

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Laís Cunha Salamene

**IMPACTO DOS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E ESPIRITUAIS
NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO DE IDOSOS ADSCRITOS NA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO JOÃO DEL-REI**



Juiz de Fora

2019

Laís Cunha Salamene

Impacto dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais no envelhecimento bem-sucedido de idosos adscritos na Estratégia da Saúde da Família em São João Del-Rei

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde – Adoecimento e seus determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Alessandra L. Granero Lucchetti

Coorientador: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti



Juiz de Fora

2019

Agradecimentos

Ao meu esposo, André, por ser meu amor, minha luz, minha alegria. Muito obrigada, meu amorzinho. Teu apoio, incentivo, carinho, inteligência e companheirismo tornaram tudo isso possível. Te admiro e te amo, de janeiro à janeiro, até o fim do mundo.

À minha avó Zélia, por ser a epítome do que é ter uma vida e uma velhice bem-sucedida. Obrigada, vózinha. Tu és meu modelo de vitalidade e amor.

À minha mãe Giseli, por ser meu exemplo e minha força. Obrigada, mãe. Tua crença e teu amor por mim, sempre farão com que eu siga adiante.

Ao meu pai, Carlinhos, por ser o meu DNA. Paizinho, obrigada, muito obrigada. Tuas piadas e teu amor, diariamente enchem minha vida de leveza.

À minha amiga Aline, por todo afeto e preocupação. Migles, tua torcida e nossas conversas foram fundamentais para mim. Mil vezes, obrigada.

Aos meus orientadores, Alessandra e Giancarlo, pela orientação e carinho. Professores queridos, os ensinamentos de vocês seguirão indelevelmente comigo, por onde eu for.

Aos colegas do NUGGER, pelo aprendizado e companheirismo. Obrigada turma, por compartilhar comigo tantas risadas e sabedoria.

Aos idosos que participaram desta pesquisa. Obrigada por terem dividido comigo tantos fragmentos incríveis da extraordinária vida de vocês.

A Cristo, por ser meu exemplo na busca por um mundo mais feliz e justo. Obrigada, Jesus. Teu amor perfeito sempre repousado em mim, é o que traz sentido à toda minha jornada.

Resumo

Introdução: Apesar da dimensão física estar bem consolidada na literatura como associada ao envelhecimento bem-sucedido, o processo do envelhecimento é um evento multifacetado e sofre influência de diversos fatores ainda pouco compreendidos. Objetiva-se avaliar quais os principais fatores (físicos, psicológicos, sociais e espirituais) que estão associados ao envelhecimento bem-sucedido em idosos da comunidade.

Métodos: Estudo transversal representativo de idosos cadastrados e atendidos por equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de São João Del-Rei, Brasil. Foi avaliado o envelhecimento bem-sucedido (Successful Aging Scale) e seus fatores associados (dados sociodemográficos, resiliência, religiosidade, espiritualidade, significado de vida, qualidade de vida, suporte social, doenças autorreferidas, saúde mental, número de medicamentos utilizados, entre outros). A análise foi feita mediante modelos de regressão linear.

Resultados: Foram avaliados 534 idosos, sendo 59,0% do sexo feminino e com média de idade de 69 anos. No modelo de regressão linear, maior escore de envelhecimento bem sucedido mostrou-se associado a maior resiliência (Beta = 0,371, $p < 0,001$), maior significado de vida (Beta = 0,174, $p < 0,001$), maior qualidade de vida física (Beta = 0,203, $p < 0,001$), menor número de doenças (Beta = 0,128, $p < 0,001$), maior sentido de vida (Beta = 0,116, $p = 0,001$), menor solidão (Beta = -0,133, $p = 0,001$), menor número de cigarros (Beta = -0,080, $p = 0,013$), maior qualidade de vida ambiental (Beta = -0,092, $p = 0,013$) e maior frequência religiosa (Beta = 0,068, $p = 0,035$).

Conclusão: Nossos achados revelam que os fatores físicos, apesar de importantes, parecem não ser os principais fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. Esses achados podem auxiliar geriatras e gerontólogos a valorizar outras dimensões como a social, ambiental,

comportamental, psicológica e espiritual para um atendimento mais integral do idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento bem-sucedido – espiritualidade – envelhecimento ativo – saúde física – fatores psicológicos – fatores sociais.

Abstract

Introduction: Despite the fact that the association between the physical dimension and successful aging is well consolidated in the scientific literature, the aging process is multidimensional and suffers the influence of several factors still little understood. This study aims to assess the most common factors (physical, psychological, social and spiritual) that are associated with successful aging in community-dwelling older adults.

Methods: A cross-sectional study representative of older adults included in the public family medicine program at the city of São João Del-Rei, Brazil was carried out. A questionnaire including successful aging (Successful Aging Scale) and its associated factors (sociodemographics, resilience, religiosity, spirituality, the meaning of life, quality of life, social support, referred diseases, mental health, number of medications, among others) was used. The analysis was conducted through linear regression models

Results: A total of 534 older adults were evaluated, being 59% females with a mean age of 69 years. In the linear regression models, higher successful aging scores were associated with higher levels of resilience (Beta=0.371, $p<0.001$), greater meaning of life (Beta=0.174, $p<0.001$), higher quality of life (Beta=0.203, $p<0.001$), fewer diseases (Beta=0.128, $p<0.001$), greater sense of life (Beta=0.116, $p=0.001$), lower loneliness (Beta=-0.133, $p=0.001$), fewer cigarette consumption (Beta=-0.080, $p=0.013$), higher environmental quality of life (Beta=0.092, $p=0.013$) and greater religious attendance (Beta=0.068, $p=0.035$).

Conclusion: Our findings show that the physical factors, although important, do not seem to be the main factors associated with successful aging in older adults. These findings can help geriatricians and gerontologists to value other dimensions such as social, environmental, behavioral, psychological and spiritual in order to achieve a more comprehensive care in this age group.

Keywords: *successful aging – spirituality – active aging – physical health - psychological factors -social factors.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição Etária no Brasil 1950-2000-2050

Gráfico 2 – Pirâmide Etária em São João Del-Rei 2000-2010

Figura 1 – Modelo de EBS de Rowe e Kahn

Tabela 1 – Definições de EBS

Figura 2 – Mapa de São João Del-Rei divisões por áreas

Tabela 2 – População de idosos cadastrados em ESF

Quadro 1 – Pontuação conforme grau de instrução do chefe da família

Quadro 2 – Classificação por estrato econômico segundo renda familiar

Quadro 3 – Pontuação para a posse de itens

Quadro 4 – Classificação econômica conforme pontuação de posse de itens e instrução do chefe da família

Quadro 5 – Itens da Escala de Ansiedade Depressão e Estresse-21

Quadro 6 – Interpretação do resultado DASS -21

Quadro 7 – Cálculo do Total de Atividade Física

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AVDs – Atividades de Vida Diárias

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CISVER – Gerência Regional de Saúde e do Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes

DASS-21 – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

EBS – Envelhecimento Bem-Sucedido

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FACIT-SP12 – Functional Assessment Chronic Illness Therapy

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPAQ – Questionário Internacional de Atividades Físicas

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MSQ – Mini Questionário de Sono

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

SSRS – Questionário de Espiritualidade

SSQ6 – Questionário de Suporte Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TDM- Transtorno Depressivo Maior

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCLA – University of California, Los Angeles

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

WHOQOL –World Health Organization Quality Of Life

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Revisão de Literatura.....	15
2.1 Envelhecimento Populacional	15
2.1.1 Repercussões do envelhecimento	18
2.1.2 Envelhecimento Bem-Sucedido	20
2.1.3 Aferição do Envelhecimento Bem-Sucedido	27
2.1.4 Fatores associados ao Envelhecimento Bem-Sucedido.....	29
2.1.4.1 Fatores Físicos	30
2.1.4.2 Fatores Socioeconômicos e Ambientais.....	33
2.1.4.3 Fatores Psicológicos e Comportamentais.....	35
2.1.4.4 Fatores Espirituais e Religiosos	39
3. Inserção na Saúde Coletiva.....	43
4. Justificativa.....	46
5. Objetivos.....	47
5.1 Objetivo Geral	47
5.2 Objetivos Específicos	47
6. Métodos	48
6.1 Desenho do Estudo e Período	48
6.2 Local	48
6.3 População e Amostra.....	48
6.3.1 Critérios de inclusão	49
6.3.2 Critérios de exclusão	50
6.4 Aspectos Éticos	50
6.5 Procedimentos	50
6.6 Instrumentos	53
6.6.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	53
6.6.2 Dados Sociodemográficos	54
6.6.2.1 Idade	54

6.6.2.2 Sexo	54
6.6.2.3 Estado Conjugal	54
6.6.2.4 Escolaridade	54
6.6.2.5 Ocupação Habitual	55
6.6.2.6 Renda Mensal	55
6.6.2.7 Raça / Cor da Pele	55
6.6.2.8 Hábitos de Tabagismo ou Etilismo	55
6.6.2.9 Posse de Itens	56
6.6.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)	57
6.6.4 International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).....	59
6.6.5 Mini Questionário de Sono (Mini-Sleep Questionnaire – MSQ).....	61
6.6.6 Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL)	61
6.6.7 Questionário de Suporte Social (versão abreviada)	62
6.6.8 Questionário de Espiritualidade (Spirituality Self Rating Scale – SSRS).....	63
6.6.9 Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT-SP12)	63
6.6.10 Escala de Religiosidade de Duke	64
6.6.11 Escala de Resiliência Psicológica.....	65
6.6.12 Questionário de Voluntariado.....	65
6.6.13 Escala de Altruísmo Auto-informado.....	66
6.6.14 Escala de Satisfação com a Vida	66
6.6.15 Escala de Solidão.....	67
6.6.16 Questionário de Sentido de Vida.....	67
6.6.17 Questionário de Envelhecimento Bem-Sucedido.....	68
6.6.18 Questionário Saúde: Doenças Autorreferidas	69
6.6.19 Questionário de Uso de Medicamentos.....	69
6.7 Instrumentos	69
7. Resultados e Discussão.....	71
8. Limitações e pontos positivos do estudo	97
9. Considerações Finais	98
Referências Bibliográficas.....	99
Anexos.....	110

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento está cada vez mais evidente no mundo atual. Pela primeira vez na história há um cenário onde a maioria das pessoas podem viver até os 60 anos de idade. Conforme dados do Fundo de Populações da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2012, pessoas com 60 anos ou mais, constituíam 11,5% da população mundial, sendo um total de 810 milhões de pessoas nessa faixa etária (WHO, 2015).

O envelhecimento populacional aponta no século XXI como um evento sociodemográfico significativo com inúmeras repercussões políticas, econômicas e sociais que trazem consigo o desafio de agregar qualidade de vida à pessoa idosa, já que a maximização dos anos de vida, não basta por si só (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Segundo Carvalho Filho (2007), o envelhecimento pode ser compreendido como um processo dinâmico e gradativo, em que se desenrolam várias alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que ocasionam perda contínua da capacidade que o sujeito tem de se adaptar ao meio ambiente, gerando aumento de vulnerabilidade e incidência de processos patológicos. Comumente associado a doenças e perdas, a velhice ainda é tratada como uma etapa da vida ligada à morte, à doença, à falta de produtividade e à dependência (NERI; FREIRE, 2000, p. 8).

Essa perspectiva negativa da velhice, porém, vem sendo contrastada através de inúmeras pesquisas que exploram o envelhecimento ativo e saudável em idosos (JESTE et al, 2013). Para compreender a velhice de forma mais positiva, é preciso estabelecer uma visão que a encare como um ciclo de oportunidades e de desenvolvimento de recursos psicológicos para o enfrentamento dos desafios cotidianos da vida. Isso está em consonância com o interesse de políticas que visam promover o bem-estar físico e mental dos indivíduos, bem como sua satisfação pessoal. Essas políticas são motivadas pela preocupação com o aumento dos gastos com saúde e assistência social, em uma sociedade que envelhece cada vez mais (BOWLING; ILIFFE, 2011). Em uma ótica positiva do envelhecimento, Neri (2006) afirma que muito embora nesse período as perdas tendem a superarem os ganhos, esta dinâmica pode ser atenuada ocasionando dessa forma, um envelhecimento bem-sucedido.

Por essas razões, o envelhecimento bem-sucedido é um assunto que vem recebendo muita atenção nos estudos em saúde. Pesquisadores vêm investigando sobre como defini-lo, mensurá-lo e também formas de desenvolver ações para promovê-lo. Muitas pesquisas questionam se o envelhecimento ativo e saudável em idosos deve ser definido de forma objetiva ou subjetiva. Questionam também, ao considerar o papel cultural, se é mais propício encaixar

o envelhecimento bem-sucedido como um processo ou como um resultado (PRUCHNO, 2015). Entretanto, um dos maiores desafios enfrentados pelos pesquisadores do envelhecimento bem-sucedido é a inconsistência nos resultados encontrados para conceituá-lo e medi-lo. Depp e Jeste (2006), por exemplo, apresentaram uma revisão de vinte e oito estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido e identificaram vinte e nove definições para conceituar o que caracterizaria um “envelhecimento de sucesso”.

O conceito mais amplamente usado de envelhecimento bem-sucedido, é o da perspectiva de Rowe e Kahn (1997), onde esse é caracterizado pela baixa probabilidade de doenças, alta funcionalidade física e cognitiva associados a um envolvimento ativo com a vida.

É pertinente ressaltar que o componente cultural tem influência direta na velhice bem-sucedida, que também é mencionada alternativamente como velhice saudável, ativa e produtiva e boa qualidade de vida na velhice (BASS; CARO, 2001). Embora não exista um consenso sobre a definição em torno do envelhecimento bem-sucedido, existem características que convergem quanto aos aspectos para a sua construção.

Entre elas, ressalta-se os aspectos biológicos que têm sido definidos como prevenção de doenças e fatores de risco, como álcool e tabaco, manutenção da saúde física e cognitiva bem como o funcionamento dos mesmos e práticas de autocuidado (STRAWBRIDGE et al, 2002; BOWLLING; ILIFFE, 2011).

Embora em grande parte dos estudos referentes ao envelhecimento bem-sucedido, o aspecto biológico seja compreendido como um fator essencial para se alcançar o resultado esperado, os fatores psicológicos e emocionais também são identificados como fatores muito significativos quando se fala de uma velhice bem-sucedida. Abordagens psicológicas e emocionais enfatizam a satisfação com a vida e com a saúde, o bem-estar emocional, a resiliência e a autoestima, bem como, os recursos para lidar com as adversidades do envelhecimento (CHO et al, 2012; FALCAO; LUDGLEYDSON, 2010).

Um outro aspecto relevante ao se considerar o envelhecimento bem-sucedido é o social (STRAWBRIDGE et al, 2002). Nessa abordagem é incluída a manutenção dos níveis de atividade social e de ações produtivas, o engajamento em atividades de lazer, o suporte social e a interação e participação do indivíduo idoso na sociedade (BOWLLING; ILIFFE, 2011; CHO et al, 2012).

Ainda dentro das condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido, a espiritualidade e as práticas religiosas se destacam como fatores que também precisam ser compreendidos. Verifica-se um grande crescimento na quantidade de pesquisas científicas destinadas a explorar a conexão entre religiosidade, espiritualidade e saúde (ZIMMER et al,

2016). Em diversos estudos, esses fatores já foram associados a inúmeros resultados positivos de saúde, incluindo um impacto favorável no envelhecimento bem-sucedido (LUCCHETTI et al, 2011b). Justamente por isso e por compreender o envelhecimento como um fenômeno multifacetado, Crowther (2002), juntamente com alguns outros estudiosos, propuseram uma ampliação no modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn, incluindo a espiritualidade dentro de seus fatores de constructo.

As pessoas ao redor do mundo estão envelhecendo e vivendo cada vez mais. Esse fato traz consigo a imprescindibilidade de diferentes áreas de pesquisa compreenderem melhor os determinantes e os componentes da qualidade de vida em indivíduos idosos e, embora o envelhecimento seja um tema amplamente estudado, ainda é pouco abordado no que concerne a uma perspectiva positiva dessa etapa da vida humana.

Diante do exposto, o presente estudo tem como temática central o envelhecimento bem-sucedido com vista a fornecer contributos que melhorem a saúde e a condição humana na velhice. Assim, pretende-se explorar questões sobre o envelhecimento bem-sucedido, bem como obter maiores esclarecimentos sobre os fatores que o compõe.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é crescente ao redor do mundo e os desafios impostos por esse crescimento, tem sido adotado com interesse por parte de pesquisadores das mais diversas áreas. Conforme estimativas da OMS, em 2025, existirá aproximadamente 1,2 bilhões de indivíduos idosos no mundo. A previsão para o ano de 2050, é que esse número chegue a dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo 80% desses nos países em desenvolvimento (OMS, 2005).

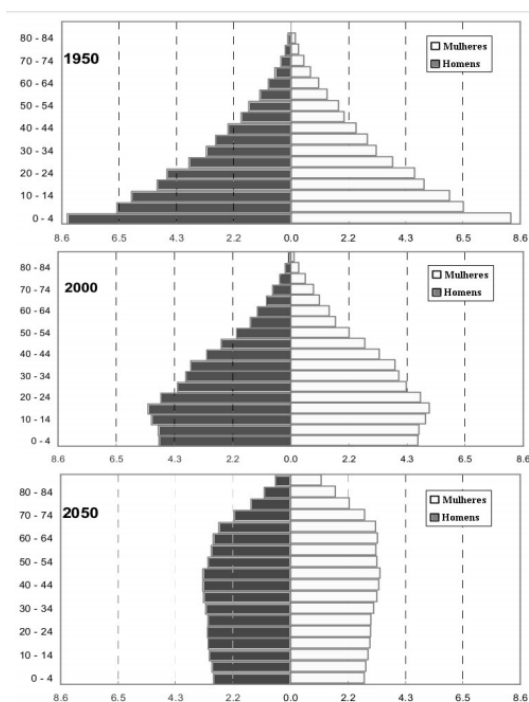
A população mundial, evidentemente encontra-se em um processo de reestruturação demográfica. Em qualquer país ou região, os quatro fatores mais significativos ao se determinar o crescimento e o envelhecimento da população, são a taxa de fertilidade, a expectativa de vida, a migração e a imigração. Sendo que o envelhecimento populacional é um resultado direto da diminuição da taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida (LUNENFELD; STRATTON, 2013).

Diante disso, observa-se que ao longo do tempo essa transição vem ocorrendo de modo heterogêneo na população e se apresenta em fases diferenciadas nos mais diversos países ao redor do mundo (CLOSS; SCHWANKE, 2012). O fenômeno pôde ser observado primeiramente na Europa, na época da Revolução Industrial, quando as taxas de fecundidade apresentaram um declínio significativo. Em contrapartida, foi de forma lenta que o aumento da expectativa de vida ocorreu, isso dado a chegada das vacinas e dos antibióticos que resultaram numa melhora nas condições tanto sociais como de saneamento. O envelhecimento populacional está ocorrendo de forma rápida em países de baixa e média renda que apresentam contextos de poucos recursos e de grandes desigualdades socioeconômicas (KINSELLA; PHILIPS, 2005). De forma geral, a saúde da população idosa nesses países, tende a ser pior. Além do mais, idosos residentes nesses países são mais inclinados a graus variáveis de dupla carga de doenças, que tem como característica a correlação de doenças não transmissíveis e infecciosas com piores circunstâncias econômicas e sociais. Por isso, à medida que o envelhecimento populacional aumenta em contextos que são desfavoráveis, países de baixa e média renda experimentam o desafio de aumentar, de forma equitativa, a saúde da população idosa (LIMA-COSTA ET AL, 2018).

Em meados dos anos 50, o Brasil passou rapidamente de um país de baixa renda, para uma das 10 principais economias do mundo, e assim como muitos países em desenvolvimento, vêm experimentando uma mudança em suas configurações etárias; a proporção de crianças e

jovens vem diminuindo enquanto há um aumento na proporção de adultos e idosos (PAIM,2011; LIMA-COSTA ET AL, 2018).

Entre as décadas de 40 e 60, a população brasileira passou por uma redução significativa nas taxas de mortalidade, com fecundidade relativamente estável. Nas regiões Sul e Sudeste a queda dessas taxas ocorreu antes da década de 1950, no mesmo período do processo de urbanização. Porém, devido as diferenças apresentadas em cada região, as taxas do país se mantiveram em alta até a década de 1970 (MERRICK; GRAHAM,1981). A partir da segunda metade de 1960 ocorreu uma rápida redução da fecundidade desencadeando alterações na distribuição etária da população. As mudanças causadas pela diminuição das taxas de fecundidade alteram as participações relativas das faixas etárias, gerando assim uma Transição de Estrutura Etária (TEE). Segundo Wong e Carvalho (2006) entre as décadas de 1970 e 1990, a presença de crianças menores de cinco anos decaiu de 15% para 11% e semelhantemente houve diminuição no grupo de crianças com idade de 5 a 9 anos de 14% para 12%. Nesse meio tempo o número de idosos que em 1960 era de 3 milhões, passou para 7 milhões em 1975, alcançando a quantidade de 14 milhões de pessoas no ano de 2002 (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; VERAS, 2009). Assim sendo, a divisão etária deixa de se apresentar de forma acentuadamente piramidal, marcado pela expressiva presença de jovens, e passa a entrar em um processo de envelhecimento marcado pelo aumento da idade média populacional e se mostrando com um formato mais regular.

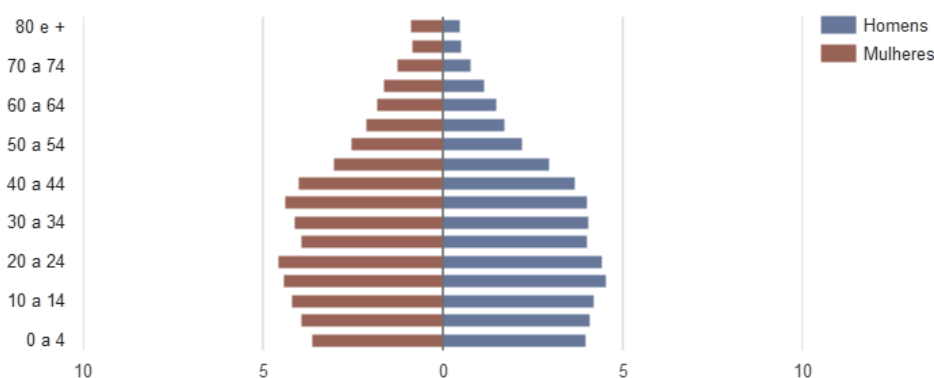


Fonte: Adaptada de Wong, 2005

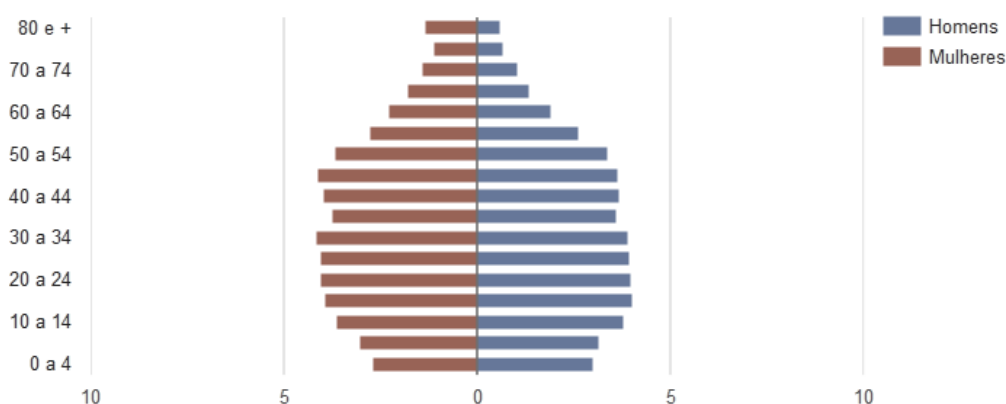
Atualmente, de acordo com o censo de 2010, indivíduos com 60 anos ou mais correspondem a 10,8% da população brasileira (ONU, 2012). No ano de 2030 estima-se que essa representação será de 18,7% do total da população, atingindo então o número de 41,6 milhões de idosos no Brasil. Após trinta anos, a tendência é que a cada três brasileiros, um tenha 60 anos ou mais, isto quer dizer que essa população deve chegar aos 75,1 milhões de pessoas, ou seja, 32,9% da população brasileira será constituída de pessoas idosas.

No município de São João Del Rei, no ano 2000 a população de idosos¹ era de 5.947 pessoas, o que correspondia a 7,56% da população total. Seguindo a tendência de crescimento, o censo de 2010 registrou um total de 7.924 indivíduos com 65 anos ou mais, compondo assim 9,38% da população são-joanense (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

2000 Pirâmide etária - São João Del Rei - MG
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2010 Pirâmide etária - São João Del Rei - MG
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

¹ Segue-se os padrões da United Nations (2013), em que se define idosos as pessoas com 65 anos ou mais.

A longa duração da vida não é mais um privilégio somente para as gerações futuras. A longevidade representa o destino mais provável da maioria das pessoas que hoje vivem em países desenvolvidos. As evidências apontam que as pessoas não estão somente vivendo mais do que antes, mas estão vivendo cada vez mais com menos incapacidades e limitações (CHRISTENSEN et al, 2009).

Esse aumento da longevidade e toda essa mudança demográfica traz consigo implicações profundas. Ao contrário de grande parte das mudanças que a sociedade experimentará nos próximos cinquenta anos, essa em específico é amplamente previsível (WHO, 2015), podendo assim ser investigada e planejada a fim de desenvolver formas de melhorar o estado de bem-estar social, favorecendo a saúde e a condição do indivíduo idoso.

2.1.1. Repercussões do envelhecimento

O processo do envelhecimento se inicia desde a concepção, sendo então o envelhecer um processo progressivo no qual ocorrem diversos tipos de modificações, incluindo mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas, que levam o indivíduo a perda gradual das suas capacidades adaptativas no meio ambiente, ocasionando uma maior vulnerabilidade bem como uma maior incidência de processos patológicos. Além das modificações biológicas, observa-se também alterações nas funções do desenvolvimento psicológico e social, bem como problemas de integração e adaptação do sujeito na sociedade (CARVALHO et al.,1994).

Para Neri (2001) o envelhecimento pode ser compreendido em três divisões: primário; secundário ou patológico; e terciário ou terminal. O envelhecimento primário é um fenômeno identificado com as mudanças universais, progressivas e irreversíveis que atingem a todos as pessoas, ocasionando a diminuição da capacidade adaptativa, estando associado a vários fatores, como estilo de vida e de alimentação. O envelhecimento secundário ou patológico corresponde às alterações fomentadas por doenças relacionadas à idade que não se confundem com as modificações normais ocorridas nesse processo. O envelhecimento terciário ou terminal equivale a uma grande baixa das funções cognitivas e físicas, é o declínio terminal na velhice avançada, quer por causa de doenças relacionadas a idade, quer pelo acréscimo decorrentes do envelhecimento normal e do patológico.

