

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

LUIS HENRIQUE TELLES DA ROSA

**ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO
BEM-SUCEDIDO DE IDOSOS DA COMUNIDADE DE
BARRA FUNDA – RS, BRASIL**

Porto Alegre (RS)

2007

LUIS HENRIQUE TELLES DA ROSA

**ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO
BEM-SUCEDIDO DE IDOSOS DA COMUNIDADE DE
BARRA FUNDA – RS, BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Doutorado – da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica, requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientadora: Professora Doutora Denise Cantarelli Machado

Co-Orientador: Professor Doutor João Feliz D. de Moraes

Porto Alegre (RS)

2007

R788e Rosa, Luis Henrique Telles da

Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil / Luis Henrique Telles da Rosa. – 2007.

75p.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – 2007.

“Orientadora: Professora Doutora Denise Cantarelli Machado”.

1. Gerontologia. 2. Geriatria. 3. Envelhecimento. 4. Apoio Social. 5. Espiritualidade. I. Título.

CDU: 613.98

Catálogo na fonte: Cátia Rosana L. de Araújo – CRB 10/1451

A comissão abaixo assinada aprova a presente tese:

**ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO
BEM-SUCEDIDO DE IDOSOS DA COMUNIDADE DE
BARRA FUNDA – RS, BRASIL**

elaborada pelo doutorando

LUIS HENRIQUE TELLES DA ROSA

como requisito para obtenção do grau de
DOUTOR EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

Professora Doutora Denise Cantarelli Machado (Orientadora)

COMISSÃO EXAMINADORA:

Professor Doutor Jadir Camargo Lemos – UFSM

Professora Doutora Irani Argimon – PUCRS

Professor Doutor Martin Pablo Cammarota – PUCRS/IGG/PPG

Dedico com muito amor este trabalho a quem sempre esteve do meu lado e me incentivou – **minha família:** Adão, Ione, Marcos e Marcelo, em especial à Patrícia e à Valentina.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me permitir viver esta experiência.

Aos **colegas da UNICRUZ**, pelo apoio e incentivo recebidos nesta jornada.

A **Diego, Fabrício e Marcos**, por me abrigarem em Porto Alegre.

Ao **professor Luiz Glock**, por me abrir as portas da instituição e do programa.

Aos **colegas e funcionários do Instituto**, pela alegria do encontro.

À professora **Denise Cantarelli**, pelo apoio final.

Especial agradecimento ao professor **Antonio Carlos Araújo de Souza**, por seu carinho e colaboração.

Outro agradecimento especial a **Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza**, pela ajuda, amizade, apoio, por ser mais do que tudo amiga e, principalmente, por ter me contagiado com sua paixão pela Gerontologia.

Ao professor **João Feliz Duarte de Moraes**, pela orientação, ajuda, cobrança, ensinamentos, enfim, meu muito obrigado não é suficiente para agradecer o seu apoio. Mas o melhor de tudo é a amizade que construímos.

Enfim, muitos ajudaram nesta caminhada, uns mais outros menos. Vivemos emoções conflitantes na jornada, a tristeza da despedida aos que partiram, a separação, a alegria do encontro, o nascimento, a vida e os amigos que chegaram.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As mudanças demográficas e epidemiológicas acontecidas nos últimos anos têm conduzido à realização de uma série de estudos relacionados ao envelhecimento. O conceito de Envelhecimento Bem-Sucedido (EBS) está associado à manutenção das funções físicas e cognitivas, baixa deficiência associada a doenças e um engajamento positivo com a vida. **OBJETIVO:** A proposta deste estudo consistiu em identificar os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido em idosos do município de Barra Funda, Estado do Rio Grande do Sul. **MÉTODO:** O estudo realizado foi observacional com delineamento transversal. A população do estudo foi constituída por idosos do município de Barra Funda-RS, sendo 218 sujeitos (88 homens e 130 mulheres). Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionários para obtenção dos dados demográficos e epidemiológicos; Índice de Barthel e Escala de Lawton para a avaliação da capacidade funcional e para a capacidade cognitiva utilizou-se o Mini-Exame de Estado Mental. Foram também avaliados: o apoio social, a espiritualidade e a resiliência com escalas específicas para tais fins. Os dados foram analisados utilizando-se o SPSS, versão 11,5. Adotou-se um nível de significância de 5%. As associações entre as variáveis quantitativas foram verificadas por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson e entre as variáveis categóricas o Teste do Qui-Quadrado. As variáveis independentes associadas ao envelhecimento bem-sucedido foram determinadas por meio da análise discriminante. **RESULTADOS:** Os idosos foram categorizados em dois grupos: um com envelhecimento normal ou usual e outro com envelhecimento bem-sucedido. Foram considerados com envelhecimento bem-sucedido os idosos que declaram ausência de doenças crônicas, independentes quanto à capacidade funcional, ausência de déficit cognitivo, bem-estar espiritual, apoio social e resiliência superior. Desta forma foram classificados apresentando EBS 30,3% dos sujeitos avaliados. Por meio da análise discriminante, método stepwise, constatou-se que as variáveis discriminantes entre o envelhecimento normal e o bem-sucedido foram: o número de comorbidades declaradas pelo idoso, as atividades instrumentais da vida diária, a capacidade cognitiva e a resiliência. O tipo de Envelhecimento Bem-Sucedido mostrou-se associado com a escolaridade ($\chi^2 = 22,491$ e $p < 0,001$), com a faixa etária ($\chi^2 = 11,725$ e $p = 0,003$) e o com o número de comorbidades ou doenças ($\chi^2 = 32,721$ e $p < 0,001$). Os idosos com EBS apresentaram média superior com relação aos escores das escalas de Barthel, Lawton, apoio social, bem-estar religioso e espiritual e no teste Mini-Mental. A média de idade dos idosos com envelhecimento normal foi superior a dos idosos com EBS. A resiliência apresentou correlação positiva com o apoio social ($r = 0,891$ e $p < 0,001$) e com o bem-estar espiritual ($r = 0,783$ e $p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** Os resultados deste estudo confirmam os pressupostos sobre EBS apresentados por Rowe e Kahn. As doenças (números de comorbidades) reduzem as chances do EBS e a resiliência e a capacidade cognitiva e as atividades instrumentais da vida diária são protetoras do EBS.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Apoio Social. Espiritualidade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The demographic and epidemiological changes that happened in the last few years led to the realization of a series of studies related to aging. The concept of successful aging (SA) is associated with the maintain of cognitive and physical functions, low deficiency associated to diseases, and a positive commitment towards life. **PURPOSE:** The proposal of this study was to identify the factors associated to a well-succeeded aging in elderly people from Barra Funda, Rio Grande do Sul (RS) – Brazil. **METHODOLOGY:** The study was observational using transversal outlining. The population was composed 218 subjects with by elderly from the of Barra Funda-RS (88 men and 130 women). The following instruments were used: questionnaires in order to obtain the epidemiological and demographic data, the Barthel index and the Lawton scale to evaluate the functional capacity, was used to evaluate the cognitive capability the Mini Exam of Mental State. Social support, spirituality and resilience with specific scales were also evaluated. The data were analyzed using the SPSS version 11.5. A 5% significance level was adapted. The associations between the quantitative variables were evaluated Pearson Correlation Coefficient, and between the categorical variables, the Chi-Square test was applied. The independent variables associated to well-succeeded aging were determined by means of a discriminatory analysis. **RESULTS:** The elderly people were categorized into two groups: one with normal or usual aging and the other with well-succeeded aging. The elderly people who declared absence of chronic diseases, who were independent in relation to functional capacity, who had absence of cognitive deficit, presented spiritual well being, social support and high resilience were considered of well-succeeded aging. Therefore, 30.3% of the subjects who were evaluated were classified as presenting SA. With the use of discriminatory analysis, the stepwise method, it was noticed that the discriminatory variables between the normal aging and the well-succeeded one were the number of comorbidities claimed by the elderly, the instrumental activities in their daily routines, the cognitive capacity and the resilience. The successful aging showed association with schooling ($\chi^2=22.491$ and $p<0.001$), age ($\chi^2=11.725$ and $p= 0.003$) and with the number of comorbidities or diseases ($\chi^2=32.721$ and $p<0.001$). The elderly with successful aging presented a higher average regarding Barthel, Lawton, social support, religious and spiritual well being and in the Mini Mental test. The age average of the elderly with normal aging was higher than of the elderly with SA. There was a positive correlation between resilience and social support ($r=0.891$ and $p<0.001$) and spiritual well being ($r=0.783$ and $p<0.001$). **CONCLUSION:** the results obtained in this study confirm the assumptions about SA presented by Rowe and Kahn. The diseases (number of comorbidities) reduce the chances of a SA while resilience, cognitive capacity and the instrumental activities of a daily routine protect the SA.

Key words: Aging. Social Support. Spirituality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das variáveis sociodemográficos da amostra de idosos de Barra Funda Rio Grande do Sul, Brasil, 2006.....	33
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis relacionadas ao trabalho e a convivência com a família da amostra de idosos de Barra Funda Rio Grande do Sul, Brasil, 2006.....	34
Tabela 3 -	Distribuição das variáveis relacionadas a saúde da amostra de idosos de Barra Funda Rio Grande do Sul, Brasil, 2006.....	35
Tabela 4 -	Distribuição das doenças referidas da amostra de idosos de Barra Funda Rio Grande do Sul, Brasil, 2006.....	36
Tabela 5 -	Confiabilidade ou consistência interna das escalas.....	37
Tabela 6 -	Descrição da média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana para os valores do Índice de Barthel, Escala de Lawton e Minimal na amostra de idosos de Barra Funda Rio Grande do Sul, Brasil, 2006.....	38
Tabela 7 -	Coefficiente de correlação linear de Pearson (r) entre os escores das escalas.....	39
Tabela 8 -	Descrição das Dimensões do Envelhecimento Bem-Sucedido entre os sujeitos avaliados.....	41
Tabela 9 -	Resumo da Análise Discriminante.....	42

LISTA DE ANEXOS

- Anexo I - Escala de Apoio Social
- Anexo II - Escala de Resiliência
- Anexo III - Escala de Bem-estar Espiritual
- Anexo IV - Questionário elaborado para identificação da amostra
- Anexo V - Índice de *Barthel*
- Anexo VI - Escala de Lawton
- Anexo VII - Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)
- Anexo VIII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 ENVELHECIMENTO.....	14
2.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO.....	17
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	28
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	29
3.5 INSTRUMENTOS.....	29
3.6 PROCEDIMENTOS.....	30
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4 RESULTADOS.....	33
5 DISCUSSÃO.....	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXOS.....	66

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre o envelhecimento das populações e de seus aspectos determinantes apontam para a realidade de que o homem está vivendo mais, e a longevidade sem dúvida é uma das características do nosso tempo. Este fato pode ser comprovado recordando que, em um século, a média de idade aumentou consideravelmente, o que impõe à sociedade uma profunda mudança, em relação, principalmente, à qualidade de vida desta população.¹

O envelhecimento populacional é uma realidade atual nos diferentes países. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período entre 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento”, na qual haverá um crescimento de 54% da população idosa nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento este número alcançará 123%.²

Mudanças significativas aconteceram no final do século passado associadas a fecundidade, a melhora nos cuidados de saúde e a mudanças demográficas e epidemiológicas. A população mundial está envelhecendo e este fenômeno também pode ser constatado em nosso país.^{3, 4, 5}

O Brasil é um país cuja população envelhece rapidamente. Houve um aumento na expectativa de vida que no início do século 20 era de 33 anos, mas segundo o IBGE, em 2004 a esperança de vida ao nascer (expectativa de vida) dos brasileiros alcançou 71,7 anos. Associada a esta condição, a diminuição da fecundidade entre 1960 e 1980 foi de 30%, o que conduz a um incremento proporcional da população idosa. Com isto a população acima dos 60 anos aumentou em quase 4 milhões de pessoas.⁶

Apesar dos avanços, os dados do Brasil no ranking da ONU indicam a posição de 82º na esperança de vida ao nascer, enquanto o Japão apresenta os maiores índices, com 81,9 anos. No contexto regional estamos abaixo de países como Costa Rica, Chile, Cuba, Porto Rico, Panamá, Argentina, entre outros. Abaixo do Brasil na região temos Paraguai, Jamaica, Peru, Nicarágua, República Dominicana, Bolívia, por exemplo.⁷

Esta mudança da expectativa de vida, que se apresentava em torno dos 63,4 anos em 1980, passando para 68,5 em 2000, associada a um declínio acentuado da fecundidade, provoca um aumento da proporção de idosos na população brasileira. Este ganho na expectativa de vida é atribuído a uma melhora no acesso da população aos serviços de saúde, campanhas nacionais de vacinação, aumento do nível de escolaridade e investimentos na infra-estrutura de saneamento básico, entre outros.⁸

O conjunto dessas transformações demográficas e epidemiológicas determina importantes desafios para o Brasil: rápido envelhecimento populacional, com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas, predomínio de mulheres; famílias menores, com menos disponibilidade de cuidado para com os idosos; aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos; aumento da prevalência de doenças crônicas sem o desaparecimento das enfermidades infecto-contagiosas e maiores gastos com saúde.⁹

Cabe destacar que não basta apenas prolongar a vida, mas é importante manter e melhorar a autonomia pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra uma série de ações devem ser aplicadas, a começar pelo acesso aos cuidados de saúde, estímulo a estilos de vida saudáveis, identificação de indivíduos de alto risco, ênfase em promoção da saúde, entre outros, com o objetivo principal de manutenção da capacidade funcional.¹⁰

Este contexto relacionado ao processo do envelhecimento nos últimos anos tem provocado um aumento no desenvolvimento de pesquisas focadas nessa temática.^{11, 12} Para Debert,¹³ a partir dos anos 90 a velhice vem se transformando em tema de debate privilegiado, principalmente em função dos desafios postos à sociedade. O idoso hoje está envolvido nas interpelações das questões de movimentos eleitorais, definição de novos mercados, novas formas de lazer, entre outros.

