

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA ELISA CASARA TALLMANN

O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM E O BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO DO IDOSO LONGEVO

CURITIBA
2011

ANA ELISA CASARA TALLMANN

O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM E O BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO DO IDOSO LONGEVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Prática Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt

CURITIBA
2011

*Dedico este trabalho aos meus avós, **Clorinda e Adelino**, que despertaram em mim, o amor pela gerontologia.*

*Aos meus pais, **Rosane e Heinz**, pela vida, pelo apoio e amor incondicional.*

*Ao meu amor, **Thiago**, pelo amor, apoio, paciência e incentivo.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela dádiva da vida; pelos desafios que me possibilitam evoluir e pelo bálsamo do amor que torna essa passagem mais fácil.

Aos meus pais, **Rosane T. Casara** e **Heinz Tallmann Filho**, em especial à minha mãe, pelo exemplo de vida, apoio em todos os momentos e compreensão de minhas ausências.

A minha orientadora, **Profª Drª Maria Helena Lenardt**, por ter acreditado no meu potencial e ter me proporcionado aprimoramento pessoal e profissional.

Ao meu companheiro de vida **Thiago F. da Fonseca Pimenta**, pelo amor, motivação e por seu exemplo de dedicação que me inspira a ser melhor.

A **Profª Drª Denise F. Kletemberg**, pelas orientações e contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.

A minha sogra **Dayse F. da Fonseca**, que contribuiu para o desenvolvimento e finalização deste trabalho.

As minhas irmãs por opção, **Natália Orsato**, **Valéria Orsato** e **Ana Cecília Machado**, pela amizade verdadeira e apoio em toda a minha vida.

A minha colega de mestrado e amiga de todas as horas, **Tânia Maria Lourenço**, pelo apoio, mútuo, amizade e companheirismo.

As minhas amigas de longa data, **Marina L. Recalcatti**, **Talita R. Pereira**, **Priscila F. Farias**, **Aline Callai** e **Fernanda M. M. Ribeiro**, que compreenderam as minhas ausências.

A minha amiga **Gisele S. de Castro**, que tive a feliz oportunidade de conviver por dois anos e é um exemplo de pessoa e profissional.

As minhas amigas **Glaucia H. M. Kanabushi**, **Márcia D. Seima** e **Juliana V. Mottin Silva** pelo companheirismo e motivação.

A minha colega de trabalho e amiga, **Silvanete M. Levandoski**, pela compreensão e ajuda em todos os âmbitos.

A Autoridade Sanitária da Unidade de Saúde Bairro Alto, **Marisa C. J. Wosch**, pela flexibilidade de horários e compreensão.

Ao **Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - GMPI**, pela troca de conhecimentos e experiências, especialmente a **Letice de F. Pereira**, pelo auxílio com a coleta de dados.

As **colegas e professoras do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná**, pelas experiências e bons momentos compartilhados.

A **todos** que indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*“O carpinteiro molda a madeira;
os arqueiros moldam flechas; o
sábio molda a si mesmo.”*

BUDA

RESUMO

TALLMANN, A.E.C. **O cuidado gerontológico de enfermagem e o Bem-Estar Psicológico do idoso longo vivo**. 2011. 106 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt.