Não existe um consenso absoluto sobre o que se determina velhice pois as divisões cronológicas da vida humana nem sempre correspondem às etapas do processo de envelhecimento natural. Não é possível definir o envelhecer apenas pela cronologia, deve-se levar em conta as condições físicas, funcionais, mentais e de saúde do indivíduo, sendo possível

assim afirmar, que o envelhecimento pode ser compreendido como um processo que é composto pelas diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A idade biológica pode ser definida pelas alterações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo do desenvolvimento da velhice. As mudanças anatômicas são principalmente as mais aparentes e se manifestam em primeiro lugar. A pele fica mais fina, tornando-se mais quebradiça e menos elástica e com menos oleosidade. Devido à redução da massa óssea e outras alterações da coluna vertebral a estatura do indivíduo tende a diminuir. O enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea acarretam mudanças posturais do tronco e das pernas. O equilíbrio e a marcha são alterados devido a redução dos movimentos causada pelas articulações que se tornam mais endurecidas. Quanto ao sistema cardiovascular, algumas alterações são esperadas. O idoso quando submetido a um esforço, ocorre uma diminuição na capacidade do coração de ampliar a quantidade e a força dos batimentos cardíacos. O colesterol aumenta, bem como a resistência vascular e a tensão arterial. Nos estádios mais avançados da vida, a arteriosclerose pode ocasionar infarto do miocárdio, angina e acidente vascular-cerebral. (DE VITTA, 2000; HAYFLICK 1997)

Para Hayflick (1997), com o envelhecimento, ocorre a diminuição da função pulmonar e observa-se que a capacidade aeróbica máxima decai conforme a idade aumenta. O autor também afirma que por volta dos cinquenta anos desponta a perda do tecido ósseo em todas as pessoas, sobretudo nas do sexo feminino. Rossi e Sader (2002) reiteram que com o envelhecimento a atrofia óssea não ocorre de forma homogênea, visto que na fase anterior a quinta década de vida ocorre perda óssea nos ossos trabeculares e, acima dos 50 anos, a perda é nos ossos corticais. Para os autores também, a diminuição da capacidade de trabalho aponta como um dos primeiros sinais da velhice, o que influencia na capacidade laboral, na adaptação ao meio e na atividade motora do indivíduo. O Sistema Nervoso Central (SNC) também sofre comprometimentos decorrentes da velhice. Segundo Cançado e Horta (2002), o que se destaca no envelhecimento é o fato de que o sistema nervoso não possui capacidade de reparação. Eles mencionam que o SNC não apresenta possibilidades reprodutoras, estando assim sujeito ao envelhecimento decorrente de fatores que vão desde genética e sexo, a fatores como o ambiente e o estilo de vida.

A idade psicológica também é significativa ao se falar sobre envelhecimento. Hoyer e Roodin (2003) pormenorizam que a idade psicológica pode ser definida como as habilidades adaptativas que os sujeitos apresentam para se adequarem às demandas do meio através de características psicológicas tais quais a aprendizagem, a memória, a inteligência entre outros.

A especificação do sujeito como velho é tida quando esse começa a apresentar lapsos de memória, falhas na capacidade de se orientar e concentrar e, dificuldades de aprendizado. É sabido que o envelhecimento normal compreende um declínio progressivo nas funções cognitivas. Para Cançado e Horta (2002) a capacidade intelectual do idoso pode ser mantida longe de dano cerebral até os 80 anos de idade, no entanto, indivíduos com até 70 anos podem apresentar dificuldades no aprendizado e esquecimentos sem maiores importâncias. Zimmerman (2000) elenca várias possíveis alterações psicológicas resultantes do envelhecimento, tais quais: dificuldade de adaptação em novos papéis; falta de motivação e dificuldade para se planejar o futuro; necessidade de lidar com as perdas orgânicas, afetivas e sociais, sem contar determinadas alterações psíquicas que exigem tratamento, como depressão, hipocondria, somatização, paranoia e suicídios.

No que concerne a idade social, ela pode ser definida pelos hábitos e *status* social adquiridos pela pessoa para o preenchimento dos papéis sociais que lhe são exigidos conforme a sua idade. A medida dessa idade inclui diversas características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Motta (2004) elucida que o envelhecimento é reflexo de relações sociais e individuais, provenientes da educação, do trabalho e da experiência de vida de cada pessoa. De acordo com a idade, a sociedade designa determinadas funções que o indivíduo deve desempenhar. Socialmente, a pessoa é tida como idosa a partir do momento em que aposenta, ou seja, deixa o mercado de trabalho e passa a não ser mais economicamente ativa. Zimmerman (2000), compreende que o envelhecimento social altera o *status* do idoso e essas alterações são decorrentes de: crise de identidade e perda da auto-estima, gerada pela ausência do papel social; mudanças de papéis dentro família, trabalho e sociedade; aposentadoria e diminuição dos mais diversos contatos sociais.

2.1.2. Envelhecimento Bem-Sucedido

Um cenário em que se é possível considerar o envelhecimento como um processo positivo e o período da velhice como um ciclo que pode ser usufruído de bem-estar e qualidade de vida vem sendo alvo de pesquisadores que objetivam entender os fatores que integram a saúde durante a velhice. Em vista disso, o envelhecimento bem-sucedido é uma temática que de forma ampla está sendo difundida entre os meios de serviços e pesquisas que pontificam as políticas públicas voltadas para a esfera da gerontologia. O tempo cronológico, nesse âmbito, não basta por si só, é necessário e esperado que o envelhecimento transcorra de forma que a autonomia da pessoa idosa seja mantida, preservando assim a participação dos indivíduos na

sociedade, bem como a redução das chances de os mesmos serem excluídos socialmente (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Na gerontologia, foi Havighurst (1961), quem introduziu o conceito de envelhecimento bem-sucedido na literatura. Na primeira edição do periódico *The Gerontologist*, o autor sugeriu que o envelhecimento bem-sucedido está relacionado com o sentimento que o indivíduo apresenta de felicidade e de satisfação com a vida (PRUCHNO, 2015; MARTIN, 2015).

Reichard et al. (1962) com base em um estudo realizado com oitenta e sete idosos, categorizaram cinco tipos de personalidades e destacaram que as características dessas indicam qual é a forma que o idoso se adapta e encara o envelhecer, sendo então segundo eles, a personalidade um determinante do envelhecimento bem-sucedido. Posteriormente, a interação social e a socialização se tornaram elementos-chaves no envelhecimento bem-sucedido. Neugarten (1969), psicóloga estadunidense especializada em psicologia do envelhecimento, pactuou com a ideia de que a personalidade é um fator relevante para o indivíduo que envelhece com sucesso, porém, acrescido a isso, características sociais e de saúde também deveriam ser levadas em conta. O contínuo funcionamento do papel social, as interações e relacionamentos, a integração e participação mútua na sociedade, portanto, foram reconhecidos como domínios significativos para o sujeito que envelhece com sucesso (MARTIN, 2015; BOWLING; DIEPPE, 2005).

Baseado em um estudo longitudinal sobre envelhecimento, Thomae (1975) definiu padrões de envelhecimento bem-sucedido em termos biológicos, sociais e de processos perceptivos-motivacionais. Contudo, foi Paltmore (1979) quem primeiro elaborou um seguimento de condições biomédicas e psicológicas para se envelhecer com sucesso. Nesses aspectos estavam inclusos a longevidade, a saúde, e a satisfação com a vida.

Subsequentemente, o conceito foi refinado por meio de dois modelos teóricos que na atualidade são essenciais no campo da literatura gerontológica: o de Rowe e Kahn (1998), que foi fundamentado através da pesquisa norte-americana “MacArthur Foundation Study”, e o de Baltes e Baltes (1990) que sugeriu o modelo teórico SOC (Seleção, Otimização e Compensação).

Em 1987, Rowe e Kahn sugeriram que a classificação dos idosos em “doentes” e “normais” era limitada. A ênfase na normalidade, concentrada em pesquisas gerontológicas anteriores, não estava de acordo com a enorme heterogeneidade apresentada pelos indivíduos idosos. Para superar isso, os pesquisadores propuseram uma diferenciação conceitual dentro do que se era categorizado como normal, para então, poder comparar o envelhecimento normal com o envelhecimento bem-sucedido. Na época, Rowe e Kahn destacaram a importância da

manutenção da saúde física e da ausência de doenças. Essa abordagem foi bem recebida pelo meio acadêmico e publicações posteriores contribuíram para acentuar essa perspectiva, o que ocasionou a popularização do termo envelhecimento bem-sucedido. Anos depois, os pesquisadores expandiram seu modelo inicial para incluir nele, a manutenção das funções físicas e cognitivas e o engajamento em atividades sociais (TEIXEIRA; NERI, 2008; MARTIN, 2015).

Sendo assim, o modelo final de envelhecimento bem-sucedido proposto por Rowe e Kahn, aborda três componentes: (a) ausência de doença, incapacidade e fatores de risco; (b) manter o funcionamento físico e mental; e (c) engajamento ativo com a vida. A integração desses componentes é apresentada no modelo que pode ser visualizado na Figura 1.

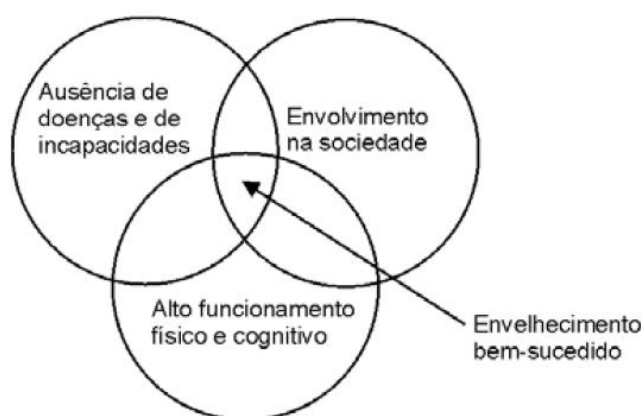


Figura 1 - Modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1997, p. 51)

A construção teórica de Baltes & Baltes (1990) sobre envelhecimento bem-sucedido, parte da hipótese de que esse é um processo adaptativo, que pode ser retratado com a otimização seletiva com compensação, teoria SOC (Seleção, Otimização e Compensação). Com isso, os autores apresentam um modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, em que o indivíduo saudável conserva a funcionalidade em competências específicas que trazem significado à sua vida, garantindo mediante a isso, uma compensação acerca das perdas que podem existir ao envelhecer.

A teoria de seleção, otimização e compensação possui dois objetivos: descrever o desenvolvimento do sujeito de forma geral e demonstrar como esse pode conduzir as mudanças biopsicossociais que consistem em possibilidades e em restrições para o seu percurso de vida. A seleção quer dizer a busca por uma melhor performance psíquica diante dos novos desafios, como o aprendizado de novas condutas incluindo a redução das perdas de certas capacidades. Otimização significa aquisição, articulação, aplicação e manutenção de meios tanto interno

quanto externos, que possibilitem as conquistas que foram determinadas pela seleção. A compensação envolve uma atitude diante da perda de determinadas aptidões e compreende a procura por novas formas de manter o aprimorar as habilidades (NERI, 2006; DAVID, 2014).

Uma abordagem teórica fundamentada com o modelo SOC, é a teoria da seletividade emocional de Carstensen (CARSTENSEN; FUNG; CHARLES, 2003). Os autores sugerem que para maximizar as experiências positivas, o idoso deve dar prioridade para suas metas emocionais e para as interações com a sociedade. Assim, o indivíduo inclina-se a reorganizar suas metas e relações, a priorizar as realizações de curto prazo, a optar por relacionamentos mais importantes e a descartar as coisas que não forem relevantes segundo esses critérios. Isso entra em consonância com a teoria de seleção, otimização e compensação uma vez que o envelhecimento bem-sucedido significa aqui, viver de forma positiva com os recursos que estão disponíveis e não necessariamente possuir excelentes recursos físicos, cognitivos e sociais (NERI, 2013).

Ryff (1989) ressalta as diversas dificuldades em definir o envelhecimento bem-sucedido e diz que não existe uma forma exclusiva de composição do mesmo, visto que, há uma extensa variedade de comportamentos reflexivos do desenvolvimento dessa fase da vida. A autora aponta algumas limitações acerca das abordagens sobre envelhecimento bem-sucedido, dentre elas, a ausência de referenciais teóricos sobre as dimensões do bem-estar. Ela ressalta também a importância de as pesquisas irem além das dimensões que até então eram investigadas, como felicidade, saúde e bem-estar. Ryff então, sugere um constructo de envelhecimento bem-sucedido focado no bem-estar psicológico e, que esse é constituído por seis dimensões: auto-aceitação, relação positiva com os outros, autonomia, controle sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (ACÚRCIO, 2015).

Em 1996, Kahana e Kahana propuseram um constructo sociológico de envelhecimento bem-sucedido, denominado Modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva. Este modelo assume que indivíduos idosos certamente serão expostos a estressores provenientes de doenças crônicas e de perdas sociais. No entanto, de acordo com os autores, a boa qualidade de vida é tangível quando os idosos se comportam como agentes ativos que se envolvem em ações proativas e preventivas diante de tais acontecimentos (KAHANA et al, 1996). Mais adiante o modelo é aprimorado e passa a levar em conta o contexto temporal e espacial do indivíduo, já que, essas dimensões tem impactos diversos sobre o desenvolvimento humano (KAHANA; KAHANA, 2003).

Depp e Jeste (2006) foram os responsáveis por realizar uma extensa pesquisa sobre estudos referentes ao tema. Eles revisaram vinte e oito artigos quantitativos publicados entre

1978 a 2005 afim de encontrar as definições empíricas, bem como, os preditores e os determinantes do envelhecimento bem-sucedido. Nessa revisão, vinte e nove definições diferentes foram encontradas e também a proporção de idosos bem-sucedidos variou de 0,4 a 95,0% entre os principais estudos analisados. Essa variabilidade pode ser explicada devido à ausência de uma definição amplamente aceita e de um método de medição específico sobre o envelhecer com sucesso (MARTIN, 2015). Os autores mostraram que há inúmeras diferenças relacionadas aos domínios, variáveis independentes, esquemas de medidas e proporção dos indivíduos que ocuparam os parâmetros para o envelhecimento bem-sucedido. Eles categorizaram os componentes das definições existentes em 10 domínios diferentes, sendo que o componente mais frequente foi incapacidade e/ou funcionamento físicos, seguido pelo funcionamento cognitivo (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Em 2002, Phelan e Larson também investigaram estudos a fim de definir envelhecimento bem-sucedido e identificar os prováveis indicadores do sucesso. Eles observaram que nenhuma definição única foi encontrada e que foram realizadas escassas pesquisas com o intuito de avaliar a perspectiva dos idosos sobre o assunto. A sugestão dos autores para pesquisas vindouras, foi a da realização de entrevistas com os idosos para assim poderem considerar o ponto de vista dos mesmos.

Há também alguns pesquisadores que reconhecem um ponto de vista mais subjetivo do que significa envelhecer com sucesso. Para Glass (2003) por exemplo, as doenças e limitações que o idoso pode apresentar não representam uma impossibilidade de experimentar o envelhecimento bem-sucedido. Muitos idosos demonstram estar envelhecendo com qualidade, embora testes clínicos apontem para resultados desfavoráveis de saúde.

Em um estudo transversal, Bowling e Lliffe (2006) examinaram modelos diferentes de envelhecimento bem-sucedido. Cinco modelos foram testados e os autores concluíram que aquele baseado em uma visão leiga se revelou o mais adequado para avaliar os resultados de intervenções em promoção da saúde nas populações envelhecidas. Nesse modelo, os participantes que atingiram o envelhecimento bem-sucedido quando comparados ao que envelheceram sem sucesso, tinham uma probabilidade cinco vezes maior de classificar como boa, a sua qualidade de vida.

Doyle, Mckee e Sherrif (2010) propuseram um modelo em que se combinam dados físicos e sociais, com um resultado que se relaciona à adaptação e ao engajamento social. Através de uma pesquisa longitudinal sobre envelhecimento bem-sucedido da população britânica, os autores propuseram a importância da existência de políticas públicas voltadas para

a comunidade idosa, e também ressaltaram que a resiliência pessoal, assim como o envolvimento contínuo com a vida, são importantes para um envelhecimento satisfatório.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), com sua política de envelhecimento ativo, também propõe um modelo a ser considerado. Ao discutir temáticas relacionadas à saúde do idoso, enfatiza que envelhecer com sucesso faz parte de um constructo coletivo que deve ser facilitado através de políticas e oportunidades de acesso ao longo da vida. Dessa maneira, a definição de envelhecimento ativo é fundamentada no aperfeiçoamento das oportunidades de saúde, na participação e na segurança, que visam uma boa qualidade de vida conforme as pessoas atingem idades mais avançadas. Essa política presume que para se alcançar o envelhecimento bem-sucedido, é preciso facilitar oportunidades para que os idosos possam escolher estilos mais saudáveis de vida, bem como, fazer autocontrole de seu *status* de saúde (SILVA; LIMA et al, 2010).

Muitas pesquisas sobre envelhecimento bem-sucedido têm como meta estabelecer critérios para defini-lo e medi-lo. Torres (1999) faz uma crítica a esses padrões, já que segundo ela, o envelhecimento bem-sucedido é um valor norte-americano que foi socialmente e culturalmente determinado. Sendo assim, as diversas concepções resultantes de estudos que ignoram as variações culturais, devem ser questionadas. A autora ressalta que os americanos associaram o envelhecimento bem-sucedido à autossuficiência e à capacidade de viverem sozinhos, enquanto “os de Hong Kong não conseguiam entender por que alguém desejaria ser autossuficiente na velhice. Em vez disso, eles viam a disposição de suas famílias em satisfazer suas necessidades como um sinal de envelhecimento bem-sucedido”.

Mais recentemente, Fry e colaboradores, observaram que diferentes culturas têm diferentes perspectivas sobre envelhecer com sucesso e cada cultura interage de uma forma para promover a qualidade de vida na velhice. O estudo sugere que uma boa velhice nos países orientais, está associada a relações familiares e sociais. Já nos países do ocidente, como os Estados Unidos, a atividade, o engajamento e a vitalidade apresentam maiores probabilidades de estarem relacionadas ao sucesso na velhice (MARTIN, 2015).

Há outras diversas críticas e lacunas direcionadas ao envelhecimento bem-sucedido. Peterson e Martin (2014), partindo de perspectivas humanísticas históricas e linguísticas, criticaram o uso da palavra sucesso. Os autores justificam dizendo que, o termo “sucesso”, seguidamente usado em contextos de guerra, religião e medicina, pode apresentar conotações neutras ou negativas e sugerem que o sucesso é algo a ser abordado com maior cautela. Para Depp e Jeste (2006), o termo “bem-sucedido” também é controverso já que pressupõe a dicotomia sucesso-fracasso. Contudo, a utilização de termos como saudável e produtivo,

também não está dentro do que se é ideal, visto que, os adjetivos que os contrapõem, como doente e inválido, podem possuir conotações pejorativas.

As críticas direcionadas especificamente ao modelo de Rowe e Kahn também apresentam um desafio para as pesquisas sobre envelhecimento saudável. Em um artigo, Rubinstein e de Medeiros (2014) apontam críticas ao modelo de envelhecimento bem-sucedido dos autores citados, por esse dar ênfase para a ação individual e por não fornecer uma agenda política para gerar mudança social e cultural. Os autores expressam uma preocupação com os sujeitos que não atingem o envelhecimento bem-sucedido e afirmam que o modelo de Rowe e Kahn implicitamente gera um sistema de duas classes de idosos, o que não é uma forma adequada de se atender às necessidades desse grupo da população. Outros pesquisadores questionaram a natureza estática do modelo de Rowe e Kahn, e a ênfase que o constructo tem no controle pessoal dos desfechos do final da vida e a indiferença com o contexto histórico e cultural dos indivíduos (PRUCHNO, 2015).

Crowther e colaboradores, ressaltam as críticas ao modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn e destacam que o trabalho dos autores não levou em conta o número crescente de pesquisas que examinavam a relação entre espiritualidade e resultados de saúde. O artigo ainda salienta que negligenciar a espiritualidade como um constructo, traz prejuízo ao modelo, visto que inúmeras pesquisas evidenciam que a grande parte dos idosos relatam um componente religioso ou espiritual em suas vidas. Isto posto, os autores propõem uma alteração no modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe & Kahn, que seria a introdução de um quarto fator: a espiritualidade positiva (CROWTHER et al, 2002).

O envelhecimento bem-sucedido foi visto através muitas perspectivas ao longo da história e sua definição se modificou diversas vezes. As principais definições estão resumidas na Tabela 1. Considerando que é recente as análises mais criteriosas e consistente pela comunidade científica do tema, e levando em conta que ainda existem lacunas significativas no que diz respeito à sua definição e determinantes, constata-se apropriado os estudos sobre envelhecimento bem-sucedido.

Tabela 1 – Percepção sobre o Envelhecimento Bem-Sucedido

Autor	Ano	Envelhecimento Bem Sucedido
Havighurst	1961	Ter satisfação com a vida.
Ryff	1982	Foco no bem-estar psicológico e suas dimensões.
Rowe e Kahn	1987	Baixa probabilidade de doenças, alta capacidade física e cognitiva, engajamento com a vida.
Baltes e Baltes	1990	Otimização Seletiva com compensação.
Kahana e Kahana	1996	Adaptação preventiva e corretiva.
Phelan e Larson	2002	Manutenção do funcionamento positivo.
Deep e Jeste	2006	Dez domínios: função física, déficit cognitivo, bem-estar subjetivo, engajamento social, doenças, longevidade, auto relato de saúde, características da personalidade, ambiente/finanças e autoavaliação de envelhecimento bem-sucedido.

Fonte: Adaptado de Martin et al., 2015.

2.1.3. Aferição do Envelhecimento Bem-Sucedido

Várias pesquisas se dedicam à investigação dos fatores que podem estar associados ao envelhecimento bem-sucedido. Os estudos esbarram em algumas dificuldades, dentre elas a ampla falta de clareza sobre o que realmente define o envelhecer com sucesso e consequentemente as formas de sua mensuração. As medidas de envelhecimento bem-sucedido são diversas. Alguns instrumentos são compostos de fatores específicos enquanto outros são multifatoriais, bem como uns utilizam indicadores objetivos enquanto outros dependem de avaliações subjetivas (PRUCHNO et al, 2010).

Cho e Martin (2015) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar um modelo integrativo de experiências passadas e atuais de idosos mais velhos que combinasse o modelo de envelhecimento bem-sucedido e o modelo de adaptação ao desenvolvimento. Para isso, os autores utilizaram vários instrumentos como: escala de bem-estar subjetivo (Bradburn Affect Balance Scale); escala de Funcionamento Físico e Funcionamento Cognitivo; Prejuízo da Saúde Física; Recursos Sociais e *Status* Econômico Percebido, Educação e Questionário de Experiências Anteriores de Vida. E com isso adquiriram uma notável compreensão de envelhecimento bem-sucedido.

Koen e Michiels (2017) quiseram em seu estudo medir o envelhecimento bem-sucedido de uma forma consistente com o que os idosos tinham como importantes para suas vidas. A fim de superar o fato de que existem medidas objetivas e subjetivas que não refletem as preferências do indivíduo no que concerne o envelhecer com sucesso, os autores propuseram uma nova medida baseada em preferências de envelhecimento bem-sucedido. Para implementá-la, as preferências dos idosos foram estimadas usando um modelo de satisfação com a vida.

De semelhante modo, ao reconhecer a importância da subjetividade dos idosos sobre seu próprio envelhecimento, Lee e Kahana (2017) realizaram um estudo objetivando desenvolver um instrumento multidimensional para medir e avaliar o envelhecimento bem-sucedido bem como suas propriedades psicométricas. Os resultados obtidos indicaram que a escala do Inventário de Envelhecimento Bem-Sucedido pode ser um preditor útil para mensurar o sucesso no envelhecimento.

Uma escala multidimensional chamada Short Form-36 é um instrumento bem convencionado que mensura conceitos de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde autorreferida. O uso dessa escala para avaliar o envelhecimento bem-sucedido é aceitável porque determina o status geral de saúde de duas formas principais: os resultados de constituintes físicos e os escores dos resultados do componente mental. Essas pontuações associadas retratam o estado de bem-estar físico, mental e social comumente utilizado para definir o status de saúde do idoso (CHIA-ING LI ET AL, 2014).

Pensando no enfoque amplamente diverso e complexo que diz respeito a investigação do envelhecimento bem-sucedido e de seus multifatores associados, a Successful Aging Scale – SAS (Escala de Envelhecimento Bem-sucedido), de Reker (2009), engloba os quatro modelos de envelhecimento bem-sucedido, dos autores: Rowe e Kahn (1997), Ryff (1989), Schulz e Heckhausen (1996) e Baltes e Baltes (1990). Esses modelos trazem consigo uma teoria multidimensional do envelhecimento bem-sucedido. Além de abranger em um único instrumento, os principais constructos teóricos do envelhecimento bem-sucedido, a escala de SAS está associada a um grupo de instrumentos que envolvem os fatores biológicos, psicológicos e sociais ligados ao envelhecimento bem-sucedido.

Observa-se, portanto, que os instrumentos utilizados para avaliar e mensurar o envelhecimento bem-sucedido variam conforme a perspectiva dele adotada.

2.1.4. Fatores associados ao Envelhecimento Bem-Sucedido

Seguindo a compreensão biomédica, o envelhecimento bem-sucedido pode ser caracterizado pelo engajamento com a vida, manutenção das habilidades funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença (DEPP; JESTE, 2006). De acordo com a ótica psicológica, o envelhecer com sucesso se é alcançado quando há um equilíbrio entre a compensação das perdas trazidas pelas envelhecimento e da otimização das potencialidades individuais (BALTES; BALTES, 1990). Seguindo uma terceira via, há a perspectiva de envelhecimento bem-sucedido de cunho social, onde se é estabelecido que a sociedade é capaz de proporcionar oportunidades de se envelhecer bem através de políticas públicas (RILEY; RILEY, 1994).

Observa-se que o envelhecimento bem-sucedido como um termo genérico se sobrepõe a uma grande variedade de conceitos. Também tido como envelhecimento positivo, bom envelhecimento, envelhecimento produtivo e envelhecimento saudável, ao se considerar diferentes aspectos e abordagens, é possível verificar que o conceito transcende os limites biologicistas ao explanar sobre as inúmeras condições experimentadas ao longo do processo do envelhecer, valorizando também aspectos psicológicos e sociais, bem como suas intrínsecas associações (ZANJARI et al, 2017).

No que se refere aos aspectos fisiológicos do envelhecimento, essa fase traz consigo um declínio funcional de todos os sistemas do corpo, causando uma maior debilidade e gerando alterações que por vezes criam condições para o aparecimento de doenças, tanto físicas quanto psicológicas (NETTO, 2004). Concernente aos aspectos sociais da velhice, ressalta-se a perda do papel social que o indivíduo enfrenta quando alcança a velhice, bem como as mudanças de papéis dentro da família e na sociedade, a aposentadoria que pode ser sinônimo lazer mas também de inutilidade e estresse, a diminuição de contatos sociais e as perdas dos mais diversos tipos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Analizando os aspectos psicológicos do envelhecimento é possível identificar um conjunto de traços e mecanismos, tais quais sentimento de incapacidade e improdutividade, e dependência. Sem contar a proximidade com a finitude e as diversas perdas e lutos ocorridos ao longo da vida, que pode, muitas vezes, conduzir o idoso ao isolamento, culminando em baixa autoestima e crises existenciais. Todas essas modificações são vivenciadas de forma única por cada indivíduo, já que a capacidade para enfrentar situações adversas dependerá de fatores subjetivos vivenciados pelo idoso ao longo de suas vidas (BIASUS, 2016).

Dessa maneira, constata-se que a etapa da vida reconhecida como velhice possui várias dimensões e só pode ser compreendida através da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos da vida do indivíduo. Da mesma forma, a saúde também é um fenômeno multidimensional. A OMS possui o entendimento de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Portanto, é a partir da melhoria de todos esses fatores da vida do idoso que se é possível a promoção de um envelhecimento saudável (DOMINGUES, 2008; OMS, 1946).

2.1.4.1. Fatores Físicos

Ao analisar estudos sobre envelhecimento bem-sucedido, Carver e Buchanan (2016) encontraram modelos multidimensionais de envelhecimento bem-sucedido em todos os artigos que foram revisados. Na maioria deles (71%), o envelhecimento bem-sucedido foi sinônimo de ser fisicamente saudável ou livre de incapacidade. Outros constructos biomédicos empregados para caracterizar o sucesso no envelhecimento foram a saúde mental (43%) e a função cognitiva (32%). Trinta e sete por cento dos artigos analisados adotaram uma versão do modelo biomédico de Rowe e Kahn, que como já foi citado, inclui uma baixa probabilidade de doenças e incapacidade relacionada à doença; alta capacidade funcional cognitiva e física; engajamento ativo com a vida.

Com isso observa-se o quanto a avaliação da saúde física é frequentemente utilizada na maioria dos estudos sobre envelhecimento bem-sucedido, principalmente nos estudos quantitativos. Este aspecto geralmente engloba a boa saúde física, o evitar fatores de risco e a saúde funcional. Ao se considerar a avaliação da saúde física, essa pode ser denominada tanto como uma dimensão objetiva quanto uma dimensão médica. Evitar fatores de risco está relacionado a comportamentos saudáveis de vida, como adoção de determinadas dietas e a prática de atividades físicas, já que as modificações da estrutura e do funcionamento trazidas pelo envelhecer, associadas a exposição de fatores de risco como, fumo, álcool, obesidades, sedentarismo, entre outros, podem acelerar o declínio da capacidade funcional do indivíduo. A saúde funcional que indica a capacidade de realizar atividades diárias é outro fator relevante para o envelhecimento bem-sucedido (HODGE et al, 2013; CHO et al, 2012; TYROVOLAS, 2014).