O envelhecimento, embora seja um fenômeno evolutivo, natural, universal, abrangendo todos os seres vivos, de maior ou menor complexidade, necessita ser melhor entendido e conhecido. Apesar de existirem diversas teorias que buscam explicar o envelhecimento, identificando fatores de base genética, ambiente, estilo

de vida, entre outros, ainda permanecem dúvidas sobre os fatores-chaves deste processo.¹⁴

Muito embora sejam evidentes os aspectos típicos do envelhecimento humano, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, dentre outras alterações morfológicas, orgânicas e funcionais identificadas como senescência, este processo é extremamente diversificado entre os indivíduos; não havendo uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar de acordo com as condições socioeconômicas, culturais e históricas. Velhice é, portanto, um fato biológico que atravessa a história, mas é um fator que varia segundo o contexto social.¹⁵

Neri e Cachioni¹⁶ destacam as possíveis variações de um processo heterogêneo, influenciado pela história, cultura, determinantes sociais, nível educacional, gênero, entre tantos outros. Defendem ainda a importância de compreender tais fenômenos como acúmulo de fatos anteriores, em permanente interação com dimensões diversas da vida.

A saúde e seus determinantes têm ocupado lugar de destaque nos estudos sobre o envelhecimento pelo impacto causado sobre a qualidade de vida, e igualmente por estarem associados a preconceitos estabelecidos sobre a velhice. Neste sentido o aspecto biológico é ressaltado como forma de identificar o declínio e a representação negativa no envelhecer.¹⁷

Sabe-se que o envelhecimento conduz a alterações biológicas, sociais e psicológicas, contudo, como explica Néri,¹⁸ o desenvolvimento do ciclo da vida apresenta perdas e ganhos, e o envelhecimento é apenas uma etapa deste ciclo. Sendo esse processo heterogêneo, pode garantir ou não o envelhecimento saudável e bem-sucedido, o que vai depender da forma como cada indivíduo organiza seu curso de vida.¹⁹

Desta forma faz-se necessária a revisão de estereótipos associados ao envelhecimento. A noção de que a velhice pode propiciar novas conquistas, oferecendo variadas oportunidades, projetos e relações mediante as experiências

vivas e os saberes acumulados, está vinculada a uma visão mais positiva do envelhecimento.¹³

A esta perspectiva mais positiva sobre este processo se associa à noção de envelhecimento bem-sucedido, que não é recente, uma vez que existe há mais de 50 anos.²⁰ Em 1987 esta visão foi popularizada por Rowe e Kahn,²¹ que publicaram artigo sobre o tema. Segundo estes autores, o envelhecimento bem-sucedido consiste na combinação de fatores relacionados à manutenção das funções físicas e cognitivas, baixa deficiência associada a doenças e relações interpessoais que envolvem um engajamento positivo com a vida. Juntamente com estes fatores acrescenta-se a sabedoria, a resiliência e a espiritualidade.^{22, 23, 24}

O envelhecimento bem-sucedido abrange uma combinação de fatores que permitem um processo geral de adaptação. A este se associam as mudanças relacionadas à idade e à capacidade de adaptação dos sujeitos.²⁵

Com base nesses fatores é possível diferenciar o envelhecimento usual, não patológico, porém com alto risco, daquele bem-sucedido com baixo risco e alta capacidade funcional.²²

A proposta deste estudo consiste em analisar os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido em uma população de idosos do município de Barra Funda, Estado do Rio Grande do Sul.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO

As concepções sobre velhice são tão antigas quanto a história da humanidade. O fenômeno do envelhecimento e da longevidade faz parte da evolução das sociedades. Antigas civilizações já demonstravam preocupações na busca da eterna juventude, da felicidade ou da manutenção do vigor físico. São exemplos os escritos dos gregos, como de Galelo, segundo o qual a velhice seria a perda do calor do corpo, e dos chineses, para os quais a vida natural prolongaria as faculdades mentais.²⁶

Nas sociedades gregas e romanas os jovens e os idosos desempenhavam papéis similares, contudo quando em momentos de mudanças, instabilidade e revoluções, os jovens substituíam os idosos no comando. Na Idade Média os idosos que sobreviviam necessitavam do apoio da família, da caridade da igreja ou dos senhores feudais. No século 20 esta situação não era muito diferente, pois nas camadas sociais mais pobres o destino dos idosos estava colocado nas mãos de suas famílias.²⁷

Neste mesmo século 20, associado às mudanças na Ciência e no perfil demográfico da população, estabeleceram-se os fundamentos da gerontologia e da geriatria. No Brasil ainda são poucos os programas de Pós-Graduação e grupos de pesquisa interessados na investigação desta temática, ocorrendo uma carência de pesquisadores nesta área de conhecimento.¹²

Nos últimos anos tem se observado um nítido processo de envelhecimento demográfico. Em todo o mundo a faixa etária que mais cresce proporcionalmente é aquela que inclui as pessoas com mais de 60 anos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a maioria das pessoas idosas vivem em países em desenvolvimento, contudo nos países desenvolvidos a população mais velha também tem aumentado. Este ritmo de crescimento, no entanto é desigual entre as nações, pois nos países em desenvolvimento data de apenas duas a três décadas, enquanto nos países desenvolvidos alcançou quase um século.²⁸

A conceituação deste processo, todavia, permanece sendo difícil. O envelhecimento não se traduz apenas em aspectos cronológicos, mas está associado a eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. Da mesma forma, está associado às perdas nas funções normais que ocorrem após a maturação sexual e continuam até a longevidade máxima para os componentes de uma espécie.²⁹

A questão da maturação sexual aparece como referência para a conceituação de Néri, para quem o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e ocasionam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência.³⁰

É importante lembrar, contudo, que a vida é um *continuum*, que se inicia com a concepção e termina com a morte, constituindo o envelhecimento parte deste processo.²⁷

Associar o envelhecimento à idade cronológica, aproximando-nos do conceito de longevidade, propicia apenas um entendimento parcial do processo, além de retirar seu condicionante social e histórico.³¹

O envelhecimento, do ponto de vista fisiológico, não ocorre necessariamente concomitante ao avanço da idade cronológica, apresentando considerável variação individual. Surge acompanhado por uma série de modificações nos diferentes sistemas do organismo, seja no plano antropométrico, muscular, cardiovascular, pulmonar, neural ou de outras funções orgânicas, que sofrem seus efeitos, além de alterações nas capacidades funcionais e modificações do funcionamento fisiológico.^{32, 33, 34}

A noção de que as disfunções encontradas nos idosos são resultado da excessiva demanda, imposta a um sistema fisiologicamente incapaz de supri-la ou pela existência de processos patológicos que se encontram geralmente camuflados nesta faixa etária, merece toda a atenção diagnóstica e terapêutica.^{35, 36}

Por outro lado, segundo Néri e Cachioni,³⁷ é importante observar que envelhecer é um processo que ocorre com grande variabilidade individual, não

homogêneo, com ritmos influenciados por diferentes condições culturais, econômicas, sociais, históricas etc.

A preocupação inerente ao envelhecimento populacional conduz à necessidade de definição de estratégias para dar conta desta nova realidade, uma vez que esta situação não se reveste apenas de vantagens, apresentando igualmente fatores negativos, como os associados à falta de planejamento político-social para este contingente populacional.³⁸

No ano de 1982, em Viena, realizou-se a Primeira Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, quando um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento constituiu as bases das políticas públicas para esta população, mediante políticas sociais vinculadas principalmente à instituição de programas de preparação à aposentadoria e maior engajamento dos idosos na vida social. No Brasil, somente no ano de 1996 através da Política Nacional do Idoso, estabeleceram-se ações buscando ir ao encontro dessas estratégias.³⁹

Em 2002, ocorreu a Segunda Assembléia Internacional sobre o Envelhecimento, tendo como maior desafio o envelhecimento mundial, reconhecendo a rapidez deste processo e sendo identificados na pobreza e na exclusão os maiores obstáculos a uma velhice digna. As propostas resultantes deste evento baseiam-se em uma nova idéia de velhice, pensada em torno do conceito de envelhecimento produtivo. A estratégia internacional para enfrentar os desafios do aumento quantitativo de pessoas com mais de 60 anos de idade centraliza-se em viabilizar a inclusão social deste segmento da população. Neste contexto surgem as Políticas de Saúde para os Idosos que deveriam desenvolver ações para promover um envelhecimento ativo e saudável.^{40, 41}

No Brasil estas ações são definidas no ano de 1999, a partir da criação da Política Nacional de Saúde do Idoso, que destaca como propósitos a promoção do envelhecimento saudável, a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação dos idosos que apresentem sua capacidade funcional restringida.⁴²

Com relação a esta política, Caldas⁴³ aponta para a necessidade de se estabelecer políticas públicas que envolvam todos os setores da sociedade no

combate à dependência no idoso, questionando o modelo de assistência que deveria priorizar a promoção à saúde visando a um envelhecimento bem-sucedido.

2.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

A concepção de envelhecimento bem-sucedido não é recente. Cícero em 44 a.C. já escrevia sobre a definição do bom envelhecimento. Embora o conceito de envelhecimento bem-sucedido (EBS) seja constantemente empregado, em gerontologia não existe um consenso sobre sua definição e mensuração.^{44, 45}

Na busca de explicações para o fenômeno do envelhecimento, Rowe e Kahn⁴⁶ apresentam seu conceito de envelhecimento bem-sucedido, que consiste na combinação de fatores como: manutenção das funções físicas e cognitivas, baixa deficiência associada a doenças e relações interpessoais que envolvem um engajamento positivo com a vida. Segundo estes autores, o envelhecimento “usual” estaria associado à ausência de doenças, mas com alto risco para o aparecimento destas, enquanto que o envelhecimento bem-sucedido estaria relacionado a baixo risco e alta funcionalidade.

A expressão envelhecimento bem-sucedido está associada a uma mudança, pois considera velhice e envelhecimento não como sinônimos de doenças ou inatividade. Está vinculado a uma noção de que o indivíduo apresenta um potencial para desenvolvimento mantido pelo processo de envelhecimento, em que a multidimensionalidade, multicausalidade e heterogeneidade estão vinculadas. Tal conceito resgata, desta forma, os aspectos positivos da velhice.³¹

Assim sendo, o seu significado envolveria a ausência de incapacidade e doenças, manutenção de elevados níveis de capacidade funcional e habilidade cognitiva e, ainda, a preservação de atividades produtivas e sociais. A estes fatores também são acrescidas a sabedoria e a espiritualidade.⁴⁷

Guse e Masesar lançam uma crítica ao modelo de EBS apresentado por Rowe e Kahn, por desqualificar o idoso frágil ou deficiente, ao realizar um estudo com idosos de instituições de longa permanência, buscando as percepções destes

sobre o EBS. As respostas identificaram um conjunto de aspectos vinculados ao senso de humor, capacidade de adaptação, laços de amizade, entre outros.⁴⁸

Por outro lado, para Depp e Jeste,⁴⁹ não existe consenso sobre uma definição de envelhecimento bem-sucedido. Por meio de um estudo de revisão sobre os significados e critérios dos componentes individuais para definição do envelhecimento bem-sucedido, bem como a concordância entre esses conceitos, foram encontrados 29 diferentes definições em 28 trabalhos analisados. Múltiplos componentes foram relacionados, com a incapacidade funcional estando presente em 26 definições. As associações mais freqüentes foram em relação à idade, não fumar, ausência de incapacidade, artrite ou diabetes. Correlação moderada foi encontrada com suporte social, atividade física, maior número de contatos sociais, melhor auto-avaliação da condição de saúde, ausência de depressão e incapacidade cognitiva e a presença de poucas condições necessitando cuidados médicos. Gênero, renda, estado civil e nível educacional não foram relacionados ao EBS. Nos estudos avaliados aproximadamente um terço dos idosos foram classificados com um EBS. A maioria das definições esteve baseada na ausência de incapacidade funcional, com uma inclusão menor de variáveis psicossociais.

Rowe e Kanh⁵⁰ elencaram quatro críticas sobre definições prévias construídas para o EBS: a primeira refere-se à tendência na definição de EBS, de forma estreita, construída exclusivamente a partir de conceitos do pesquisador, em vez de adotar uma teoria do desenvolvimento humano como referência; a segunda diz respeito à identificação do EBS como ausência de doença, utilizando assim um conceito limitado de saúde, ou seja, não mais que ausência de doença; a terceira crítica faz referência à negligência dos aspectos positivos do envelhecimento, às possibilidades de ganhos, dado que sem estas condições o EBS seria pouco provável; a quarta relaciona-se à falta de definição do que seria bom ou mau, bem-sucedido ou malsucedido a partir de critérios previamente estabelecidos.

Nas palavras de Néri³⁰ não existe consenso sobre a definição do EBS devido a sua natureza heterogênea, relacionada a aspectos biológicos, mas também construído socialmente.

As condições dinâmicas, históricas, não apenas individuais, mas também coletivas do envelhecimento bem-sucedido são destacadas por Gonçalves.⁵¹ Associado aos ideais da sociedade, às condições e valores existentes no ambiente onde o indivíduo envelhece e a sua história pessoal e de seu grupo etário, o EBS não é mero atributo biológico, psicológico ou social, mas resultado de uma interação entre indivíduos e sociedade em mudança.

Da forma semelhante Baltes e Baltes⁵² tratam do conceito da velhice bem-sucedida como resultado da confluência de fatores econômicos, sociais, psicológicos, biológicos e culturais. Já a definição de EBS fornecida por idosos canadenses, obtida no estudo de Manitoba, o qual buscou indagar a uma população de homens idosos o que estes entendiam por EBS, os componentes mais encontrados se referiram a: condição de saúde e doença, seguida de atividade física, capacidade cognitiva e atividade social.⁴⁴

A universalidade de variáveis relacionadas ao conceito de envelhecimento bem-sucedido é contestada em estudo com populações de diferentes etnias desenvolvido por Litwin.⁵³ Segundo este autor, alguns componentes podem ser preditores gerais, porém existem diferenças entre grupos populacionais distintos.

