

## ESTRATÉGIAS DE SAÚDE UTILIZADAS POR MULHERES IDOSAS NO MEIO RURAL

Leonardo Farias de Arruda<sup>1</sup>  
Millena Pereira Araújo<sup>2</sup>  
Beatriz Marques Cavalcanti Marinho<sup>3</sup>  
Maria do Carmo Eulálio<sup>4</sup>

### RESUMO

O processo de envelhecimento acarreta múltiplas mudanças, seja de ordem social, biológica, econômica ou psicológica e estão associadas diretamente à saúde da população idosa. Dessa forma o objetivo deste trabalho é entender as estratégias de saúde empregadas por mulheres moradoras do meio rural. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. Foram realizadas oficinas de dinâmica de grupo com mulheres de idade igual ou superior a 60 anos em um distrito rural no nordeste brasileiro. As técnicas metodológicas utilizadas foram a dinâmica de grupo, a observação participante e o diário de campo e a análise ao conteúdo foi categorial temática. Foram realizados 10 encontros com 22 participantes, e o material analisado gerou três categorias temáticas: Divino, Rede de Apoio Social e Corporeidade. Foi possível inferir que as estratégias utilizadas pelas idosas no meio rural interferem e influenciam nas suas práticas em saúde individual e coletivas. As oficinas de dinâmica de grupo em saúde demonstraram ser uma metodologia eficiente para contemplar a dialogicidade entre o saber científico e o saber popular.

**Palavras-chave:** Mulheres Idosas; Estratégias de Saúde; Meio rural.

### INTRODUÇÃO

Comumente, a velhice é associada à declínios, físicos, biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, entre tantos outros. Contudo, é inegável que algum desses aspectos realmente venham a ocorrer. Diante disso, surgem na população idosa questionamentos e incertezas diante dessa fase da vida, “Onde?”, “Quando?”, “O que fazer?”, “O que eu posso fazer?”. Ao refletir esses questionamentos inúmeras respostas podem ser atribuídas. Pode-se então relacionar esses questionamentos aos cuidados em saúde. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é entender estratégias em saúde relatadas mulheres moradoras do meio rural, durante a realização de oficinas em saúde.

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [nado.lfa@gmail.com](mailto:nado.lfa@gmail.com);

<sup>2</sup>Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [millenapereiraah@gmail.com](mailto:millenapereiraah@gmail.com);

<sup>3</sup>Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [biamcmarinho@gmail.com](mailto:biamcmarinho@gmail.com);

<sup>4</sup>Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> docente do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [carmitaeulalio.uepb@gmail.com](mailto:carmitaeulalio.uepb@gmail.com).

Apesar dos avanços de pesquisas e estudos acerca do processo de envelhecimento, socialmente, ainda se observam perspectivas negativas em torno da velhice. Sendo assim, grande parte da população atribui ao envelhecimento a um processo de declínio e a falta de perspectiva de novas oportunidades nessa etapa da vida (PASCHOAL, 2002). Neri (2015) concerne e sublinha que muitos desses estereótipos são veiculados pelos meios de comunicação e pela história social, paulatinamente associados à morte, exclusão, adoecimento e diminuição gradativa da autonomia.

Em decorrência do crescimento progressivo da população idosa, estima-se representar 16% da população mundial no ano de 2030 (GOMES; PAMPLONA, 2014), pode-se perceber mudanças no que diz respeito a saúde e a compreensão sobre o envelhecimento. Logo, este aumento progressivo da população idosa está associado ao desafio de estabelecer uma qualidade de vida cada vez melhor, desvinculando-se de estereótipos limitantes e retrógrados, os quais associam o envelhecimento a estagnação e a declínios.

O envelhecimento é caracterizado por um processo gradual, ativo e progressivo, e se apresenta a partir de alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, que podem acarretar prejuízos na saúde e bem-estar do idoso (TAVARES *et al.*, 2016). Entretanto, há abordagens que apontam para um envelhecimento ativo ou bem sucedido, que incita a promoção de saúde e a prevenção de doenças, além de compreender esse processo sob o prisma de novas possibilidades, associadas a liberdade, a autonomia, a participação social e ao bem-estar (DANIEL *et al.*, 2016). Assim, o processo de envelhecimento é individual, e revela as diferenças através das condições de vidas em que a pessoa idosa vivencia.