A redução da mobilidade está relacionada a desfechos negativos à saúde, como por exemplo, sedentarismo, obesidade, incapacidade física, baixa qualidade de vida e mortalidade prematura, sendo assim um aspecto importante para o bem-estar dos idosos. Em uma pesquisa

sobre os fatores associados a qualidade de vida percebida em idosos, mais da metade dos indivíduos mencionaram possuir alguma espécie de limitação na mobilidade. Os resultados apontaram que a ausência de dificuldade de mobilidade está associada a melhores taxas de qualidade de vida (NERI ET AL., 2019)

Chia-Ing Li et al. (2014) realizaram um estudo com 903 idosos, e apontaram que indivíduos com doenças crônicas ou outros problemas relacionados à saúde apresentaram uma menor prevalência de envelhecimento bem-sucedido se comparados com aqueles sem tais problemas. Foram considerados sem sucesso, todos os sujeitos que tiveram acidente vascular cerebral. Os idosos mais favoráveis a usufruírem de uma velhice bem-sucedida, tinham menos de 70 anos de idade; estavam aptos a visitar parentes ou amigos sempre que quisessem; e não possuíam histórico de queda, dor ou distúrbios do sono.

Ao investigarem idosos saudáveis, Kempen et al. (2006), observaram a presença de fatores de proteção e de risco sobre o trajeto funcional da velhice. Os autores obtiveram resultados indicativos de que no grupo com maior declínio funcional, houve maior destaque de doenças crônico-degenerativas, altos níveis de neuroticismo e maior incidência de sintomas depressivos. Ao ajustar os dados sociodemográficos pode-se constatar que a positividade na autopercepção da saúde bem como níveis consideráveis de autoeficácia, foram aspectos de proteção para o desempenho funcional.

Seeman e Chen (2003) exploraram a ligação entre variáveis psicossociais e de estilo de vida sobre o nível de funcionalidade entre indivíduos idosos portadores de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, e idosos que não apresentavam nenhum tipo dessas patologias. Os achados demonstraram que o nível de autoeficácia em sujeitos com câncer, se associou com estabilidade de desempenho; idosos portadores de doenças cardiovasculares apresentaram menor declínio quando mencionaram possuir maior suporte emocional. Diante disso os autores propuseram que fatores sociais e psicológicos exercem impacto na saúde física dos idosos.

Em sua investigação sobre envelhecimento bem-sucedido, Depp e Jeste (2006) encontraram preditores extremamente importantes para o sucesso na velhice, dentre eles: apresentar uma idade mais próxima dos sessenta anos, ter melhor desempenho nas Atividades de Vida Diárias, não ser tabagista, não possuir artrite e não ter problemas auditivos. Outros aspectos como gênero, grau de escolaridade, estado civil e renda não tiveram nessa pesquisa, ligação com envelhecimento bem-sucedido, embora algumas variáveis tenham apresentado uma correlação moderada como a prática regular de atividades físicas, alto convívio social,

ausência de depressão, ausência de déficit cognitivo, menor quantidade de condições médicas e um adequado auto relato de saúde.

Estudos apontam que as características ambientais, os hábitos saudáveis de vida que o sujeito adota, a alimentação, tal como a diminuição de exposição aos fatores de risco (como tabagismo, álcool, obesidade e sedentarismo) tem impacto direto sobre os fatores fisiológicos e metabólicos do organismo. Levando em consideração a dieta, acentua-se tanto a desnutrição como o consumo excessivo de calorias nos idosos. A desnutrição pode ser ocasionada pelo acesso restrito a alimentos, dificuldades econômicas, falta de informação, doenças e uso de medicamento, deficiências físicas ou cognitivas que atrapalhem a capacidade de se alimentar adequadamente, enquanto o consumo em excesso de calorias pode aumentar consideravelmente o risco de obesidade e de doenças crônicas durante o processo de envelhecimento (OMS, 2005). Esses fatos são de suma importância para um envelhecimento saudável, visto que as modificações estruturais e funcionais ocasionadas pelo envelhecimento, quando associadas a hábitos alimentares ruins e sedentarismo, aceleram o declínio da capacidade física do indivíduo, podendo promover o aparecimento de doenças crônico-degenerativas bem como, incapacidades físicas (FERNANDES et.al, 2011).

As avaliações objetivas que determinam o estado de saúde são importantes, porém um significativo indicador de envelhecimento bem-sucedido é o estado de saúde autorrelatado (ZANJARI et al, 2017; MONTROSS et al, 2006; BOWLING; ILIFFE, 2006). Segundo artigo publicado por Alves e Rodrigues (2005), idosos que avaliam a saúde de forma negativa apresentam maiores riscos quando comparados com indivíduos que classificam sua saúde como boa ou excelente. Moraes e Souza (2005) investigaram os fatores relacionados ao envelhecimento bem-sucedido e após ajustes uma das variáveis detectadas foi a autopercepção de saúde e bem-estar. Os idosos que apontaram o *status* de saúde como muito bom ou bom tiveram a probabilidade 5,12 vezes mais alta de serem classificados dentro do envelhecimento bem-sucedido.

De acordo com Depp e Jeste (2006), embora o aspecto físico, em específico o domínio das funções físicas e o alto desempenho de atividades de vida diárias, seja um importante indicador de envelhecimento bem-sucedido, ele aparece com menor frequência em estudos qualitativos, que por sua vez focam mais nos aspectos subjetivos informados pelos idosos. Para Strawbridge et al. (2002), a manutenção da saúde física e a capacidade funcional são componentes muito importantes para que uma pessoa envelheça de forma satisfatória, todavia uma definição não pode permanecer concentrada somente nesses aspectos. Para além dos estudos com ênfase nos aspectos físicos, nos quais a ideia de sucesso na velhice está restrita à

longevidade ou ausência de incapacidade, outros componentes subjetivos são essenciais para que um modelo de envelhecimento bem-sucedido seja válido.

2.1.4.2. Fatores Socioeconômicos e Ambientais

Para Neri (1993), há inúmeros fatores que podem estar relacionados a um bom envelhecimento, incluindo uma maior longevidade, manutenção adequada de níveis de saúde física e mental bem como alta satisfação com a vida, preservação das dimensões sociais, sentido de produtividade, participação e realização de atividades, auto-eficácia, *status* social; possuir bons meios econômicos; seguimento dos papéis no seio familiar e ocupacional, continuidade dos vínculos sociais informais e das redes de relações. Observa-se nisso, o quanto de fatores sociais estão presentes em um constructo de envelhecimento saudável, corroborando com vários modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido que frisam a importância do fator social na vida do idoso.

Um dos recursos mais importantes utilizados pelos idosos é o suporte social. Isto está relacionado com a forma ao qual suporte recebido, o senso de controle sobre as relações, e a perspectiva de trocas que incluem fatores afetivos, emocionais e materiais. Em pesquisas na comunidade francesa, observou-se que a percepção e a satisfação com o suporte social recebido foram associadas positivamente com menores taxas de sintomas depressivos (LIMA et al, 2008)

A literatura indica que o engajamento social experimentado pelo idoso é possivelmente um dos maiores aspectos que prediz o envelhecimento bem-sucedido. Uma das maiores dificuldades enfrentadas pela pessoa idosa é a solidão, decorrente de perdas dos mais diversos tipos. Desse modo a capacidade de ser ativo na comunidade, de ter interações sociais e cultivar relacionamentos, é fundamental para que o idoso possa adquirir e manter as redes de apoio social. O apoio social pode ser definido em níveis individuais, familiares e governamentais. O apoio social familiar é um elemento importante no envelhecimento bem-sucedido e os laços familiares que os idosos estão envolvidos representam apoio tanto emocional, como instrumental e de informação (ZANJARI et al, 2017; FERNANDES et al, 2011).

Observa-se nas pesquisas direcionadas a solidão nos idosos que há uma importante associação entre a solidão e aspectos sócio-demográficos. Pesquisadores observaram que o sentimento está correlacionado com a idade, já que indivíduos de 60 a 74 anos apresentam níveis mais baixos de solidão quando comparados aos sujeitos com 75 anos ou mais. Pode-se relacionar este contexto com o falecimento dos conjugues já que o estado civil dos idosos tem sido um fator que desponta nos estudos com uma relação expressiva com os sentimentos de

solidão. Diversas pesquisas evidenciam que os sentimentos de solidão estão mais presentes em indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos (LEITCH, 2018; TEIXEIRA, 2010; AZEREDO, 2016).

A participação social é um fator preponderante associado à solidão. Teixeira (2010) observou que idosos que viviam em comunidade e que apresentavam uma participação ativa na sociedade, apresentaram menores níveis de solidão. De semelhante modo, o suporte social se mostra como um outro aspecto a ser relacionado. Segundo pesquisa de Barroso e Tapadinhas (2006), sujeitos que apresentavam menores níveis de solidão eram os que tinham maiores relações de amizade. Em um estudo realizado com idosos orientais foi constatado que sujeitos institucionalizados que não possuem vínculos de amizade apresentaram níveis elevados de solidão. Para Antonucci (2001), o suporte social é um recurso importantíssimo desfrutado pelos idosos. Isso engloba a percepção do suporte que é recebido, a perspectiva de controle sobre os relacionamentos, e o senso de trocas que envolvem fatores afetivos, emocionais e materiais. Resumidamente, o suporte social bem como relações familiares tem relação estatisticamente significantes com os níveis de solidão que um idoso pode apresentar.

Para Teixeira (2008) a família faz parte da rede de suporte primário do idoso. A rede familiar possui diversas funções que vão desde a reprodução biológica e material, até a reprodução social de seus membros, bem como a responsabilidade de servir de base para a estrutura psíquica do sujeito através de espaços que produzam afeto, cuidado, segurança e senso de pertencimento. Segundo Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), os filhos são quem formam essa rede de suporte primário, e quando por diversas razões esses não o podem ser, o indivíduo tende a buscar o suporte em amigos e vizinhos. Ficou evidente para as autoras que a questão econômica está associada à saúde, já que mesmo quando é modesta, a aposentadoria ocasiona o mínimo de autonomia e independência para o idoso. Segundo projeções sobre os idosos brasileiros, esses não apenas recebem benefícios das redes de contato e suporte social, como estão cada vez mais se tornando provedores de domicílios em que habitam mais de duas gerações, viabilizando o sustento das despesas e suporte instrumental para gerações mais jovens.

Fatores socioeconômicos exercem profundas influências na qualidade do envelhecimento. Pesquisas apontam que indivíduos com maior escolaridade e maior renda apresentam maior envolvimento em atividades de lazer (RIBEIRO et al, 2009; SCARMEAS et al, 2001). Brandt et al (2012) indicaram em sua pesquisa, que usando critérios como os de Rowe e Kahn, a desvantagem econômica na infância afetou significativamente as classificações de envelhecimento bem-sucedido na vida adulta. Dessa forma, indicadores sociais são vistos

como determinantes do estilo de vida das pessoas, portanto, são aspectos significativos na constituição do envelhecimento bem-sucedido. Em relação ao impacto nas funções físicas, Ramos et al. (1993) e Ramos (2003) encontraram, em seu estudo, maiores índices de dependência nas atividades de vida diária e declínio cognitivo entre os idosos que residiam em áreas empobrecidas quando comparados com indivíduos residentes de regiões com melhores níveis socioeconômicos. A partir de um estudo longitudinal, Andrade et al. (2019), concluíram que as deficiências relacionadas as atividades básicas da vida diária, estão concentradas entre os idosos mais pobres. Isso indica que condições sociais e econômicas são aspectos relevantes no que diz respeito ao *status* do envelhecimento bem-sucedido. Grande parte dos aspectos discutidos possuem estreita ligação com variáveis sociais e econômicas, como por exemplo a renda e o nível educacional. Esse contexto interfere diretamente na qualidade do envelhecimento (SILVA et al, 2010).

2.1.4.3. Fatores Psicológicos e Comportamentais

Embora a maior parte dos estudos de envelhecimento bem-sucedidos tenham o aspecto físico como um fator essencial para seu constructo, fatores psicológicos também são identificados como fundamentais. O estudo do senso de ajustamento, resultado das ciências psicológicas, propõe que, ainda que haja baixos níveis de saúde física e níveis reduzidos de funcionalidade, os idosos podem demonstrar níveis satisfatórios de qualidade de vida (SILVA et al, 2010).

Em seu modelo de envelhecimento bem-sucedido, Kahana e Kahana ressaltam a importância da manutenção de recursos psicológicos. Dentro desses recursos estão a autoeficácia, o senso de propósito e de pertencimento, o enfrentar problemas e superar dificuldades, a autoestima, bem como, sentimentos de autoconfiança e autovalorização (ZANJARI, 2017).

Segundo Carver (2016), há ainda, constructos considerados não biomédicos que demonstram ter associação com o envelhecimento bem-sucedido. Dentro desses aspectos estão; engajamento, otimismo, resiliência e gerotranscendência.

Otimismo ou atitude positiva são características psicológicas semelhantes que implicam na expectativa que o sujeito apresenta, de que eventos da vida serão resolvidos com o melhor resultado possível, é a expectativa de que algo bom possa vir acontecer. Independentemente do nível econômico ou do estado de saúde, o otimismo é comumente associado à satisfação com a vida e também à resiliência. Ele pode ser resultado da integração da rede de apoio social, da

qualidade de vida e de atividades realizadas por idosos em seu dia a dia (CARVER; BUCHANAN, 2016).

Por outro lado, com a chegada de velhice, parte dos idosos se deparam com uma redução nos seus contatos sociais bem como uma diminuição da sua participação na comunidade. Dentre as consequências disso, pode-se ressaltar o surgimento de sentimentos de solidão e desvalorização que poderão impactar sua saúde física e psíquica (ZIMERMAN, 2000).

Segundo Rubin (2017) a solidão pode ser definida como ‘uma discrepância angustiante entre os níveis desejados e os níveis reais de contatos sociais’. Embora não seja clara a associação entre solidão e ausência de saúde, pesquisas apontam a solidão como um risco à saúde devido a sua ligação com um conjunto extenso de condições, incluindo hipertensão, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doença de Alzheimer, ansiedade, depressão e insônia (LEITCH, 2018).

Um fator psicológico importante concernente ao envelhecimento é a ansiedade, que nos idosos está relacionada às limitações ocasionadas pela idade e que, na maioria das vezes, são vistas como ameaçadoras. Na pessoa idosa, sintomas de ansiedade são frequentes e em grande parte das vezes estão associados a sintomas depressivos e doenças físicas (BYRNE, 2002; XAVIER et.al, 2001). Indivíduos que apresentam níveis altos de ansiedade têm tendências a antecipar suas inabilidades e a questionar suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas trazem como consequências um déficit na compreensão e no raciocínio o que nessa etapa da vida poderia vir a ser a diferença entre uma saúde mental adequada ou comprometida (OLIVEIRA ET.AL, 2006).

Como já mencionado anteriormente, a fase considerada como velhice está sujeita a perdas contínuas. O idoso que está numa situação de perda que pode despertar, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que podem ocasionar síndromes depressivas. Toda a adaptação que o indivíduo enfrenta durante o processo do envelhecer também pode torná-lo mais vulnerável à depressão, sem contar o contexto social que o sujeito está inserido que aponta também como um fator relacionado a sintomas depressivos (TEIXEIRA, 2010).

Conforme Vahia et.al (2010), em indivíduos idosos os sintomas depressivos clinicamente importantes se manifestam mais comumente em formas que não preenchem os parâmetros para o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Em diversas pesquisas essas formas não principais de depressão são rotuladas com outras nomenclaturas e que a prevalência delas variam entre os estudos conforme os métodos de amostragem e critérios de diagnóstico que foram utilizados (HYBELS et al, 2001; JUDD et al, 2002; COHEN et al, 2005). No estudo de Vahia et al (2010), os autores constataram que níveis leves e moderados de sintomas

depressivos eram comuns em idosos e estavam associados a um pior funcionamento em praticamente todos os componentes do envelhecimento bem-sucedido. Igualmente a depressão representa uma entidade clínica que pode acometer o percurso do envelhecimento bem-sucedido para uma grande parcela de pessoas idosas.

Jeste et.al (2013) realizaram uma pesquisa sobre o impacto da resiliência e da depressão no envelhecimento bem-sucedido e verificou-se que esses dois fatores tiveram uma associação significativa com o envelhecimento bem-sucedido com tamanhos de efeito iguais aos da saúde física. Os autores salientam que, o aumento da resiliência e a redução da depressão podem ter efeitos tão significativos no envelhecimento bem-sucedido quanto a redução da incapacidade física, sugerindo dessa forma que os fatores psicológicos desempenham um papel importante na promoção do sucesso no envelhecimento.

A resiliência é um recurso psicológico considerado um forte influenciador da capacidade adaptativa e está relacionado aos aspectos constituintes do envelhecimento bem-sucedido. Windle et al (2011) consideram que a resiliência pode explicar como os indivíduos resistem aos riscos vividos ao longo da vida. Este aspecto também pode ser tido como um processo, sendo ele uma resposta compensatória às adversidades e riscos que o envelhecimento traz. O estudo de Jeste et al (2013) mostrou que a perfeita saúde física não é suficiente para um envelhecimento satisfatório. Os próprios participantes relataram que fatores psicológicos, como a resiliência, podem contribuir para o envelhecimento bem-sucedido. Para investigar a resiliência e o envelhecimento bem-sucedido, um estudo qualitativo foi realizado com idosos que sofriam de demência, os resultados indicaram que a resiliência pode estar presente entre as pessoas que sofrem de demência e que essas podem apresentar uma vida com significado (HARRIS, 2008).

Pennix e colaboradores (2000) analisaram o impacto da vitalidade emocional em idosos que apresentavam desempenho limitado para Atividades de Vida Diária (AVDs). Os autores estabeleceram vitalidade emocional como uma concepção que envolve senso de domínio pessoal, senso de felicidade e níveis baixos de ansiedade e depressão. Os resultados indicaram que indivíduos que demonstravam possuir vitalidade emocional tinham preservados o desempenho funcional e o desempenho das AVDs.

Na pesquisa de Ostir et al. (2004) em que foi avaliado a ação dos afetos positivos sobre o fenótipo de fragilidade, foi encontrado que afetos positivos (aqui definidos como estados de contentamento e felicidade) diminuíram o risco de os idosos apresentarem os critérios do fenótipo de fragilidade.

Relativo a aspectos comportamentais, pode-se frisar a relação do idoso com o voluntariado. Através da atividade voluntária é proporcionado aos idosos a possibilidade de se conservarem ativos num processo de reciprocidade, já que o idoso no momento em que presta ajuda aos outros, se sente útil e inserido socialmente e isso, gera impacto tanto na sua saúde quanto na sua qualidade de vida (SOUZA E LAUTERT, 2008). A percepção de se sentir importante perante a sociedade também é associada ao trabalho voluntário. Onyx e Warburton (2003) salientam que os indivíduos que prestam esse serviço, são mais valorizados e consequentemente estão mais suscetíveis a se autovalorizarem e a manterem níveis elevados de bem-estar. Foi apontado em um estudo transversal que idosos com mais de 70 anos que exerciam atividades voluntárias apresentavam um retardo no declínio da autopercepção da saúde, bem como diminuição dos níveis de depressão e aumento da longevidade (LUM et al, 2005). De acordo com Lafin (2006) a temática do voluntariado é importante pois amplia os contatos sociais do sujeito idoso e isso gera benefício para sociedade que recebe essa contribuição.

O altruísmo também configura como um expressivo fator para o bem-estar psicológico nas pessoas idosas. Atitudes altruístas são relativas às preocupações orientadas pelos outros, fomentada pela preocupação com o bem-estar de outras pessoas e por uma necessidade de se conectar de forma significativa com o próximo. Embora o altruísmo seja comumente associado à motivação por trás do voluntariado, para Kahana e colaboradores (2013) atitudes e predisposições altruístas caracterizam uma generosidade de espírito, que não necessariamente está relacionada a capacidade do idoso de oferecer ajuda a outras pessoas. Ainda que doenças crônicas e demais limitações decorrentes da idade avançada, tendam a reduzir os comportamentos voluntários entre os idosos, o componente atitudinal que possibilita esses comportamentos, mesmo em idades muito avançadas, é mantido. Dessa forma, atitudes altruístas podem aumentar as emoções positivas ao final da vida. Em um estudo, Corrêa et.al (2019) demonstrou que a atitude altruísta, e não o voluntariado, exerce um papel significativo no desempenho cognitivo de indivíduos idosos.

O significado de vida, também se destaca como um componente relevante do bem-estar psicológico em idosos. A presença de significado, diz respeito à forma como o sujeito compreende e enxerga um sentido em sua vida e em qual grau ele percebe ter um propósito, uma missão, ou um objetivo maior em sua existência. Steger (2009) explana que a busca por significado de vida não é o mesmo que ausência de significado. Sendo que a busca por significância compreende o quanto o indivíduo está tentando estabelecer ou até mesmo ampliar seu entendimento sobre significados e propósitos. Em seus achados, os pesquisadores relataram

que pessoas idosas apresentam maiores níveis de significado de vida, enquanto indivíduos mais novos relataram níveis mais altos de busca de significado. Para Melo et.al (2013) o sentido de vida está relacionado à crença de que a vida do indivíduo é preenchida de significados que vão além da realidade material, está vinculado a uma presença de propósito, a um motivo particular para viver. Em seu estudo, os autores constataram uma relação significativa entre altos índices de qualidade de vida e sentido de vida.

Semelhantemente, na linha de bem-estar psicológico do envelhecimento, Goldstein (1993) aponta a espiritualidade e a religiosidade como estratégias para o enfrentamento da sensação de finitude ou proximidade da morte. Esse enfrentamento possibilita a sensação de geratividade, conforto e bem-estar psicológico, dimensões essas que aparecem como positivas na construção do envelhecimento bem-sucedido. Moraes et al (2005) demonstrou em seu estudo que idosos cujas crenças pessoais atribuíam maior significado a suas vidas, quando comparados com aqueles idosos que não possuíam crenças, tinham até dez vezes mais chance de se envelhecer com sucesso.

2.1.4.4. Fatores Espirituais e Religiosos

Nos últimos anos, vem se observado a ocorrência de um interesse cada vez maior em entender a ação do fator espiritual e religioso na saúde física e mental, bem como na construção de um envelhecimento bem-sucedido (VAHIA et al, 2011).

A espiritualidade e a religiosidade se associam à saúde do idoso de diversas formas. Há evidências que indicam maior propensão à religião em indivíduos mais velhos do que em indivíduos mais jovens. Da mesma maneira há indícios que as pessoas se aproximam mais de sua espiritualidade de acordo com o aumento da idade. Sendo assim, é pertinente dizer que há uma associação entre o envelhecimento populacional e a espiritualidade e religiosidade, tal como, é importante compreender como esses fatores estão associados na determinação da saúde dessa população (ZIMMER et al, 2016).

Apesar disso, as pesquisas oriundas dessa área esbarram em algumas limitações, dentre elas a falta de consonância no que se refere a definição de espiritualidade e religiosidade, já que os dois conceitos se relacionam e têm entre si características comuns (VAHIA et al, 2011).

Especificar a diferença entre religiosidade é uma tarefa complexa e séculos de pensamentos não forneceram definições padronizadas acerca dos dois conceitos. O que dificulta sua delimitação é que os dois princípios estão relacionados e possuem características em comum já que ambos podem envolver transformações pessoais e a busca por uma verdade

suprema. Um sujeito que se define como religioso muitas vezes se define também como sendo espiritual, de modo frequente, a espiritualidade engloba a religiosidade, porém a espiritualidade pode, mas não precisa necessariamente estar ligada a práticas religiosas (ZIMMER et al, 2016).

A religião pode ser definida como um sistema organizacional de crenças, práticas, rituais e símbolos que tem como proposta facilitar a ligação do sujeito com o sagrado ou com o transcendente. Ela ainda pode ser definida como intrínseca, que é predominante em sujeitos que demonstram um comprometimento com a tradição de fé por razões que estão ligadas com a busca sincera de Deus. Já na religiosidade extrínseca, o sujeito usa a religião para obtenção de outras finalidades, como a resolução de problemas (ALLPORT; ROSS, 1967). Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião. Ela pode ser definida como organizacional, como por exemplo quando o indivíduo participa de encontros religiosos, ou não-organizacional, que envolve por exemplo o ato de rezar, ler livros, assistir programas religiosos. Já a espiritualidade expande a definição, sendo uma reflexão do indivíduo, uma busca pessoal da compreensão de questões inerentes à vida e de sua relação com o que é sagrado. A espiritualidade pode, mas não precisa necessariamente estar ligada à práticas religiosas (KOENIG et al, 2001).

Espiritualidade e religiosidade definidas de formas variadas foram fatores associados a múltiplos resultados positivos em saúde.

Moraes (2005) relata em seu estudo, que a crença pessoal foi um fator que teve impacto no envelhecimento bem-sucedido. Vários pesquisadores descreveram que a atividade religiosa, especialmente a que acontece em âmbito comunitário, como cultos e reuniões, está associada a maior longevidade (GLASS et al, 1999; HUMMER et al, 2010; KOENIG et al, 1999) e também com menor taxa de mortalidade, segundo McCullough (2001), para sujeitos que frequentam serviços religiosos uma vez na semana ou mais.

Há também indícios relacionando espiritualidade e religiosidade à saúde mental. Alguns estudos apontam que em indivíduos idosos, esses aspectos mostram estar relacionados a desfechos de depressão e ansiedade (REYES-ORTIZ, 2008; LUCCHETTI, 2011), bem como a uma melhor saúde psicológica. Pessoas que visitam com frequência serviços religiosos apresentam sintomas depressivos em menor escala (SMITH et al, 2003). É através de caminhos tanto sociais quanto psicológicos, que a religiosidade e a espiritualidade podem exercer influência na saúde mental. Maselko (2008) cita como exemplo, o isolamento social como um fator de risco significativo para a depressão. O pertencimento à uma comunidade religiosa é, para o indivíduo, uma importante forma de se integrar à sociedade. Sem contar que os

ensinamentos provenientes da religião proporcionam ao sujeito uma estrutura coerente na compreensão dos eventos da vida, ocasionando um sentimento de que a vida é significativa.

Pessoas idosas geralmente estão mais propensas a experimentarem perdas, fato esse, que pode acarretar consequências negativas em sua saúde. A perda do funcionamento físico e mental, a perda da independência e da autonomia, a perda de entes queridos, sem contar a condição de estar mais próximo de perder a própria vida. Dessa forma, ao fornecer para o indivíduo a ideia de que a vida é significativa e tem um propósito, a religião e a espiritualidade podem contribuir para um melhor enfrentamento desses eventos que são comuns na vida do idoso e que são considerados como estressores. A religião também tem demonstrado o aumento da satisfação com a vida, bem como o aumento do otimismo e da autoestima, fatores esses que atuam na redução do impacto negativo que os eventos estressantes do cotidiano causam. Ressalta-se também, uma ligação entre a redução do estress e o apoio social que geralmente é fornecido pelos serviços religiosos (ZIMMER et al, 2016; DUARTE; WANDERLEY, 2011).

A espiritualidade proporciona uma condição que permite a descoberta de aspectos positivos em meio as experiências negativas da vida. Portanto, ela é um recurso poderoso que concede ao indivíduo a capacidade de adaptação diante das mudanças que o envelhecimento traz. Isso é descrito como um aspecto da resiliência. Em seu estudo relativo à resiliência, Zeng e Shen (2010) a caracterizam como um aspecto que se associa diretamente a longevidade, agindo assim indiretamente no processo de saúde dos idosos. Outras pesquisas mostram que a religião e a espiritualidade podem promover nos indivíduos, o desenvolvimento da resiliência diante de diferentes adversidades da vida (FAIGIN; PARGAMENT, 2010; KASEN et al, 2012; ROSA, 2008).