Neste propósito, pesquisa com dois grupos de idosos, sendo o primeiro formado por japoneses que residiam em Washington e outro com idosos brancos moradores de Seattle, buscou identificar e comparar com a literatura a definição e os fatores relacionados ao EBS. Os resultados mostraram que para os sujeitos avaliados o EBS é multidimensional, abrangendo quatro dimensões: física, funcional, psicológica e social. Salienta, na contramão do conceito de Rowe e Kahn, o aspecto da saúde psicológica, vinculado à habilidade de se ajustar às circunstâncias. Ao final os autores acrescentam que a satisfação interior e a espiritualidade são citadas como exemplos de atributos que não aparecem na literatura, mas que devem ser investigados.⁵⁴

A questão da multidimensionalidade do conceito é apresentada também por Bowling e Ilife⁵⁵ em uma pesquisa realizada com idosos britânicos, que objetivou avaliar diferentes modelos de EBS e que constatou a importância de seus componentes para estabelecer uma intervenção na promoção à saúde do idoso.

Os estudos sobre EBS podem ser divididos em dois componentes: padrões clínicos pelo qual é mensurado, e teorias que exploram o processo de ajustamento no envelhecimento, porém poucos trabalhos combinam estes elementos.⁴⁴

Com relação aos fatores que constituem o envelhecimento bem-sucedido, alguns trabalhos identificam estes como resultados, em outros como precursores e poucos modelos são verdadeiramente multidimensionais.⁵⁵

O *status* funcional tem sido empregado em estudos clínicos sobre o EBS, sendo identificado em termos individuais pela retenção da independência funcional. Aspectos associados ao EBS identificados na literatura envolvem a prática de exercícios e a manutenção de contatos sociais.^{20, 56, 57}

No ano de 1987 Rowe e Kahn²¹ propuseram uma distinção entre o envelhecimento bem-sucedido e o usual. Buscavam superar a ênfase tradicional da gerontologia entre o patológico e o não-patológico. Em 1997 estes mesmos autores publicam artigo identificando aspectos que caracterizariam o modelo de EBS.⁵⁸ Já em 2000 são incluídos ao modelo outros dois fatores: a resiliência e a sabedoria. Propõem ainda os autores o estabelecimento de políticas de promoção e prevenção à saúde associadas ao modelo de EBS.²³

Este modelo de EBS de Rowe e Kahn, no entanto, foi criticado por não incluir pesquisas biológicas, condição social e auto-avaliação. Segundo os autores, porém, os componentes biológicos estariam relacionados a não-ocorrência de incapacidade ou doença e engajamento ativo com a vida.^{59, 60}

A adição da espiritualidade ao modelo de EBS de Rowe e Kahn é proposta a partir de uma pesquisa sobre o impacto da espiritualidade positiva no EBS. Neste trabalho os autores estabelecem uma distinção entre a religiosidade, vinculada a práticas religiosas, sistema de crenças focadas na comunidade; e espiritualidade, que é de cunho pessoal, vinculada à busca de entendimento sobre a vida, significados e relação com o sagrado. Já a espiritualidade positiva usa elementos da religiosidade e da espiritualidade procurando identificar características que têm produzido ou estão associadas com resultados positivos e com engajamento ativo com a vida. Existem duas razões importantes para a inclusão da espiritualidade no EBS: ela tem sido relacionada à melhoria da condição subjetiva de saúde, redução

da morbidade e maior expectativa de vida e entre a maioria da população idosa existe uma referência à religião ou espiritualidade como componente importante de sua vida.⁶¹

A partir de uma revisão de literatura Bowling e Ilife⁵⁵ definiram cinco diferentes modelos para o EBS, os quais basearam-se em estudo longitudinal com população britânica com mais de 65 anos, sendo elaborados em função de variáveis selecionadas previamente:

- O modelo biomédico: baseado no número de diagnósticos de doenças crônicas, manutenção das atividades de vida diária e ausência de morbidade psiquiátrica.
- O modelo biomédico ampliado: considera os aspectos listados anteriormente mais o engajamento social, definido pelo número de atividades sociais diferentes realizadas no último mês.
- O modelo de funcionamento social: envolve, além das atividades anteriormente referidas, a soma e a freqüência dos contatos sociais e o apoio social recebido.
- O modelo de recursos psicológicos: compreende, além dos itens dos escores anteriores, a auto-eficácia, o otimismo, sentir-se útil, enfrentar os problemas superando as dificuldades, auto-avaliação, autoconfiança e autovalorização.
- O modelo programado: amplia o conceito envolvendo a soma dos itens anteriores e outras questões, como renda e capital social, este incluindo elementos vinculados a facilidades na área de residência, não existência de problemas como violência e vandalismo, ambiente para caminhadas e sensação de segurança, seja durante o dia ou à noite.

Os idosos responderam sobre sua qualidade de vida por meio de questão aberta, servindo como indicador para a comparação entre os modelos anteriormente descritos. Cada proposta teve suas respostas organizadas de forma dicotômica a partir da aplicação de diferentes instrumentos de avaliação. Os autores consideraram o modelo programado como mais adequado, por ser multidimensional e mais adequado que os modelos unidimensionais.

Outros elementos relacionados à adaptação, segurança, engajamento com a vida e saúde e bem-estar são apresentados como condições de construção do EBS por Reichstadt et al.⁶²

Vários artigos têm referido a questão da saúde mental, capacidade funcional, espiritualidade e suporte social como elementos que contribuem para o envelhecimento bem-sucedido.^{20, 25, 46, 49, 55}

Os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido, em população de idosos socialmente ativos da Região Metropolitana de Porto Alegre foram analisados em estudo de Moraes e Souza.⁶³ Estes autores identificaram a independência para atividades de vida diária, a autonomia e a satisfação com o relacionamento familiar e cultivo de amizades como fatores preditivos para ambos os gêneros. Nas mulheres, contudo, fatores tais como conforto material, imagem corporal, auto-estima, suporte social, sexualidade e espiritualidade também foram identificados. O trabalho destaca ainda a importância do suporte social neste processo.

O suporte social e as relações satisfatórias parecem propiciar melhores condições de saúde aos idosos. Os mecanismos envolvidos ainda são pouco conhecidos, mas pressupõe-se que a ajuda recebida contribua para um melhor senso de controle pessoal, influenciando positivamente no bem-estar psicológico. Este apoio social apresenta cinco diferentes categorias funcionais: apoio material, que se refere às atividades práticas e recursos materiais; apoio afetivo, abrangendo expressões de afeição; apoio emocional, relacionado ao carinho e amor; apoio de informação, incluindo o acesso, o aconselhamento, orientações e informações, e o apoio relacionado à interação social positiva, que envolve a disponibilidade de pessoas com quem divertir-se e relaxar. O suporte social envolve a qualidade e a quantidade das interações, através do conjunto de relacionamentos do indivíduo e como estas são interpretadas pelo receptor.⁵¹

Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte oferecidos pela família (emocional ou funcional). Especificamente diante da presença de suportes sociais é esperado que pessoas idosas sintam-se amadas, seguras para lidar com problemas de saúde e apresentem alta auto-estima. As redes sociais formadas por familiares e amigos

reduzem significativamente os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos. Essas redes oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação, cuidados e assistência. Pessoas que não recebem esse tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse.⁶⁴

A rede de apoio social e a coesão familiar, juntamente com as características individuais constituem a resiliência. A resiliência pode ser entendida como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis.⁶⁵

O conceito de resiliência está associado com a capacidade do indivíduo de se manter bem, recuperar-se e, até mesmo, ser bem-sucedido diante das adversidades. Este atributo envolve as características individuais e como o sujeito pode reagir a um risco de forma diferente no decorrer da vida.⁶⁶

Com o envelhecimento decresce a flexibilidade e a rapidez com que o indivíduo é capaz de adaptar-se em termos comportamentais, físicos e psicológicos. Reduz-se desse modo a sua resiliência, ou seja, a capacidade de recuperação após a exposição a pressões provenientes do ambiente.⁵²

O envelhecimento, no entanto, pode trazer avanços, como a sabedoria. Sendo assim a velhice bem-sucedida estaria relacionada, em uma perspectiva psicológica, com as potencialidades do indivíduo, que lhe permitem lidar com as inevitáveis perdas ocorridas no processo do envelhecimento.⁶⁷

Embora tradicionalmente a Geriatria e a Gerontologia tenham priorizado investigações sobre o resultado das perdas advindas com a idade, os estudos da resiliência envolvem aspectos positivos relacionados com as potencialidades do idoso, fator relevante para a manutenção do seu bem-estar.⁶⁵

Neste sentido, apesar de o envelhecimento continuar sendo representado com base nas perdas, as pessoas idosas têm muitas capacidades de reserva que ficam sem ser exploradas, ou seja, ganhos que passam despercebidos e, em consequência, não são valorizados. Um dos elementos que contribuem para este entendimento estaria associado à idéia de que existe uma progressão contínua do desenvolvimento humano, desde o nascimento até a morte.⁶⁸

Com relação a esse dinamismo na velhice, Baltes e Baltes apresentam um modelo psicológico de velhice bem-sucedida, segundo o qual a manutenção da capacidade de ajustamento do indivíduo, por intermédio de mecanismos de compensação e otimização, revela-se fundamental para uma boa velhice.⁶⁷

No modelo psicológico de explicação deste fenômeno, elaborado por Baltes e Baltes, o conceito de EBS é influenciado por dois aspectos principais: a biologia e a cultura. Estes autores consideram o envelhecimento um processo adaptativo, em andamento e dinâmico, envolvendo três elementos: *seleção*, em função das restrições impostas por limitações físicas e cognitivas o indivíduo dirigirá seu esforço para áreas de maior prioridade; *otimização*, ou seja, o indivíduo dará prioridade a comportamentos que melhoram sua auto-eficácia; e *compensação*, com a adoção de estratégias psicológicas e tecnológicas. Esta proposição é identificada como a Otimização Seletiva com Compensação (SOC). O modelo SOC fornece um sistema geral para o entendimento das mudanças da resiliência durante a vida. Este processo de adaptação é constante.⁵²

Segundo Néri,⁶⁷ as proposições teóricas do modelo SOC podem ser sintetizadas, apresentando-se como:

- Um entendimento de que a velhice normal, compreendida como a ausência de doenças, é diferente da ótima, identificada a partir de critério de bem-estar pessoal e social, como também é diferente da patológica, esta associada à presença de doenças ou síndromes típicas da velhice.
- O envelhecimento é heterogêneo, influenciado pelos aspectos históricos, sociais e culturais.
- Na velhice fica resguardado o potencial de desenvolvimento.
- As limitações do envelhecimento podem ser minimizadas pela avaliação das capacidades de reserva.
- Perdas do funcionamento intelectual podem ser compensadas pelo pragmatismo.
- No envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo.

- Os mecanismos de auto-regulação da personalidade mantêm-se intactos mesmo na idade avançada.

Outro aspecto também relacionado ao envelhecimento bem-sucedido é a capacidade funcional. Esta capacidade é concernente à aptidão de realizar e decidir seu próprio destino. Qualquer indivíduo que alcance os 80 anos, capaz de conduzir sua própria vida e determinar quando, como e onde se darão suas atividades de convívio social, lazer e trabalho, com certeza será considerada uma pessoa saudável.⁶⁹

Desta forma a preservação da qualidade de vida diante das ameaças das restrições da autonomia e da independência causadas pelo empobrecimento da vida social e pela deterioração da saúde são desafios que a longevidade impõe aos idosos. O sedentarismo prolongado, presente em muitos idosos, leva a uma diminuição gradativa de todas as qualidades de aptidão física. Do ponto de vista psicológico a atividade física pode auxiliar no combate à depressão, atuando como um catalisador de relacionamento interpessoal, produzindo agradável sensação de bem-estar e favorecendo a auto-estima, mediante a superação de pequenos desafios.⁷⁰

Os fatores relacionados ao declínio da capacidade funcional sugerem uma complexa rede causal. Alguns foram descritos em estudo sobre a população idosa da cidade de São Paulo, entre eles: ser analfabeto, aposentado, pensionista, dona de casa, não ser proprietário da moradia, ter mais de 65 anos, composição familiar multigeracional, haver sido hospitalizado nos últimos seis meses, ser "caso" no rastreamento de saúde mental, não visitar amigos e parentes, apresentar problemas de visão, ter sofrido derrame e apresentar uma avaliação pessimista da saúde em comparação com seus pares.⁷¹

Já foi descrito que os fatores mais fortemente associados com a capacidade funcional estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Entretanto observa-se também que a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais.⁷²

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas enfermidades, e muitos levam

uma vida perfeitamente normal, com os sintomas controlados expressando satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com outro que apresente as mesmas doenças, porém sem controle, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas.⁷³

A saúde, em especial os indicadores de autonomia e mobilidade física, são fatores preditivos da permanência na vida ativa em idades mais elevadas.⁷¹ Desta forma, a saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional.⁷⁴

O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido mais amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.⁷⁵ Estas várias dimensões abrangem não só aspectos biológicos, mas igualmente fatores sociais, emocionais e espirituais.⁷³

A espiritualidade envolve um conjunto de emoções e convicções de natureza não-material, supondo-se que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e o sentido da vida. Constitui-se em fator protetor em questões relativas à saúde.⁷⁶

A definição de espiritualidade pode compreender pelo menos três dimensões distintas: a espiritualidade como sinônimo de participação em instituição religiosa; a espiritualidade individual, percebida como um movimento ou disposição interna de valores éticos e morais próprios, e por último, a espiritualidade como crença integrativa, conferindo sentido e significado à existência humana.⁷⁷ A questão da espiritualidade é muito ampla, com sua mensuração revelando-se complexa e o bem-estar espiritual aspecto passível de avaliação.⁷⁸ Bem-estar espiritual significa em que medida a pessoa está aberta à dimensão espiritual e integra esta com outras dimensões da vida.⁷⁹

O sujeito idoso tende a viver mais intensamente a sua espiritualidade, manifestada principalmente por intermédio da religião. As questões espirituais parecem ser potencialmente úteis na promoção do bem-estar.⁸⁰ A espiritualidade aparece junto ao envelhecimento como uma espécie de mecanismo protetor,

fortalecendo os indivíduos, facilitando a superação de perdas, além de ser um propósito para continuar existindo.⁷⁷

Estudo sobre população de adultos de Porto Alegre identificou associação entre o bem-estar espiritual e a saúde geral dos sujeitos avaliados. As conclusões apontaram que os sujeitos com grau maior de bem-estar espiritual percebem sua saúde de forma positiva.⁷⁹

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente investigação pode ser caracterizada como sendo um estudo transversal e observacional, analítico com uma abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Barra Funda - RS, emancipado em 24 de março de 1992, pela lei estadual n. 9.538. Anteriormente constituía-se em distrito de Sarandi. Tem sua economia baseada na agricultura e no engarrafamento de água mineral.