Como ratifica a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a compreensão do conceito de saúde é antônima à ausência de doença, mas sua definição é constituída a partir de um novo olhar que envolve o bem-estar físico, biológico, psicológico, social e econômico. Nesse sentido, as modificações apresentadas no processo de envelhecimento, abrange múltiplas facetas, associadas às capacidades funcionais dos idosos, a manutenção de sua autonomia, ao modo pela qual compreende e reconhece sua saúde, e a qualidade de vida (CAMÕES *et al.*, 2016).

Frente a tais desafios associados ao envelhecimento, as estratégias de promoção à saúde contribuem para promoção de saúde e prevenção de doença, considerando que se caracterizam como ações de estratégias de enfrentamento e de saúde adotadas pelos indivíduos. O enfrentamento é um processo individual, multidimensional e dinâmico, que se constitui como

esforços comportamentais e cognitivos do indivíduo, do qual produzem mecanismos utilizados para administrar situações difíceis da vida (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

Como destacado acima, o processo de enfrentamento consiste em uma resposta para lidar com uma situação estressora, contudo, não é uma garantia de solução do problema. É uma ação que pode vir ajudar e/ou prejudicar na situação, pois seu propósito não consiste necessariamente na resolução do problema. De acordo com Nunes (2010), o enfrentamento pode ser dividido em dois estilos: o enfrentamento focado no problema, o qual visa enfrentar a situação e trabalhar para sua resolução; e o enfrentamento focado na emoção, que possui o intuito de evitar a situação, buscando lidar com as suas emoções que cercam o estressor. As duas estratégias não são excludentes, são interdependentes.

Segundo Salci e colaboradores (2013), para promover o empoderamento, tanto individual quanto coletivo, torna-se imprescindível o desenvolvimento de um trabalho que perpassa os substratos da educação em saúde, desvinculada de uma prática educacional impositiva, mas com sutis jogos de sedução, para que o indivíduo possa adquirir as ferramentas necessárias para seu empoderamento. Logo, uma gama de discussões envolvendo questões da saúde podem ser realizadas nos mais diferentes espaços, articulando distintas representações da temática.

A problematização da saúde em diferentes espaços apresenta-se como de suma importância ao controle, prevenção do adoecimento e de situações de risco e agravos à saúde pela vigilância epidemiológica e sanitária, e assistência clínico-terapêutica (SILVA; BODESTEIN, 2016). Além do mais, as discussões inerentes da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002) apontam que evidências mostram relações correlatas da saúde muito mais ligadas ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. O cenário da pesquisa foi com mulheres com idade a partir de 60 anos e que aceitassem participar das intervenções. Foram realizados 10 encontros por meio de oficinas de dinâmica de grupos, além da observação e da criação de diário de campo. As oficinas foram permeadas de estratégias de saúde utilizadas pelas participantes.

As intervenções foram constituídas a partir das Metodologias Participativas (PADILLA, 2017), e de intervenções em Dinâmicas de Grupo (ALONSO, 2006). No tocante às metodologias participativas, pode-se compreendê-las com práticas que corroboram à atuação dos integrantes de um determinado grupo ou comunidade sobre temáticas ou problemáticas, objetivando repostas, recursos e soluções para estas demandas, tornando-os ativos nesse processo. Assim, no decorrer dessas metodologias associam-se as possibilidades de saberes e formulações de novas estratégias (PADILLA, 2017). Em consonância as metodologias ativas, recorreu-se, também, a pesquisa-intervenção, que consiste em investigar o cotidiano de uma população, compreendendo suas diversidades a partir de análises sociais qualitativas.