Alguns autores até sugeriram um papel para a espiritualidade na promoção da saúde (CROWTHER et al, 2002). A grande maioria das condições de risco em idosos, estão associadas a doenças crônicas, como hipertensão, doenças cardíacas e diabetes. Embora muitos indivíduos idosos corram risco de doenças crônicas relacionados a predisposições genéticas, de sexo e idade, há diversos fatores de risco que estão associados a comportamentos de saúde modificáveis (CROWTHER et al, 2002). Organizações religiosas são frequentemente vistas como promotoras de comportamentos saudáveis. As pessoas que frequentam uma religião, habitualmente se comprometem a ter estilos de vida mais saudáveis, sem contar que há vários ensinamentos religiosos que possuem uma perspectiva negativa sobre tabaco, consumo de álcool e outras drogas (ZIMMER et al, 2016). Sobre isso, Koenig afirma que:

Essas descobertas são reforçadas por alguns estudos experimentais que demonstram menor reatividade cardiovascular em pessoas mais religiosas. Práticas espirituais como meditação podem reduzir a pressão arterial e a necessidade de medicamento anti-hipertensivo, podendo inclusive reduzir a espessura da parede arterial, um fator de risco para doença arterial coronariana e AVC. Por fim, outros fatores que sabidamente influenciam as funções cardiovasculares, como exercícios, dieta, colesterol e tabagismo parecem estar em níveis saudáveis em indivíduos mais ativos de uma perspectiva religiosa ou espiritual. (KOENIG, 2015, p. 112).

A forma como a espiritualidade e a religiosidade exercem influências na saúde física e mental dos indivíduos idosos, vem sendo cada vez mais observada e investigada pela comunidade científica e pelos profissionais de saúde. Esse reconhecimento se faz necessário, ao considerar o ser humano como unidade indivisível, não podendo o âmbito espiritual ser separado de todo o resto.

3. INSERÇÃO NA SAÚDE COLETIVA

O termo Saúde Coletiva é uma invenção brasileira que na atualidade se encontra presente nas pautas acadêmicas e políticas de países da América Latina, do Caribe e da África. Refere-se a um modo de desenvolver as relações que existem entre conhecimento, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. As tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva saem do enfoque principal, e o que recebe atenção é a busca por uma compreensão nova, onde o panorama interdisciplinar e o debate político em volta da temática da universalidade, equidade, democracia e cidadania se tornam a questão principal (LIMA; SANTANA, 2006).

Oriunda de um movimento que surgiu através de certos questionamentos acerca do modo de conceber a ciência e a atuação em saúde, a Saúde Coletiva é um amplo campo multiprofissional, onde existem diferentes modos de olhar, pensar e atuar no processo de saúde/doença. Nunes (1996) descreve que o termo Saúde Coletiva passa a ser empregado no Brasil em 1979, quando profissionais vindos da saúde pública e da medicina preventiva e social buscaram criar um espaço científico com uma direção teórica, metodológica e política que tinha como prioridade o social.

Ao falar da consonância entre medicina social e saúde coletiva, Pereira afirma:

Trata-se de uma mudança qualitativa, porque o objeto de tal disciplina não seria representado por corpos biológicos, mas por corpos sociais. Não se trataria, tão-somente, de indivíduos, mas de sujeitos sociais, de grupos e classes sociais e de relações sociais referidas ao processo saúde-doença. Deste ponto de vista as práticas sociais da medicina seriam objeto, especificamente, dessa disciplina de fronteira. (PEREIRA, 2006, p. 19).

Portanto, pode-se entender que todos os saberes e práticas orientados para o viver, que melhoram a realidade do ser humano e da coletividade, que definem possibilidades às transformações nos modos de levar a vida e que promovem impactos sobre a saúde, pertencem ao âmbito da saúde coletiva (SOUZA, 2014).

Com a finalidade de estabelecer relações do presente estudo com a área da saúde coletiva, alguns aspectos podem ser destacados. A priori, estudos acerca do envelhecimento são de extrema importância visto que o crescimento do número de idosos na população brasileira tem provocado impactos profundos na sociedade, na economia e no sistema de saúde.

Ao inserir a saúde coletiva no estudo, também é importante compreender a relação que as políticas de saúde construíram com o idoso ao longo do tempo.

O Brasil foi um dos precursores na América Latina a formular políticas públicas para idosos ao implantar, em 1988, políticas de garantia de renda que resultaram no Plano de Seguridade Social. Na década de 30, o país já possuía uma política que incluía previdência social, saúde e habitação. Em 1961, ocorreu a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, o que significou um passo importante para as políticas nacionais em favor da pessoa idosa (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Batista (2011) afirma que a partir da Constituição Federal de 1988, o idoso passou a ser alvo das Políticas Públicas e de acordo com essa mesma Constituição, a Política Nacional do Idoso veio para reafirmar o dever da família, da sociedade e do Estado em garantir os direitos sociais do idoso, gerando condições para sua integração e participação na sociedade e promovendo a sua autonomia.

Posteriormente, em 1999, foi criada a Política de Saúde do Idoso que trouxe como uma de suas propostas, a promoção do envelhecimento saudável, sendo que esse pode ser entendido como o processo de envelhecimento com preservação tanto da capacidade funcional, como da qualidade de vida e da autonomia.

No ano de 2006, através da Portaria nº 2.528, é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja finalidade principal é a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia e da independência do idoso, direcionando ações tanto coletivas quanto individuais de saúde para esse fim, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Dentro das diretrizes apresentadas por essa política, se encontra a promoção do envelhecimento ativo e saudável, seguindo as orientações do documento “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (OMS, 2005), que ressalta a responsabilidade do governo, bem como das organizações internacionais e da sociedade civil, de implementar políticas e programas que contribuam para a melhora da vida do indivíduo idoso, e que passem a enxergá-lo não mais como um ser passivo, mas como agente das próprias ações, numa abordagem firmada em direitos que garantam o seu bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a vida (BRASIL, 2006).

Observa-se então, uma consonância com a saúde coletiva, visto que essa concede importância ao sujeito no processo de produção de saúde, tornando-o protagonista do seu cuidado. O indivíduo não é visto mais apenas como problema, risco, agravo e doença, ele passa a ser compreendido como um ser histórico, subjetivo e social.

Faz parte da lei da diretriz, inclusive, a temática do Envelhecimento Bem-Sucedido, que é o tema que norteia esta pesquisa. Assim, o presente estudo ao explorar as demandas do envelhecimento bem-sucedido e dos fatores que exercem influência sobre ele, está em

consonância com a perspectiva da Saúde Coletiva que enxerga o indivíduo idoso como indivíduo e não como doença/risco, e dá a ênfase no ser humano integral, encarando-o como o ser biopsicossocial e espiritual que é. Além do mais, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, de forma a possibilitar a elaboração de meios e estratégias que tenham como objetivo melhorar as condições de vida da população idosa brasileira.

4. JUSTIFICATIVA

O envelhecimento não pode ser compreendido como um fenômeno homogêneo, estático e generalizável pois as pessoas vivem nos mais diversos contextos e ambientes e sofrem influências das mais diversas naturezas, sejam elas biológicas, sociais, econômicas ou culturais. Arelado a isso, se encontra a ideia de Envelhecimento Bem-Sucedido, tema esse relativamente novo nos estudos de gerontologia, porém amplamente investigado e transformado em paradigmas teóricos, medidas de saúde, estilos de vida e de aposentadoria, e até mesmo adotado para agendas políticas. Todavia não há consenso absoluto sobre o que ele é, o que ele envolve e qual é a melhor forma de medi-lo e de quantificá-lo, o que denota uma significativa lacuna a respeito desse tema.

Diante do exposto, esta pesquisa busca aglutinar as diversas óticas e os mais variáveis constructos teóricos sobre o envelhecimento bem-sucedido a fim de compreendê-lo de forma mais intrínseca destrinchando assim, seus aspectos, seus preditores e seu percurso. Dessa forma pretende-se oferecer dados que sejam capazes de colaborar para que os idosos possam viver e desfrutar de uma velhice saudável e digna.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Avaliar a influência de aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais no envelhecimento bem-sucedido de idosos adscritos na Estratégia de Saúde da Família em São João Del-Rei.

5.2. Objetivos Específicos

- a) Investigar quais os fatores físicos e sociais envolvidos e como esses influenciam no envelhecimento bem-sucedido dos idosos.
- b) Investigar a relação existente entre envelhecimento bem-sucedido e espiritualidade dos idosos.
- c) Analisar quais condições psicológicas estão associadas ao envelhecimento bem-sucedido nos idosos.

6. MÉTODOS

6.1. Desenho do Estudo e Período

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, que faz parte de uma pesquisa maior denominada “Impacto de fatores comportamentais e atitudinais na saúde mental e física de idosos atendidos na estratégia de saúde da família em São João Del-Rei, Brasil”.

6.2. Local

O estudo foi executado no município de São João Del-Rei (MG), situado na mesorregião do Campo das Vertentes. A mesorregião é composta por 36 municípios divididos em 3 microrregiões: Barbacena, Lavras e São João Del-Rei. A microrregião de São João Del-Rei possui 15 municípios. São João Del-Rei está distante 183km de Belo Horizonte, com população de 84.469 habitantes em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). É o polo da microrregião, com sede da Gerência Regional de Saúde e do Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (CISVER). O município tem população predominantemente urbana (79.857 habitantes: 94,5% do total), com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) de 0,758 em 2010 (considerado alto: valores entre 0,700 e 0,799) (PNUD; IPEA; FJP, 2010). Ressalta-se que o índice do IDH-M leva em consideração 3 aspectos: renda, longevidade e educação. Considerando o fator longevidade, São João Del-Rei obteve índice 0,860 e o maior índice no estado em 2010 foi em Nova Lima: 0,885. Em relação ao IDH-M dos 854 municípios de Minas Gerais, ocupava a 27ª posição em 2010.

O município possuía em 2016 (início da pesquisa) a saúde pública estruturada com Estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo: 13 equipes que fazem a cobertura estimada de 52,5% da. Das 13 equipes, 2 estão situadas em distritos de área rural do município.

6.3. População e Amostra

No ano de 2010 a população de indivíduos com 60 anos de idade ou mais em São João Del-Rei era de 11.456 pessoas (13,5% da população total). Dentre esses, 4.698 (41,0%) eram do sexo masculino e 6.758 (59,0%) eram do sexo feminino.

Com o propósito de obter uma amostra representativa do universo de idosos que são atendidos na Estratégia de Saúde da Família de São João Del-Rei, utilizou-se a fórmula para cálculo de tamanho amostral de Slovin/Yamane (SINGH; MASUKU, 2014):

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

onde n=número amostral desejado, N=população de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (3.293) e e=nível de precisão (alfa=0,05), para um nível de confiança de 95% e P=0,5 (GREENLAND *et al.*, 2016). O resultado da fórmula retorna o valor de 356 indivíduos. Portanto, utilizando-se o último cadastramento na ESF (3.293 idosos com idade de 60 anos ou mais), para um nível de confiança de 95%, com um erro amostral tolerável de 5%, o tamanho da amostra foi calculado em 356 sujeitos.

Acrescentou-se ao cálculo amostral 30% para compensação das perdas por razões inevitáveis para a realização das entrevistas para um futuro seguimento de um ano (consideraram-se perdas inevitáveis as situações em que foram sorteados indivíduos que podem vir a falecer e aqueles que se mudarem para residências de difícil localização ou para outros municípios), resultando em amostra final de pelo menos 508 indivíduos coletados no *baseline*, objetivando um mínimo de 356 para o seguimento de um ano.

Os participantes desta pesquisa foram idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cadastrados e atendidos por equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com idade acima ou igual a 60 anos, de ambos os sexos. A amostra foi obtida por estratificação entre as 9 equipes de ESF.

6.3.1. Critérios de inclusão

- Ter idade acima ou igual a 60 anos;
- Ser usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e estar cadastrado na equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da micro área onde reside;
- Concordar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). Em caso de limitação que impedisse o indivíduo assinar, seu representante legal ou cuidador responsável pelas informações assinaria o Termo.

6.3.2. Critérios de exclusão

- Déficit auditivo ou visual grave.
- Mini Exame do estado Mental abaixo de 11
- Portador de sequela de acidente vascular encefálico (AVE) com linguagem comprometida.
- Estar em estágio terminal de patologia grave ou em cuidados paliativos, temporária ou permanentemente acamado.

6.4. Aspectos Éticos

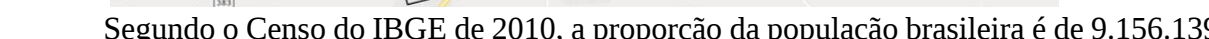
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Este foi aprovado em 01 de março de 2016, sob o número 1.431.964 e seguiu os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes, de acordo com legislações brasileiras, tendo como base a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

6.5. Procedimentos

Foi realizado contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde que, autorizou a realização da pesquisa, permitindo a realização da pesquisa usando os dados do cadastro das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Foram realizadas reuniões junto dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se propuseram a participar da coleta de dados. Das 11 equipes de ESF no município (área urbana), 2 não participaram das reuniões e atividades de treinamento (ambas em bairros onde já havia outra equipe de ESF). Nove equipes participaram das reuniões, representando todos os bairros atendidos por ESF no município. Houve visitas e reuniões nas 9 unidades participantes, para explanação do projeto de pesquisa e para solicitar a ajuda de todos. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) elaboraram uma relação com todos os idosos (idade igual ou acima de 60 anos) cadastrados na microárea. Foi dessa listagem que saiu a base para a randomização/estratificação efetuada. Com 42 ACS envolvidos, a coleta resultou numa lista de 3.293 idosos cadastrados.

Através da técnica da amostragem proporcional estratificada, a amostra foi selecionada com aleatorização (amostra probabilística). Inicialmente o município foi dividido em 5 grandes áreas geográficas (Centro, Norte, Sul, Leste e Oeste). Não havia cobertura por ESF na região Norte e a região Leste é divisa com outro município (Santa Cruz de Minas), também não possuindo ESF na área (Figura 2) na época do desenho do estudo.



A população cadastrada em cada ESE foi estratificada segundo o gênero, criando 2

Tabela 2: População de idosos cadastrados na ESF

REGIÃO / ESF	FEMININO N (%)	MASCULINO N (%)	TOTAL N(%)
Centro			
Bela Vista			
São Geraldo	585 (61,8)	361 (38,2)	946 (28,7)
Sr. Dos Montes			
Sul			
Bom Pastor			
Bonfim, Guarda Mor Pio XII	817 (56,2)	636 (43,8)	1.453 (44,1)
Oeste			
Tejuco I			
Tejuco II	552 (61,7)	342 (38,3)	894 (27,1)
Total	1.954 (59,3)	1.339 (40,7)	3.293 (100,0)

Ocorreram treinamentos dos ACS que foram divididos em três grupos para permitir turmas menores durante a preparação. Cada ACS foi treinado para compreender a relevância da pesquisa e do aplicar adequadamente os instrumentos do questionário.

Foi efetuado um projeto piloto, com aplicação dos questionários em uma equipe de ESF aleatoriamente selecionada para verificar se haveriam dificuldades durante a aplicação dos questionários. Uma importante complicação encontrada foi a visualização das respostas na escala Likert (quando necessário). Essa dificuldade foi solucionada através da elaboração de impressos plastificados com as respectivas escalas de cada questionário, utilizando fonte Arial 16 para o texto e Arial 26 para os números, permitindo uma boa visualização das respostas. Outra dificuldade encontrada foi o longo tempo de resposta de algumas pessoas, sendo resolvido com a possibilidade de aplicar o questionário em dois momentos distintos, ficando acordado que as respostas seriam obtidas em intervalo máximo de cinco dias entre os dois momentos permitidos.

Apesar de alguns questionários poderem ser autoaplicáveis, no estudo optou-se pela aplicação pelo pesquisador, dada a dificuldade de leitura, problemas visuais e o analfabetismo, que podem ser encontrados em idosos.

Houve grande dificuldade para os ACS cumprirem a meta de aplicação dos questionários, portanto foi necessário criar um Projeto de Extensão no Centro Universitário

Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN) a fim de possibilitar o treinamento e participação de alunos da instituição na coleta dos dados. Os alunos foram elegidos mediante comparecimento voluntário na reunião de apresentação do projeto de pesquisa e treinamento para a aplicação dos questionários. Havia necessidade de comprometimento com a carga horária semanal para cumprir a meta estabelecida e houve acompanhamento dos alunos por ACS, quando possível.

Os ACS divulgaram entre os idosos a importância da sua participação na pesquisa durante as visitas domiciliares. Após o idoso aceitar o convite de participar da pesquisa, o ACS, ou o aluno da graduação ou a própria pesquisadora, lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que seria assinado pelo participante caso houvesse plena compreensão dos termos e concordância. Após preenchimento do TCLE, iniciou-se a coleta dos dados.

6.6. Instrumentos

6.6.1. Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM ou MiniMental), foi desenvolvido por Marshal F. Folstein e publicado pela primeira vez em 1975 (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), com o intuito de avaliar o estado mental e especificamente os sintomas de demência de maneira simplificada, padronizada e rápida no contexto clínico. O questionário original possui duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção engloba itens que avaliam orientação, memória e atenção (somando 21 pontos) e a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho de dois polígonos (somando nove pontos). O escore total é de 30 pontos. Utilizamos no estudo a escala traduzida para o português publicada por Paulo H. F. Bertolucci (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) e validada por Lourenço & Veras (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Os pontos de corte 23/24 recomendados por Folstein *et al.* como sugestivos de déficit cognitivo na publicação inicial, não levavam em conta alguns critérios como idade e escolaridade, diferindo do que ocorre em vários países, inclusive no Brasil (KOCHHANN *et al.*, 2010; MELO; BARBOSA, 2015; PARADELA *et al.*, 2015). Diante das características do questionário e sua utilização (no caso da pesquisa, não foi utilizado a fim de diagnosticar ou acompanhar doentes com demência, mas sim para exclusão de indivíduos que eram possíveis portadores de demência), utilizamos os seguintes pontos de corte: excluídos do estudo os idosos que não atingiram 11 pontos se analfabetos, 17 pontos se tiveram até 8 anos e 11 meses de

instrução formal e 25 pontos se tiveram 9 anos ou mais de instrução formal (MELO; BARBOSA, 2015; VALLE *et al.*, 2009).

6.6.2. Dados Sociodemográficos

6.6.2.1. Idade

Calculada a partir da data de nascimento informada e verificada junto ao cadastro na ESF.

6.6.2.2. Sexo

Categorizado como masculino ou feminino.

6.6.2.3. Estado Conjugal

Categorizado como solteiro(a), casado(a) ou vivendo com parceira(o), viúvo(a), divorciado(a) ou separado(a) e outros.

6.6.2.4. Escolaridade

Inicialmente foi avaliado os anos de estudo, para em seguida ser avaliado o grau de instrução categorizados como analfabeto, primário incompleto, primário completo (até 4ª série), ginásial incompleto, ginásial completo (até a 8ª série), colegial incompleto, colegial completo (ensino médio), superior incompleto e superior completo (nesse caso, é necessário especificar qual curso foi concluído). Para fins de classificação por estratos econômicos, foi categorizado o grau de instrução do chefe de família, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil, preconizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” (ABEP, 2008). Pontuação atribuída ao grau de instrução do chefe da família será utilizada associada à posse de itens para classificação econômica (Quadro 1).

Quadro 1 – Pontuação conforme grau de instrução do chefe da família

Grau de instrução do chefe da família		Pontos
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

Fonte: ABEP, 2008.

6.6.2.5. Ocupação Habitual

Ocupação atual e habitual, categorizada como:

- I. Aposentado(a), mas trabalha. Nesse caso, especificar a atividade que exerce.
- II. Só aposentado(a).
- III. Dona de casa / doméstico
- IV. Pensionista
- V. Aposentado(a) e pensionista
- VI. Trabalhador. Nesse caso, especificar a atividade que exerce.
- VII. Nenhuma das opções anteriores

6.6.2.6. Renda Mensal

Renda mensal (individual e familiar), informada em reais. Classificação por estrato econômico segundo Critério de Classificação Econômica Brasil, preconizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), valores referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) em 2017 (ABEP, 2018).

Quadro 2 – Classificação por estrato econômico segundo renda familiar

Estrato Econômico	Renda média domiciliar mensal (R\$)
A	23.345,11
B1	10.386,52
B2	5.363,19
C1	2.965,69
C2	1.691,44
D-E	708,19

Fonte: ABEP, 2018

6.6.2.7. Raça / Cor da Pele

Categorizado como branca, negra, amarela, parda, indígena ou não soube declarar.

6.6.2.8. Hábitos de Tabagismo ou Etilismo

Questionário elaborado pelo pesquisador, baseado em informações necessárias para determinar o uso de tabaco ou álcool.

Embora haja diversos conceitos para definir o tabagismo e descrições de várias complicações associadas ao tabagismo indireto (“fumante passivo”) e ao ex-tabagista, utilizaremos o conceito da OMS de “uso regular” e será considerado somente o uso atual de tabaco. A OMS considera fumante regular o sujeito que fuma cinco cigarros por dia há mais de 15 dias (INCA, 2017).

As questões são: se fuma, há quanto tempo e quantos cigarros por dia.

Não há consenso no que diz respeito a quantidade de álcool ingerido que oferece segurança ao indivíduo. Além da quantidade, padrões de consumo também podem trazer danos à saúde (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014). Para categorizar o uso abusivo ou prejudicial, utilizaremos o critério estabelecido pelo *U.S. Department of Health and Human Services (HHS)*, que estabelece uso moderado admissível de até uma dose diária para mulheres (ou sete doses por semana) e duas doses diárias para homens (ou catorze doses por semana) (HHS, 2015). Cada dose é definida como contendo 18ml de álcool que corresponde em média a 350ml de cerveja ou 150ml de vinho ou 45ml de bebida destilada (HHS, 2015).

Para avaliar o etilismo, as questões tratam se bebe, há quanto tempo, qual a frequência semanal, quantidade e tipo de bebida.

6.6.2.9. Posse de Itens

Baseado nos Critérios de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (ABEP, 2008), pontuando a posse de itens conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Pontuação para a posse de itens

Item	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP, 2008.

Associado ao grau de instrução do chefe da família, aplica-se a pontuação para classificação de estrato econômico (Quadro 4):

Quadro 4 – Classificação econômica conforme pontuação de posse de itens e instrução do chefe da família

Pontos	Classe
42-46	A1
35-41	A2
29-34	B1
23-28	B2
18-22	C1
14-21	C2
8-13	D
0-7	E

Fonte: ABEP, 2008.

6.6.3. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

A *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)* foi criada em 1993 por Lovibond & Lovibond e validada em 1995 (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995), inicialmente contendo 42 itens que refletem sintomas emocionais negativos, com três subescalas de 14 itens, para avaliar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. A escala se baseia no “Modelo Tripartite de Ansiedade e Depressão” proposto por Clark e Watson em 1991 (CLARK; WATSON, 1991), em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas: presença de afeto negativo (que são sintomas inespecíficos e estão incluídos tanto na depressão como na ansiedade) ; ausência de afeto positivo (representam sintomas comuns na depressão); hiperestimulação fisiológica, comum na ansiedade. Os autores da escala levaram em conta ainda o conceito de estresse como sendo uma experiência emocional, acompanhada de aspectos bioquímicos, fisiológicos, cognitivos e comportamentais caracterizada por uma cascata de reações fisiológicas denominada “síndrome geral de adaptação” (CLARK; WATSON, 1991).

A *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)* é a versão reduzida da escala, constituída por itens da versão original selecionados conforme critérios de conteúdo, ou seja, representação das subfacetas dos construtos avaliados e estatísticos, validada por Antony et al (ANTONY *et al.*, 1998), demonstrando suas propriedades psicométricas aceitáveis e possibilidade de aplicação em tempo menor. Vignola e Tucci (VIGNOLA; TUCCI, 2014) foram os responsáveis por adaptar e validar a escala no Brasil. A escala é um instrumento

de autorrelato composto por três subescalas com sete itens cada, para avaliar depressão, ansiedade e estresse na semana anterior (Quadro 5). As respostas são dadas em uma escala *Likert* de 4 pontos, que variam entre zero (“Não se aplicou de maneira alguma”) e três (“Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”). Os escores para cada um dos três constructos são calculados como a soma dos escores para os sete itens avaliados multiplicados por dois (multiplicação decorre da interpretação usada para a escala de 42 questões utilizada para a versão abreviada de 21 questões). As variações de escores correspondem a níveis de sintomas, que variam entre “normal” e “muito grave” (Quadro 5) (LOVIBOND, S.H., LOVIBOND, 2004).

Quadro 5 – Itens da Escala de Ansiedade Depressão e Estresse-21 com seus respectivos constructos

1	Achei difícil me acalmar	Estresse
2	Senti minha boca seca	Ansiedade
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	Depressão
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex.: respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	Ansiedade
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	Depressão
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	Estresse
7	Senti tremores (ex.: nas mãos)	Ansiedade
8	Senti que estava sempre nervoso	Estresse
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	Ansiedade
10	Senti que não tinha nada a desejar	Depressão
11	Senti-me agitado	Estresse
12	Achei difícil relaxar	Estresse
13	Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	Depressão
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	Estresse
15	Senti que ia entrar em pânico	Ansiedade
16	Não consegui me entusiasmar com nada	Depressão
17	Senti que não tinha valor como pessoa	Depressão
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	Estresse

19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex.: aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	Ansiedade
20	Senti medo sem motivo	Ansiedade
21	Senti que a vida não tinha sentido	Depressão

Fonte: Vignola RC, Tucci AM, 2014.

Quadro 6 – Interpretação do resultado DASS -21

Interpretação	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Muito grave	≥ 28	≥ 20	≥ 34

Fonte: Lovibond, SH, Lovibond PF, 2004.

6.6.4. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) originalmente foi proposto por um grupo de trabalho de pesquisadores durante uma reunião científica em Genebra, Suíça, em abril de 1998 (CRAIG *et al.*, 2003). Posteriormente foram processadas oito versões do questionário dependendo da forma de aplicação (auto aplicação, entrevista por telefone), da forma do questionário (longo ou curto) e do critério de atividade física (semana usual ou última semana) (CRAIG *et al.*, 2003). No Brasil os questionários foram validados, as formas curta e longa apresentaram resultados de validade e reprodutibilidade similares, com a observação que a forma curta foi mais bem aceita pelos participantes porque a “forma longa se torna repetitiva e cansativa para responder” (MATSUDO *et al.*, 2012). Nesse estudo citado, ainda há uma observação em relação à dificuldade de se interpretar algumas perguntas do questionário, especialmente no que se trata identificar o que quer dizer uma semana usual ou normal (MATSUDO *et al.*, 2012). Além disso, a escala indicada para idosos leva em consideração as atividades realizadas nos últimos 7 dias, por essa razão foi utilizada neste estudo a escala que avalia a última semana.

Para classificar os níveis de atividade física levou-se em os critérios definidos no “Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ, 2005)” (IPAQ, 2005), que classifica os níveis de atividade física em

Baixo, Moderado ou Alto, de acordo com o cálculo de gasto energético. O gasto energético é usado para estimar o custo metabólico da atividade física em relação àquele que vigora durante o estado de repouso, expresso numa unidade denominada MET (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - HHS, 2008). MET refere-se ao equivalente metabólico e 1 MET é a taxa de gasto de energia do corpo humano enquanto está sentado em repouso, significando a absorção de oxigênio de 3,5 mililitros por quilograma de peso corporal por minuto. Frequentemente as atividades físicas são classificadas por intensidade usando o MET como referência. Um efeito fisiológico que se é sabido da atividade física é que ele gaste energia. Um equivalente metabólico, ou MET, é uma unidade útil para descrever o gasto energético de uma atividade específica, sendo um MET a proporção da taxa de energia gasta durante uma atividade, em relação à taxa de energia gasta em repouso. Se uma pessoa faz uma atividade de 4 MET por 30 minutos, ele fez $4 \times 30 = 120$ MET-minutos (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - HHS, 2008). Utilizando esse cálculo para definir a classificação semanal, os critérios no “Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ, 2005)” utilizam como parâmetro: caminhada = 3,3 METs; atividade moderada = 4,0 METs e atividade vigorosa = 8,0 METs. Para obter o valor final usamos o cálculo demonstrado na Quadro 7.