Trata-se de estudo quantitativo de corte transversal com o objetivo de identificar a condição de bem-estar psicológico (BEP) do idoso longo vivo (acima de 80 anos) de uma comunidade. O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde, localizada no município de Curitiba-PR, bem como no domicílio dos idosos pertencentes à área de abrangência desta Unidade. A amostra foi composta por 100 idosos longo vivos, selecionada no período de fevereiro a junho de 2011. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2011 e foi efetivada em quatro etapas: consulta ao prontuário eletrônico; aplicação do Mini-exame do Estado Mental (MEEM) para rastreamento da função cognitiva (*screening* cognitivo); levantamento dos dados sociodemográficos; aplicação da versão das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff. Os dados foram compilados e analisados com o auxílio do programa *Microsoft Excel* e *Statistica* v.8.0. Para a comparação de dois grupos em relação às escalas avaliadas, considerou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney e para a comparação de mais de dois grupos, foi considerado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. As variáveis escolhidas para descrever relações com o bem-estar psicológico foram *gênero*, *status conjugal* e *escolaridade*. Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e na linguagem descritiva. O perfil dos idosos longo vivos constituiu-se majoritariamente por mulheres, viúvas, com filhos, ensino fundamental incompleto e alguma crença religiosa. A grande maioria mora com filho (a) ou sozinhos. A idade média foi de 84,4 anos, e 90% dos idosos encontram-se na faixa etária compreendida entre os 80 e 89 anos. Infere-se que os idosos longo vivos da comunidade estudada apresentam BEP moderado, e as dimensões que obtiveram valores médios mais elevados foram *Crescimento Pessoal* e *Aceitação de Si*. Não verificou-se correlação significativa para *gênero* e *escolaridade*. Foi observada correlação positiva fraca entre o domínio *Relações Positivas com os Outros* e *escolaridade* junto aos longo vivos que apresentavam ensino fundamental completo ou incompleto pontuando ligeiramente mais alto que os demais. Concernente ao *status conjugal* encontrou-se resultados estatisticamente significativos em *Relações Positivas com os Outros*, *Objetivos na Vida* e *BEP Total*, com os longo vivos casados obtendo escores mais altos. Foram verificados valores baixos nos domínios *Objetivos na Vida* e *Autonomia*. Considerando os resultados encontrados, entende-se que o idoso longo vivo, no contexto da Atenção Primária, necessita de um cuidado gerontológico de enfermagem para além das dimensões biológicas.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais. Enfermagem. Planejamento em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

TALLMANN, A.E.C. **O cuidado gerontológico de enfermagem e o Bem-Estar Psicológico do idoso longo vivo.** 2011. 106. Dissertation [Master in Nursing] – Federal University of Paraná, Curitiba.

Mentor: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt.

This is a cross-sectional quantitative study that aimed to identify the condition psychological well-being (BEP) of oldest old (over 80) of a community. The study was conducted in Health Unit, located in the city of Curitiba-PR, as well as in the homes of elderly belonging to the area covered by this Unit. The sample consisted of 100 oldest old selected during the period from February to June 2011, through the inclusion and exclusion criteria. Data collection was performed in four stages: consultation of electronic medical records; utilizing the Mini-Mental State Examination (MEEM) for cognitive screening; survey data sociodemographic; implementation of the version of the Scales of Psychological Well-being by Carol Ryff. Data were compiled and analyzed with the help of the Microsoft Excel e Statistica v.8.0. To compare the two groups in relation to the scales evaluated, it was considered the nonparametric Mann-Whitney test and the comparison of more than two groups, it was considered the nonparametric Kruskal-Wallis. The variables chosen to describe the relationship between psychological well-being were *gender*, *marital status* and *education*. The results were presented in tables, graphs, figure and descriptive language. The profile of the oldest old constituted mostly by women, widows with children, elementary school and some religious belief. The majority of them live with a child, or alone. The mean age was 84,4 years old, and 90% of older people are aged between 80 and 89 years old. It is inferred that the oldest old in the community studied, they exhibit moderate BEP and the dimensions that obtained higher mean values were *Personal Growth* and *Self-Acceptance*. Results show no significant correlation between *gender* and *education*, however we observed a weak positive correlation between the domain *Positive Relations with Others* and *education* of long-lived who had completed or uncompleted elementary school, scoring slightly higher than the others. Concerning the *marital status* was found statistically significant *Positive Relations with Others*, *Purpose in Life* and *Total BEP*, with the oldest old married, obtaining higher scores. Low values were verified in the field goals in life and *Autonomy*. Considering these results, it is understood that the oldest old married, in the context of primary health care, requires a gerontological nursing care beyond the biological dimensions.