O município fica situado na região Noroeste do Estado, a uma distância de 350 km da capital do Estado, com área de 60 km², conhecida e denominada a “A Terra da Água Mineral Sarandi”. Conta com oito comunidades rurais assim denominadas: São José Agusso, Santo Antônio Agusso, Linha Cabrito, Linha Carijo, Ervalzinho, Barra do Ervalzinho, Linha Encantado e Santa Lúcia.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos sujeitos com mais de 60 anos residentes no município.

A população de Barra Funda, segundo o censo de 2000, era de 2.231 habitantes, dos quais 1.107 do gênero masculino e 1.124 do gênero feminino.

A estimativa, conforme o Datasus, era de 2.390 habitantes em 2006. O total de idosos, segundo o censo (2000) era de 223, sendo a projeção do Datasus para o ano de 2006 de 242 idosos, 109 homens e 133 mulheres.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Fizeram parte da amostra idosos de ambos os sexos, dentro da faixa etária determinada, sendo avaliados todos os idosos que residam no município há pelo menos cinco anos.

3.5 INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados foram empregados os seguintes instrumentos: para a avaliação do apoio social foi adotada a Escala de Apoio Social empregada no *Medical Outcomes Study* (MOS), traduzida e validada em estudo de Griep (Anexo I). Este instrumento, além de abranger as principais dimensões funcionais de apoio social descritas na literatura, apresenta propriedades psicométricas adequadas em sua versão original. O questionário é composto por 19 itens com cinco dimensões funcionais de apoio social: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. Em cada pergunta o avaliado deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo de apoio em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre. Para o cálculo dos escores, em cada uma das cinco dimensões de apoio social são atribuídos pontos a cada opção de resposta, que variaram entre 1 (nunca) e 5 (sempre). Os escores obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões são divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. O resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) é multiplicado por 100.⁸¹

Também foi aplicada a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young e adaptada e validada por Pesce et al. (Anexo II). A escala possui 25 itens descritos de forma positiva, com respostas tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.⁶⁶

Para a avaliação da espiritualidade foi adotou-se a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE – *Spiritual Well-Being Scale*), de Paulotzian e Ellison, adaptada por Marques (Anexo III). É composta de 20 questões com pontuação de 1 a 6, dividida

em duas subescalas, uma de bem-estar religioso e outra de bem-estar existencial. Os pontos de corte sugeridos para o escore geral de bem-estar espiritual apresentam os intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120, para baixo, moderado e alto bem-estar.⁷⁹

3.6 PROCEDIMENTOS

Metodologicamente, este estudo foi constituído de diferentes etapas:

- 1) *Primeira etapa* – Conhecer a população-alvo do estudo e selecionar a amostra. Para tanto, foram buscadas informações na Plataforma do Datasus, identificando as projeções demográficas do município para a população idosa.
- 2) *Segunda etapa* – O processo de avaliação inicia-se a partir do contato com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Barra Funda, ocasião em que foi apresentada a proposta do estudo e os objetivos, bem como prestados os esclarecimentos que se fizeram necessários.
- 3) *Terceira etapa* – Foram empregadas informações de uma pesquisa prévia intitulada “Avaliação da Qualidade de Vida da População Idosa do Município de Barra Funda-RS”, referentes a um questionário elaborado para identificação da amostra, composto de dados pessoais, como escolaridade, raça, recursos econômicos, nível educacional e como reside, indicador da condição de saúde, perfil de patologias, uso de medicação (Anexo IV).

Para determinar a capacidade funcional foram utilizados os instrumentos: Índice de *Barthel* (Anexo V), que analisa dez atividades básicas de vida diária, e a Escala de Lawton (Anexo VI) que avalia as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Esta escala determina a capacidade de idosos se adaptarem ao seu meio e inclui atividades variadas tais como: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar o transporte, tomar remédios, tomar conta do orçamento e caminhar. A pontuação máxima é de 27 pontos e as possibilidades de cada item são: realizar a atividade sem ajuda (3 pontos e significa independência), com ajuda parcial (2 pontos, capacidade com

ajuda) e não consegue realizar a atividade (1 ponto e significa dependência). A aplicação desse instrumento varia em torno de 3 a 5 minutos de duração.⁸²

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) foi empregado para avaliação do estado mental dos idosos (Anexo VII).⁸³ Consiste em um questionário com cinco domínios: orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem. O avaliador marca 1 ponto para cada resposta correta, com a pontuação máxima atingindo 30 pontos. A interpretação do MMSE é feita por meio de: analfabetos 20 e escolaridade superior 24.⁸⁴

- 4) *Quarta etapa* – Coleta de dados sobre suporte social, resiliência e espiritualidade realizada pelo pesquisador e por um grupo de auxiliares previamente treinados.

Para o preparo dos pesquisadores auxiliares foram adotadas as seguintes estratégias:

- explicação sobre os objetivos do trabalho;
- descrição e explicação sobre os instrumentos;
- treinamento com utilização dos instrumentos entre os componentes do grupo;
- realização de uma coleta-piloto envolvendo um grupo de 20 idosos do município.

A partir do treinamento dos pesquisadores sobre suporte social, resiliência e espiritualidade foi realizada a coleta dos dados.

A coleta ocorreu em visita domiciliar; quando o idoso não foi encontrado em seu domicílio foram feitas mais duas visitas.

Os idosos, ou em sua impossibilidade seus cuidadores, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a utilização e publicação das informações coletadas (Anexo VIII).

Os dados foram coletados entre março e abril de 2007, com o emprego dos instrumentos estabelecidos.

Após a realização da coleta dos dados, estes foram organizados e analisados de acordo com o descrito na análise dos dados.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos foram analisados com a utilização da estatística descritiva, por meio do programa Microsoft Excel e SPSS, versão 11.5.1, licenciados para a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

As variáveis quantitativas foram descritas em função de sua média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram organizadas e elaboradas as suas respectivas tabelas.

As associações entre as variáveis quantitativas realizaram-se por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson. Já a associação entre as variáveis categóricas foi estabelecida por meio do Teste do Qui-Quadrado.

As diferenças eventuais entre as médias das variáveis quantitativas dos sujeitos agrupados segundo as diferentes categorias foram verificadas através do Teste *t de Student* para grupos independentes.

As variáveis independentes associadas ao envelhecimento bem-sucedido foram determinadas por meio da análise discriminante.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a efetivação do presente estudo o projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, aprovado sob o parecer consubstanciado 07/03672.

Os voluntários que consentiram em participar deste estudo tomaram ciência e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mantendo consigo uma das vias. Toda a pesquisa foi realizada segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o qual regulamenta a ética em pesquisa no Brasil.

4 RESULTADOS

Na cidade de Barra Funda a população total, estimada pelo Datasus para o ano de 2006, é de 2.241 habitantes, havendo 242 (10%) idosos. A amostra do estudo englobou de 218 idosos, o que corresponde a 90% do total da população com mais de 60 anos.

Como mostra a Tabela 1, a população de idosos de Barra Funda está concentrada predominantemente na área rural.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra de idosos de Barra Funda/Rio Grande do Sul, Brasil, 2006

Variáveis	N	Percentual
Local		
Urbano	89	41%
Rural	129	59%
Sexo		
Masculino	88	40%
Feminino	130	60%
Estado Civil		
Casado	148	68%
Viúvo	60	27%
Solteiro	10	5%
Escolaridade		
Analfabeto	41	19%
E. Fundamental Incompleto	171	78%
E. Fundamental Completo	4	2%
E. Médio Completo	2	1%
Idade		
60 a 69 anos	121	55%
70 a 79 anos	67	31%
Mais de 80 anos	30	14%
TOTAL	218	100%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A idade da amostra variou de 60 a 90 anos, com uma média de 69,62 ($\pm 7,89$) anos, tendo na faixa etária dos 60 aos 69 anos a maior frequência de indivíduos.

Foi identificada uma escolaridade baixa, com a grande maioria não havendo concluído o ensino fundamental. Os idosos classificados como viúvos são na grande maioria mulheres (83%).

Na Tabela 2 são descritas as informações referentes ao trabalho e ao relacionamento familiar.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas ao trabalho e à convivência com a família da amostra de idosos de Barra Funda/ Rio Grande do Sul, Brasil, 2006

Variáveis	N	Percentual
Aposentado		
Sim	213	98%
Não	5	2%
Atividade Atual		
Aposentado	126	58%
Agricultor	87	40%
Outros	5	2%
Atividade Anterior		
Agricultor	195	91%
Costureira	5	2,2%
Funcionário público	5	2,2%
Professor	4	1,6%
Outros	6	3%
Moradia		
Própria	210	96%
Alugada	1	0,8%
Outros	7	3,2%
Vive com		
Famíliares	147	67%
Cônjuge	62	28%
Sozinho	9	5%
Convivência Familiar		
Convive	208	95,5%
Não Convive	10	4,5%
TOTAL	218	100%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A maioria dos idosos é aposentada, tendo a atividade agrícola como principal ocupação. Quanto ao relacionamento familiar, o estudo revela que a maior parte dos sujeitos avaliados reside em moradia própria, vivendo e convivendo com sua família.

Na Tabela 3 são descritas as informações relacionadas aos indicadores da condição de saúde dos sujeitos avaliados.

Tabela 3 – Distribuição (%) das variáveis relacionadas à saúde da amostra de idosos de Barra Funda/Rio Grande do Sul, Brasil, 2006

Variável	N	Porcentagem
Plano de Saúde		
Não	199	91%
Sim	19	9%
Percepção de Saúde		
Muito Bom	124	57%
Regular	91	42%
Ruim	3	1%
Acamado		
Não	207	95%
Sim	11	5%
Consulta Médica		
Não Procurou	169	77%
Sim e foi atendido	45	21%
Outros	4	2%
Número de consultas médicas		
0	43	20%
1	31	14%
2	32	15%
Mais de 2	112	51%
Número de internações hospitalares		
0	182	84%
1	24	11%
2	7	3%
Mais de 2	5	2%
TOTAL	218	100%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A avaliação de aspectos relacionados à saúde identificou na avaliação subjetiva de saúde um predomínio do conceito “muito bom”, mostrando-se pequena a proporção de idosos acamados nas duas últimas semanas.

A busca por consulta médica no período das duas últimas semanas não ocorreu para a maioria dos avaliados, porém os que necessitaram foram atendidos.

As consultas médicas nos últimos 12 meses ocorreram mais que duas vezes para a maioria dos idosos, contudo as internações hospitalares foram reduzidas.

A identificação sobre a presença de doença foi avaliada através do relato pelo idoso de diagnóstico prévio realizado por um médico das patologias questionadas pelos entrevistadores, através da seguinte pergunta: “Algum médico lhe diagnosticou que você tem ou teve?” seguindo uma lista de morbidades para escolha dos sujeitos.

Na tabela 4 são descritas informações sobre o perfil de patologias referidas pelos idosos avaliados.

No estudo as doenças mais referidas pelos entrevistados foram hipertensão, osteoporose, dislipidemias, angina e diabetes.

Tabela 4 – Distribuição (%) das doenças referidas da amostra de idosos de Barra Funda/Rio Grande do Sul, Brasil, 2006

Variável	N	Porcentagem
Diabetes		
Não	196	90%
Sim	22	10%
Hipertensão		
Não	118	54%
Sim	100	46%
Osteoporose		
Não	194	89%
Sim	24	11%
Dislipidemias		
Não	174	80%
Sim	44	20%
Angina		
Não	197	90%
Sim	21	10%
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio		
Não	215	99%
Sim	3	1%
Derrame		
Não	213	97%
Sim	5	3%
Enfisema		
Não	210	96%
Sim	8	4%

(segue...)

(continuação)

<i>Asma</i>		
Não	215	99%
Sim	3	1%
Doença reumática		
Não	206	94%
Sim	12	6%
Depressão		
Não	213	98%
Sim	5	2%
Úlcera		
Não	203	93%
Sim	15	7%
Constipação		
Não	201	92%
Sim	17	8%
Trombose		
Não	201	92%
Sim	17	8%
TOTAL	218	100%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Na Tabela 5 são apresentados os resultados de confiabilidade calculado através do Alpha de Cronbach, para verificar a consistência interna dos instrumentos.

Tabela 5 – Confiabilidade ou consistência interna das escalas

Escala	Alfa de Cronbach	Precisão das duas metades
Resiliência	0,849	0,825
Apoio social	0,977	0,921
Bem-estar espiritual	0,918	0,934
Bem-estar religioso	0,979	0,959

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A consistência interna das escalas utilizando o cálculo do Alfa de Cronbach apresentou bom resultado para todas as escalas de resiliência, apoio social, bem-estar espiritual e bem-estar religioso.

Na Tabela 6 são descritas informações sobre as escalas de avaliação da capacidade funcional do idoso (Barthel e Lawton), capacidade cognitiva (mini-mental), apoio social, bem-estar existencial e resiliência.

Tabela 6 – Descrição da média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana para os valores do Índice de Barthel, Escala de Lawton e Mini-mental na amostra de idosos de Barra Funda/Rio Grande do Sul, Brasil, 2006

	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Barthel	55	100	100	98,92	5,92
Lawron	2	24	24	22,56	3,03
Mini-mental	0	30	22	21,34	3,56
Escala de Apoio	64	95	95	93,66	4,91
Escala de Bem-Estar Existencial	40	60	60	58,96	2,95
Escala de Resiliência	93	136	129	127,87	5,99

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Os resultados do Índice de Barthel, para avaliação das atividades de vida diária apresentam escores que variam de 0 a 100, sendo independente o maior escore.⁸⁵ Na amostra 95% foram identificados com máxima independência para a realização deste tipo de atividades.