Quadro 7 – Cálculo do Total de Atividade Física (METs/min/semana)

Caminhada (METs/min/semana) = 3,3 x minutos de caminhada x dias por semana
Atividade moderada (METs/min/semana) = 4,0 x minutos de atividade moderada x dias por semana
Atividade vigorosa (METs/min/semana) = 8,0 x minutos de atividade vigorosa x dias por semana
Total de Atividade Física em METs/min/semana = soma dos valores obtidos acima

Conforme o Total de atividade física, classificamos em 3 categorias:

1. Baixo: 599 METs/min/semana ou menos.
2. Moderado: entre 600 METs/min/semana e 2999 METs/min/semana.
3. Alto: 3000 METs/min/semana ou mais.

6.6.5. Mini Questionário de Sono (Mini-Sleep Questionnaire – MSQ)

Criado por Zomer et al. em 1985 (ZOMER *et al.*, 1985) O *Mini-sleep Questionnaire* (MSQ) é um instrumento que detecta distúrbios do sono nas populações clínicas, usado para avaliar a qualidade subjetiva do sono. A versão em português foi publicada por Gorestein et al. em 2000 (GORESTEIN; TAVARES; ALOE, 2000) e validada por Falavigna et al. em 2011 (FALAVIGNA *et al.*, 2011). Embora breve, consiste em duas subescalas que investigam insônia/qualidade do sono e sonolência diurna. Composto por uma escala de auto relatório de dez itens, cada item consiste em uma escala Likert variando de um (“Nunca”) a sete (“Sempre”) e a pontuação total para cada subescala (por exemplo, insônia e hipersonia) é definida como a soma aritmética da pontuação para seus itens. A soma total dos escores é dividida em quatro níveis de dificuldades de sono:

1. 10 a 24 pontos: boa qualidade de sono;
2. 25 a 27 pontos: dificuldades de sono leves;
3. 28 a 30 pontos: dificuldades de sono moderadas;
4. 31 pontos ou mais: graves dificuldades de sono.

6.6.6. Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL)

Qualidade de vida é definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life -WHOQOL Group*) como a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1994). Este conceito reflete a visão de que a qualidade de vida se refere a uma avaliação subjetiva que está inserida em um contexto cultural, social e ambiental. Com o objetivo de criar um instrumento de pesquisa que pudesse ser utilizado em diversos países com possibilidade de comparação dos dados, o Grupo desenvolveu um questionário denominado *WHOQOL-100*, decorrente da participação de estudos multicêntricos que elaboraram 1800 questões relativas à qualidade de vida que depois foram reduzidas para 100 questões, baseadas em conceitos semânticos e culturais.

De acordo com a necessidade de um instrumento curto que pudesse ser aplicado em menor tempo, mas com características psicométricas satisfatórias, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref*

(WHOQOL GROUP, 1998). O *WHOQOL*-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, subdivididas em quatro domínios, a saber: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. Assim, no *WHOQOL*-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (SKEVINGTON, S; LOTFY; O'CONNELL, K, 2004). O critério de seleção das questões para compor o *WHOQOL*-bref foi tanto psicométrico como conceitual. O *WHOQOL*-bref foi validado no Brasil por Fleck em 2000 (FLECK *et al.*, 2000), apresentando bom desempenho psicométrico e praticidade de uso. A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5 numa escala Likert, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida. A soma dos escores finais médios de cada domínio dependente, pode variar entre 4 e 20. Foi realizada uma correspondência entre a escala de 4 a 20 e a escala de 0 a 100, utilizada no instrumento de avaliação não abreviado para o cálculo da média.

6.6.7. Questionário de Suporte Social (versão abreviada)

O Questionário de Suporte Social (*Social Support Questionnaire* – SSQ6) foi criado por Sarason et al. em 1983 (SARASON *et al.*, 1983). Inicialmente foi elaborado com 61 itens e em seguida houve a redução para 27, objetivando avaliar o suporte social percebido, através tanto do número de pessoas disponíveis quanto da satisfação com o suporte disponível. Em 1987, os mesmos autores desenvolveram uma versão abreviada desse instrumento (SSQ6), com seis questões, que se apresentou como uma boa alternativa à versão longa anterior (SARASON *et al.*, 1987).

No questionário é possível elencar até nove pessoas que o respondente considere que possam auxiliá-lo em caso de necessidade, além de contar com a opção “ninguém”, se assim o preferir. Na segunda parte, é uma escala do tipo *Likert* que vai de 1 (muito insatisfeito) a 6 (muito satisfeito) pontos, relativa ao grau de satisfação com o suporte recebido. O SSQ6 permite avaliar duas dimensões distintas e complementares: a percepção da disponibilidade ou número (SSQ6N) e a percepção da satisfação com o suporte social (SSQ6S).

Matsukura et al. (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002) foram responsáveis por traduzir e validar a escala na sua versão inicial com 27 questões e a versão

breve foi validada no trabalho de Castelar-Perim em 2011 (CASTELAR-PERIM *et al.*, 2011), sendo essa versão utilizada em nosso trabalho.

O questionário fornece dois escores. O SSQ6N – o índice N indica a quantidade percebida de pessoas que oferecem suporte social, obtido pela soma do número de pessoas dividido por seis, que é o número de questões (média aritmética simples), portanto o score pode variar de zero a nove. O SSQ6S – o índice S mostra a satisfação com esse suporte social. Para o índice S, somam-se as avaliações de cada item e divide-se por 6 (número de questões). A média estará entre 1 e 6, correspondendo ao grau de satisfação com o suporte social. Para este estudo, as respostas foram assim agrupadas: entre 1 e 2 correspondem a insatisfeito, 3 e 4 neutros (nem insatisfeito nem satisfeito) e 5 e 6 satisfeito.

6.6.8. Questionário de Espiritualidade (Spirituality Self Rating Scale – SSRS)

A *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS), foi desenvolvida por Galanter *et al.* em 2007 (GALANTER *et al.*, 2007). O instrumento é composto por seis itens que avaliam aspectos da espiritualidade do indivíduo em que os respondentes devem marcar uma opção numa escala *Likert* de 5 itens, variando de um (“Concordo totalmente”) a cinco (“Discordo totalmente”). Para mensuração é necessário fazer o somatório de pontos, porém, antes disso recodificamos cada item do instrumento (por exemplo, escore de 5 torna-se 1; 2 torna-se 4; e assim por diante). As respostas recodificadas são somadas para produzir o escore total, e este, por sua vez, representa o nível de orientação espiritual, que pode variar de 6 a 30 pontos. A escala foi traduzida, adaptada e validada para o Brasil em 2009 (DE SOUZA GONÇALVES; PILLON, 2009), apresentando valores de consistência interna semelhantes aos da versão original em inglês.

6.6.9. Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT-SP12)

As escalas FACIT são uma série de questionários de qualidade de vida relacionados à saúde (*Health Related Quality of Life – HRQOL*), direcionados para o manejo das doenças crônicas. Inicialmente desenvolvidos como questionários focados em pacientes com câncer (*Functional Assessment of Cancer Therapy – General : FACT-G*) até adotar em 1997 a nomenclatura FACIT (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) (WEBSTER; CELLA; YOST, 2003). Estimando a importância dos aspectos espirituais e religiosos nos portadores de doenças crônicas, Peterman *et al.* elaboraram um questionário em 2002

abordando essa dimensão, baseado nos questionários FACIT e denominou FACIT-Sp (PETERMAN *et al.*, 2002). Traduzida para o português em 2011 por Bredle et al. (BREDLE *et al.*, 2011), validada em Portugal por Pereira & Santos em 2011 (PEREIRA; SANTOS, 2011) e validada no Brasil em 2013 por Lucchetti et al. (LUCCHETTI *et al.*, 2013), esta escala enfatiza os aspectos existenciais da espiritualidade e da fé e é uma medida utilizada para avaliar o bem-estar espiritual dos portadores de doenças crônicas, com conteúdo não limitado a nenhuma tradição religiosa ou espiritual. Constituída por 12 itens e três subdomínios de bem-estar espiritual, que ajudam a facilitar uma exploração aprofundada dos componentes que constituem o bem-estar espiritual (paz, significado e fé). As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de *Likert* de cinco pontos (0= nem um pouco até 4= muitíssimo), referindo-se ao período da última semana (últimos 7 dias). O escore final é obtido através da soma das respostas, após o cálculo reverso para 2 questões (números 4 e 8), sendo que valores mais elevados traduzem melhor qualidade de vida/melhor bem-estar espiritual

6.6.10. Escala de Religiosidade de Duke

Desenvolvida por Koenig & Bussing em 1997, denominada posteriormente *Duke University Religion Index (DUREL)* (KOENIG; BÜSSING, 2010), a escala engloba cinco itens, que mede três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde:

Item 1: Religiosidade Organizacional (RO): frequência a encontros religiosos coletivos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.);

Item 2: Religiosidade Não Organizacional (RNO): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.);

Itens 3 a 5: Religiosidade Intrínseca (RI): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.

As opções de resposta dos três últimos itens estão em escala do tipo *Likert* com 5 pontos variando de um (“Totalmente verdade para mim”) a cinco (“Não é verdade”).

Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total.

A escala foi validada no Brasil em 2010 por Lucchetti et al. (LUCCHETTI *et al.*, 2012).

6.6.11. Escala de Resiliência Psicológica

Escala desenvolvida por Wagnild & Young em 1993 para aferir níveis de resiliência (WAGNILD, G M; YOUNG, 1993). Formada inicialmente por 50 itens, foi reduzida para 25 itens descritos de forma positiva, com resposta tipo *Likert* de 7 pontos variando entre um (“Discordo totalmente”) a sete (“Concordo totalmente”). Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. A somatória dos pontos gera um escore, que neste estudo foi categorizado de acordo com a autora da escala: escores até 124 representam uma baixa resiliência, entre 125 e 145 uma resiliência média e acima de 145 uma alta resiliência(WAGNILD, GAIL, 2009).

Em 2005 Pesce et al. publicaram a adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala para uso no Brasil (PESCE *et al.*, 2005), identificando cinco componentes como fatores para resiliência: autossuficiência, sentido da vida, equanimidade, perseverança e singularidade existencial (corroborando teoria dos autores da escala). Em 2015, Perim et al. (CASTELAR PERIM *et al.*, 2015) avaliaram a estrutura fatorial para o contexto brasileiro da escala de resiliência, verificando a confiabilidade da estrutura dimensional dos cinco fatores, cada um deles avaliado por questões específicas da escala. O componente “autossuficiência” é avaliado pelos itens 02, 09, 13, 18 e 23 da escala Resiliência e está relacionado à crença que o sujeito possui nele mesmo e ao autoconhecimento de seus limites. O “sentido de vida” relaciona-se à confiança de que exista um bom motivo para se viver e é avaliado pelos itens 04, 06, 11, 15 e 21 da escala. A “equanimidade”, expressa pelos itens 07, 12, 16, 19 e 22 da escala, demonstra a flexibilidade do indivíduo enfrentar os diversos acontecimentos da vida. O componente “perseverança” é a capacidade do indivíduo não perder a motivação e é representado pelos itens 01, 10, 14, 20 e 24. A “singularidade existencial” expressa o sentimento de que somos únicos, avaliada pelos itens 03, 05, 08, 17 e 25. (CASTELAR PERIM *et al.*, 2015)

6.6.12. Questionário de Voluntariado

Questionário elaborado pelo pesquisador, baseado em informações necessárias para categorizar a atividade voluntária bem como sua importância na qualidade de vida e aspectos da saúde física e mental (DE SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2010), publicadas em estudos prévios sobre o assunto (DULIN *et al.*, [S.d.]; TANG; MORROW-HOWELL; HONG, 2009).

Três questões sobre a atividade: se exerce alguma atividade voluntária, há quanto tempo e tempo ocupado na atividade (qual o número de horas destinadas ao trabalho voluntário e sua periodicidade: diário, semanal ou mensal).

6.6.13. Escala de Altruísmo Auto-informado

O altruísmo normalmente tem sido avaliado por meio de instrumentos de autorrelato. Em 1981, Rushton et al. (RUSHTON; CHRISJOHN; FEKKEN, 1981), com base na inconsistência na literatura existente em mensurar o comportamento altruísta nos indivíduos, elaboraram a Escala de Altruísmo Auto informado (*Self-Report Altruism Scale*). O questionário foi originalmente composto por 20 itens, sendo que os respondentes devem avaliar com qual frequência realizam atividades. As respostas são dadas em escala *Likert* de cinco pontos, variando de zero (“Nunca”) a quatro (“Muito frequentemente”).

Com o objetivo de medir o altruísmo em pesquisas nacionais, Gouveia et al. (GOUVEIA et al., 2010) decidiram validar a escala para ser utilizada no contexto nacional. Na análise do poder discriminativo dos itens, o item 8 mostrou-se inadequado (8- Já doei sangue), o que foi corroborado na análise fatorial exploratória. Além deste item, dois outros se revelaram igualmente inadequados (1- Já ajudei a empurrar um carro enguiçado (quebrado) de um estranho e 12- Já dei carona a um estranho no meu carro (dos meus pais ou amigos)). Neste sentido, pareceu mais adequado contar com uma versão com 17 itens desta escala. A versão reduzida do instrumento, composta por 17 itens, apresentou boa consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,85 (GOUVEIA et al., 2010).

6.6.14. Escala de Satisfação com a Vida

A escala de satisfação com a vida foi desenvolvida por Diener et al. em 1985 (DIENER, E. D., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., & GRIFFIN et al., 1985) e verifica o julgamento pessoal do sujeito sobre sua qualidade de vida. Trata-se de um instrumento unidimensional de cinco itens com respostas em escala *Likert* variando entre um (“Discordo fortemente”) e sete (“Concordo fortemente”), totalizando escore mínimo de cinco (menor satisfação) e máximo de 35 (maior satisfação). Sua consistência interna é boa (alfa = 0,87) e a confiabilidade teste-reteste após dois meses é de 0,82 em estudo para validar a escala para o Brasil, feito por Gouveia em 2009, utilizando a escala com o nome *Brazilian-Portuguese Version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS-BP)* (GOUVEIA et al., 2009).

Conforme o valor do escore final, classificamos em 7 categorias:

1. 31 a 35 pontos: Extremamente satisfeito
2. 26 a 30 pontos: Satisfeito
3. 21 a 25 pontos: Moderadamente satisfeito
4. 20 pontos: Neutro
5. 15 – 19 pontos: Moderadamente insatisfeito
6. 10 – 14 pontos: Insatisfeito
7. 5 – 9 pontos: Extremamente insatisfeito

6.6.15. Escala de Solidão

Denominada Escala de Solidão UCLA (*University of California, Los Angeles*), foi desenvolvida por Russel et al. em 1978 (RUSSELL; PEPLAU; FERGUSON, 1978) contendo 20 perguntas referentes à frequência com que o respondente vivenciou situações de convívio social e atividades desenvolvidas isoladamente. As alternativas de resposta estão em escala *Likert* de quatro itens, variando entre um (“Nunca”) e quatro (“Sempre”). Essa versão apresentou coeficiente de consistência interna entre 0,89 e 0,94, dependendo da amostra do estudo, correlação teste-reteste de 0,73 após um ano. Já está em sua terceira versão, com adaptações de palavras e pontuação (RUSSELL, 1996). Foi traduzida e validada para o português em 1984 por Pinheiro et al. (PINHEIRO; TAMOYO, 1984), sendo novamente traduzida e validada em 2016 por Barroso et al. (BARROSO *et al.*, 2016), seguindo recomendação do Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP nº 002/2003, alterada pela Resolução CFP nº 006/2004 e Resolução CFP nº 005/2012) e nomeada como Escala Brasileira de Solidão UCLA (UCLA-BR). O valor da escala é obtido pelo somatório das respostas, indicando maior solidão quanto maior a pontuação.

6.6.16. Questionário de Sentido de Vida

The Meaning in Life Questionnaire é uma medida de sentido de vida que foi desenvolvida por Steger et al. em 2006 (STEGER *et al.*, 2006), e que é formada por dez itens, na qual discriminam duas dimensões: a busca e a presença de sentido na vida. A busca do sentido se refere àquelas pessoas que estão tentando compreender ou aumentar o propósito de sua vida, enquanto que a presença diz respeito àquelas que estão engajadas em um sentido ao longo da vida. O questionário foi traduzido e validado para o Brasil por 2 autores em 2015:

Aquino et al. (AQUINO *et al.*, 2015) e Damásio et al. (DAMÁSIO; KOLLER, 2015). Utilizamos o Questionário de Sentido de Vida (QSV), formado por dez itens avaliados em escala de 7 pontos, variando numa escala *Likert* de um (“Totalmente falso”) a sete (“Totalmente verdadeiro”).

Itens 1, 4, 5, 6 e 9 avaliam a “presença de sentido”, sendo que a questão número nove tem resultado invertido. Os itens 2, 3, 7, 8 e 10 avaliam a “busca por sentido”.

6.6.17. Questionário de Envelhecimento Bem-Sucedido

Não existe uma definição consensual do envelhecimento bem-sucedido (EBS). Qualquer avaliação deste tema deve ser feita sob um ponto de vista multidimensional, de modo a abranger tanto fatores físicos, quanto aspectos psicológicos e sociais. Optamos pela escala “*Successful Aging Scale (SAS)*”, desenvolvida em 2009 por Reker (REKER, 2009), sendo uma escala que aborda o referencial teórico dos quatro principais modelos de EBS da atualidade: o de Ryff (Bem-estar psicológico), o de Baltes e Baltes (Seleção, Otimização e Compensação), o de Schulz e Heckhausen (Controle Primário e Secundário) e o de Rowe e Kahn (Evitar a doença/deficiência; Alto funcionamento cognitivo e físico; e Envolvimento ativo com a Vida) (CRISPIM, 2014). Escala traduzida e validada para o português por Crispim em 2014 (CRISPIM, 2014), resultando num questionário de 10 itens. A versão original possui 14 itens, porém no processo de adaptação/validação foram excluídos os itens 01 (Sou incapaz de fazer escolhas sobre coisas que afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e cigarro) e 11 (Sinto que não estou no controle do ambiente à minha volta), por resultado inconsistente provavelmente ocorrido pela formulação negativa da questão, o que dificulta a compreensão. O item 04 (Mantenho relações de confiança e afeto com pessoas significativas para mim) também não apresentou carga fatorial nas duas dimensões identificadas na escala adaptada no Brasil, sendo excluído. Outro item excluído da SAS adaptada ao Brasil foi o de número 5 (Estou envolvido ativamente com a vida através de atividades produtivas), por não indicar valor significativo nas dimensões encontradas, já que isso pode ter ocorrido pelo fato de muitos entrevistados associarem atividades produtivas como um emprego. A escala final denominada “Escala de Envelhecimento Bem-sucedido” possui duas dimensões: Compromisso com a vida e Estilo de vida saudável, com valores significativos de consistência interna ($\alpha = 0,65$). Constituída por dez itens avaliados em escala de 7 pontos, variando numa escala *Likert* de um (“Concordo fortemente”) a sete (“Discordo fortemente”). Resultado é a soma dos escores, variando de 10 a 70.

6.6.18. Questionário Saúde: Doenças Autorreferidas

Criado pelo autor, o questionário é baseado em publicações anteriores que abordam as doenças autorreferidas (NOGUEIRA *et al.*, 2010; PERES *et al.*, 2010). Composto por autoavaliação do estado de saúde e diagnóstico prévio de doenças crônicas e outras patologias (distúrbios de audição, visão, etc.).

6.6.19. Questionário de Uso de Medicamentos

Para fins de pesquisa sobre uso de medicamentos, utilizou-se critérios de uso baseados no método Dáder de seguimento farmacoterápico, desenvolvido pelo “*Grupo de Investigación ver Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada*” (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009). Baseado nos dados necessários para avaliar o uso de medicamentos por idosos, foi feito um questionário abordando o nome do medicamento, sua concentração por dose, o número de doses diárias, quem prescreveu e se o uso é contínuo (por mais de 30 dias) ou esporádico (por 29 dias ou menos). As informações solicitadas no questionário se baseiam em estudos prévios sobre uso de medicamentos em idosos (ARAÚJO; GALATO, 2012; CASSONI *et al.*, 2014; FOCHAT *et al.*, 2012; PINTO; FERRÉ; PINHEIRO, 2012; RIBAS; OLIVEIRA, 2014; SANTOS *et al.*, 2013). Os medicamentos serão classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System (World Health Organization)* (“WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology”, 2018) e agrupados conforme o quinto nível dessa classificação.

6.7. Análise Estatística

Os dados obtidos foram digitados em um banco de dados do programa *Excel for Windows*, pelos pesquisadores e uma auxiliar de pesquisa. Foi realizado o procedimento de *double check* para checar a consistência dos dados digitados, um procedimento que cada digitador conferiu a tabulação de dez questionários digitados pela outra pessoa, sorteados de maneira aleatória. Após conferido, os dados foram exportados para o programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 21 (IBM, 2012) e foi verificada novamente a consistência e eventuais erros de digitação do banco.

A análise estatística foi realizada através da realização de uma análise descritiva das principais variáveis demográficas por meio de frequência, porcentagem, média e desvio-padrão.

Na análise inferencial, avaliou-se a correlação entre o escore total da “Escala de Envelhecimento Bem-sucedido” e todas as variáveis investigadas no estudo através do Coeficiente de correlação de Pearson para variáveis contínuas e Spearman para variáveis dicotômicas ou categóricas.

Em seguida, foram realizados modelos de regressão linear múltipla tendo o escore da “Escala de Envelhecimento Bem-sucedido” como variável dependente e todas as variáveis que foram significantes nas correlações como independentes. Para o modelo final, as variáveis foram incluídas se a probabilidade de F para entrar foi $\leq 0,05$ e foram removidas se a probabilidade de F para remover foi $> 0,10$. Avaliou-se o *goodness-of-fit measure* através do *R-squared* e ajustado *R-squared* do modelo final.

Adotou-se $p < 0,05$ como significativo e o intervalo de confiança foi de 95%.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do presente estudo estão apresentados no artigo intitulado: “*Factors Associated with Successful Aging in Brazilian community-dwelling Older Adults: when the physical is not enough*” que segue em anexo, o qual já foi submetido à avaliação para publicação em periódico.

Factors Associated with Successful Aging in Brazilian community-dwelling Older Adults: when the physical is not enough

Abstract

Introduction: Despite the fact that the association between the physical dimension and successful aging is well consolidated in the scientific literature, the aging process is multidimensional and suffers the influence of several factors still little understood. This study aims to assess the most common factors (physical, psychological, social and spiritual) that are associated with successful aging in community-dwelling older adults.

Methods: A cross-sectional study representative of older adults included in the public family medicine program at the city of São João Del-Rei, Brazil was carried out. A questionnaire including successful aging (Successful Aging Scale) and its associated factors (sociodemographics, resilience, religiosity, spirituality, the meaning of life, quality of life, social support, referred diseases, mental health, number of medications, among others) was used. The analysis was conducted through linear regression models

Results: A total of 534 older adults were evaluated, being 59% females with a mean age of 69 years. In the linear regression models, higher successful aging scores were associated with higher levels of resilience (Beta=0.371, $p<0.001$), greater meaning of life (Beta=0.174, $p<0.001$), higher quality of life (Beta=0.203, $p<0.001$), fewer diseases (Beta=0.128, $p<0.001$), greater sense of life (Beta=0.116, $p=0.001$), lower loneliness (Beta=-0.133, $p=0.001$), fewer cigarette consumption (Beta =-0.080, $p=0.013$), higher environmental quality of life (Beta=0.092, $p=0.013$) and greater religious attendance (Beta=0.068, $p=0.035$).

Conclusion: Our findings show that the physical factors, although important, do not seem to be the main factors associated with successful aging in older adults. These findings can help geriatricians and gerontologists to value other dimensions such as social, environmental, behavioral, psychological and spiritual in order to achieve a more comprehensive care in this age group.

Keywords: *successful aging – spirituality – active aging – physical health - psychological factors -social factors.*

Introduction

The aging population points in the 21ST century as a significant sociodemographic event with numerous political, economic and social repercussions that bring with it the challenge of adding quality of life for the elderly, since the maximization of years of Life, it is not enough alone (1).

Similarly, successful aging emerges as a multidimensional theme, which is being increasingly investigated to better understand what the various factors are associated with a healthy, happy and dignified old age (2).

The most widely used concept of successful aging is that from the perspective of Rowe and Kahn (3), where this is characterized by the low probability of diseases, high physical and cognitive function associated with active involvement with life.

Although there is no consensus on the definition of successful aging, there are characteristics that converge on aspects of its construction. Within the biological aspects, there is the prevention of diseases and risk factors, the maintenance of physical and cognitive health as well as the functioning of the same and self-care practices (4) (5).

Analyzing studies on the success of aging, Carver, and Buchanan (6) found multidimensional models of successful aging in all the articles that were reviewed. With most of them (71%), successful aging was synonymous with being physically healthy or disability-free. Other biomedical constructs used to characterize aging successfully were mental health (43%) and cognitive function (32%). In a similar study, Cosco et al (7) conducted a systematic review, in which 105 operational definitions of successful aging, 97 included physiological constructs, for example, better physical functioning.

Thus, it is observed how much the evaluation of biological aspects is frequently used in most studies on the subject and, although the maintenance of physical health and functional capacity is really important for a person to age satisfactorily, other subjective components, as well as psychological, emotional and social factors are also identified as Essential aspects with regard to successful old age (4).

For Kahana and Kahana the maintenance of psychological resources, such as self-efficacy, a sense of purpose and belonging, face and overcome problems and self-esteem, point as a determinant factor for successful aging (8).

Other constructs are considered non-biomedical that demonstrate an association with successful aging. Optimism and positive attitudes, for example, are related to the ability that the elderly have to manage the adversities of life, which is

essential for the experience of successful aging. Resilience is considered a psychological resource influencing adaptive capacity and also relates to the constituent aspects of successful aging (6) (9).

Another relevant aspect when considering the elderly who experience positive and satisfactory aging is the social one. The studies discuss that the maintenance of the levels of social activity and productive actions, the engagement in leisure activities, social support and the interaction and participation of the elderly individual in society, are part of the factors that compose the constructs of successful aging (10)(5).

Still, within the conditions associated with successful aging, spirituality and religious practices stand out as factors that are understood. In several studies, these factors have been associated with numerous positive health outcomes, including a favorable impact on successful aging (11). The positive cultivation of spirituality has already been suggested as the fourth forgotten factor that should be incorporated into the successful aging model of Rowe and Kahn because it fosters active engagement in life, through religious and/or Community activities, prayer, meditation, and other practices (12).

In this context, aging cannot be understood as a homogeneous, static and generalize phenomenon because people live in different contexts and environments and suffer influences from the most diverse natures, that can be biological, social, economic and cultural. Coupled with this, one finds the idea of Successful Aging where there is no absolute consensus about what it is, what it involves and what is the best way to measure it and quantify it, which denotes a significant gap in this subject.

Therefore, the objective of this research was to investigate the successful aging and to evaluate which are the most common factors (physical, psychological, social and spiritual) are associated with successful aging in community-dwelling older adults.

Methods

This is an observational study, with a cross-sectional design conducted in the city of São João Del-Rei, Brazil, from May 2017 to August 2018. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of São João Del-Rei (UFSJ) and all participants signed an informed consent form.

Participants and venue

The participants of this study were elderly users of public primary care in the city of São João Del-Rei, Brazil, registered and attended by teams of Family Health Strategy (FHS).

Eligibility criteria

To be included in the study, participants had to be older than or equal to 60 years; Be a user of the Unified Health System (SUS), be registered in the FHS Team of the micro area where they resided and, agreeing to participate in the research.

Elderly individuals who had a severe auditory or visual deficit, with sequelae of cerebrovascular accident (CA) with compromised language, being at the terminal stage of severe pathology or in palliative care, temporarily or permanently bedridden and, with mini-mental state examination below 11 were not included in the study.

Procedures

Meetings were held with the Community Health Agents (CHA) who proposed to participate in data collection. The CHA elaborated a relationship with all the elderly enrolled in the micro area, totaling 3,293 elderly registered.

Through the stratified proportional sampling technique, the sample was selected with Randomization as follows: The population registered in each FHS was stratified according to gender, creating two strata for each region. The proportion of each stratum was established, and the sample was calculated taking into consideration the proportionality. From the previously provided list of each CHA, randomization was performed to be representative of all the elderly who were attended by the FHS.

