. (1970). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing: a correction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 67(3), 1476-1476. doi:10.1073/pnas.67.3.1476
- Paiva, C. S. L., Gomes, C. P., Almeida, L. G. De, Dutra, R. R., Aguiar, N. P., Lucinda, L. M. F., ... Azevedo, E. D. A. (2014). A influência das comorbilidades, do uso de medicamentos e da institucionalização na capacidade funcional dos idosos. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, 6, 46-53.
- Paterson, D. H., Govindasamy, A. D., Vidmar, A. M., Cunningham, D. A., & Koval, J. J. (2004). Longitudinal study of determinants of dependence in an elderly population. *American Geriatrics Society*, 52(10), 1632-1638.
- Patil, S. S., Itagi, S. K., Khadi, P. B., & Havaladar, Y. N. (2013). Subjective well-being status among institutionalized and non-institutionalized senior citizens. *J Sociology Soc Anth*, 4(3), 251-257.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. (pp. 22-41). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (orgs.) *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp. 76-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Payette, H., Coulombe, C., Boutier, V., & Gray-Donald, K. (2000). Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 579-587.
- Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2002). Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 709-716.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V, & Carvalhaes, R. (2005). Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família, contextos e trajetórias*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Pimentel, L. G., & Albuquerque, C. P. (2010). Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações. *Textos E Contextos*, 9(2), 251-263.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., ... Faiola, R. V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Maringá*, 24(3), 713-717.
- Rattan, S. I. S. (2006). Theories of biological aging: genes, proteins, and free radicals. *Free Radical Research*, 40(12), 1230-8. doi:10.1080/10715760600911303
- Rebouças, M., & Pereira, G. (2008). Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(4), 237-246.
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13.
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27-36.
- Rozzini, L., Cornali, C., Chilovi, B. V., Ghianda, D., Padovani, A., & Trabucchi, M. (2006). Predictors of institutionalization in demented patients discharged from a rehabilitation unit. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), 345-9. doi:10.1016/j.jamda.2005.11.008
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1-12. doi:10.1196/annals.1376.002
- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer-Um desafio à Gerontologia e à Geriatria* (1ª Edição.). Lisboa-Porto: LIDEL.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(1), 515-521.
- Santos, M. I. P. de O., & Griep, R. H. (2013). Functional capacity of the elderly attended in a Unified Health System (SUS) program in Belém in the State of Pará. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 753-762.

- Sanz, M. da la F., Marzo, I. B., Santiago, F. J., León, M. M., & Cámara, N. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *GEROKOMOS*, 23(1), 19-22.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia Campinas*, 25(4), 585-593.
- Scott, W. K., Edwards, K. B., Davis, D. R., Cornman, C. B., & Macera, C. a. (1997). Risk of Institutionalization Among Community Long-Term Care Clients With Dementia. *The Gerontologist Society of America*, 37(1), 46-51. doi:10.1093/geront/37.1.46
- Seccombe, K. (2000). Families in Poverty in the 1990s: Trends, Causes, Consequences, and Lessons Learned. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1094-1113.
- Shastri, P. C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(5), 224-234.
- Silber, T., & Maddaleno, M. (2001). La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo humano. *Adolescência Latino- Americana*, 2(3).
- Silva, M. R. S., Lunardi, V. L., Filho, W. D. L., & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e promoção da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 14, 95-102.
- Silva, M. V., & Figueiredo, M. do L. F. (2012). Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enfermagem Em Foco*, 3(1), 22-24.
- Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Silveira, D. S., Vieira, V., & Hallal, P. C. (2007). Prevalence of falls and associated factors in the elderly. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 749-756.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and Well-Being in the Young Old and Oldest Old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732. doi:10.1111/1540-4560.00286
- Smith, P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 829-37. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01463.x
- Spar, J. E., & Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Szilard, B. Y. L. E. O. (1958). On the nature of the aging process. *Genetics*, 45, 30-45.
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16(3), 104-113.

- Teixeira, I. N. D. O., & Guariento, M. E. (2010). Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência E Saúde Coletiva*, 15(6), 2845-2857.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326. doi:10.1080/13607863.2011.615737
- Tomiak, M., Berthelot, J.-M., Guimond, E., & Mustard, C. a. (2000). Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(5), M279-M287. doi:10.1093/geron/55.5.M279
- Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A., & Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Clinical Interventions in Aging Intervention*, 2(3), 401-412.
- Urbina, P. B. (2011). Factores determinantes de la esperanza de vida en Chile. *Anales de La Facultad de Medicina*, 72(4), 255-259.
- Veras, R. (2009). Population aging today: demands, challenges and innovations. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 1-7.
- Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults. *The Journal of Rural Health*, 25(4), 415-419. doi:10.1111/j.1748-0361.2009.00253.x
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.
- Windle, G., Markland, D. a, & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health*, 12(3), 285-92. doi:10.1080/13607860802120763
- Woo, J., Ho, S. C., Lau, J., & Yuen, Y. K. (1994). Age and marital status are major factors associated with institutionalisation in elderly Hong Kong Chinese. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 306-309.
- Wu, C.-Y., Hu, H.-Y., Huang, N., Fang, Y.-T., Chou, Y.-J., & Li, C.-P. (2014). Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PloS One*, 9(2), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0089213
- Zeng, Y., & Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-9. doi:10.1155/2010/525693