Já com relação aos resultados da Escala de Lawton, para avaliação das atividades instrumentais de vida diária, em que a pontuação máxima é 24 pontos e a mínima de 8 foram identificados 59% dos sujeitos com máxima independência.⁸⁶

Na avaliação da capacidade cognitiva, aplicando o Mini-Mental, os escores são estabelecidos de acordo com a escolaridade dos idosos, sendo 20 para analfabetos e 24 para escolaridade superior. Entre os idosos avaliados foram classificados como sem transtorno cognitivo 75% e 25% com déficit cognitivo.⁸⁷

Com relação ao apoio social, para a definição da pontuação total da escala os resultados foram organizados através da razão onde o total de pontos obtidos divididos pela pontuação máxima é multiplicado por 100. Foi identificada em 87% dos idosos a máxima pontuação na escala.

Com relação aos resultados da avaliação do bem-estar existencial a máxima pontuação na escala foi encontrada em 78,9% dos idosos.

Com relação aos resultados da escala de resiliência, os valores variam de 25 a 175, sendo que quanto mais alto o escore obtido maior o grau de resiliência. Os valores encontrados no estudo variaram de 93 a 136.

Houve convergência entre os escores globais das quatro escalas como se pode observar na tabela 7.

Tabela 7 – Coeficiente de correlação linear de Pearson (r) entre os escores das escalas

	Apoio social	Bem-estar religioso	Bem-estar espiritual
Resiliência	0,891*	0,579*	0,783*
Apoio social		0,616*	0,790*
Bem-estar espiritual			0,854*

* As correlações são significativas ao nível de significância de 1%.
Fonte: dados da pesquisa (2007).

Para estabelecer combinações de variáveis que melhor discriminem o Envelhecimento Bem-Sucedido (EBS) foi adotada a técnica da análise discriminante. Esta é uma técnica estatística empregada para determinar as variáveis predictoras que mais contribuem para as diferenças entre grupos, sendo empregada quando a variável dependente é categórica e as variáveis independentes intervalares. A análise discriminante de dois grupos é o modelo utilizado quando a variável dependente tem duas categorias. Tem como objetivos identificar as variáveis que melhor diferenciam entre dois ou mais grupos de indivíduos estruturalmente diferentes e mutuamente exclusivos; adotam-se essas variáveis para criar um “índice” ou “função discriminante” que represente de forma coerente as diferenças entre os grupos e classificar *a priori* novos indivíduos no grupo.⁸⁴

São criadas funções matemáticas chamadas de regras de classificação ou discriminação, provenientes de combinações lineares das variáveis iniciais que maximizam as diferenças entre as médias dos grupos e minimizam as probabilidades de classificações incorretas dos casos nos grupos.

Para estimar os coeficientes da função discriminante foi utilizado o método de análise discriminante passo a passo ou *Stepwise*, em que as variáveis predictoras são introduzidas seqüencialmente com base em sua capacidade de discriminar entre os grupos.

A variável dependente foi estabelecida, entre os idosos, a partir de sua classificação com envelhecimento normal/patológico e envelhecimento bem-sucedido. Para a realização desta classificação adotou-se critérios baseados no modelo proposto por Rowe e Kahn,²⁴ envolvendo aspectos multidimensionais.

Na seqüência foram então estabelecidas variáveis independentes para a identificação do envelhecimento bem-sucedido nos sujeitos em estudo:

- 1) A ausência de doença crônica, identificada a partir da não-existência de doenças como: angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema, asma, câncer, insuficiência cardíaca e estar acamado.
- 2) Manutenção da capacidade cognitiva relacionada com o funcionamento mental, avaliada por meio do Mini-mental, sendo definidos escores de acordo com a escolaridade dos idosos: analfabetos 20 e escolaridade superior 24.⁸⁷
- 3) Manutenção da capacidade funcional, avaliada a partir do Índice de Barthel e da Escala de Lawton, sendo considerados autônomos os sujeitos com a pontuação máxima em ambas as escalas.
- 4) Manutenção de elevada capacidade de bem-estar existencial, avaliada a partir da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE – *Spiritual Well-Being Scale*), de Paulotzian e Ellison, sendo avaliados apenas 10 itens referentes ao bem-estar existencial, adotando como ponto de corte a média dos escores de 58,96 no grupo.
- 5) Manutenção de apoio social, avaliada com o auxílio da Escala de Apoio Social, utilizando como ponto de corte a média dos escores de 93,66 no grupo.
- 6) Manutenção de elevada capacidade de resiliência, avaliada pela Escala de Resiliência, determinando como ponto de corte a média dos escores de 127,87 no grupo.

Estes seis itens foram transformados em variáveis dicotômicas, em que os sujeitos apresentavam ou não tais atributos. Aqueles que apresentavam as condições superiores em todas as seis dimensões foram classificados como apresentando um Envelhecimento Bem-Sucedido.

A Tabela 8 apresenta a descrição das dimensões por frequência e porcentagem entre os sujeitos avaliados.

Tabela 8 – Descrição das dimensões do envelhecimento bem-sucedido entre os sujeitos avaliados

Variáveis	N	Percentual
Número de doenças		
Pelo menos uma comorbidade	56	25,7%
Ausência de comorbidade	162	74,3%
Capacidade Cognitiva		
Déficit Cognitivo	55	25,2%
Sem Déficit Cognitivo	163	74,8%
Capacidade Funcional		
Algum grau de dependência	90	41,3%
Independente	128	58,7%
Bem-Estar Existencial		
Baixo ou Moderado Bem-Estar	39	18%
Alto Bem-Estar	179	82%
Apoio Social		
Pouco Satisfatório	26	12%
Satisfatório	192	88%
Resiliência		
Baixa ou moderada	38	17,4%
Elevada	180	82,6%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Entre o total dos sujeitos avaliados foram classificados, a partir das variáveis anteriormente determinadas como possuindo um Envelhecimento Bem-Sucedido 66 idosos (30%) e como Envelhecimento Normal e/ou Patológico 152 idosos (70%).

Os resultados da análise discriminante para determinação das variáveis que influenciam no comportamento do EBS são descritos na tabela 9.

Tabela 9 – Resumo da análise discriminante

Classificação do Coeficiente da Função			
	Envelhecimento Normal/ Patológico	Envelhecimento Bem-Sucedido	
Doenças	-3,602	-5,024	
Mini-Mental	1,334	1,499	
Resiliência	3,756	3,865	
E. Lawton	1,661	1,795	
Constante	-269,913	-291,034	
Resultados da classificação de casos selecionados para uso na análise			
	Envelhecimento Normal/Patológico	Envelhecimento Bem-sucedido	TOTAL
Envelhecimento	141	11	152
Normal/Patológico	92.8%	7.2%	100%
Envelhecimento	34	32	66
Bem-sucedido	51.5%	48.5%	100%
Percentagem de casos agrupados corretamente: 79.4%			

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A correlação canônica, um índice de discriminação ($R= 0.516$), foi significativa (λ de Wilks = 0.733, $p=0.000$).

As variáveis discriminantes selecionadas foram os escores das escalas: mini-mental, resiliência e Lawton e o número de comorbidades.

As funções discriminantes lineares de Fisher obtidas foram:

$\hat{Y}_1 = 1,661 \text{ Lawton} + 1,334 \text{ Mini-mental} + 3,756 \text{ Resiliência} - 3,602 \text{ n}^\circ \text{ de comorbidades (envelhecimento usual)}$

$\hat{Y}_2 = 1,795 \text{ Lawton} + 1,499 \text{ Mini-mental} + 3,865 \text{ Resiliência} - 5,024 \text{ n}^\circ \text{ de comorbidades (envelhecimento bem-sucedido)}$

Os resultados obtidos pela classificação dos idosos, segundo estas equações, acertaram 79,4% das observações do grupo original.

Estas funções servem apenas para a classificação e seus coeficientes não têm qualquer interpretação discriminativa. Recorrendo às funções de classificação,

um determinado sujeito é situado no grupo no qual o seu escore na respectiva função de classificação for mais elevado.

Por exemplo, suponha-se que um idoso tenha atingido os 60 anos e resida há pelo menos cinco anos em Barra Funda, e que numa entrevista sejam obtidos os seguintes dados: escore na escala de Lawton, 24, no teste Mini-mental, 22 e na escala de Resiliência 128 e tenha declarado duas comorbidades (doenças).

Substituindo os valores nas equações teremos:

$$\hat{Y}_1 = -270,245 + 1,661(24) + 1,334 (22) + 3,756 (128) - 3,602 (2) = 272,5350$$

(envelhecimento usual);

$$\hat{Y}_2 = -290,532 + 1,795 (24) + 1,499 (22) + 3,865 (128) - 5,024 (2) = 270,1980$$

(envelhecimento bem-sucedido).

Com base nesses valores, o idoso seria considerado como pertencente ao grupo do envelhecimento usual, pois foi a equação que apresentou o escore mais elevado.

A partir da determinação dos sujeitos classificados com EBS foram realizadas análises buscando a associação desta com outras variáveis.

As variáveis que mostraram associação, aplicando o teste Qui-quadrado com o Envelhecimento Bem-sucedido foram: escolaridade ($p=0,000$), faixa etária ($p=0,003$), estado civil ($p=0,019$) avaliação da percepção de saúde ($0,012$) realização de consulta médica ($p=0,03$).

5 DISCUSSÃO

A população do presente estudo, os idosos de Barra Funda, apresentou um predomínio de procedência rural.

Embora o IBGE⁸⁸ classifique as informações estatísticas referentes ao rural, quanto ao local de moradia, como área isolada e preponderantemente agrícola, ocorre o aparecimento de um novo conceito rural com a expansão das atividades não-agrícolas. Uma definição rural mais ampla tem sido proposta incluindo pequenas cidades, distritos e povoados de economia predominantemente não-agrícola.⁸⁹

Com relação ao predomínio na população idosa do gênero feminino encontrado nesta pesquisa, isto tem sido referido igualmente em outros estudos.^{90, 91} O Censo 2000 do IBGE já indicava uma predominância do gênero feminino (55%) na população de idosos.⁹² Esta condição está associada ao fato de as mulheres viverem mais que os homens.⁹³ Para Veras,⁹⁴ a feminização da população idosa se explica devido a fatores como maior óbito por violência entre os homens e à intensificação do cuidado com as complicações da gravidez e do parto. Este aspecto ficou comprovado entre os sujeitos avaliados, posto que entre os idosos viúvos, mais de 80% são mulheres.

A razão de feminilidade encontrada na amostra foi de 148, revelando-se maior que a encontrada no Estado e em âmbito nacional, em que no ano de 2006 no Brasil chegava a 122 e no Estado do Rio Grande do Sul encontrou uma razão de 135. Dados do estudo SABE⁹⁵ indicavam haver em São Paulo 142 mulheres para cada 100 homens e em Buenos Aires 162, Montevideu 176 e Santiago do Chile 192.

Com relação à idade a maior proporção de idosos entre 60 e 69 anos caracteriza esta população como sendo de idosos jovens. Segundo a PNAD, a faixa etária dos 60 aos 69 anos é a de maior proporção na população idosa no Brasil.⁹⁶

Outra informação relacionada à população brasileira é a constatação de uma baixa escolaridade nos sujeitos avaliados, revelando-se uma condição identificada na maioria dos estudos relacionados a idosos.^{92, 97}

Fatores relacionados à procedência rural e ao gênero feminino, predominante entre os idosos avaliados podem influenciar nesta baixa escolaridade, uma vez que a vinculação do analfabetismo no idoso com o ambiente rural é referida no Censo Idoso do Rio Grande do Sul.⁹⁸

Com relação à identificação dos fatores associados ao EBS foram adotados os princípios de Rowe e Kahn.²⁴ Esta proposta busca adequar-se à noção de multidimensionalidade do conceito, pois envolve aspectos biológicos, emocionais, sociais e espirituais.^{54, 55} O primeiro fator na definição do modelo de EBS é a não-existência de patologias. Estudos sobre a ausência de doenças cardiovasculares, câncer e doença obstrutiva crônica são citados como condição de EBS, associada à condição física e cognitiva. Outro fator relacionado à escolha destas condições está identificado com a perda das funções e ao comprometimento da saúde dos idosos.⁹⁹

Foram definidas como condição de ausência de morbidade: angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, enfisema pulmonar, asma, câncer e a condição de estar acamado. A prevalência de doenças cardiovasculares como causa de mortalidade e morbidade entre os idosos é bastante elevada. Estes são mais vulneráveis a doenças degenerativas, como as cardiovasculares e cérebro-vasculares e o câncer.^{100, 101} A ausência destas patologias reforça a utilização desta condição como um dos fatores relacionados ao EBS.

Um segundo fator determinante do modelo de EBS está relacionado à capacidade funcional. A importância desta variável está ligada à manutenção da autonomia como condição associada ao conceito de saúde no idoso. Segundo Ramos,⁷³ a presença de uma ou mais doenças não é suficiente para definir se este idoso é saudável. A associação entre a presença de doenças crônicas e a capacidade funcional foi identificada em estudo com uma amostra populacional de idosos residentes no município de São Paulo, em que a presença de patologias influenciava negativamente a capacidade funcional.¹⁰² A definição da capacidade funcional se dá a partir da avaliação das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária.¹⁸ O conceito de capacidade funcional vai além da

dimensão exclusivamente física, envolvendo outros elementos, como aspectos sociais e cognitivos.

A capacidade cognitiva é outra condição determinada na avaliação do EBS. O declínio da capacidade cognitiva ocorre na população idosa em decorrência dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou representando uma fase de transição para as síndromes demenciais. Esta condição está fortemente relacionada com a manutenção da independência funcional do idoso para a realização de atividades de vida diária.¹⁰³ A avaliação das condições de memória, atenção, evocação e linguagem são empregadas como forma de identificar o status cognitivo deste idoso, sendo amplamente aplicado para tanto o Mini-Mental. A associação deste com o indicador de escolaridade são sugeridos para a interpretação dos resultados.⁸⁷

As variáveis presença de doenças, capacidade funcional e capacidade cognitiva estão vinculadas a aspectos biomédicos no processo do envelhecimento. O envelhecimento identificado na literatura nacional predomina em termos biológicos.¹¹ Existe, no entanto, a necessidade de superarmos este paradigma biomédico que, embora contribua para o entendimento do processo, acaba mostrando-se limitado para uma compreensão mais ampliada do envelhecimento e principalmente do EBS.