Os dados gerados pelas oficinas foram descritos assistematicamente pela observação participante e registradas em diários de campo, construídos ao final de cada oficina realizada. Desta forma, as transcrições foram lidas exaustivamente e em seguida agrupadas lexicamente e por semelhança de sentidos, posteriormente categorizados por tema. Para a compreensão do corpus do trabalho, recorreu-se a Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por Bardin (2016). Segundo a autora, a categorização é um processo que propõe classificar os componentes elegíveis para análise, *a priori*, por uma distinção entre si, e *a posteriori* ao reagrupar elementos, a partir de características de inclusão ou exclusão, previamente estabelecidas. Esse método, organiza os dados primários em categorias temáticas, além de sugerir certa organização das unidades de registro e apresenta os resultados de forma simplificada. Em decorrência da análise de conteúdo, foram elaboradas três categorias temáticas acerca das estratégias que as participantes recorrem para ajudar na saúde Divino, Rede de Apoio Social e Corporeidade.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As intervenções foram conduzidas em um distrito rural do município de Campina Grande – Paraíba, Brasil. Participaram das intervenções 22 pessoas com idade média de 74 anos, e variação entre 60 a 80 anos, vinculados a um CRAS (Centro de Referência e Assistência Social) e em um Clube de Mães e que aceitassem participar espontaneamente das oficinas nos dias programados. Foram realizadas 10 oficinas. Para que a realização das oficinas fossem efetivadas, houve o deslocamento do grupo facilitador (alunos e professora) uma vez por semana ao distrito rural.

Foi realizado um primeiro encontro com o alvo de explicarmos ao grupo como iríamos trabalhar, e firmar o compromisso de estarem presente nos dez encontros acordados com

agendamento de data e horário. Ainda neste encontro, diante das expressões em falas de cada participante, sondamos algumas necessidades que foram desenhadas e redesenhadas a cada oficina. Daí, a cada encontro, podia ser planejado mediante o encontro anterior.

Em dez oficinas, cada uma delas com duas horas de duração, as temáticas trabalhadas foram: Emoções; Suporte Social; Depressão; Estresse; Ansiedade; Distúrbios do Sono; Finitude e Luto e Resiliência. Após a conclusão da oficina, o grupo facilitador avaliava e já planejava a oficina seguinte.

As categorias serão apresentadas e discutidas a seguir:

### *Divino*

Tabela 1 – Apelo ao Divino como estratégia de saúde

<b>Categoria Divino</b>	<b>Frequência</b>
Deus	10
Religião	7
Fé	3
Rezar	2
<b>Total</b>	<b>22</b>

Fonte: Pesquisa

Recorrer ao divino, principalmente reforçando a fé, foi muito expressado durante os discursos das idosas em busca de cura de doenças ou sintomas indesejados, como também é onde buscam conforto para equilibrar a saúde mental. Todas afirmam ter muita fé, rezam e frequentam suas igrejas. Para Robeto (2004) a religiosidade, dimensão composta por condutas e práticas que abarcam a união do indivíduo com a fé, possui a capacidade de influenciar o corpo, a mente, a relação com os outros e o espírito do sujeito. Neste sentido, a fé é utilizada como recurso de cura, caracterizando-se como um fenômeno que abrange a esfera psicossocial, biológica e espiritual do ser humano (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Silva et. al (2019, p.1779) “o Brasil é um país predominantemente religioso, com uma pluralidade de crenças muito grande, sendo um ambiente que favorece a procura da espiritualidade como um pilar de sustentação emocional”. Logo, a religião e/ou práticas relativas ao rezar, a fé e a Deus, bem como, suas crenças pessoais e espiritualidade, estão postas como estratégias de saúde que repercutem na percepção de bem-estar e qualidade de vida das pessoas que as operam em sua vida (SOARES, AMORIM, 2015).