Key-words: Aged, 80 and Over. Nursing. Health Planning. Primary Health Care.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – CRESCIMENTO RELATIVO DA POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE, TOTAL E POR GRUPOS DE IDADE, BRASIL, PERÍODO 1998/2008.....	27
GRÁFICO 2 – COMPARAÇÃO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO TOTAL X GÊNERO, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	66
GRÁFICO 3 – COMPARAÇÃO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO TOTAL E STATUS CONJUGAL, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	54
TABELA 2 – PERFIL ETÁRIO DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	55
TABELA 3 – NÚMERO DE FILHOS DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	58
TABELA 4 – PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELO SUSTENTO, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	60
TABELA 5 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DO IDOSO LONGEVO, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	61
TABELA 6 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X GÊNERO, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	65
TABELA 7 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X STATUS CONJUGAL, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	69
TABELA 8 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X ANALFABETOS E NÃO ANALFABETOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	73
TABELA 9 - DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X ESCOLARIDADE, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	74

LISTA DE SIGLAS

GMPI – Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NAAPS – Núcleo de Apoio à Atenção Básica em Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

PS – Promoção à Saúde

SOC – Teoria da Seleção, Otimização e Compensação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPR – Universidade Federal do Paraná

WHO – World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AVD – Atividade de Vida Diária

BEP – Bem-Estar Psicológico

BES – Bem-Estar Subjetivo

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

REM – *Rapid Eye Movement*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 ENVELHECIMENTO	19
2.1.1 Aspectos Biológicos	20
2.1.2 Aspectos Sociológicos.....	22
2.1.3 Aspectos Psicológicos.....	24
2.1.4 Idosos Longevos	26
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO	30
2.2.1 Promoção da Saúde.....	32
2.3 BEM-ESTAR	35
2.3.1 Bem-estar Subjetivo: perspectiva hedônica	37
2.3.2 Bem-estar Psicológico: perspectiva eudaimônica	39
2.4 ENVELHECIMENTO COM BEM-ESTAR E O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM.....	44
3 MATERIAIS E MÉTODOS	49
3.1 TIPO DE ESTUDO	49
3.2 LOCAL DO ESTUDO	49
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	50
3.4 COLETA DE DADOS	51
3.5 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS.....	51
3.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	53
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	54
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	54
4.2 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO TOTAL.....	60
4.3 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E GÊNERO.....	65
4.4 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E STATUS CONJUGAL.....	69
4.5 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E ESCOLARIDADE	73

5 CONCLUSÕES	76
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICES	97
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno de expressão mundial e constata-se que dentro da própria população idosa o crescimento não é homogêneo, havendo um ritmo acelerado na população de 80 anos ou mais. Com isso, o crescente interesse em pesquisas sobre idosos com 80 anos ou mais (longevos) vêm ganhando maior representatividade (GONÇALVES, 2010).

Apesar do aumento exponencial de idosos longevos, na literatura recente evidenciam-se lacunas importantes na produção do conhecimento, verificando que o Brasil começou a apresentar publicações específicas apenas a partir de 1998, tendo apresentado dois picos de produção: um em 2001 e outro em 2008, com três publicações em cada ano, não verificando, portanto, uma tendência linear de crescimento para as publicações nacionais na área da gerontologia (ROSSET, *et al.*, 2011).

Deste modo, a produção de conhecimento acerca da população idosa com mais de 80 anos é de extrema relevância e necessidade, em virtude da escassez de trabalhos, do aumento desse segmento entre os idosos em todo o mundo, e das especificidades desta faixa etária.

Os longevos representam parcela mais heterogênea do que idosos mais jovens e em relação ao grau de dependência variam desde idosos independentes até idosos totalmente dependentes. Segundo Brito e Papaléo Netto (2001), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é o grupo de idosos que representa maior risco de se tornar dependente e, portanto, com maior possibilidade de adoecer; é composto por mulheres, sobretudo aquelas que são solteiras ou viúvas e que residem sozinhas. Além disso, de acordo com os estudos de Baltes e Smith (2006) idosos longevos passam o final de seus dias com elevado índice de comprometimento funcional, dependência e solidão.