There was a training of CHA that was divided into three groups to allow smaller groups during the preparation.

Although some questionnaires may be self-applied, the study opted for the application, because of the reading difficulty, visual problems and illiteracy, which could be found in some elderly.

Instruments used

The questionnaire had an average duration of 50 minutes and contained the following instruments:

Sociodemographic data questionnaire: age, gender, marital status, schooling, habitual occupation, monthly income, smoking habits and alcoholism and possession of items.

Mini-mental State Examination (MMSE): One of the most widely used scales in the world to assess cognitive status. It was elaborated by Folstein et al (13) and translated and validated for the Brazilian population by Bertolucci et al (14). The test score ranges from 0 to 30 points and higher levels show better cognitive function. It evaluates different dimensions of cognition, such as temporal and spatial orientation, record, attention and calculus, evocation and language.

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): It was originally proposed by a working group of researchers during a scientific meeting in Geneva, Switzerland, on April 1998 (15). In Brazil, the questionnaires were validated, the short and long forms (16). The scale indicated for the elderly has taken into account the activities performed in the last 7 days, for this reason, it was used in this study the scale that evaluates the last week.

Mini-Sleep Questionnaire – (MSQ): created by Zomer et al. in 1985 (17), is an instrument that detects sleep disturbances in clinical populations, used to assess the subjective quality of sleep. The Portuguese version was published by Gorestein et al. in 2000 (18) and validated by Falavigna et al. in 2011 (19).

World Health Organization Quality of Life – WHOQOL: The WHOQOL-bref (20) consists of 26 questions, two general questions of quality of life and the remaining 24 that compose the instrument, subdivided into four domains: physical; psychological social relations and the environment. The WHOQOL-bref was validated in Brazil by Fleck in 2000 (21).

Social Support Questionnaire – SSQ6: It was created by Sarason et al. in 1983 (22). In 1987, the same authors developed an abbreviated version of this instrument (SSQ6), with six questions (23). The SSQ6 allows evaluating two distinct and complementary dimensions: the perception of availability or number (SSQ6N) and the

perception of satisfaction with social support (SSQ6S). The brief validated version used was Castelar-Perim in 2011 (24).

Spirituality Self Rating Scale (SSRS): It was developed by Galanter et al. in 2007 (25). The instrument consists of six items that assess aspects of the individual's spirituality in which respondents should mark an option on a 5-item Likert scale, varying from one ("Totally agree") to five ("Totally disagree"). The scale was translated, adapted and validated for Brazil in 2009 (26), presenting internal consistency values similar to those of the original English version.

Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT-SP12): Elaborated by Peterman et al in 2002 (27) and validated in Brazil in 2015 by Lucchetti et al (28), this scale evaluates spiritual well-being, with content not limited to any religious tradition or Spiritual. It consists of 12 items and three subdomains of spiritual well-being (peace, meaning, and faith). The answers to the items are presented according to a five-point Likert concordance scale (0 = not at all to 4 = very much), referring to the period of the last week (last 7 days).

Duke's Religiosity Scale (DUREL): validated for Portuguese version by Lucchetti (29), evaluates the dimensions of religiosity that relate most to health outcomes: organizational (religious frequency), non-organizational (Private religious activities, for example, prayer, religious reading and religious meditation) and intrinsic religiosity (religion as the ultimate meaning of life).

Psychological Resilience Scale (RS25): elaborated by Wagnild and Young (30) to measure resilience levels and has 25 items. The cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the scale for use in Brazil was performed by Pesce, Assis et al (31).

Volunteer Questionnaire: Elaborated by the researchers, based on information necessary to categorize voluntary activity as well as its importance in the quality of life and aspects of physical and mental health (32), published in previous studies on the subject (33, 34).

Self-informed Altruism Scale: In 1981, Rushton et al (35) elaborated the Self-Report Altruism Scale. The questionnaire consisted of 20 items, and respondents should evaluate how often they perform activities. Gouveia et al (36) validated the scale to be used in the Brazilian context.

Brazilian-Portuguese Version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS-BP): It was developed by Diener et al in 1985 (37) and verifies the personal judgment of the subject about his/her quality of life. It is a one-dimensional instrument of five items with answers on the Likert scale varying between one ("Strongly disagree") and seven ("Strongly agree"), totaling a minimum score of five (the lowest satisfaction) and a maximum of 35 (the highest satisfaction).

UCLA Loneliness Scale: the Likert scale with 20 questions that were adapted to the Portuguese population by Neto (38) and evaluates the individual's degree of loneliness.

The Meaning in Life Questionnaire: It is a measure of the meaning of life that was developed by Steger et al in 2006 (39), and which is formed by ten items, in which they discriminate two dimensions: the search and the presence of meaning in life. The search for meaning refers to those people who are trying to understand or increase the purpose of their life while, the presence, concerns those who are engaged in a sense throughout life. So, the questionnaire was translated and validated for Brazil by 2 authors in 2015: Aquino et al (40) and Damásio et al (41).

Successful Aging Scale (SAS): developed in 2009 by Reker (42), thus a scale that addresses the theoretical framework of the four main models of EBS of today: Ryff (psychological well-being), Baltes and Baltes (selection, optimization and compensation), Schulz and Heckhausen (primary and secondary control) and Rowe and Kahn (avoiding disease/disability; High cognitive and physical functioning; and active engagement with life) (43). This scale was translated and validated for Portuguese by Crispim in 2014 (43), resulting in a questionnaire of 10 items. The original version has 14 items, but in the process of adaptation/validation were excluded items 01 (I am unable to make choices about things that affect the way I age, for example, my diet, exercises, and cigarettes) and 11 (I feel I am not in the control of the

surrounding environment), by inconsistent result probably occurred by the negative formulation of the question, which hinders comprehension. The item 04 (I maintain relationships of trust and affection with significant people for me) it also did not present factorial load in the two dimensions identified in the adapted scale in Brazil, then it was excluded. Another item excluded from the SAS adapted in Brazil was number 5 (I am actively involved with life through productive activities), because it does not indicate the significant value in the dimensions found, as this may have occurred since many interviewees associated productive activities as a job. The final scale called "Successful aging Scale" has two dimensions: commitment to life and a healthy lifestyle. Consisting of ten items evaluated on a 7-point scale, varying on a Likert scale of one ("Strongly agree") to seven ("Strongly disagree"). The result is the sum of the scores, this ranged from 10 to 70.

Self-reported diseases questionnaire: the questionnaire is based on previous publications, that addressed self-reported diseases (44, 45).

Number of Medications Questionnaire: Use criteria based on the Dáder method of Pharmacotherapeutic follow-up (46) were used.

Sample calculation

To obtain a representative sample of the universe of elderly who are attended in the FHS of São João del-Rei, we used the formula for calculating the sample size of Slovin/Yamane (47). Using the last registration in the FHS (3,293 elderly people aged 60 years or more), for a confidence level of 95%, with a tolerable sampling error of 5%, the sample size was calculated in 356 subjects.

It is added to the sample size calculation 30% to compensate for losses for conducting the interviews, resulting in a final sample of at least 508 individuals collected at baseline.

Statistical Analysis

Descriptive statistical analysis was performed utilizing a descriptive analysis of the main demographic variables of frequency, percentage, average, and standard deviation.

In the inferential analysis, we evaluated the correlation between the total score of the Successful Aging Scale and all the variables investigated in the study through the Pearson correlation Coefficient for continuous and Spearman variables for dichotomous variables or Categorical.

Then, multiple linear regression models were performed with the "Successful Aging Scale" score as the dependent variable and all variables that were significant in the correlations as an independent. In the final model, variables were included if the Probability of F to enter was ≤ 0.05 and were removed if the Probability of F to remove was ≥ 0.10 . It was evaluated the goodness-of-fit measure through the R-squared and the adjusted R-squared of the final model.

It was adopted $p < 0.05$ as significant and the confidence interval was 95%.

Results

A total of 534 older adults were included in the study, 59.0% were females, 42.9% were brown and 57.7% were married. The average age was 69.29 (SD: 7.15) years, the schooling 4.82 (SD: 2.85) years, and the number of comorbidities reported was 4.82 (SD: 2.96) (Table 1). The average and standard deviation of all the results of the questionnaires applied and contained in this study are presented in table 2.

Table 3 shows the correlation matrix between successful aging and all other variables. The fact that sociodemographic, drinking habits and self-perceived social support were not significant, other variables were correlated to successful aging ranging from $r = 0.090$ to $r = 0.608$.

In the linear regression analysis (Table 4), all significant variables were entered in the model and the variables were included if the Probability of F to enter was ≤ 0.05 and were removed if the Probability of F to remove was ≥ 0.10 . The final model (R-square = 0.501, Adjusted R-square = 0.492) included the following variables related to the successful aging scores appearing in order of importance to the model: resilience (Beta = 0.371, $p < 0.001$), Spiritual well-being Meaning (Beta = 0.174, $p < 0.001$), Physical quality of life (Beta = 0.203, $p < 0.001$), Number of diseases (Beta = 0.128, $p < 0.001$), Meaning of life (Beta = 0.116, $p = 0.001$), Loneliness (Beta = -0.133, $p = 0.001$), Number of cigarettes (Beta = -0.080, $p = 0.013$), Environmental Quality of Life (Beta = 0.092, $p = 0.013$) and Religious attendance (Beta = 0.068, $p = 0.035$).

Discussion

The findings of the present study reveal that the physical factors, although important, it has not seemed to be the main factors associated with successful aging, and factors such as resilience, meaning, quality of life and loneliness and religiosity seem to significantly influence this construct.

The multifactorial and the various dimensions of successful aging have been widely discussed in the scientific literature (7).

Although majority research involving the health of the elderly and successful aging has still focused on physical dimensions, there are several studies of the field of geriatrics aimed at investigating the various aspects of resilience in the life of the Elderly (2). The result of our study corroborates the literature by pointing out that resilience, as well as other similar adaptive processes, are considered important for successful aging (48) (49) (50).

The researchers elaborated on a successful aging model in England, Doyle, McKee, and Sherriff (51) counted on a sample of 15000 British individuals aged 50 years or older. The results indicated the relevance of personal resilience (as well as the involvement in physical and social activities) in aging successfully. Similarly, in a study involving 1,395 North American women over 60 years old, resilience was significantly correlated with several constituents of successful aging (52).

In a literature review involving non-biomedical aspects of successful aging, Carver and Buchanan (6) emphasized how relevant is the inclusion of resilience in the construction of new successful aging models. The importance of positive psychological functioning and psychosocial adaptation is so much, that for Harris (53) the construct of successful aging should be replaced by the resilience. For the author, the development of resilience is feasible for majority elderly individuals and it is independent of social and cultural issues or physical and cognitive deficits, as opposed to the construction of successful aging (54).

Other non-biological components were detected in our study, exercising association with successful aging. The meaning and sense of life stand out among them. Several studies have evaluated the role of meaning in successful aging. In a study with 400 elderly people in the city of Porto Alegre, Brazil (55), the perception that individual beliefs generate meaning for life, was an impact factor in the condition of getting old satisfactorily. The elderly who indicated that personal beliefs brought

meaning to life, had a 10.41 times higher probability of being classified within successful aging. Similarly, a Canadian study asked the elderly "what is your definition of successful aging?" After applying content analysis to the narratives received over the years, a coding system was developed covering 86 sub-themes defining successful aging. In these sub-themes were included: being spiritual/having faith, the meaning of purpose, meaning, and purpose of life. Troutman et al (56) propose that people with meaning and purpose of life can demonstrate satisfaction with life, even in the presence of chronic diseases. The acceptance of the life cycle by the elderly, through a life purpose, would allow the subject to establish a harmonious relationship with the achievements and losses experienced, thus achieving a unique spiritual sense and consequently an aging success (57).

It is valid here, the mention of gerotranscendence since this involves several of the aspects cited in this study, as an important construct for aging. This construct includes an acceptance of life from resilience and searches for meaning and purpose. It can also encompass the experience of religion or just a peace of mind (6). Relationships between gerotranscendence and outcome measures related to successful aging have already been significantly validated (58) (59).

Regarding religious beliefs, our findings indicate an association of organizational religiosity with successful aging. Religiosity can be understood in how much an individual believes, follows and practices a certain religion. It can be defined as organizational, for example when the individual participates in religious meetings, or non-organizational, which involves, for example, the act of praying, reading books, watching religious programs (60). Many studies associate religiosity with varying health outcomes. Researchers have described that religious activity, especially those that occur at Community levels, such as cults and meetings, is associated with greater longevity (61) (62) (63) and also with a lower mortality rate (64). In this literature review, Carver and Buchanan (6) pointed out that spirituality and/or religiosity and/or religion are important factors of successful aging in 40% of the revised articles. Wong (65) through his research demonstrated that the activities involving religion, religious coping and a greater meaning of life were important aspects to achieve or not a successful old age. For Nunes (43) the greater the religious participation, as well as the feeling of being close to God, the greater the percentage of individuals expressing feelings of happiness. A study aimed at examining the role of social determinants in the successful aging of elderly patients with some disease showed an important positive correlation

between successful aging and religious activities (66). Such is the importance of evaluating religiosity and spirituality in aging, which Crowther et al (12) reviewed the successful aging model of Rowe and Kahn and added spirituality as the fourth dimension of aging successfully.

In the present study, loneliness was also an aspect associated with successful aging. The literature indicates that the social engagement experienced by the elderly is possibly one of the greatest predictors of a successful life in old age. Sometimes the deterioration of health does not occur so only by exposure to risk factors, or by the normal wear of the organism, but rather by the decrease in relations and social contacts (67) (68). Phelan et al (69) using a questionnaire with 20 properties of successful aging, verified that in two different groups of elderly were selected the same topics indicated as significant. The attention of friends and family, social relations and not to feel loneliness, were among them.

The quality of life concerning the environmental dimension was also associated with successful aging in our study. Teixeira Vaz et al (70) conducted a study to estimate the prevalence of life satisfaction and its association with individual characteristics and objective measures of the environment, in elderly living in an urban center. The results showed a lower prevalence of life satisfaction among individuals living in neighborhoods with a greater physical disorder. In a study on the vision of successful aging by the elderly, psychosocial factors, which include quality and environmental safety and income, were pointed out (71). Depp and Jeste (72) have also pointed to the environment and the perspective that the individual has of his/her own house (like where he/she lives, environment heated/protected from intruders) as a factor related to successful aging, a result corroborated in our study.

Regarding the physical aspects, the quality of life associated with the physical domain, as well as the number of diseases reported by the participants of this research and health habits as smoking, were factors that exerted an impact on successful aging. It is important to highlight that physical health is very significant for healthy aging. The varied structural and functional modifications observed in aging, cause an impact on the life of the individual in several forms (73). Therefore, the evaluation of physical health is often performed in most studies related to successful aging. One of the most dominant models in the literature, that of Rowe and Kahn (3), has the physical factor as the principal in its construct. From the authors' perspective, successful aging is characterized by good physical and cognitive functionality and the absence of

diseases. Functional health, which is related to the quality of physical life, is another relevant factor of successful aging and indicates the ability to perform daily activities (74) (75) (10) (76). Depp and Jeste (72) were responsible for conducting extensive research on studies related to the topic. They reviewed twenty-eight published quantitative articles to find the empirical definitions, as well as the predictors and determinants of successful aging. The authors categorized the components of the existing definitions in 10 different domains, and the most frequent component was a disability and/or physical functioning, followed by cognitive functioning. Here, the predictors of EBS were not being a smoker, not having arthritis and not having hearing problems. In another integrative literature review on indicators and determinants of successful aging, Fernandes et al (77) point out smoking cessation as a condition associated with success in aging.

The present study has clinical and research implications that should be mentioned. First, this is an important study because it sought to evaluate the factors that exert influence on successful aging, thus fostering the conception and measurement of this still elusive theme. The present study aimed mainly at the importance of psychological resources in aging. The promotion of these resources is crucial for elderly people to enjoy a dignified and successful life throughout old age. For this reason, we suggest that health professionals, in clinical practice, transcend physical and biological issues. It is necessary to pay attention to the behavioral issues of the individual, to the social circumstances which the elderly are inserted and, mainly, the questions related to mental health should be taken into account. Psychological resources such as resilience, optimism, sense of purpose and spirituality should be addressed and considered by health professionals. The study also contributes to public health by seeing the elderly person as an integral individual, when exploring the demands of successful aging. For public policy formulators focused on the health of the elderly, we suggest that psychological resources should be considered in the elaboration of policies aimed at the successful aging and quality of life of the elderly population and not only health levels.

Limitations

This study presented some limitations. Firstly, it was performed among individual users of the Brazilian public health system, which may eventually limit the

generalization of the findings in other contexts. Secondly, the study is cross-sectional research, which prevents the establishment of a relationship between cause and effect. Thirdly, the heterogeneity of successful aging, as well as the lack of consensus on how to define and measure it can be understood as a limitation

Conclusion

Aging successful is not only related to the maintenance of physical health. Similarly, maximizing the years of life, increasing longevity, is not enough alone. The experience of an aging success implies many other issues that need to receive attention from the elderly individual, as well as from the researchers and professionals in the health area. The results of this research can contribute to geriatrics and gerontologists to value other dimensions such as social, environmental, behavioral, psychological and, even spiritual, in caring for the elderly in their total integrally.

References

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:1929-36.
2. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS, et al. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*. 2013;170(2):188-96.
3. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
4. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*. 2002;42(6):727-33.
5. Bowling A, Iliffe S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:13.
6. Carver LF, Buchanan D. Successful aging: considering non-biomedical constructs. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1623-30.
7. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BC, Brayne C. Operational definitions of successful aging: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(3):373-81.
8. Zanjari N, Sharifian Sani M, Chavoshi MH, Rafiey H, Mohammadi Shahboulaghi F. Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Med J Islam Repub Iran*. 2017;31:100.
9. Organization WH. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015.
10. Cho J, Martin P, Poon LW. The older they are, the less successful they become? Findings from the georgia centenarian study. *J Aging Res*. 2012;2012:695854.
11. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAdP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2011;14:159-67.
12. Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HG. Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality--the forgotten factor. *Gerontologist*. 2002;42(5):613-20.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.

14. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
15. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
16. Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev bras ativ fís saúde*. 2001:05-18.
17. Zomer J. Mini Sleep Questionnaire (mSQ) for screening large populations for EDS complaints. *Sleep '84*. 1985.
18. Gorestein C, Tavares S, Alóe F. Questionários de auto-avaliação de sono. Gorestein C, Andrade LHS, Zuard AW Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia São Paulo: Lemos. 2000:423-34.
19. Falavigna A, Bezerra M, Teles A, Kleber FD, Cristina Velho M, Castilhos da Silva R, et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2011;15:351-5.
20. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine* (1982). 1998;46(12):1569-85.
21. Fleck MPdA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5:33-8.
22. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(1):127-39.
23. Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR. A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1987;4(4):497-510.
24. CASTELAR-PERIM P. Resiliência e prática desportiva: um estudo realizado com adolescentes brasileiros. 2011. 117 f: Tese (Doutorado em Ciências do Desporto).—Faculdade do Desporto ...; 2011.

25. Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2007;33(3):257-64.
26. Gonçalves AMdS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo).* 2009;36:10-5.
27. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med.* 2002;24(1):49-58.
28. Lucchetti G, Lucchetti AL, de Bernardin Goncalves JP, Vallada HP. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. *J Relig Health.* 2015;54(1):112-21.
29. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leao FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health.* 2012;51(2):579-86.
30. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 1993;1(2):165-78.
31. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. [Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale]. *Cad Saude Publica.* 2005;21(2):436-48.
32. Souza LMD, Lautert L, Hilleshein EF. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2011;45:665-71.
33. Morrow-Howell N, Hong SI, Tang F. Who benefits from volunteering? Variations in perceived benefits. *Gerontologist.* 2009;49(1):91-102.
34. Dulin PL, Gavalá J, Stephens C, Kostick M, McDonald J. Volunteering predicts happiness among older Māori and non-Māori in the New Zealand health, work, and retirement longitudinal study. *Aging & Mental Health.* 2012;16(5):617-24.
35. Rushton JP, Chrisjohn RD, Fekken GC. The altruistic personality and the self-report altruism scale. *Personality and individual differences.* 1981;2(4):293-302.
36. Gouveia V, Athayde R, S. V. Gouveia R, Isabel Araújo Silva de Brito Gomes A, Vilar R. Escala de Altruísmo Autoinformado: evidências de validade de construto. *Aletheia.* 2010:30-44.

37. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985;49(1):71-5.
38. Neto F. A escala de solidão da UCLA: Adaptação portuguesa. *Psicologia Clínica.* 1989;2:65-79.
39. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology.* 2006;53(1):80-93.
40. Aquino TAd, Veloso VG, Aguiar AAd, Serafim TDB, Pontes AdM, Pereira GdA, et al. Questionário de Sentido de Vida: Evidências de sua Validade Fatorial e Consistência Interna. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2015;35:4-19.
41. Damasio BF, Koller SH. How Search for Meaning Interacts with Complex Categories of Meaning in Life and Subjective Well-Being? *Span J Psychol.* 2015;18:E4.
42. Reker G. TEST MANUAL: The Successful Aging Scale (SAS)2009.
43. Crispim MCM. Envelhecimento bem-sucedido: uma análise dos fatores de proteção e vulnerabilidade. 2014.
44. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Brazilian Journal of Physical Therapy.* 2010;14:322-9.
45. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GCd, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública.* 2010;44:901-11.
46. Hernández D, Castro M. Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico. Universidade de Granada Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha Brasil. 2009.
47. Singh AS, Masuku MB. Sampling techniques & determination of sample size in applied statistics research: An overview. *International Journal of Economics, Commerce and Management.* 2014;2(11):1-22.
48. Schulz R, Heckhausen J. A life span model of successful aging. *Am Psychol.* 1996;51(7):702-14.
49. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol.* 1997;52(4):366-80.

50. Hardy SE, Concato J, Gill TM. Stressful life events among community-living older persons. *J Gen Intern Med*. 2002;17(11):832-8.
51. Doyle YG, Mc Kee M, Sherriff M. A model of successful ageing in British populations. *Eur J Public Health*. 2012;22(1):71-6.
52. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res*. 2008;43(2):148-54.
53. Harris PB. Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *Int J Aging Hum Dev*. 2008;67(1):43-61.
54. Vahia IV, Meeks TW, Thompson WK, Depp CA, Zisook S, Allison M, et al. Subthreshold depression and successful aging in older women. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(3):212-20.
55. de Moraes JF, de Azevedo e Souza VB. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Braz J Psychiatry*. 2005;27(4):302-8.
56. Troutman Flood M, Nies MA, Seo D-C. Successful Aging: Selected Indicators in a Southern Sample. *Home Health Care Management & Practice*. 2010;22(2):111-5.
57. Ryff CD. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 1989;4(2):195-201.
58. Troutman M, Nies MA, Mavellia H. Perceptions of successful aging in Black older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2011;49(1):28-34.
59. Hoshino K, Zarit SH, Nakayama M. Development of the gerotranscendence scale type 2: Japanese version. *Int J Aging Hum Dev*. 2012;75(3):217-37.
60. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967;5(4):432-43.
61. Glass TA, de Leon CM, Marottoli RA, Berkman LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*. 1999;319(7208):478-83.
62. Hummer R, Benjamins M, Ellison C, Rogers R. Religious Involvement and Mortality Risk among Pre-Retirement Aged U.S. Adults. *Religion, Families, and Health: Population-Based Research in the United States*. 2010.

63. Koenig HG, Hays JC, Larson DB, George LK, Cohen HJ, McCullough ME, et al. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999;54(7):M370-6.
64. Lucchetti G, Lucchetti AL, Koenig HG. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. *Explore (New York, NY)*. 2011;7(4):234-8.
65. Wong P, Ujimoto K. The elderly Asian Americans: Their stress, coping, and well-being. *Handbook of Asian American Psychology*. 1998:165-209.
66. Carver LF, Beamish R, Phillips SP. Successful Aging: Illness and Social Connections. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*. 2018;3(1).
67. Ribeiro PCC, Neri AL, Cupertino APFB, Yassuda MS. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*. 2009;14(3):501-9.
68. Chaves ML, Camozzato AL, Eizirik CL, Kaye J. Predictors of normal and successful aging among urban-dwelling elderly Brazilians. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(5):597-602.
69. Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging"--how do they compare with researchers' definitions? *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(2):211-6.
70. Teixeira Vaz C, de Souza Andrade AC, Proietti FA, Coelho Xavier C, de Lima Friche AA, Teixeira Caiaffa W. A multilevel model of life satisfaction among old people: individual characteristics and neighborhood physical disorder. *BMC Public Health*. 2019;19(1):861.
71. Bowling A. Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging? *Int J Aging Hum Dev*. 2007;64(3):263-97.
72. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(1):6-20.
73. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Salles RF. Fisiologia do envelhecimento. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2006;2:43-62.
74. Hodge AM, English DR, Giles GG, Flicker L. Social connectedness and predictors of successful ageing. *Maturitas*. 2013;75(4):361-6.

75. Thielke S, Diehr P. Transitions among Health States Using 12 Measures of Successful Aging in Men and Women: Results from the Cardiovascular Health Study. *J Aging Res.* 2012;2012:243263.
76. Tyrovolas S, Haro JM, Mariolis A, Piscopo S, Valacchi G, Tsakountakis N, et al. Successful aging, dietary habits and health status of elderly individuals: a k-dimensional approach within the multi-national MEDIS study. *Exp Gerontol.* 2014;60:57-63.
77. Fernandes MdGM, Silva AO, Loureiro LdSN, Medeiros ACT. INDICADORES E CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. 2011. 2011;16(3).