A adoção de variáveis relacionadas à dimensão psicológica e espiritual confere um caráter multidimensional ao conceito. Neste sentido o bem-estar existencial, o suporte social e a resiliência são utilizados.

O bem-estar existencial foi referido como mais um dos fatores na construção do modelo do EBS e está associado ao bem-estar espiritual. Em sua definição, contudo, deve-se diferenciar a religiosidade (vinculada à prática religiosa) da espiritualidade (vinculado a um movimento interno de valores).⁷⁷

A espiritualidade tem ganhado destaque ao se falar de envelhecimento havendo sido proposto por Crowther⁶¹ sua adição ao modelo de Rowe e Kahn. A incorporação da perspectiva do próprio sujeito no conceito de EBS está vinculada à espiritualidade, pois é construída desde ele próprio, abrangendo elementos que envolvem convicções e emoções que conferem significado à vida.

Conforme salienta Doll,¹⁰⁴ o que deve ser considerado no bem-estar na velhice é o entendimento dos próprios idosos, o sentido que estes dão a sua vida e a sua espiritualidade.

Outro fator considerado na definição do modelo de EBS foi o suporte social. Suporte social envolve os recursos que são disponibilizados por outros em situações de necessidade, como apoio emocional, material e afetivo. O suporte social está relacionado mais com a qualidade do que com a quantidade das relações sociais estabelecidas. A percepção de relações sociais satisfatórias e equilibradas apresenta-se como um fator de determinação do bem-estar na velhice. O suporte social constitui-se um elemento fundamental para neutralizar os efeitos das limitações associadas ao idoso.¹⁰⁵

Para a Psicologia, o bem-estar no idoso está associado a um conjunto de elementos que envolvem diferentes aspectos físicos, cognitivos, emocionais, espirituais e sociais.¹⁰⁶

A resiliência é outro fator que complementa o modelo de EBS. Este aspecto torna-se particularmente importante no estudo do envelhecimento por estar relacionado com elementos positivos ligados à potencialidade do idoso. A esta noção se aliam a idéia da manutenção da capacidade de desenvolvimento do indivíduo ao longo do curso de sua vida, da experiência, da capacidade de adaptação e ajustamento.

Os idosos têm grande capacidade de resiliência e, diante de perdas, tendem a organizar seu ambiente de maneira a maximizar afetos positivos e a amenizar os negativos. Essa habilidade auto-reguladora é denominada de otimização afetiva.¹⁰⁵

A noção do sujeito pró-ativo, definindo objetivos, lutando para alcançá-los, acumulando recursos na adaptação e na manutenção do seu bem-estar, é determinante do EBS, devendo ser incentivados ao longo de todo o seu desenvolvimento.¹⁰⁷

Os aspectos relacionados ao suporte social, espiritualidade e autonomia, são percebidos como condições que possibilitam aumentar a probabilidade de EBS. Outras características, contudo, podem diminuir essa adaptabilidade, tais como:

negação da velhice, isolamento, postura místico-religiosa conformista e alienação do presente.¹⁰⁸

Por outro lado, estudo realizado por Bowling e Ilife⁵⁵ aponta para a necessidade da inclusão de elementos relacionados ao ambiente em que vive este idoso, o que poderia ampliar ainda mais a proposição do modelo.

Os aspectos dos determinantes sociais e culturais são salientados por Litwin⁵³ ao se referir a questões como populações com diferentes níveis de renda, escolaridade, raça, entre outros, o que influenciaria a definição do modelo.

Muito embora estes fatores mencionados anteriormente possam ser associados na avaliação da condição do EBS, o modelo proposto por Rowe e Kahn apresenta um conjunto de elementos, tanto biológicos como psicológicos, emocionais, sociais e espirituais, que lhe conferem um caráter multidimensional. Como salientam Vilela¹⁰⁹ e Gonçalves,⁵¹ no entanto, o EBS é dinâmico, histórico, resultado da interação do indivíduo com a sociedade, sendo construído ao longo de todo o curso da vida.

Após a classificação dos idosos com base nos critérios previamente estabelecidos, estes foram divididos em dois grupos, sendo um deles com envelhecimento normal ou patológico e outro com envelhecimento bem-sucedido.

A porcentagem de idosos identificados com EBS neste estudo foi de 30%. Estes valores estão próximos dos encontrados por Deep e Jeste⁴⁹ em que 35,8% foram classificados com EBS. Já no estudo do *Alameda County Study*, comparando os critérios de Rowe e Kahn com aqueles definidos pelos próprios idosos para avaliação do envelhecimento bem-sucedido, foi encontrado respectivamente 18,8% e 50,3%.²⁰

Em pesquisa com idosos vivendo em comunidade, empregando auto-relato para definição, foi identificada uma porcentagem de 92% destes com EBS.¹¹⁰ Por outro lado, pesquisa sobre EBS na população chinesa, adotando um modelo multidimensional, entre os avaliados 46,2% apresentavam EBS.¹¹¹ Avaliado entre idosos holandeses com mais de 85 anos, vivendo em comunidade, o EBS foi

identificado numa percentagem de 10% destes com ótimo status funcional e bem-estar.¹¹²

Pesquisa com uma população de idosos da região metropolitana de Porto Alegre identificou 53% dos idosos avaliados com EBS. Convém salientar que a metodologia de investigação foi diferente da aplicada nesta pesquisa, em que os sujeitos avaliados eram idosos socialmente ativos.²⁵

As diferenças encontradas nestes estudos podem ser explicadas pelo emprego de distintas metodologias para avaliação dos idosos, idade dos sujeitos e os fatores adotados para a determinação do envelhecimento bem-sucedido.

Os estudos que utilizaram estratégias de autodefinição pelos idosos de sua condição mostram uma maior proporção destes na condição de bem-sucedidos. Em contrapartida, quando da aplicação de metodologias com instrumentos previamente definidos para detecção dos fatores relacionados à classificação dos sujeitos, esta percentagem tende a ser mais baixa.

O envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida, relações sociais, independência, e pode ser considerado aquele do qual resulta um sujeito ativo, com capacidade de regular sua vida.¹¹³

Algumas variáveis foram identificadas associadas com o Envelhecimento Bem-Sucedido, quando da aplicação do teste Qui-quadrado: escolaridade ($p=0,000$), faixa etária ($p=0,003$), estado civil ($p=0,019$), avaliação da percepção de saúde ($0,012$) e realização de consulta médica ($p=0,03$).

O número de consultas médicas no período especificado é um indicador de saúde muito utilizado em estudos sobre o risco e a fragilidade desta população.¹¹⁴ Pode-se supor que os idosos que apresentam melhores condições de saúde e um envelhecimento bem-sucedido necessitam de menos cuidados e recorrem com menos frequência aos serviços de saúde.

A escolaridade é outro importante indicador das condições de saúde da população, influenciando no envelhecimento bem-sucedido. A associação entre determinantes da condição de saúde e escolaridade constatou que baixos níveis de educação influenciavam condições biológicas e psicossociais dos idosos.¹¹⁵

Também a incapacidade funcional apresenta um aumento da prevalência ao longo dos anos, sendo influenciada pela escolaridade.^{116, 117}

A idade é outra variável identificada nesta pesquisa. Associada à escolaridade, influenciou no uso dos serviços de saúde entre idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, indicando iniquidades no uso de serviços preventivos.¹¹⁸ O motivo pelo qual a escolaridade exerceria influência na saúde e no EBS poderia estar associado à existência de determinados comportamentos vinculados à saúde. Assim, idosos com baixa escolaridade tendem a ser mais sedentários e apresentar um padrão nutricional com menos ingestão de frutas, verduras e legumes.¹¹⁹

Em pesquisa com população idosa de Xanghai, a idade, o estado civil e a capacidade funcional foram identificados entre os fatores associados ao EBS.¹²⁰ Na população chinesa de Hong Kong os fatores associados ao EBS foram à idade, anos de escolaridade, número de doenças crônicas e a auto-avaliação da condição de saúde.¹²¹

A faixa etária associada ao EBS também é referida por Deep e Jeste,⁴⁹ contudo o sexo, a educação e o estado civil não foram relacionados. Da mesma forma, estudo com idosos holandeses com mais de 85 anos não encontrou relação entre educação e estado civil com o EBS.¹¹² Estes achados podem estar vinculados ao tipo de população destes estudos, em que a idade e as variáveis socioculturais são diferentes.

Outra importante variável associada ao EBS foi a avaliação da percepção de saúde. Esta tem sido um dos indicadores mais empregados em pesquisas gerontológicas, porque prediz de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional.⁹¹ Além disso, a auto-avaliação da saúde é um preditor mais eficaz da mortalidade do que medidas objetivas da condição de saúde, refletindo uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social.¹²²

Uma percepção da saúde negativa tem sido frequentemente descrita como um importante preditor da menor sobrevivência entre idosos. Foi identificado, no estudo Projeto Bambuí, que envolveu um inquérito de base populacional na cidade

de Bambuí-MG, a existência de associação entre auto-avaliação da saúde e rede social de apoio, condições de saúde, incluindo sintomas depressivos, acesso a serviços de saúde e consultas médicas e hospitalizações.¹²³

A autopercepção é um determinante particularmente importante de satisfação de vida ou do bem-estar subjetivo, especialmente entre os idosos. Esta condição parece estar relacionada à demografia, presença de doença, condição socioeconômica e capacidade funcional.¹²⁴

Ao se empregar a análise discriminante, entre os idosos avaliados, as variáveis preditoras do EBS foram: o número de doenças, a capacidade funcional, resiliência e a capacidade cognitiva.

Estudo de Manitoba, Canadá, com um grupo de idosos entre 65 e 84 anos entre 1971 e 1983, objetivou analisar os determinantes do EBS. Foram identificados como preditores a idade, a condição de saúde e a capacidade cognitiva, entre outros.⁵⁶ A independência funcional, o apoio social e a resiliência são fatores relatados por idosos vivendo em comunidade como fatores associados ao EBS. A presença de doenças, contudo, não foi uma variável associada.¹²⁵

A capacidade funcional é de grande interesse não apenas porque é influenciada por condições médicas, patologia ou deficiência, mas também porque sofre influência de fatores psicológicos e sociais.¹⁸ A autonomia é condição fundamental no envelhecimento bem-sucedido, verificando-se que os idosos com menos idade e com menos problemas de saúde mantêm melhor capacidade funcional.¹²⁶ Esta associação entre a capacidade física e cognitiva, capacidade funcional com o EBS, mostra que quanto maior o nível de atividade, maior a relação positiva com o bem-estar.¹²⁷

Como variável discriminante a presença de certas condições patológicas influencia na definição do EBS, por exemplo: angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, enfisema pulmonar, asma, câncer e a condição de estar acamado.

No Brasil, as principais causas de mortalidade entre os idosos são as doenças do aparelho circulatório (31% do total de óbitos em adultos), seguidas pelas

neoplasias (14% do mesmo total) e as enfermidades do aparelho respiratório (10% do mesmo total).¹²⁸ Em 2004 as doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas foram responsáveis por 62% de todas as mortes e por 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde.¹²⁹

Com relação à capacidade funcional, esta é identificada pela avaliação das condições para a realização das atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.³⁰ Ao se avaliar as atividades básicas de vida diária com a aplicação da escala de Barthel, os resultados identificaram entre os idosos elevada independência para a realização destas atividades. Isto poderia estar associado à característica destes idosos, uma baixa média de idade e com a maioria deles mantendo-se ativos.

Por outro lado, na avaliação das atividades instrumentais de vida diária foi constatada uma menor porcentagem de independência. Estas atividades envolvem ações mais elaboradas, requerendo não só capacidade física como também cognitiva, além de uma dinâmica social que possibilite ações como usar o telefone, controle de suas finanças, entre outros.

De acordo com Neri e Cachioni,¹⁶ na concepção de velhice bem-sucedida existem três idéias associadas: a primeira está vincula aos aspectos de bem-estar físico, psicológico e social; a segunda aos processos relacionados a práticas médicas de cuidado e a terceira à capacidade cognitiva.

Entre os idosos de Barra Funda a capacidade cognitiva foi avaliada por meio do uso do Mini-Mental, sendo identificada como uma variável preditora do EBS. O envelhecimento bem-sucedido depende em grande parte da manutenção da função cognitiva, permitindo ao indivíduo uma interação maior com o mundo que o rodeia. Para Mosquera e Stobaus,¹³⁰ a dimensão cognitiva é fundamental na evolução da potencialidade humana durante toda a vida, mas, sobretudo, no idoso. Conseqüentemente, o declínio cognitivo afeta a capacidade funcional, as relações sociais e o seu EBS. Desta forma a presença deste componente no modelo de avaliação do EBS está associado à importância da manutenção de uma condição de autonomia e independência relacionada não só à questão física, mas também cognitiva.

A resiliência é outra variável discriminante para que o idoso alcance um EBS. Relaciona-se com aspectos positivos do envelhecimento, modificando o olhar voltado apenas para as perdas e doenças presentes no processo, passando a englobar fatores individuais e sociais na sua definição.¹³¹ A presença desta variável num modelo de definição do envelhecimento bem-sucedido aponta para os aspectos psicológicos do processo. Este conceito incorpora a noção de que o idoso é um sujeito que vivencia o processo de envelhecimento e que se mantém em constante mudança, com perdas inevitáveis, mas também com ganhos.

Os recursos de enfrentamento tanto são características individuais quanto estão associados ao apoio social percebido pelo indivíduo. Estes aspectos estão presentes positivamente na comunidade investigada. As relações sociais, o modo de vida, as atividades, a idade, entre outros, podem influenciar positivamente no desenvolvimento de um comportamento resiliente.

Convém salientar que este comportamento é dinâmico, sofrendo mudanças ao longo da vida e sendo influenciado por aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Há que se considerar a relatividade do conceito, pois existem distintas formas de comportamento entre indivíduos e contextos diferentes.¹³²

Nesse viés pode-se concordar com a afirmação de Costa, de que a velhice bem-sucedida depende da história de vida de cada um, sendo influenciada pelo momento histórico vivenciado.¹⁹

A noção de resiliência envolve não só o indivíduo, mas também a família.¹³³ A participação da família no processo de envelhecimento tem sido definida como elemento importante, podendo se constituir em fator de proteção, dependendo da forma como a unidade familiar lida com as situações e em função do relacionamento entre os seus membros. Nesse sentido os aspectos positivos do relacionamento familiar poderiam contribuir para o enfrentamento de problemas e dificuldades ao longo da vida, como os relatados pelos idosos avaliados cuja a grande maioria vive e convive com a família.