Recorrer ao plano divino repercute no modo pelo qual as pessoas lidam com a dor e situações estressoras, proporcionando maior adaptação e aceitação a situações difíceis, como também, acarretando sentimentos de paz, pensamentos otimistas e de esperança, autoconfiança e perdão (STROPPA, ALMEIDA, 2008). Para Vasconcelos (2010), segundo alguns estudiosos, a vivência religiosa pode funcionar equivalente a um medicamento placebo, provocando efeitos psicológicos e fisiológicos, como alterações bioquímicas e hormonais.

Neste sentido, as estratégias podem ser caracterizadas como um mecanismo de adaptação a circunstâncias adversas da vida, capaz de auxiliar a pessoa idosa a reger situações estressoras, através do modo pelo qual utiliza-se de sua fé, crenças ou relação com o transcendente (SOARES, AMORIM, 2015). Estas relações podem repercutir positivamente sobre a saúde mental, pois a relação com Deus pode promover uma visão de mundo que proporciona sentido ao sofrimento vivenciado pelo sujeito (STROPPA, ALMEIDA, 2008).

### *Rede de Apoio Social*

Tabela 2 – Importância do Apoio Social na promoção de saúde

<b>Categoria Rede de Apoio Social</b>	<b>Frequência</b>
Suporte familiar	14
Suporte social formal	4
Suporte social informal	4
<b>Total</b>	<b>22</b>

Fonte: Pesquisa

A categoria Rede de apoio foi composta por sub-categorias que destacam as relações sociais que dão suporte à saúde. As redes de apoio são definidas por Juliano e Yunes (2017) como uma fonte de articulação entre cuidado, proteção e suporte, formada por familiares, amigos, profissionais de saúde, grupos de convivência e grupos em redes sociais digitais.

A temática vinculada ao suporte familiar, diz respeito ao apoio ocorrido através de filhos e filhas, netos e netas, irmão e irmãs, cunhados e cunhadas, genros e noras. No tocante ao suporte social informal, destaca-se a interação com vizinhos, as visitas aos grupos de igreja, como relatado pelas idosas nas oficinas. Por fim, o suporte social formal foi evidenciado através da relação pela Unidade Básica de Saúde (UBS), pelo CRAS e pelo Clube de Mães, revelando o apoio em cada encontro realizado dentro desses espaços.

O suporte social é um conceito que está diretamente ligado as relações estabelecidas pelos indivíduos e que possuem envolvimento afetivo-emocional, além da disponibilidades



ofertadas por outros sujeitos. Assim, o suporte social pode ser constituído por ajuda material, pela assistência ou divisão de atividades, através de conselhos, orientações e de uma interação social positiva (SANT' ANA, D'ELBOUX, 2019). Como afirma Neri e Vieira (2013), estabelecer relações sociais, como as próprias redes de apoio, podem influenciar positivamente de forma direta os processo de saúde, desenvolvendo senso de utilidade, autoestima e afetos. Como também quando existe falta de apoio ou apoio deficitário não se pode fazer uma relação satisfatória com a saúde.

Neste caso o suporte teve mais peso no apoio familiar, ora por ser o vínculo principal de convivência, ora por se tratar do apego afetivo representado pela ideia de “família é pra essas coisas”, como afirmou uma das participantes. O apoio familiar também pode ser compreendido por outro prisma como visto no relato de outra participante “eu quem cuido do meu neto enquanto a minha filha trabalha”, ao mesmo tempo que possibilita o senso de valoração, pode incubir a pessoa idosa a realizar afazeres de outrém.

Desta forma, é essencial reconhecer que o suporte ofertado pela rede de apoio social afeta diretamente a vivência do processo de envelhecimento e da pessoa idosa, repercutindo na promoção de saúde e a prevenção de doenças resultante desse processo.

### ***Corporeidade***

Tabela 3 – Influências das Atividades físicas e mentais na promoção de saúde

<b>Categoria Corporeidade</b>	<b>Frequência</b>
Exercício físico	8
Dançar	6
Não faz atividade física	4
Relaxamento	3
Meditação	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

Fonte: Pesquisa

A categoria Corporeidade compreende o corpo e mente imbricados em um processo de sincronia e interação. As estratégias encontradas são permeadas de relações físicas e subjetivas e que atuam entre si, estimulando práticas holísticas que ressoem na saúde dessas mulheres idosas. Dessa forma, falar de saúde, é falar de um todo, de um corpo que reage a mente e de uma mente que atua sobre o corpo, em busca de equilíbrio.