Table 1: Sample sociodemographic data

Variable (n=534)	N	%
Sex		
Male	219	41,0
Female	315	59,0
Skin color		
Caucasian	223	41,9
Black	70	13,2
Yellow	9	1,7
Brown	228	42,9
Indigenous	2	0,4
Marital status		
Single	40	7,5
Married	308	57,7
Widow	126	23,6
Divorced / Separated	45	8,4
Others	15	2,8
Smoke		
Yes	67	12.5
Drink		
Yes	60	11.2%
Variable	Mean	SD
Age	69,29	7,15
Years of schooling	4,63	3,55
Family income	2.032,40	1.459,62
Amount of Diseases	4,82	2,85
Total medicines used	4,05	2,96

Table 2: Variables and outcomes evaluated

Variable (n=534)	Mean	SD
Successful Aging Scale	55,67	7,35
Mini-mental State Examination	24,49	4,04
DASS 21 Depression	6,57	8,82
DASS 21 Anxiety	5,59	7,342
DASS 21 Stress	9,07	10,186
International Physical Activity Questionnaire (METs)	1.257,31	1.486,51
Mini-Sleep Questionnaire	28,46	10,60
WHOQOL-BREF - Perception of quality of life	3,77	0,75
WHOQOL-BREF - Satisfaction with health	3,57	0,848
WHOQOL-BREF - Physical domain	14,39	2,80
WHOQOL-BREF – Psychological domain	12,67	1,88
WHOQOL-BREF – Domain of social relations	14,94	2,15
WHOQOL-BREF – Domain environment	13,77	1,84
Social Support - Perceived	2,22	1,45
Social Support - Satisfaction	4,92	0,74
Spirituality Self Rating Scale	23,62	3,27
Facit Sp12 Peace	11,73	2,43
Facit Sp12 Meaning	11,65	2,66
Facit Sp12 Faith	11,69	2,25
Psychological Resilience Scale (RS25)	110,03	14,49
Self-Reported Altruism Scale	26,27	11,01
Satisfaction with Life Scale (SWLS)	25,56	5,22
UCLA Loneliness Scale	30,35	10,47
The Meaning in Life Questionnaire	47,99	10,67
Successful Aging Scale	55,67	7,35
Duke Religion Index - Organizational Religiosity	4,51	1,31
Duke Religion Index - Non-Organizational Religiosity	4,45	1,40
Duke Religion Index - Intrinsic Religiosity	14,18	1,53
Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT-SP12)		

Table 3: Correlation between successful aging and study variables

	EBS – Total Score
Mini-mental State Examination	,111*
Age	-0,051
Genre (male)	-0,015
Marital status (married)	0,019
Years of Schooling	0,055
Family income	0,055
Smoke (number of packs)	-,198**
Drink (number of drinks)	-0,012
DASS 21 Depression	-,315**
DASS 21 Anxiety	-,184**
DASS 21 Stress	-,196**
International Physical Activity Questionnaire (METs)	,102*
Mini-Sleep Questionnaire	-,250**
WHOQOL-BREF - Perception of quality of life	,328**
WHOQOL-BREF - Satisfaction with health	,272**
WHOQOL-BREF - Physical domain	,465**
WHOQOL-BREF – Psychological domain	,464**
WHOQOL-BREF – Domain of social relations	,295**
WHOQOL-BREF – Domain environment	,279**
Perceived Social Support	0,005
Social Support Satisfaction	,100*
Spirituality Self Rating Scale	,184**
Facit Sp12 Peace	,416**
Facit Sp12 Meaning	,525**
Facit Sp12 Faith	,178**
Psychological Resilience Scale (RS25)	,608**
Self-Reported Altruism Scale	,207**
Satisfaction with Life Scale (SWLS)	,513**
UCLA Loneliness Scale	-,419**
The Meaning in Life Questionnaire	,342**
Total medicines used	-,108*
Duke Religion Index - Organizational Religiosity	,197**
Duke Religion Index - Non-Organizational Religiosity	,114**
Duke Religion Index - Organizational Religiosity	,115**
Amount of Diseases	-,090*

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table 4: Linear Regression with key factors associated with successful aging

	B	Lower Bound	Upper Bound	Std. Error	Std. Beta	t	p	R-square	R-square change	Tolerance	VIF
(Constant)	22,494	16,259	28,728	3,174		7,087	<0,001				
Psychological Resilience Scale (RS25)	0,188	0,148	0,228	0,02	0,371	9,27	<0,001	0,369	0,370	0,595	1,681
Facit Sp12 Meaning	0,481	0,263	0,699	0,111	0,174	4,332	<0,001	0,429	0,061	0,591	1,693
WHOQOL-BREF - Physical domain	0,532	0,317	0,747	0,11	0,203	4,852	<0,001	0,448	0,020	0,547	1,829
Amount of Diseases	-0,331	0,152	0,51	0,091	-0,128	3,64	<0,001	0,461	0,014	0,767	1,304
The Meaning in Life Questionnaire	0,08	0,034	0,125	0,023	0,116	3,452	0,001	0,470	0,010	0,844	1,185
UCLA Loneliness Scale	-0,093	-0,146	-0,04	0,027	-0,133	-3,454	0,001	0,478	0,009	0,648	1,544
Smoke (number of packs)	-0,08	-0,142	-0,017	0,032	-0,080	-2,501	0,013	0,484	0,007	0,932	1,073
WHOQOL-BREF – environment	0,364	-0,651	-0,077	0,146	0,092	-2,492	0,013	0,489	0,006	0,706	1,416
Duke Religion Index - Organizational Religiosity	0,38	0,027	0,732	0,179	0,068	2,117	0,035	0,492	0,004	0,926	1,079

ANOVA: F=58.26, p<0.001

Final Model: R=0.708, R-square

8. LIMITAÇÕES E PONTOS POSITIVOS DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações. Primeiramente, foi realizado entre indivíduos usuários do sistema público de saúde brasileiro, o que pode eventualmente limitar a generalização dos achados em outros contextos. Em segundo lugar, o estudo se trata de uma pesquisa transversal, o que impede o estabelecimento de uma relação de causa e efeito. Em terceiro, a heterogeneidade do envelhecimento bem-sucedido, bem como a falta de consenso em como defini-lo e mensurá-lo pode ser compreendido como uma limitação.

O ponto forte desse estudo se caracteriza na compilação em uma única pesquisa, uma extensa gama de questionários e instrumentos para a realização da investigação sobre os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. O estudo também fornece dados sobre os aspectos relacionados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos residentes em uma cidade do Brasil, apresentando informações significativas acerca de populações idosas que vivem em países em desenvolvimento. Além disso a pesquisa também gerou resultados atuais que podem ser utilizados na estruturação de novos modelos de envelhecimento bem-sucedido.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer de modo bem-sucedido não está relacionado apenas a manutenção da saúde física. Da mesma forma, a maximização dos anos de vida, o aumento da longevidade, não bastam por si só. A vivência de um envelhecimento de sucesso implica em muitas outras questões que precisam receber atenção do próprio indivíduo idoso, bem como dos pesquisadores e dos profissionais da área da saúde. Nossos achados indicam que os fatores físicos, embora importantes, parecem não ser os principais fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido, sendo que fatores como resiliência, significado, qualidade de vida, solidão e religiosidade parecem influenciar de forma considerável esse constructo. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para que geriatras e gerontólogos valorizem outras dimensões como a social, ambiental, comportamental, psicológica e, até espiritual no atendimento a pessoa idosa em sua total integralidade.

Como o envelhecimento bem-sucedido é um conceito multidimensional sujeito a várias interpretações, sugerimos o refinamento deste estudo, bem como a realização de mais estudos longitudinais que envolvam questões sobre a resiliência, o sentido de vida, as atitudes comportamentais e de saúde, o envolvimento social, a espiritualidade e a religiosidade dos idosos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES L. S.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. v. 17, n. 5, 2005. p. 333–341.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 5, v. 4, 1967. p. 432-443.
- ANDRADE, F.; DUARTE, Y. A. et al. Desigualdades nas atividades básicas da vida diária entre os idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 2, jan. 2019. p. 14-24.
- ANTONUCCI, T.C. Social relations: an examination of social networks, social support, and sense of control. In: BIRREN, J.E.; SCHAE, K. W. (Orgs.). *Handbook of the psychology of aging*. 5.ed. San Diego: Academic Press, 2001. p.427-48
- ARAÚJO, M.F.M.; ALMEIDA, M.I. et al. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *Rev Bras Promoc Saúde*, v. 21, n. 3, 2008. p. 201-208.
- AZEREDO, Zaida de Aguiar Sá; AFONSO, Maria Alcina Neto. Solidão na perspectiva do idoso. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, abr. 2016. p. 313-324.
- BALTES, P.B.; BALTES, M.M. *Successful aging: perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- BARROSO, V. L. *Órfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Porto: Psicoglobal, 2008.
- BASS, S. A.; CARO, F. G. Productive aging: A conceptual framework. In: MORROW, N. Morrow; HINTERLONG, J. ; SHERRADEN, M. (Eds.). *Productive aging: concepts and challenges* Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press, 2001. p. 37-70.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 3, 2011. p. 200-207.
- BIASUS, F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: Aspectos psicológicos e relacionamento familiar. *Rev. Perspectiva, Erechim*. v. 40, n. 152, p. 55-63, dez/2016.
- BOWLING, A.; DIEPPE, P. *What is successful ageing and who should define it?* BMJ, 2005. p.331-1548.
- BOWLING, A.; ILIFFE, S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age Ageing*. v. 35, n. 6, 2006. p. 607-614.
- BOWLING, A.; ILIFFE, S. “Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults” *Health and quality of life outcomes*vol. v. 9, n. 13. Mar. 2011.

BRANDT, M.; DEINDL, C.; HANK, K. *Tracing the origins of successful aging: The role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health*. Social Science & Medicine, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n ° 2.528. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF, 2006.

BYRNE, G. What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 1, 2002. p. 74-80.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*, v. 1, 2004. p. 253-292.

CANÇADO, F.A.X. E HORTA, M.L. Envelhecimento cerebral. In: E.V. Freitas., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. Cançado., M.L. Gorzoni, M.L e S.M. Rocha (Eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.112-127.

CARSTENSEN L. L., FUNG H., CHARLES S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, v. 27, p. 103–123.

CARVALHO FILHO et al. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2ªed. São Paulo: Editora Athneu, 2007. cap.8, p.105-120.

CARVALHO FILHO, E.T. & ALENCAR, Y.M.G. Teoria do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T., org. *Geriatria: fundamentos, clínica, terapêutica*. São Paulo, Atheneu, 1994. p. 1-8.

CARVALHO FILHO, E. I. (Org.). *Geriatria. fundamentos, clínica, terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1994, p. 1-8.

CARVER, L. F.; BUCHANAN, D. (2016). Successful aging: considering non-biomedical constructs. *Clinical interventions in aging*, v. 11, p. 1623-1630.

CHO, J. et al. Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *Gerontologist* vol. 55, n. 1, 2014. p. 132-143.

CHO, J.; MARTIN, P.; POON, L. W. The Older They Are, the Less Successful They Become? Findings from the Georgia Centenarian Study. *Journal of Aging Research*, vol. 12, 2012. p. 1-8.

CHRISTENSEN, K.; DOBLHAMMER, G.; RAU, R.; VAUPEL, JW. *Ageing populations: the challenges ahead*. *Lancet*, 2009.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Set. 2012. p. 443-458.

COHEN C, MAGAI C, YAFFEE R, et al. Racial differences in syndromal and subsyndromal depression in an older urban population. *Psychiatr Serv*. 2005. v. 56. p. 1556–1563.

CORRÊA, J. C., ÁVILA, M. P., LUCCHETTI, A. L. AND LUCCHETTI, G. Altruistic behaviour, but not volunteering, has been associated with cognitive performance in community-dwelling older persons. *Psychogeriatrics*, v. 19, 2019. p. 117-125.

COSCO, T.D.; PRINA, A.M.; PERALES, J.; STEPHAN, B. C. M.; BRAYNE, C. Operational definitions of successful aging: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. v. 26, n. 3, 2014. p. 373–381.

CROWTHER, M. R. et al. Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited Positive Spirituality—The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, v. 42, 2002. p. 613-620.

DEPP, C., & JESTE, D. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 14, 2006. p. 6-20.

DE VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas. São Paulo: Papirus, 2000. p. 25-38.

DILLAWAY, H. E.; BYRNES, M. Reconsidering successful aging. *J. Appl. Gerontol*, v. 6, n. 3, 2009. p. 702-722.

DOMINGUES, P. C. D. *Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças autorrelatadas em idosos da comunidade*. Campinas, 2008.

DOYLE, Y. G.; MC KEE, M.; SHERRIFF, M. A model of successful ageing in British populations. *Eur J Public Health*. v. 22, n. 1, 2012. p. 71-76.

DUARTE, F. & WANDERLEY, K. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica¹. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27, n. 1, 2011. p. 49-53.

FAIGIN, C.; PARGAMENT, K. Strengthened by spirit: Religion, spirituality, and resilience through adulthood and aging. In: RESNICK, B.; GWYTHER, L.; ROBERTO, K. (ed.). *Resilience in aging: Concepts, research*. Springer; New York: 2010. p. 163

FALCAO, D. V. D. S.; LUDGLEYDSON, F. D (org). *Idosos e saúde mental*. Vivacidade: Papirus, 2010.

FERNANDES, M. G. M.; SILVA, A. O.; LOUREIRO, L. S. N.; MEDEIROS, A. C. T. Indicadores e Condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*. Jul/Set 2011. p. 543-548.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, 2007. v. 56, n. 3, p. 162-170.

GLASS, T.A.; DE LEON, C.M. et al. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 1999. p. 478–483.

GLASS, T. Assessing the success of successful aging. *Annals Internal Medicine*, v. 139, 2003. p. 382-383.

GOLDSTEIN, L. L. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: NERI, A.L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 1993. p.83-107.

GUIMARAES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. psiquiatr. clín.* São Paulo, v. 34, n. 1, 2007. p. 88-94.

HARRIS, P. B. Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *J Aging Hum Dev.* v. 67, n. 1, 2008. p. 43–61.

HAVIGHURST, R. J. Successful Aging. *The Gerontologist.* v. 1, n.1, March 1961. p. 8–13.

HAYFLICK, L. *Como e porque envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HODGE, A. M.; ENGLISH, D. R.; GILES, G. G.; FLICKER, L. Social connectedness and predictors of successful aging. *Maturitas.* v. 75, n. 4, 2013 p. 361–6.

HOYER, W. J.; ROODIN, P. A. *Adult development and aging*. New York: The McGraw-Hill, 2003.

HUMMER, R. A.; BENJAMINS, M. R.; ELLISON, C. G.; ROGERS, R.G. *Religious involvement and mortality risk among pre-retirement aged US adults*. Religion, families, and health: Population-based research in the United States, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, 2010. p. 273-291.

HYBELS C, BLAZER D, PIEPER C. Toward a threshold for subthreshold depression: An analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community survey. *Gerontologist.* 2001. n. 41. p. 357–365.

JESTE, D. V., SAVLA, G. N., THOMPSON, W. K. et al. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *The American journal of psychiatry*, v. 170, n. 2, 2013. p. 188-96.

JUDD LL, SCHETTLER PJ, AKISKAL HS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am.* v. 25, 2002. p. 685–698.

KAHANA, B., KAHANA, E., NAMAZI, K., KERCHER, K., & STANGE, K. The role of pain in the cascade from chronic illness to social disability and psychological distress in late life. In: MOSTOFISKY, D. I.; LOMRANZ, J. (Orgs.). *Handbook of pain and aging*. New York: Plenum Press, 1996. p. 185-204.

KAHANA, E., & KAHANA, B. Contextualizing successful aging: New direction: New direction in age-old search. In: SETTERSTEN, R. Jr. (Ed.). *Invitation to the life course: A new look at old age*. Amityville, NY: Baywood Publications, 2003. p. 225-255.

- KAHANA, E., BHATTA, T., LOVEGREEN, L. D., KAHANA, B., & MIDLARSKY, E. Altruism, helping, and volunteering: pathways to well-being in late life. *Journal of aging and health*, v. 25, n. 1, 2013. p. 159–187.
- KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, Set. 1987. p. 217-220.
- KASEN, S.; WICKRAMARATNE, P.; GAMEROFF, M. J. “Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression”. *Psychological Medicine*, l. 42, n. 3, 2012. p. 509–519.
- KEMPEN, G.I.J.M. et al. Risk and protective factors of different functional trajectories in older persons: are these the same? *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, v. 61, n. 2, 2006. p. 95-101.
- KINSELLA, K.; PHILIPS, D. R. *Envelhecimento global: o desafio do sucesso*. Washington DC: Gabinete de Referência da População, 2005.
- KOEN, D.; ALEXANDER, M. Measuring Successful Aging With Respect for Preferences of Older Persons. *The Journals of Gerontology: Series B*, v. 74, n. 2, 10 Jan. 2019. p. 364–372.
- KOENIG, H.G.; HAYS, J.C.; LARSON, D.B.; et al. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3968 older adults. *The Journals of Gerontology Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 54, n. 1, 1999. p. 370-376
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University, 2001.
- KOENIG, H. G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM, 2015.
- KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado.*, Brasília, v. 27, n. 1, Abr. 2012. p. 165-180.
- LAFIN, S. H. F. et al (2006). Trabalho voluntário. In FREITAS, E. V. et al (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 1420-1423.
- LEE J.; KAHANA, B.; KAHANA, E. Successful Aging from the Viewpoint of Older Adults: Development of a Brief Successful Aging Inventory (SAI). *Gerontology*, 2017. v. 63. p. 359-371.
- LEITCH, Sharon et al. “Comparison of Psychosocial Variables Associated With Loneliness in Centenarian vs Elderly Populations in New Zealand” *JAM network open*. v. 1, n. 6, 26 Oct. 201, p. 1838-1880.
- LIMA A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface Comun Saude Educ*. v. 27, 2008. p. 795-807.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, , June 2003. p. 700-701.

- LIMA-COSTA, F. et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design, *American Journal of Epidemiology*, v. 187, n. 7, Jul. 2018. p. 1345–1353.
- LIMA, N.T; SANTANA, J.P. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006
- LONGUINIÈRE A. C. F; YARID, S. D.; SILVA, E. C. S. *Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico*. *Rev. Cuid.* v. 9, n. 1, 2018. p. 1961-1972.
- LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2011a. p. 159-167.
- _____, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 43, 2011b. p. 316-322.
- LUM, T.Y.; LIGHTFOOT, E. The effects of volunteering on the psysical and mental health of older people. *Res Aging*. v. 27, n. 1, 2005. p. 31-55.
- LUNENFELD, B.; STRATTON, P. The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 2013.
- MANNING, L. K. Navigating hardships in old age: exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qual Health Res.* v. 23, 2013. p. 568–575.
- MARTIN, P. et al. Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*. v. 55, n. 1. USA, 2015. p. 14-25.
- MASELKO, J.; GILMAN, S. E.; BUKA, S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychological medicine*, v. 39, n. 6, 2008. p. 1009-1017.
- MCCULLOUGH, M. E. et al. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology*, v. 19, n. 3, 2000. p. 211-222.
- MELO, R. L. P et al. Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* v. 16, n. 2, 2013. p.239-250.
- MERRICK, T. W.; GRAHAM, D. H. *População e desenvolvimento econômico no Brasil de 1800 até a atualidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr.* v. 27, n. 4, 2005. p. 302-308.
- MONTROSS, L.P.; DEPP, C.; DALY, J.; REICHSTADT, J.; GOLSHAN, S.; MOORE, D. et al. Correlates of self-rated successful aging among community dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. v. 14, n. 1, 2006. p. 43-51.

MOTTA, L. B. Processo de envelhecimento. In: A.L. Saldanha e C.P. Caldas (Ed.). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2 a edição. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.115- 124.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000.

NERI, A. L. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA. *Neuropsicologia do envelhecimento: Uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17-42.

NERI, A.; BORIM, F.; FONTES, A.; RABELLO, D.; CACHIONI, M.; BATISTONI, S.; YASSUDA, M.; SOUZA-JÚNIOR, P. R.; ANDRADE, F.; LIMA-COSTA, M. F. Factors associated with perceived quality of life in older adults. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 2, 24 jan. 2019, p. 16ss.

NERI, A. L. (Org). *Maturidade e old age: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papirus; 2001.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à *Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento*. *Temas psicol.* v. 14, n.1, 2006. p. 17-34.

NETTO, F. L. M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Rev Pensar a Prática*. v. 7, n. 1, 2004. p. 75-84.

NEUGARTEN, B.L. Continuities and discontinuities of psychological issues into adult life. *Human Development*. v. 12, n. 2, 1969. p. 121-130.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1996. p. 55-69.

OLIVEIRA K.L.; SANTOS, A.A.A. et al. Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos de Idosos. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 2, 2006. p. 351-359.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ONU, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables*. Working Paper No. 228. 2013.

ONYX, J.; WARBURTON, J. Volunteering and health among older people: A review. *Australasian Journal on Ageing*. v. 22, n. 2, 2003. p. 65-69.

OSTIR, G. V.; OTTENBACHER, K. J.; MARKIDES, K. S. Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychol. Aging*, v. 19, n.3, 2004. p.402-408.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* [Internet], 2011. p. 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em Abril de 2019.

PALMORE, M. Predictors of Successful Aging. *The Gerontologist*, v. 19, 1979. p. 427-431.

PENNIX, B.W.J.H.; GURALNIK, J.M.; BANDEEN-ROCHE, K. The protective effect of emotional vitality on adverse health outcomes in disabled older women. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 48, n. 11, 2000. p.1359-1366.

PEREIRA, JCM. *A explicação sociológica na medicina social*. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

PHELAN, E.; LARSON, E. Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, v. 50, n. 7, 2002. p. 1306-1308.

PETERSON, N. M.; MARTIN, P. Tracing the origins of success: Implications for successful aging. *The Gerontologist*, 2014.

PNUD; IPEA; FJP. *Demografia e Saúde*. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-joao-del-rei_mg. Acesso em Março de 2019.
PRUCHNO, R. A. *Successful aging*: contentious past, productive future. *Gerontologist*, v. 55, n. 1, 2015. p. 1-4.

PRUCHNO, R. A. et al. A Two-Factor Model of Successful Aging, *The Journals of Gerontology: Series B*, v. 65B, n. 6, nov. 2010, p. 671–679.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do Idoso em uma área metropolitana na região sudeste do Brasil: Resultados de um inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, v. 27, n. 2, 1993. p.87-94.

REICHARD, S.; LIVSON, F.; PETERSON, P. G. *Aging and Personality*. New York: Wiley, 1962.

REKER, G. TEST MANUAL: The Successful Aging Scale (SAS). Canadá, 2009.

REYES-ORTIZ, C. A.; BERGES, I. M. et al. Church attendance mediates the association between depressive symptoms and cognitive functioning among older Mexican Americans. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, vol. 63, n. 5, 2008. p. 480-486.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicol. estud.* Maringá, v. 14, n. 3, Set. 2009. p. 501-509.

RILEY, M.; RILEY, J. W. Age integration and lives of older people. *Gerontologist*. v. 34, n. 1, 1994. p. 110-115.

ROSA, F. H. M.; CUPERTINO, A. P. F. B.; NERI, A. L. Significados de velhice saudável e avaliações subjetivas de saúde e suporte social entre idosos recrutados na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. v. 3, n. 2, 2009. p. 62-69.

ROSSI, E.; SADER, C.S. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.508-514.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful aging. *Gerontologist*, 1997.

RUBIN, R. Loneliness might be a killer, but what's the best way to protect against it? *JAMA*, v. 318, n. 19, 2017. p. 1853-1855.

RUBINSTEIN, R. L.; DE MEDEIROS, K. "Successful aging" gerontological theory and neoliberalism: a qualitative critique. *Gerontologist*, v. 55, n. 1, 2014. p. 34-42.

RYFF, C. D. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychol Aging*, v. 4, n. 2, 1989. p.195-201.

SCARMEAS, N. et al. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. *Neurology*, v. 57, 2001. p. 2236-2242.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol.* Campinas, v. 25, n. 4, Dec. 2008. p. 585-593.

SEEMAN, T.; CHEN, X. Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions: the MacArthur study of successful aging. In: POON, L.W.; GUELDER, S.H.; SPROUSE, B.M. (Eds.). *Successful aging and adaptation with chronic diseases*. Nova York: Springer Publishing Company, 2003. p.83-103.

SCHULZ, R.; HECKHAUSEN, J. A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, v. 51, 1996. p. 702-714.

SILVA, P. A. Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cad Saúde Pública [Internet]*. v. 30, n. 11, 2014. p. 2387-2400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102387. Acesso em 15 de Junho de 2017.

SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface*. Botucatu, v. 14, n. 35, Dec. 2010. p. 867-877.

SMITH, T. B.; MCCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, v. 129, 2003. p. 614-636.

SOUZA, L. E. P. Saúde Pública ou Saúde Coletiva. *Rev. Espaço para a saúde*, Londrina, v.15, n.4, 2014. p. 1-21.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo, v. 42, n. 2, Jun. 2008. p. 363-370.

STEGER, M. F. et al. Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, v. 4, n. 1, 2009. p. 43-52.

STRAWBRIDGE, W. J.; WALLHAGEN, M. I.; COHEN, R. D. Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *Gerontologist*, v. 42, 2002. p. 727-733.

TEIXEIRA, I. & NERI, A. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia*. Universidade de São Paulo, v. 19, n. 1, 2008. p. 81-94.

TEIXEIRA, S. M. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. *Revista Kairós; Gerontologia*, [S.1], v. 11, n. 2, dez. 2009.

THOMAE, H. Patterns of successful aging. In: THOMAE, H. (Ed.). *Patterns of aging*. Babel: Karger, 1975.

TORRES, S. A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society*. v. 19, 1999. p. 33-51.

TYROVOLAS S, HARO JM, MARIOLIS A, PISCOPO S, VALACCHI G, TSAKOUNTAKIS, N. et al. Successful aging, dietary habits and health *status* of elderly individuals: a k-dimensional approach within the multi-national MEDIS study. *Gerontologist*. v. 60, 2014. p. 57–63.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Orgs). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 25-35.

VAHIA, I. V.; DEPP, C. A. et al. Correlates of spirituality in older women. *Aging & mental health*. v. 15. n. 1, 2011. p. 97-102.

VAHIA, I. V. et al. “Subthreshold depression and successful aging in older women”. *American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. v. 18, n. 3, 2010. p. 212-220.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. p. 1929-1936.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, Jun. 2009. p. 548-554.

VON FABER, M.; BOOTSMA-VAN DER WIEL, A.; et al. Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Intern. Med.* v. 161, n. 22, 2001. p. 2694-2700.

XAVIER, F. M. F. et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. v. 35, n. 3, Jun. 2001. p. 294-302.

WHO. World report on ageing and health. *Luxembourg, Luxembourg*, 2015. p. 1-260.

WONG, L. Demographic bonuses and challenges of the age structural transition in Brazil. In: XXV IUSSP International Population Conference. Tours, France, 2005. p.18-23.

WONG, L. L. R; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev. bras. estud. popul.*, v. 23, n. 1, 2006. p. 5-26.

ZANJARI, N.; SHARIFIAN SANI, M.; CHAVOSHI, M. H.; RAFIEY, H.; MOHAMMADI SHAHBOULAGHI, F. Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, v. 100, n. 31, 2017.

ZENG, Y.; SHEN, K. Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2010, p. 1–9.

ZHANG, W. Religious participation and mortality risk among the oldest old in China. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 63, 2008. p. 293-297.

ZIMMER, Z. et al. “Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review”. *SSM - population health* v. 2. Mai. 2016. p. 373-381.

ZIMERMAN, G.I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

10.1. Teses e Dissertações

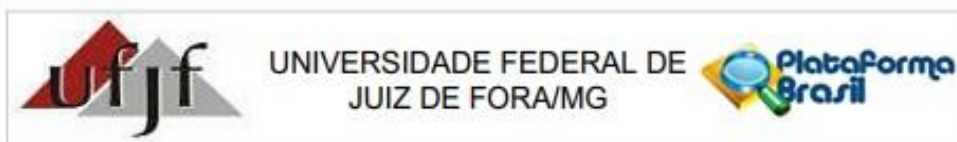
ACÚRCIO, N. Autopercepção do envelhecimento e bem-estar psicológico em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. Universidade de Lisboa, 2015. (Dissertação de Mestrado).

DAVID, M. J. C. Plasticidade cognitiva e envelhecimento bem-sucedido: Otimização e compensação funcional através das atividades de vida diária instrumentais. Évora, 2014. (Dissertação de Mestrado).

ROSA, L. H. T. *Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda-RS.* – Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008. (Tese Doutorado).

TEIXEIRA, L. M. F. *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo, exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção.* Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010. (Dissertação de Mestrado)

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto de fatores comportamentais na saúde mental e física de idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família em São João del-Rei - MG.