Assim sendo, atividades aparentemente corriqueiras, como fazer ou receber visitas e freqüentar a igreja, revestem-se de grande importância e parecem traduzir a idéia de vida ativa além de favorecerem a manutenção da capacidade funcional.⁷³

Idosos que continuam realizando projetos possíveis, de acordo com seus interesses e limitações, suas preferências e vínculos são mais saudáveis e apresentam um EBS mais harmonioso.

Os resultados do estudo confirmam os pressupostos de Rowe e Kahn sobre o envelhecimento bem-sucedido, ao enfatizar a questão multifatorial deste conceito, incluindo variáveis biológicas, sociais, psicológicas e espirituais na definição do modelo.

6 CONCLUSÃO

A partir dos achados do presente estudo sobre os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido em idosos da comunidade de Barra Funda-RS, pode-se concluir que:

- Os fatores estabelecidos para o modelo de envelhecimento bem-sucedido foram: ausência de doença, manutenção da função cognitiva, manutenção da capacidade funcional, bem-estar existencial e resiliência.
- A percentagem de casos identificados com EBS nos sujeitos avaliados foi de 30%.
- As variáveis que mostraram associação com o envelhecimento bem-sucedido foram a escolaridade, faixa etária, estado civil, realização de consultas médica e avaliação da percepção de saúde.
- Com a realização da análise discriminante a percentagem de casos agrupados corretamente foi de 79,4%.
- As variáveis preditoras do EBS nos sujeitos do estudo foram: a presença de doenças, a avaliação das atividades instrumentais de vida diária identificada através da escala de Lawton; o estado cognitivo avaliado pelo Mini-Mental e a resiliência.

REFERÊNCIAS

-
- 1 OPAS/OMS. 26. Conferência Sanitária Pan-Americana. Washington, DC 2002 Set. 23-27.
 - 2 Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2002 [capturado 2007 abr 25];7(4):899-906.
 - 3 Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública* 1997 Jul;31(2):184 -200.
 - 4 Veras R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e suas necessárias transformações. In: *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UnATI-UERJ 2001:11-32.
 - 5 Heredia OC. O idoso urbano no Rio Grande do Sul. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, Minas Gerais 2002 Nov. 4-8.
 - 6 Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis por domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE 2002.
 - 7 Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. *Science Progress* 2000;83(.):33-54.
 - 8 Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública* 2003 mai-jun;19(3):723-733.
 - 9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias relacionadas. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2002.
 - 10 Costa EFA; Porto CC; Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Revista da UFG* [periódico on-line] dez.2003;5(2) Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>.
 - 11 Prado SD, Sayad JD. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(2):491-501.
 - 12 Prado SD, Sayad JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9(1):57-68.
 - 13 Debert GG. O significado da velhice na sociedade brasileira. *Acta Paul Enf São Paulo* 2000;(12):147-158;número especial, parte I.

-
- 14 Jeckel-Netto EM, Cunha GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002:58-71.
- 15 Ferrari MAC. O envelhecer no Brasil. O Mundo da Saúde. São Paulo 1999;23(4):197-203.
- 16 Neri AL, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. In: Néri AL, Debert GG. Velhice e Sociedade. São Paulo: Papyrus 1999:113-140.
- 17 OPAS. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Rev Panam Salud Publica. Pan Am Public Health 2000;7(1):60-67.
- 18 Neri A. Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papyrus 1995.
- 19 Costa GA. Tríplice visão do envelhecimento: longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice. Revista Sobama.
- 20 Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: Predictors and associated activities. American Journal of Epidemiology 144:135-141.
- 21 Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science 1987;(237):143-9.
- 22 Rowe JW. The New gerontology [editorial]. Science 1997;(278):5337-367.
- 23 Rowe JW, Kahn. Successful aging and prevention. Adv Ren Replace Ther 2000;7(1):70-7.
- 24 Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. Gerontologist 1998;38(2):151.
- 25 Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. Revista Brasileira de Psiquiatria 2005;27(4):302-308.
- 26 Araújo LF, Carvalho VAL. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. 2004 dez/2005 jan;6(13) [capturado em 12 abr 2007] Disponível em: <<http://www.seol.com.br/mneme>>.
- 27 Jeckel-Neto EA, Cunha GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia 2002.
- 28 Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. Science Progress 2000;83(.):33-54.
- 29 Hayflick L. Como e porque estamos envelhecendo 1997.
- 30 Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea 2001.

-
- 31 Albuquerque SMRL. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para melhora da qualidade de vida dos idosos. Tese Doutorado, USP São Paulo 2005.
- 32 Leite PF. Aptidão física, esporte e saúde: prevenção e reabilitação. 2. ed. São Paulo: Robe 1990.
- 33 Faro Júnior MP, Lourenço AF, Barros Neto TL. Alterações fisiológicas e atividade física na terceira idade: prescrição de exercícios. São Paulo: Âmbito Medicina Desportiva 1996.
- 34 McArdle WD, Katch FI, Katch VL. Fisiologia do exercício - energia, nutrição e desempenho humano. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan 1998.
- 35 Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Revista de Saúde Pública 1987;(21):225-233.
- 36 Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista de Saúde Pública 1987;(21):200-210.
- 37 Néri AL, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. In: Néri AL, Debert GG. Velhice e sociedade. São Paulo: Papirus 1999:113-140.
- 38 Prado SD, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. Ciência & Saúde Coletiva 2004;9(1):57-68.
- 39 Moreira, MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública 2000.
- 40 OIT. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Segundo punto del orden del día. 2001. Ginebra. Disponível em: <<http://www.madrid2002-envejecimiento.org>>.
- 41 ONU. Estratégia Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, 2002. Disponível em: <<http://www.madrid2002-envejecimiento.org>>.
- 42 Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, n. 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, n.237-E, 13 dez.1999:20-24;seção 1.
- 43 Caldas CP. Aging with dependence: family needs and responsibilities. Cad Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2007 Sep 03] ; 19(3): 733-781. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso.
- 44 Tate RB, Lah L, Cuddy E. Definition of successful aging by elderly Canadian males: the Manitoba follow-up study.

-
- 45 Duay DL, Bryan VC. Senior Adult's perceptions of successful aging. *Educational gerontology* 2006;(32):423-445.
- 46 Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37(4):433-439.
- 47 Motta M, Bennati E, Fertilo L, Malaguarnera M, Motta L Successful aging in centenarians: myths and reality. *Archives Gerontology and Geriatrics* 2005 may-jun 40(3):241-251.
- 48 Guse LW, Masesar MA. Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents issues. In: *Mental Health Nursing* 1999;(20):527-539.
- 49 Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal Geriatrics Associations* 2006 jan;14(1):6-20.
- 50 Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York: Phanteon 1998.
- 51 Gonçalves LHT. Envelhecimento bem-sucedido. Taller: Envejecimiento Exitoso, Universidade de Carabobo, Venezuela 2000.
- 52 Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM. Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge 1990.
- 53 Litwin H. Correlates of successful aging: are they universal? *International Journal Human Development* 2005;61(4):313-333.
- 54 Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults views of "Successful Aging". How do they compare with researchers definitions? *J Am Geriatric Society* 2004;(52):211-216.
- 55 Bowling A, Iliffe S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing* 2006:35607-614.
- 56 Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging. A twelve year study of Manitoba Elderly. *American Journal of Public Health* 1991;81(1):63-68.
- 57 Seeman TE, Berkman LF, Charpentier PA, Blazer DG, Albert MS, Tinetti ME. Behavioral and psychological predictors of physical performance: MacArthur study of aging: *Journal of Gerontology: Medical Science* 1995;50B:M177-M183.
- 58 Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The gerontologist* 1997;(37):433-440.
- 59 Masoro EJ. Successful aGing – useful misleading concept? *The gerontologist* 2001;(41):411-414.
- 60 Riley MW. Letter to editor. *The gerontologist* 1998;(38):151.

-
- 61 Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HG. Rowe and Kahn's model of successful aging. Revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The gerontologist* 2002;42(5):613-620.
- 62 Reichstadt JMS, Depp CA, Palinkas, LA, Folsom DP, Jeste DV. Building blocks of successful aging: a focus group study of older adult's perceived contributors to successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry* Mar 2007;(15):194 -201.
- 63 Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005;27(4):302-308.
- 64 Ramos M. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. Porto Alegre 2002, jan-jun 4(7):156-175.
- 65 Hardy SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(2):257-262.
- 66 Pesce RP, Assis SG, Avancini JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública* 2005 mar-abr 21(2).
- 67 Néri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas, Papyrus 1993.
- 68 Baltes PB, Baltes MM. Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- 69 Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu 2000:49-70.
- 70 Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto. Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu 1996:313-23.
- 71 Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003 jun;19(3):759-771.
- 72 OMS. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento. Ginebra 1984.
- 73 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública* jun. 2003;19(3):793-797.
- 74 Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública* 2003 fev;37(1):40-48.

75 Lima MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2003 jun;19(3):735-743.

76 Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública* 2003;37(4): 440-445.

77 Cupertino AP, Novaes C. Espiritualidade e envelhecimento saudável. In: Saldanha AL, Caldas CP. *Saúde e idoso: a arte de cuidar*. São Paulo: Interciência 2004:358-367.

78 Gastaud MB, Souza LDM, Braga L, Horta CL, Oliveira FM, Sousa PLR, Silva RA. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria RS* 2006;28(1):12-18.

79 Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses. *Psicologia Ciência e Profissão* 2003;23(2):56-65.

80 Teixeira JJV, Lefevre F. Humanização nos cuidados de saúde e a importância da espiritualidade: o discurso do sujeito coletivo – psicólogo. *O Mundo da Saúde* 2003;27(27):362-368.

81 Griep RH. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo Pró-Saúde. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro 2003.

82 Néri AL. Desenvolvimento e envelhecimento. Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. São Paulo: Papyrus 2001.

83 Robledo LMG. Avaliação cognitiva do idoso. In: Guimarães RM, Cunha UGV. *Sinais e sintomas em geriatria*. São Paulo: Atheneu 2004:31-43.

84 Maroco J. *Análise estatística com utilização do SPSS*. 2. ed. Lisboa: Silabo 2003.

85 Costa EFA, Porto CC, Almeida JC et al. Semiologia do Idoso. In: Porto CC. *Semiologia médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan 2001;9:165-197.

86 Costa EFA, Monego ET. Avaliação geriátrica ampla (AGA). *Revista da UFG*. Dez. 2003;5(2). Disponível em <<http://www.proec.ufg.br>>.

87 Brucki SMD, Nitrini R, Carameli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Miniexame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(3-B):777-781.

88 Projetor Urbano. [capturado em: 13 out. 2002]. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/projetos/rurbano/rurbanw.html>>.

-
- 89 Anderson D, Leiserson MW. Rural enterprise and nonfarm employment. Work Bank Paper 1978.
- 90 Parayba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2005;39(3):381-391.
- 91 Almeida MF et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde. PNAD/1998. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002;7(4):743-756.
- 92 IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico. 2000. [capturado em: 10 mar. 2007]. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo/censo-demografico2000/populacao>.
- 93 World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2005.
- 94 Veras RP. Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: UnATI. Relume Dumará 1995:95.
- 95 Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005;8(2):127-141.
- 96 Parahyba MI. Diferenças sociodemográficas entre idosos no Brasil. Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil MEC - SESU/CAPES 2005 maio.
- 97 Mapa do analfabetismo no Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Brasília, Brasil 2003.
- 98 Rio Grande do Sul. Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre 1997.
- 99 Anne B, Newman MPH, Arnold AM, Naydeck BL, Fried LP, Burke, GL, Enright P, Gottdiener J, Hirsch C, O'Leary D, Russell T. For the Cardiovascular Health Study Research Group *Arch Intern Med* 2003;(163):2315-2322.
- 100 Zaslavsky C, Gus I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. *Arq Bras Cardiol* [serial on the Internet]. 2002 Dec [cited 2007 Oct 03];79(6):635-639. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001500011&lng=en&nrm=iso>.
- 101 Marafon LP, Cruz IBM da, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Cardiovascular mortality predictors in the oldest old. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2007 Oct 03]; 19(3):799-807. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300012&lng=en&nrm=iso.
- 102 Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCOliveira da et al. The effect of chronic diseases on functional status of

the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Aug [cited 2007 Oct 03];23(8):1924-1930. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019

103 Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2005 Mar [citado 2007 Out 03];27(1):79-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100017&lng=pt&nrm=iso.

104 Doll J. Bem-estar na velhice: mitos, verdades e discursos, ou a gerontologia na pós-modernidade. *Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum.* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil 2006 jan-jun;3(1).

105 Rabelo DF, Néri AL. Psychological resources and personal adjustment for functional incapacity in aging. *Psicol. estud.* [online]. 2005;10(3):403-412 [cited 2007-10-03] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300008&lng=en&nrm=iso.

106 Neri AL. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva en la América latina. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2002;(34):55-74.

107 Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Quality of life and well-being of elderly people: an exploratory study in the Portuguese population. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2007 Oct 03] ; 37(3):364-371. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300016&lng=en&nrm=iso.

108 Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Néri AL, Freire SA. E por falar em boa velhice. Campinas: Papyrus 2000:21-30.

109 Vilela ABA et al. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. *Rev Saúde Com* 2006;2(2):101-114.

110 Montross LP, Depp C, Daly J, Reichstadt JMS, Shahrokh G, Moore D, Sitzer D, Jeste, DV. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 jan;(14):43-51

111 Li C, Wu W, Jin H, Zhang X, Xue H, He Y, Xiao S, Jeste DV, Zhang M. Successful aging in Shanghai. China: definition, distribution and related factors. *Int Psychogeriatr* 2006 Sep;18(3):551-63.

112 Faber MA, Wiel AB, Exel E, Gussekloo J, Lagaay AM, Dongen, E, Knook DL, Geest S, Westendorp RGJ. Successful aging in the oldest old who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Méd* 2001;(161):2694-2700.