A prática de exercícios físico se destaca como estratégias em saúde mais realizada pelas idosas. Nóbrega *et al.* (1999), discutiram a respeito dos impactos da atividade física, como a

melhora da força, massa muscular, flexibilidade e mobilidade articular, preservação da massa óssea, melhora do equilíbrio e marcha, da cognição, menor dependência para realização de atividades diárias e significativa melhora da qualidade de vida. Associado a essa perspectiva, Freitas e colaboradores (2007), complementam que a prática de exercícios físicos também se reforça como uma manifestação sociocultural, atravessada por questões corporais, físicos, biológicos, estéticos e subjetivos.

Algumas participantes relataram que não realizam exercícios físico, devido a dificuldades motoras, entretanto, compreendem que a o exercício físico é uma ferramenta importante para a saúde. Nesse sentido, praticar exercícios físicos constantemente repercute em um estilo de vida ativo e possibilita possíveis reduções de declínios morfofuncionais que são comuns no envelhecimento.

A dança foi a segunda estratégia mais recorrente no discurso das idosas, e se destaca por ser um momento de descontração e entrosamento grupal entre as participantes, além de “dançar faz que com a gente esqueça dos problemas” como afirmou uma das participantes. O grupo de dança é ativo e se apoia nas danças populares como a ciranda e o coco de roda, e outras danças regionais e folclóricas. Assim, a dança surge como prevenção a inatividade, capaz de retardar a senilidade e promover saúde entre os idosos, pois desenvolve potencialidades e reestrutura os possíveis conflitos existentes, logo, melhorando seu estilo de vida (BARBOZA *et al.*, 2014).

As estratégias de relaxamento e meditação apresentaram-se como mecanismos mentais de lidar com problemas cotidianos e subjetivos. Castro e colaboradores (2009), apresentam um estudo em que a prática da meditação está relacionada a qualidade de vida da população idosa, associada a exercícios físicos e a dança. Nesse sentido, pode-se inferir que a meditação e o relaxamento, apresenta-se como uma possibilidade de minimizar o estresse, a fadiga e ressoar na saúde dessas mulheres.

Envidenciar essas estratégias é reforçar um estilo de vida equilibrado entre estimulação física e mental, que fortemente apresenta uma ligação direta com a saúde e a qualidade de vida das idosas. Assim, cabe evidenciar os impactos que as estratégias aqui destacadas, que de acordo com Maciel (2010), estimulam a capacidade funcional física e mental, a autonomia, a prevenção de doenças crônicas e a promoção de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Eu fumo um cachimbo pra não me estressar”*  
(Participante mulher, 80 anos)



A partir desse relato, é necessário compreender que os indicadores de saúde se constituem de uma forma complexa e estão ligadas socialmente ao estilo de vida de cada indivíduo. Compreender que dentro do processo de saúde as estratégias podem ser apresentadas ora como promoção de saúde, ora como prevenção de doenças e ora como redução de danos, como é evidenciado no relato de uma das participantes.

Diante do exposto, destaca-se a importância da realização de oficinas em saúde com idosos, possibilitando a essa população protagonizar os processos de saúde, em si ou em uma comunidade. A análise realizada demonstra que muitas dessas estratégias são relacionadas ao conhecimento popular, que muitas vezes acabar por ser descaracterizado pelos saberes biomédicos. Dar vazão para que as idosas protagonizem estratégias em saúde é reconhecer que é possível estimular a saúde através do diálogo e do reconhecimento de práticas que perpassam gerações e saberes populares.