Pesquisador: Eduardo Luiz Mendonça Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53094316.0.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.431.964

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

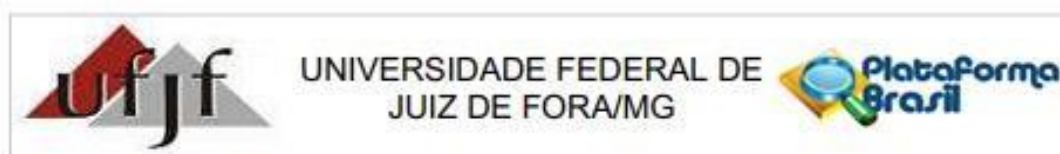
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.431.964

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Março de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630180.pdf	06/02/2016 15:24:45		Aceito
Outros	Anexo_questionarios.doc	06/02/2016 15:23:53	Eduardo Luiz Mendonça Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Eduardo_CEP_UFJF2.docx	02/02/2016 15:58:26	Eduardo Luiz Mendonça Martins	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_Eduardo_CEP_UFJF.docx	02/02/2016 15:57:30	Eduardo Luiz Mendonça Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declar_Infraestrut_PrefSJDR.pdf	02/02/2016 15:54:39	Eduardo Luiz Mendonça Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Eduardo_UFJF.doc	21/01/2016 11:13:51	Eduardo Luiz Mendonça Martins	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_NATES_final.pdf	21/01/2016 11:02:13	Eduardo Luiz Mendonça Martins	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.431.964

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 01 de Março de 2016

Assinado por:

Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Impacto de fatores comportamentais na saúde mental e física de idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família em São João del-Rei”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a influência dos comportamentos da pessoa e sua relação com a saúde física e mental de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em São João del-Rei.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é devido ao fato que, ao identificar como o comportamento do indivíduo influencia na saúde, isso poderia auxiliar no desenvolvimento de estratégias preventivas e melhorar a saúde física e mental em idosos e na elaboração de futuros trabalhos.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Será feita uma avaliação inicial, com aplicação de alguns questionários, no ano de 2018 e outra avaliação final após 1 ano (no ano de 2019). Os riscos envolvidos na pesquisa consistem nos riscos mínimos relacionados ao preenchimento do questionário, assim como risco que tem em atividades rotineiras, como ler um livro, conversar, andar. Não haverá difamação, calúnia ou qualquer dano moral. A pesquisa contribuirá para a análise da influência dos comportamentos na saúde física e mental em idosos, propiciando melhorias na área do envelhecimento, beneficiando o idoso, e na área acadêmica.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Impacto de fatores comportamentais na saúde mental e física de idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família em São João del-Rei”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São João del-Rei, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante ou responsável

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável:

Eduardo Luiz Mendonça Martins

Rua Maria Teresa 161 – Centro

São João del-Rei - MG

CEP: 36307-312

Tel: 3371-7902 / 3373-2187

Email: emartins2br@yahoo.com.br

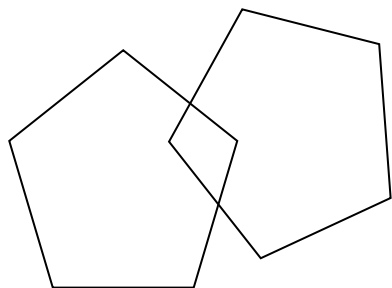
Anexo III – Versão do Mini Exame do Estado Mental utilizado no questionário

ORIENTAÇÃO NO TEMPO	ANOTAR RESPOSTAS	Pontuação
1 a.Qual o dia da semana?		1a. 0 1
1 b.Qual o dia do mês?		1b. 0 1
1 c.Em que mês nós estamos?		1c. 0 1
1 d.Em que ano nós estamos?		1d. 0 1
1 e.Qual a hora aproximada?		1e. 0 1
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
2 a.Que local é esse? (específico= aposento / cômodo)		2a. 0 1
2 b.Que lugar? (genérico = residência, casa, etc.)		2b. 0 1
2 c.Que bairro (ou rua próxima) nós estamos?		2c. 0 1
2 d.Que cidade é essa?		2d. 0 1
2 e.Estado?		2e. 0 1
MEMÓRIA IMEDIATA: <i>Preste atenção. Eu vou dizer três palavras, o sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. As palavras são: CARRO (pausa), VASO (pausa), BOLA (pausa). Agora, repita as palavras para mim. Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira. Peça que as palavras sejam memorizadas.</i>	CARRO VASO BOLA	3. 0 1

ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7] Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7? Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente (O.D.N.U.M.)	93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____ ____ _ O D N U M Dê 1 ponto p/ cada letra na posição correta.	Pt do cálculo: _____ Pt do mundo: _____ Considere o maior resultado: 4. _____
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: Quais foram as três palavras que eu pedi que o sr(a) memorizasse?	CARRO VASO BOLA	5. 0 1
LINGUAGEM: Aponte 1 caneta e 1 relógio. Pergunte: O que é isto? (caneta) O que é isto? (relógio)	_____ _____	6a. 0 1 6b. 0 1
“Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:” “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	_____ _____ _____	7. 0 1
“Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida coloque-o no chão.” Pegar com a mão direita Dobrar ao meio Colocar no chão	_____ _____ _____	8a. 0 1 8b. 0 1 8c. 0 1
“Por favor, escreva uma frase simples” (verso)		9. 0 1
“Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel” (Mostre ao examinado o verso: FECHÉ OS OLHOS)	_____	10. 0 1
Peça: “Por favor, copie este desenho” (verso).		11. 0 1

Anos de escolaridade: _____ anos.

SOMA:**Analfabetos: 11 pontos ou mais. Até 8 anos: 17 pontos ou mais. Mais de 9 anos: 25 pontos ou mais.**



Anexo IV – Modelo de questionário aplicado

Nome: _____ Número: _____/2018

Data: ____/____/____ Aplicador(a): _____ ESF: _____

Questionário: avaliação da influência de fatores comportamentais na saúde física e mental de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em São João Del Rei.

Esta primeira página será destacada e armazenada em um local separado do questionário

POR FAVOR, USE LETRAS MAIÚSCULAS:

<u>Primeiro nome:</u>	
<u>Sobrenome:</u>	

Nós gostaríamos de lhe contatar no futuro. Se você concorda, complete abaixo:

Endereço de contato:

Telefones:

Casa:	Celular:	Trabalho:

E-mail:

NÚMERO: _____/2018

NÚMERO: _____/2018

Data da entrevista: ____/____/____

Assinatura TCLE: (1) Sim (2) Não

Agente Comunit. Saúde: _____

Equipe ESF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estado civil:

- (1) Solteiro
- (2) Casado/vivendo com parceiro
- (3) Viúvo
- (4) Divorciado/separado
- (5) Outros

Escolaridade:

Anos de estudo: _____

- (1) Analfabeto
- (2) Primário incompleto
- (3) Primário completo (até 4ª série)
- (4) Ginásial incompleto
- (5) Ginásial completo (até a 8ª série)
- (6) Colegial incompleto
- (7) Colegial completo (ensino médio)
- (8) Superior incompleto
- (9) Superior completo – Qual?

Qual o grau de instrução do chefe da família:

- (1) Analfabeto
- (2) Primário incompleto
- (3) Primário completo (até 4ª série)
- (4) Ginásial incompleto
- (5) Ginásial completo (até a 8ª série)
- (6) Colegial incompleto
- (7) Colegial completo (ensino médio)
- (8) Superior incompleto
- (9) Superior completo – Qual?

Ocupação atual:

- (1) Aposentado, mas trabalha. Em que? _____
- (2) Só aposentado
- (3) Só dona de casa
- (4) Pensionista
- (5) Aposentado e pensionista

(6) Trabalhador(a):

(99) Nenhuma das opções anteriores

Ocupação atual:

- (1) Aposentado, mas trabalha. Em que? _____ (2) Só aposentado
- (3) Só dona de casa (6) Trabalhador(a): _____
- (4) Pensionista _____
- (5) Aposentado e pensionista (99) Nenhuma das opções anteriores

Qual a sua renda mensal (individual)? Valor: _____ reais

Qual a sua renda mensal (familiar)? Valor: _____ reais Qual a sua raça/cor de pele?

- (1) Branca
- (2) Negra
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (99) Não soube declarar

Fuma? () NÃO () SIM - Há quanto tempo?: _____ Quantos cigarros por dia? _____

Bebe? () NÃO () SIM - Há quanto tempo?: _____ Quantas vezes por semana? _____ Quantidade: _____ Tipo de bebida: _____

POSSE DE ITENS

Iremos questionar agora se o(a) senhor(a) possui alguns itens em casa e a quantidade que possui desses itens.

Descrição dos itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

DASS - 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você **durante a última semana**, conforme a indicação a seguir:

- 0** Não se aplicou de maneira alguma
- 1** Aplicou-se a algum grau, ou por pouco tempo
- 2** Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3** Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex.: respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex.: nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex.: aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

ATIVIDADE FÍSICA: IPAQ versão curta – questionário internacional de atividade física

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física **na ÚLTIMA semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação.

Para responder as questões lembre que:

- ☐ Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- ☐ Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias: _____ por SEMANA () NENHUM

1b Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

2a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração? **(POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA)**

Dias: _____ por SEMANA () NENHUM

2b Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração?

Dias: _____ por SEMANA () NENHUM

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou na faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado

assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

Horas: _____ Minutos: _____

4b Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?

Horas: _____ Minutos: _____

QUALIDADE DO SONO: PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

MINI-QUESTIONÁRIO DE SONO

Mini-sleep Questionnaire (MSQ) (Zomer et al., 1985) – versão traduzida por F. Alóe e S. Tavares.

Por favor, assinale o número que melhor descreve sua resposta:	Nunca	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1 – Você tem dificuldade em adormecer à noite?	1	2	3	4	5	6	7
2 – Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?	1	2	3	4	5	6	7
3 – Você toma remédios para dormir ou tranquilizantes?	1	2	3	4	5	6	7
4 - Você dorme durante o dia? (sem contar cochilos e sonecas programadas).	1	2	3	4	5	6	7
5 – Ao acordar de manhã você ainda se sente cansado(a)?	1	2	3	4	5	6	7
6 – Você ronca à noite? (que você saiba).	1	2	3	4	5	6	7
7 – Você acorda durante a noite?	1	2	3	4	5	6	7
8 – Você acorda com dor de cabeça?	1	2	3	4	5	6	7

9 – Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?	1	2	3	4	5	6	7
10 – Você tem sono agitado? (mudanças constantes de posição ou movimentos de pernas/braços).	1	2	3	4	5	6	7

QUALIDADE DE VIDA: WHOQOL ABREVIADO – VERSÃO EM PORTUGUÊS

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta:

01		Muito ruim	Insatisfeito	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

02		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas **nas últimas duas semanas**.

03		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4 (F11.)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico? (clima, barulho, poluição, atrativos)	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou capaz de fazer certas coisas **nestas últimas duas semanas**:

04		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida **nas últimas duas semanas**:

05		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem bom	Bom	Muito bom
15 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

06		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos, colegas)	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas **nas últimas duas semanas**:

07		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

SUPORTE SOCIAL: QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL VERSÃO ABREVIADA
(SSQ6 – Perim, 2011)

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira, **indique**, não contando consigo, **todas as pessoas que conhece, com quem pode contar para o ajudar ou apoiar** nas situações que lhe são apresentadas. Para tal, em frente de cada número coloque as iniciais e o tipo de relacionamento que tem consigo. Cada número corresponde uma só pessoa.

Na segunda parte, indique, preenchendo o parênteses, o que melhor traduz o **seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda** que tem.

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, assinale a expressão “ninguém”, mas selecione sempre o seu nível de satisfação. Para cada questão, o número máximo de pessoas a indicar é nove.

1. Com quem você pode realmente contar quando você precisa de ajuda? (indique o grau de parentesco/amizade).

() Ninguém 1) _____ 4) _____ 7) _____

2) _____ 5) _____ 8) _____

3) _____ 6) _____ 9) _____

1.1. Qual o seu grau de satisfação?

() 1 Muito insatisfeito () 3 Algo insatisfeito () 5 Satisfeito

() 2 Insatisfeito () 4 Pouco satisfeito () 6 Muito satisfeito

2. Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo(a) a ficar mais relaxado(a) quando você está sob pressão ou tenso(a)?

- () Ninguém 1) _____ 4) _____ 7) _____
 2) _____ 5) _____ 8) _____
 3) _____ 6) _____ 9) _____

2. 1.Qual o seu grau de satisfação?

- () 1 Muito insatisfeito () 3 Algo insatisfeito () 5 Satisfeito
 () 2 Insatisfeito () 4 Pouco satisfeito () 6 Muito satisfeito

3. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?

- () Ninguém 1) _____ 4) _____ 7) _____
 2) _____ 5) _____ 8) _____
 3) _____ 6) _____ 9) _____

3.1.Qual o seu grau de satisfação?

- () 1 Muito insatisfeito () 3 Algo insatisfeito () 5 Satisfeito
 () 2 Insatisfeito () 4 Pouco satisfeito () 6 Muito satisfeito

4. Com quem você pode contar para preocupar-se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?

- () Ninguém 1) _____ 4) _____ 7) _____
 2) _____ 5) _____ 8) _____
 3) _____ 6) _____ 9) _____

4. 1.Qual o seu grau de satisfação?

- () 1 Muito insatisfeito () 3 Algo insatisfeito () 5 Satisfeito
 () 2 Insatisfeito () 4 Pouco satisfeito () 6 Muito satisfeito

5. Com quem você pode realmente contar para ajuda-lo(a) a sentir-se melhor quando você está deprimido(a)?

- () Ninguém 1) _____ 4) _____ 7) _____
 2) _____ 5) _____ 8) _____
 3) _____ 6) _____ 9) _____

5.1.Qual o seu grau de satisfação?

- () 1 Muito insatisfeito () 3 Algo insatisfeito () 5 Satisfeito
 () 2 Insatisfeito () 4 Pouco satisfeito () 6 Muito satisfeito

6. Com quem você pode realmente contar para consolá-lo(a) quando está muito contrariado(a)?

- () Ninguém 1) _____ 4) _____ 7) _____
 2) _____ 5) _____ 8) _____
 3) _____ 6) _____ 9) _____

6.1.Qual o seu grau de satisfação?

- () 1 Muito insatisfeito () 3 Algo insatisfeito () 5 Satisfeito
 () 2 Insatisfeito () 4 Pouco satisfeito () 6 Muito satisfeito

ESPIRITUALIDADE: SSRS

Indique o número que melhor demonstra o quanto você concorda com cada afirmação, escolhendo:

	Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
1. É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.	1	2	3	4	5
2. Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.	1	2	3	4	5
3. As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.	1	2	3	4	5
4. Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.	1	2	3	4	5

5. A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.	1	2	3	4	5
6.Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.	1	2	3	4	5

FUNCTIONAL ASSESSMENT CHRONIC ILLNESS (FACIT-SP12)

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS (EXISTENCIAIS/ESPIRITUAIS)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
26. Sinto-me em paz.	0	1	2	3	4
27. Tenho uma razão para viver.	0	1	2	3	4
28. A minha vida tem sido produtiva.	0	1	2	3	4
29. Custa-me sentir paz de espírito.	0	1	2	3	4
30. Sinto que a minha vida tem um propósito.	0	1	2	3	4
31.Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a).	0	1	2	3	4
32.Sinto-me em harmonia comigo mesmo(a).	0	1	2	3	4
33.Falta sentido e propósito na minha vida.	0	1	2	3	4
34.Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais.	0	1	2	3	4
35.A minha fé ou crenças espirituais me dá força.	0	1	2	3	4
36.A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais.	0	1	2	3	4
37.Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará bem.	0	1	2	3	4

RELIGIOSIDADE: ESCALA DE RELIGIOSIDADE DE DUKE

Índice de Religiosidade da Universidade de Duke:

- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Um vez por ano ou menos
 6. Nunca
- (2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
1. Mais do que uma vez ao dia
 2. Diariamente
 3. Duas ou mais vezes por semana
 4. Uma vez por semana
 5. Poucas vezes por mês
 6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você:

- (3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade

5. Não é verdade

RESILIÊNCIA: ESCALA DE RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente
1.Quando faço planos, eu levo eles até o fim.	0	1	2	3	4	5	6
2.Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	0	1	2	3	4	5	6
3.Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	0	1	2	3	4	5	6
4.Manter interesse nas coisas é importante para mim.	0	1	2	3	4	5	6
5.Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	0	1	2	3	4	5	6
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	0	1	2	3	4	5	6
7.Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	0	1	2	3	4	5	6
8.Eu sou amigo de mim mesmo.	0	1	2	3	4	5	6
9.Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	0	1	2	3	4	5	6
10.Eu sou determinado.	0	1	2	3	4	5	6
11.Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	0	1	2	3	4	5	6
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	0	1	2	3	4	5	6
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	0	1	2	3	4	5	6
14.Eu sou disciplinado.	0	1	2	3	4	5	6
15.Eu mantenho interesse nas coisas.	0	1	2	3	4	5	6
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	0	1	2	3	4	5	6
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	0	1	2	3	4	5	6
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	0	1	2	3	4	5	6

19. Eu posso, geralmente, olhar uma situação de diversas maneiras.	0	1	2	3	4	5	6
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	0	1	2	3	4	5	6
21. A minha vida tem sentido.	0	1	2	3	4	5	6
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	0	1	2	3	4	5	6
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	0	1	2	3	4	5	6
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer.	0	1	2	3	4	5	6
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	0	1	2	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO DE VOLUNTARIADO:

1. Exerce atividade voluntária?

() 1. Sim () 0. Não

2. Se exerce atividade voluntária, há quanto tempo?

() 1. Menos de 6 meses () 2. Entre 6 meses e 1 ano () 3. Entre 1 e 2 anos () 4. Mais de 2 anos

3. Se exerce atividade voluntária, qual o tempo ocupado na atividade?

A) () 1. Diária () 2. Semanal () 3. Mensal

B) () 1. Esporádica/Ocasional () 2. Até 1 hora () 3. Entre 1 e 2 horas () 4. Entre 2 e 6 horas () 5. Mais de 6 horas

ESCALA DE ALTRUÍSMO AUTO-INFORMADO

Por favor, leia com atenção cada uma das ações descritas abaixo e indique na escala de resposta a frequência com a qual você já realizou estas ações.

AFIRMAÇÕES	Nunca	Uma vez	Mais de uma vez	Frequentemente	Muito frequentemente
01. Já ajudei a empurrar um carro enguiçado (quebrado) de um estranho.	0	1	2	3	4
02. Já dei informações ou orientações a um estranho.	0	1	2	3	4
03. Já troquei dinheiro para um estranho.	0	1	2	3	4

04.Já dei dinheiro para uma organização de caridade.	0	1	2	3	4
05.Já dei dinheiro para um estranho necessitado (ou que me pediu).	0	1	2	3	4
06.Já doei bens ou roupas para uma organização de caridade.	0	1	2	3	4
07.Já trabalhei como voluntário para uma organização de caridade.	0	1	2	3	4
08.Já doei sangue.	0	1	2	3	4
09.Já ajudei a carregar os pertences de um estranho (livros, sacolas, etc).	0	1	2	3	4
10.Já segurei um elevador e mantive a porta aberta para que um estranho pudesse entrar.	0	1	2	3	4
11.Já deixei alguém passar na minha frente em uma fila (no banco ou no supermercado)	0	1	2	3	4
12.Já dei carona a um estranho no meu carro (dos meus pais ou amigos).	0	1	2	3	4
13.Já mostrei a um balconista (por exemplo, no supermercado, na lanchonete) seu erro por ter me cobrado menos do que eu deveria pagar.	0	1	2	3	4
14.Já deixei um vizinho, que não conheço muito bem, pegar emprestado algo de valor (por exemplo, ferramentas, eletrodomésticos).	0	1	2	3	4
15.Já comprei cartões de Natal de organizações de caridade só por saber que se tratava de uma boa causa.	0	1	2	3	4
16.Já ajudei um(a) colega de classe, que não conheço muito bem, com um trabalho da faculdade quando meu conhecimento era maior que o dele(a).	0	1	2	3	4
17.Já fui solicitado, voluntariamente, para tomar conta de animais de estimação ou crianças do vizinho sem receber qualquer pagamento em troca.	0	1	2	3	4
18.Já ofereci ajuda a um deficiente ou idoso desconhecido para atravessar a rua.	0	1	2	3	4
19.Já ofereci meu assento no ônibus para um desconhecido que estava de pé.	0	1	2	3	4
20.Já ajudei um conhecido a mudar de casa.	0	1	2	3	4

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

Instruções: Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; seja o mais sincero possível nas suas respostas.

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente
1. Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2. As condições da minha vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito (a) com minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7

SOLIDÃO: ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA

Instruções: Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Eu me sinto infeliz por fazer tantas coisas sozinho(a).	1	2	3	4
2. Eu não tolero ficar tão sozinho(a).	1	2	3	4
3. Eu sinto que não tenho companhia.	1	2	3	4
4. Eu sinto que ninguém me compreende.	1	2	3	4
5. Eu fico esperando as pessoas me ligarem ou escreverem.	1	2	3	4
6. Eu sinto que não tenho ninguém a quem eu possa recorrer.	1	2	3	4
7. Eu não me sinto próximo(a) a ninguém.	1	2	3	4
8. Sinto que meus interesses e ideias não são compartilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
9. Eu me sinto excluído(a).	1	2	3	4
10. Eu me sinto completamente sozinho(a).	1	2	3	4

11. Eu sou incapaz de me aproximar e de me comunicar com as pessoas ao meu redor.	1	2	3	4
12. Eu sinto que minhas relações sociais são superficiais.	1	2	3	4
13. Eu me sinto carente de companhia.	1	2	3	4
14. Eu sinto que ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
15. Eu me sinto isolado(a) das outras pessoas.	1	2	3	4
16. Sou infeliz estando tão excluído(a).	1	2	3	4
17. Para mim é difícil fazer amigos.	1	2	3	4
18. Eu me sinto bloqueado(a) e excluído(a) por outras pessoas.	1	2	3	4
19. Sinto que as pessoas estão ao meu redor, mas não estão comigo.	1	2	3	4
20. Eu me sinto incomodado(a) em realizar atividades sozinho(a).	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE SENTIDO DE VIDA (QSV)

Tire um momento para pensar sobre os elementos que fazem sua vida parecer importante para você. Responda às afirmações abaixo da forma mais sincera e precisa que puder. Lembre-se que são questões muito pessoais e que não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a escala abaixo:

Totalmente falsa	Geralmente falsa	Um pouco falsa	Nem falsa, nem verdadeira	Um pouco verdadeira	Geralmente verdadeira	Totalmente verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1. ____ Eu entendo o sentido da minha vida.
2. ____ Estou procurando por algo que faça a minha vida ser significativa.
3. ____ Estou sempre procurando encontrar o propósito da minha vida.
4. ____ Minha vida tem um propósito claro.
5. ____ Eu tenho uma clara noção do que faz a minha vida ser significativa.
6. ____ Eu encontrei um propósito de vida satisfatório.
7. ____ Eu estou procurando por algo que faça com que minha vida seja significativa.
8. ____ Eu estou buscando um propósito ou uma missão para a minha vida.

9. _____ Minha vida não tem um propósito claro.

10. _____ Estou buscando sentido na minha vida.

QUESTIONÁRIO DE ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO (EBS)

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Nem concordo, nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1. Quando as coisas não saem tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	1	2	3	4	5	6	7
2. Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação.	1	2	3	4	5	6	7
3. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	1	2	3	4	5	6	7
4. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	1	2	3	4	5	6	7
6. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.	1	2	3	4	5	6	7
7. Faço todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	1	2	3	4	5	6	7
9. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE: DOENÇAS AUTO-REFERIDAS

Instruções: Responda as 8 (oito) perguntas com base em alterações permanentes ou temporais e em diagnósticos feitos pelos seus médicos.

1. Geralmente, sua saúde é: (uma só resposta)				
1. Excelente []	2. Muito boa []	3. Boa []	4. Regular []	5. Ruim []
2. Como você diria que está sua saúde atual, comparando com a do ano passado: (uma só resposta)				
1. Muito melhor []	2. Um pouco melhor []	3. Mais ou menos igual []		
4. Um pouco pior []	5. Muito pior []			
Por favor, responda as seguintes perguntas:				
3. Atualmente, seu estado de saúde, interfere e dificulta suas atividades diárias?		[] Sim	[] Não	
4. Atualmente, seu estado de saúde lhe impede de realizar esforços moderados, como passar pano no chão por mais de uma hora?		[] Sim	[] Não	
5. Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas em sua vida familiar, em relação aos que residem em casa?		[] Sim	[] Não	
6. Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas em sua vida sexual?		[] Sim	[] Não	

Por favor, responda as seguintes frases, com uma só resposta:

	Totalmente certa	Bastante certa	Bastante falsa	Totalmente falsa
7. Creio que fico enfermo mais facilmente que as outras pessoas.	0	1	2	3
8. Estou tão bem como qualquer um.	0	1	2	3
9. Creio que minha saúde irá piorar.	0	1	2	3
10. Minha saúde é excelente.	0	1	2	3

11. Foi diagnosticado, por algum médico, DIABETES? (açúcar no sangue)		
[] Sim	[] Não	[] Não me recordo
12. Foi diagnosticado alguma vez por um médico que tivera HIPERTENSÃO? (pressão arterial alta)		
[] Sim	[] Não	[] Não me recordo
13. Foi dito alguma vez por um médico que tivera o COLESTEROL alto?		
[] Sim	[] Não	[] Não me recordo
14. Em algum momento você sofreu um ATAQUE DO CORAÇÃO?		

☐ Sim ☐ Não ☐ Não me recordo			
15. Tem algum outro problema de coração? (sopro no coração, arritmia)			
☐ Sim ☐ Não ☐ Não me recordo			
16. Surdez.			
☐ Sim ☐ Não ☐ Não me recordo			
17. Problemas de vista.			
☐ Sim ☐ Não ☐ Não me recordo			
Foi dito por um médico que você teve ou tem?			
18. Problemas de circulação/varizes	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
19. Traumatismo craniano com perda de consciência	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
20. Artrite ou artrose	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
21. Tumores	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
22. Cataratas ou glaucoma	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
23. Enfermidades respiratórias crônicas (problemas de bronquites ou asma)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
24. Enfermidade de Parkinson	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
25. Problemas gênito-urinários (próstata, bexiga/útero caído)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
26. Problemas digestivos (úlceras, gastrite)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
27. Anemia	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
28. Fratura de bacia (fêmur)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
29. Osteoporose	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo
30. Problemas depressivos	☐ Sim	☐ Não	☐ Não me recordo

QUESTIONÁRIO: USO DE MEDICAMENTOS

NOME	CONCENTRAÇÃO (POR DOSE)	DOSE POR DIA	PRESCRIÇÃO	TEMPO DE USO
		() 1 X () 2 X () 3 X () 4 X () MAIS DE 4 X	() MÉDICO () FARMACÊUTICO () OUTROS	() CONTÍNUO () ESPORÁDICO
NOME	CONCENTRAÇÃO (POR DOSE)	DOSE POR DIA	PRESCRIÇÃO	TEMPO DE USO
		() 1 X () 2 X () 3 X () 4 X () MAIS DE 4 X	() MÉDICO () FARMACÊUTICO () OUTROS	() CONTÍNUO () ESPORÁDICO
NOME	CONCENTRAÇÃO (POR DOSE)	DOSE POR DIA	PRESCRIÇÃO	TEMPO DE USO
		() 1 X () 2 X () 3 X () 4 X () MAIS DE 4 X	() MÉDICO () FARMACÊUTICO () OUTROS	() CONTÍNUO () ESPORÁDICO
NOME	CONCENTRAÇÃO (POR DOSE)	DOSE POR DIA	PRESCRIÇÃO	TEMPO DE USO
		() 1 X () 2 X () 3 X () 4 X () MAIS DE 4 X	() MÉDICO () FARMACÊUTICO () OUTROS	() CONTÍNUO () ESPORÁDICO
NOME	CONCENTRAÇÃO (POR DOSE)	DOSE POR DIA	PRESCRIÇÃO	TEMPO DE USO
		() 1 X () 2 X () 3 X () 4 X () MAIS DE 4 X	() MÉDICO () FARMACÊUTICO () OUTROS	() CONTÍNUO () ESPORÁDICO
NOME	CONCENTRAÇÃO (POR DOSE)	DOSE POR DIA	PRESCRIÇÃO	TEMPO DE USO
		() 1 X () 2 X () 3 X () 4 X () MAIS DE 4 X	() MÉDICO () FARMACÊUTICO () OUTROS	() CONTÍNUO () ESPORÁDICO
NOME	CONCENTRAÇÃO (POR DOSE)	DOSE POR DIA	PRESCRIÇÃO	TEMPO DE USO
		() 1 X () 2 X () 3 X () 4 X () MAIS DE 4 X	() MÉDICO () FARMACÊUTICO () OUTROS	() CONTÍNUO () ESPORÁDICO

Anexo V – Modelo de escala visual utilizada para facilitar leitura e entendimento do participante
DASS 21:

Não se aplicou	Por pouco tempo	Grau considerável ou boa parte do tempo	Muito ou na maioria do tempo
0	1	2	3

WHO QOL 01

Muito ruim	Insatisfeito	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

WHO QOL 03

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

WHO QOL 05

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

SSRS

Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5

Resiliência

Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo, nem	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente
0	1	2	3	4	5	6

MINI-QUESTIONÁRIO DE SONO:

Nunca	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5	6	7

WHO QOL 02 e 06

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

WHO QOL 04

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

105

WHO QOL 07

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

FACIT

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
0	1	2	3	4

Altruísmo

Nunca	Uma vez	Mais de uma vez	Frequentemente	Muito frequentemente
0	1	2	3	4

SOLIDÃO

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1	2	3	4

Sentido de vida

Totalmente Falsa	Geralmente falsa	Um pouco falsa	Nem falsa, nem verdadeira	Um pouco verdadeira	Geralmente verdadeira	Totalmente verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

DOENÇAS AUTO-REFERIDAS

Totalmente	Bastante certa	Bastante falsa	Totalmente
0	1	2	3

Satisfação com a vida

Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO (EBS)

Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Nem concordo, nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	2	3	4	5	6	7

FECHE OS OLHOS