-
- 113 Souza L, Galante H, Figueredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pub* 2003;37(3):364-71.
- 114 Veras RP, Lourenço R, Martins CSF, Sanchez MAS, Chaves PH. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras RP. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará 2002:11-79.
- 115 Kubzansky LD, Berkman LF, Glass TA, Seeman TE. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychosom Med* 1998 Sep-Oct;60(5):578-85
- 116 Parahyba, MI, Veras R, Melzer D. Disability among elderly women in Brazil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005;(39)3:383-391 [cited 2007-11-01]. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102005000300008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102005000300008>.
- 117 Rosa TEC, Benício MHA, Oliveira MRD, Ramos LR. *Rev Saúde Publica*. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos 2003;37(1):40-8.
- 118 Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde. *Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2004 dez;13(4):209-215.
- 119 Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? *Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. *Epidemiol Serv Saúde*, 2004 dez;13(4):201-208.
- 120 Li C, Wu W, Jin H, Zhang X, Xue H, He Y, Xiao S, Jeste DV, Zhang M. Successful aging in Shanghai, China: definition, distribution and related factors. *Int Psychogeriatr*. 2006 sep;18(3):551-63.
- 121 Chou KL, Chi I. Successful aging among the young-old, old-old, and oldest-old Chinese. *Int J Aging Hum Dev* 2002;54(1):1-14
- 122 Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. *Rev Saúde Publica*. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí 2004;38(6):827-34.
- 123 Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L et al. Socioeconomic circumstances and health among the brazilian elderly: a study using data from a National Household Survey. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003;19(3):745-757 [cited 2007-11-01]. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300007&lng=en&nrm=iso>.
- 124 Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. Belo Horizonte – MG dissertação de mestrado 2004.

125 Montross LP, Depp C, Daly J, Reichstadt JMS, Golshan S, Moore D, Sitzer D, Jeste DV. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 jan;(14):43-51.

126 Ford AB, Haug MR, Stange KC, Gaines AD, Noelker LS, Jones PK. Sustained personal autonomy: a measure of successful aging. *J Aging Health* 2000 nov;12(4):470-489.

127 Menec VH. The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci* 2003 march;58(2):S74-82.

128 Ministério da Saúde. Secretaria de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [CD-ROM]. Brasília: MS 1996-2000.

129 OPAS/OMS. 2004. Disponível em <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17098>.

130 Mosquera JJM, Stobaus CD. Vida adulta: superdotação e motivação. *Cadernos* 2006;28. Disponível em: <<http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2006/02/a5.htm>>.

131 Hardy, SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(2):257-262.

132 Nakashima M, Canda ER. Positive dying and resiliency in later life: A qualitative study. *Journal of Aging Studies* 2005;(19):109-125. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/jaging>>.

133 Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA DE APOIO SOCIAL

Nome: _____

Data: _____

Avaliador: _____

Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

ISP - Com quem fazer coisas agradáveis

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

ISP - Com quem distrair a cabeça

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

ISP - Com quem relaxar

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

ISP - Para se divertir junto

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

AF - Que você ame e que faça você se sentir querido

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

AF - Que lhe dê um abraço

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

AF - Que demonstre amor e afeto por você

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - Que compreenda seus problemas

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - Para lhe ouvir quando precisar falar

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - Para dar bons conselhos em situações de crise

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - Para dar sugestões para lidar com um problema pessoal

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - De quem você realmente quer conselhos

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

E/I - Para dar informação para entender determinada situação

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

MAT - Que lhe ajude se ficar de cama

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

MAT - Para levá-lo ao médico se ficar doente

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

MAT - Para ajudá-lo nas tarefas diárias

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

MAT - Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

Anexo 2

ESCALA DE RESILIÊNCIA

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

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

Anexo 3

ESCALA DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Leia cada frase da coluna da esquerda e marque com um X o que lhe parece verdadeiro.

1. Eu não encontro muita satisfação em uma oração privada com Deus.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
2. Eu não sei quem sou, de onde venho ou para onde vou.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
3. Eu acredito que Deus me ama e se importa comigo.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
4. Eu sinto que a vida é uma experiência positiva.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
5. Eu acredito que Deus é impessoal e não está interessado nas minhas situações diárias.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
6. Eu me sinto intranquilo sobre o meu futuro.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
7. Eu tenho uma relação pessoal significativa com Deus.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
8. Eu me sinto realizado e satisfeito com a vida.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
9. Eu não recebo muita força pessoal e apoio do meu Deus.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
10. Eu tenho um sentimento de bem-estar em relação à direção em que a minha vida está encaminhada.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
11. Eu acredito que Deus está preocupado com meus problemas.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
12. Eu não tenho muita satisfação em minha vida.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
13. Eu não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
14. Eu me sinto bem em relação ao meu futuro.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
15. Meu relacionamento com Deus me ajuda a não me sentir sozinho.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
16. Eu sinto que a vida é cheia de conflitos e infelicidade.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
17. Eu me sinto mais realizado quando estou em plena comunhão com Deus.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
18. A vida não tem muito significado.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
19. A minha relação com Deus contribui para a minha sensação de bem-estar.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
20. Eu acredito que há um sentido real para a minha vida.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1

Anexo 4

QUESTIONÁRIO DOS IDOSOS

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

1.1 IDENTIFICAÇÃO: Data: ___/___/___ Carteira de Identidade: _____
 1. Nome: _____ 2. Nasceu em : _____
 3. Endereço: _____ 4. Fone: _____
 5. Estado Civil: _____ 6. Tempo de Moradia: _____ 7. Data de Nascimento: ___/___/___
 8. Idade: _____ 9. Sexo: (0) M (1) F 10. Etnia ^(origem): _____ 11. Aposentado: (0) sim (1) não
 12. Atividade atual: _____ 13. Atividade Anterior: _____

1.2 DADOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS E COMPOSIÇÃO FAMILIAR

14. Tem convênio saúde (Plano de Saúde)? (0) sim. Qual? _____ (1) não.
 15. Escolaridade: _____
 16. Moradia: (0) própria (1) alugada (2) outro(s) Qual? _____
 17. Renda (quantos salários mínimos): (0) sem renda (1) _____
 18. Número de filhos: _____ 19. Número de filhos vivos: _____
 20. Com quem vive? (0) com cônjuge (1) com familiares (2) sozinho (3) outros _____
 21. Convivência com a família semanal: (0) sim (1) não

2. INDICADORES DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

22. Percepção da saúde: (1) muito boa (2) regular (3) ruim (4) muito ruim
 23. Esteve acamado nas duas últimas semanas: (1) sim (2) não
 24. Procura por atendimento médico nas duas últimas semanas:
 (1) procurou e foi atendido (2) procurou e não foi atendido (3) não procurou (4) sem informação
 25. Número de consultas médicas nos últimos doze meses: (1) 0 (2) 1 (3) 2 (3) 3+
 26. Número de internações hospitalares nos últimos doze meses: (1) 0 (2) 1 (3) 2 (3) 3+

3. PERFIL DE PATOLOGIAS

Algum médico lhe diagnosticou ou lhe disse que você tem ou teve:

27. Diabetes	0. sim	1. não	39. Úlcera ou gastrite	0. sim	1. não
28. Hipertensão	0. sim	1. não	40. Constipação (prisão de ventre)	0. sim	1. não
29. Osteoporose	0. sim	1. não	41. Neoplasia (câncer) qual?	0. sim	1. não
30. Dislipidemia (colesterol alto)	0. sim	1. não	42. Alergia? Qual?	0. sim	1. não
31. Angina	0. sim	1. não	43. Trombose ou varizes	0. sim	1. não
32. Infarto agudo do miocárdio	0. sim	1. não	44. Fraturas	0. sim	1. não
33. Derrame	0. sim	1. não	45. Insuficiência Cardíaca (coração grande)?	0. sim	1. não
34. Enfisema Pulmonar	0. sim	1. não	46. Cirúrgias	0. sim	1. não
35. Asma/ Bronquite	0. sim	1. não	47. Quantas vezes teve gripe este ano?		
36. Artrite/ Doenças Reumáticas	0. sim	1. não	48. Vacina para gripe este ano?	0. sim	1. não
37. Depressão	0. sim	1. não	49. Outra doença?	0. sim	1. não
38. Outras doenças psiquiátricas. qual?	0. sim	1. não			

Anexo 5
ÍNDICE DE BARTHEL

Idade:	Sexo:	Com ajuda	independente
1. Alimentação (se necessita para alimentar-se		5	10
2. Se movimenta da cadeira de rodas até a cama e volta (incluindo sentar na cama)		5-10	15
3. Higiene pessoal (lava o rosto, penteia o cabelo, faz a barba, escova os dentes)		0	5
4. Se consegue usar banheiro (segura toalhas, se limpa, puxa descarga)		5 0	10 5
5. Toma banho sozinho			
6. Se consegue caminhar na superfície (se é capaz de caminhar, ou utilizar cadeira de rodas)		10 0*	15 5*
* Score apenas se é capaz de caminhar		5	10
7. Sobe e desce escadas		5	10
8. Se veste (incluindo amarrar sapatos e apertar sinta)		5	10
9. Controle vesical		5	10
10. Controle fecal			

Anexo 6

ESCALA DE LAWTON

a) Telefone

- 3 - recebe e faz ligações sem assistência
- 2 - assistência para ligações ou telefone especial
- 1 - incapaz de usar o telefone

b) Viagens

- 3 - viaja sozinho
- 2 - viaja exclusivamente acompanhado
- 1 - incapaz de viajar

c) Compras

- 3 - faz compras, se fornecido transporte
- 2 - faz compras acompanhado
- 1 - incapaz

d) Preparo de refeições

- 3 - planeja e cozinha refeições completas
- 2 - prepara só refeições pequenas
- 1 - incapaz

e) Trabalho doméstico

- 3 - tarefas pesadas
- 2 - tarefas leves, com ajuda nas pesadas
- 1 - incapaz

f) Medicamentos

- 3 - toma remédios sem assistência
- 2 - necessita de lembretes ou de assistência
- 1 - incapaz de tomar sozinho

g) Dinheiro

- 3 - preenche cheque e paga contas
- 2 - assistência para cheques e contas
- 1 - incapaz

- 1 - dependência total**
- 2 - dependência parcial**
- 3 - independência**

Anexo 7

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL *

Paciente: _____

Avaliador: _____ Data da Avaliação: ____/____/____

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)

- *Dia da semana* (1 ponto) _____
- *Dia do mês* (1 ponto) _____
- *Mês* (1 ponto) _____
- *Ano* (1 ponto) _____
- *Hora aproximada* (1 ponto) _____

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)

- *Local genérico* (residência, hospital, clínica) (1 ponto) _____
- *Local específico* (andar ou setor) (1 ponto) _____
- *Bairro ou rua próxima* (1 ponto) _____
- *Cidade* (1 ponto) _____
- *Estado* (1 ponto) _____

MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 pontos)

- *Repetir*: Vaso, carro, tijolo.
1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa _____
Repete até as três palavras serem repetidas (máximo de 5 tentativas)

ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

- *Subtração*: 100-7 sucessivamente, por 5 vezes
(1 ponto para cada cálculo correto) _____

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)

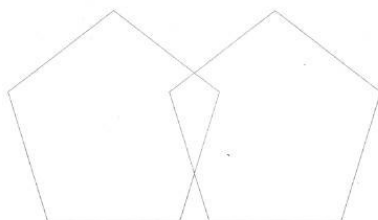
- *Lembrar* as 3 palavras repetidas anteriormente (em MEMÓRIA DE FIXAÇÃO)
(1 ponto por palavra certa) _____

LINGUAGEM (8 pontos)

- *Nomear objetos*: um relógio e uma caneta (2 pontos) _____
- *Repetir*: "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) _____
- *Seguir comando verbal*: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos) _____
- *Ler e seguir comando escrito (FRASE)*: "feche os olhos" (1 ponto) _____
- *Escrever uma frase* (1 ponto) _____

PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto)

- *Copiar um desenho* (1 ponto) _____

ESCORE: /30

* Normas sugeridas para o uso do mini-exame do estado mental (MEEM) no Brasil. Brucki SMD, Nitrini R e col. *In press*

Anexo 8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos por meio desta convidá-lo a participar da seguinte pesquisa: Estudo Dos Fatores Associados Ao Envelhecimento Bem Sucedido De Idosos Da Comunidade De Barra Funda – Rs, Brasil. A justificativa da pesquisa está ligada ao fato de que o estudo sobre o envelhecimento bem-sucedido pode servir de referência para outros municípios na construção de suas políticas de saúde. As ações que contribuam a um melhor entendimento do processo do envelhecimento nos idosos podem contribuir para a determinação de ações, políticas e atividades voltadas a melhorar a qualidade de vida destes sujeitos. Sendo o envelhecimento bem-sucedido mediado por um conjunto de fatores, a proposta deste estudo consiste em analisar os fatores associados a este processo junto a uma população de idosos de um município do estado do Rio Grande do Sul.. Os objetivos da pesquisa são de: Identificar os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de uma população de idosos do município de Barra Funda-RS.

Os procedimentos da pesquisa serão: aplicação de questionário para identificação, determinação de perfil de doenças, determinação da composição corporal, avaliação do equilíbrio, avaliação das Atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, determinação de índice de atividade física, avaliação do suporte social, avaliação do bem estar espiritual e avaliação da resiliência.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica necessariamente em qualquer modificação no trabalho que já está sendo feito por você ou sua equipe, nem tampouco os resultados do estudo terão efeitos sobre sua pessoa. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma forma suas atividades.

Sua participação não causará nenhum risco adicional e sua privacidade será garantida bem como poderás desistir a qualquer momento sem nenhuma repercussão na atividade.

Para tanto necessitamos o seu consentimento através da assinatura do termo a seguir:

Eu,..... fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. O pesquisador Luis Henrique Telles da Rosa certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a minha pessoa são confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, em face de estas informações. Outrossim, estou ciente que poderei contatar também com a orientador do pesquisador o Prof. Antonio Carlos .

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

Assinatura do Responsável

Nome

Data

Assinatura do Pesquisador

Nome

Data