As oficinas de saúde se demonstraram uma metodologia eficiente para contemplar a dialogicidade entre o saber científico e o saber popular. Diante disso, é possível inferir que as estratégias encontradas ao longo de 10 intervenções com idosas no meio rural interferem e influenciam nas suas práticas em saúde individual e coletivamente. Além disso, é essencial ressaltar que estas estratégias não substituem os saberes médicos, assim como a assiduidade aos serviços de saúde, mas compreendê-las como práticas auxiliares.

O presente trabalho não representa a realidade de toda uma população, mas destaca um recorte de localidade pesquisada. Viabilizar pesquisas, estudos e extensões que abarquem oficinas em dinâmicas de grupo e as estratégias em saúde destacada ao longo do trabalho possibilita um novo panorama para compreender e reconhecer a saúde da população idosa no meio rural, além de estimular práticas que estejam em consonância com a realidade em que esta população está inserida.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, M. L. M. Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. In: \_\_\_\_\_ (org.). **Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 9-63.

BARBOZA, N. M.; FLORIANO, E. N.; MOTTER, B. L.; SILVA, F. C.; SANTOS, S. M. S. Efetividade da fisioterapia associada à dança em idosos saudáveis: ensaio clínico aleatório. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.87-98, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2002.

CAMÕES, M.; FERNANDES, F.; SILVA, B.; RODRIGUES, T.; COSTA, N.; BEZERRA, Pedro. Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. : diferentes contextos sociocomportamentais. **Motricidade**, [s.l.], v. 12, n. 1, 23 jun. 2016. Desafio Singular, Lda.

CASTRO, J. C.; BASTOS, F. A. C.; CRUZ, T. H. P.; GIANI, T. S.; FERREIRA, M. A.; DANTAS, E. H. M. Níveis de qualidade de vida em idosas ativas praticantes de dança, musculação e meditação. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**. v.12, n.2, p.255-265, 2009.

DANIEL, F. et al. Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. **Análise Psicológica**, v. 34, n. 4, p. 353-364, 2016.

FREITAS, M. S. M.; SANTIAGO, M. S.; VIANA, A. T. ; LEÃO, A. C.; FREYRE, C.. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.

GOMES, P. S.; PAMPLONA, J. B. Envelhecimento Populacional, Mercado de trabalho e Políticas públicas de emprego nos países da OCDE. **Pesquisa e Debate**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.127-151, 10 jul. 2014.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambient. soc.**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 135-154, Sept. 2014.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

NERI, A. L. Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**, v. 2, p. 13-54, 2003.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013.

NÓBREGA, A. C. L.; FREITAS, E. V.; OLIVEIRA, M. A. B.; LEITÃO, M. B.; LAZZOLI, J. K.; NAHAS, R. M.; et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Rev Bras Med Esporte**. Niterói, v.5, n.6, p. 207-211, 1999.

NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psicologia. **Encontro: revista de psicologia**. v. 13, n. 19, 2010.

OLIVEIRA, P. L. A. A fé como recurso de cura: Uma revisão integrativa. 2016. 57 p. Monografia (Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, [S. l.], 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) Relatório Mundial de Violência e. Saúde. Genebra, 2002.

PADILLA, B.. Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 273-284, 2017.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de Vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**[tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

ROBERTO, G.L. **Espiritualidade e saúde**. In: Teixeira EFB, Muller MC, editora Espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre; 2004.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista brasileira Cancerologia**, v.58, n.4, p.619-627. 2012.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, ed. 1, 2013.

SANT'ANA, L. A. J.; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 503-519, 2019.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], p. 1777-1788, 2016.

SILVA, R. et al. A religiosidade no amparo ao cuidador de idoso dependente. **Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**, Lisboa, Julho., 2019.

SOARES, A. S.; AMORIM, M. I. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Portugal, p. 45-50, 2015.

STROPPA, A.; ALMEIDA, A. L.; Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson(org.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

TAVARES, D. M .S.; MATIAS, T, G, C.; FERREIRA, P. C. S.; PEGORARI, M. S.; NASCIMENTO, J. S.; PAIVA, M. M.. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 11, p. 3557-3564, nov. 2016.

VASCONCELOS, E.M. A associação entre a vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.12-18, Set., 2010.