Estas características aumentam as chances dos idosos longevos tornarem-se frágeis. Ainda não existe consenso sobre a definição de fragilidade, mas para Fried *et al.* (2004) é uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores. Essa condição resulta de declínio nos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às

perturbações.

Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde, pois em geral, as doenças em idosos são crônicas e múltiplas, exigindo acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. Para a sociedade brasileira, marcada pela desigualdade social e ainda muito pouco preparada para o envelhecimento de sua população, a crescente presença de idosos, principalmente os longevos, bem como a questão da velhice bem sucedida, constituem-se em um novo desafio, no qual a Gerontologia está se debruçando (CAMARANO, 2002; NERI, 2007).

Assim sendo, o objetivo final dos estudos que envolvem a longevidade é a longevidade com saúde e bem-estar, visto que o envelhecimento deve ser entendido como um processo do ciclo evolutivo, que como os demais, pode ser permeado por adversidades. O idoso, como qualquer ser humano em desenvolvimento, é constantemente desafiado a manter e a renovar sua vida de maneira significativa e produtiva. A passagem do tempo implica, no entanto, *déficits* sucessivos e cumulativos para os quais há o constante desafio de aprender novos conteúdos e de compensar possíveis perdas, valorizando e reforçando aquilo que se mantém ou desenvolve (KNOPOFF; SANTAGOSTINO; ZAREBSKI, 2004).

Para que a produção de conhecimento referente à população idosa seja relevante, deve-se considerar que no contexto do processo de envelhecimento existe uma série de elementos envolvidos, e que precisam ser observados na análise multidimensional do idoso, de forma a atendê-lo de maneira integral, salientando as suas especificidades (MENEZES, 2009). Um dos indicadores de grande relevância neste contexto são os fatores associados ao bem-estar, que refletem avaliações dos indivíduos de como suas vidas estão acontecendo nas suas relações sociais, afetivas e psicológicas.

O estudo do bem-estar teve início no final dos anos 50, quando pesquisadores buscavam conhecer variáveis indicadoras de qualidade de vida, para monitorar mudanças sociais e implantação de políticas sociais, originando a partir disso, o termo bem-estar subjetivo (BES). Posteriormente o conceito foi elucidado, definindo que apesar das pessoas viverem em meios objetivamente definidos, são os seus mundos definidos subjetivamente que prevalecem (KEYS; SHMOTKIN; RYFF, 2002).

O BES se embasa na perspectiva hedônica, que tem por meta a busca de

prazer como motivação central da existência (QUEROZ, 2008), ou seja, para um nível de BES adequado é necessário que o indivíduo reconheça manter em nível elevado sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixa frequência de experiências emocionais negativas (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Considerando as especificidades do processo de envelhecimento associadas ao bem-estar psicológico, é preciso conhecer o impacto deste enfoque nas diversas formas de prestar assistência aos idosos, com destaque à atenção primária, que deve assegurar atenção integral, garantindo ações de promoção da saúde que contemplem as diversidades individuais, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

No final dos anos 80, com os estudos de Carol Ryff, Ph.D., psicóloga, professora da *Pennsylvania State University* e diretora do *Institute on Aging*, novos caminhos começaram a ser delineados para o estudo do bem-estar. Partindo do conceito aristotélico de *eudaimonia*¹, Ryff propôs o uso do termo Bem-Estar Psicológico (BEP) para fazer referência ao ajustamento psicológico na tentativa de obter a auto-realização pessoal, por meio da procura do desenvolvimento do ser (NOVO, 2003).

O modelo de BEP é composto de seis dimensões associadas a diferentes desafios que os indivíduos encontram. Segundo o referido modelo, as pessoas tentam sentir-se bem consigo mesmas, ainda que tenham consciência de suas limitações (autoaceitação); procuram desenvolver e manter relações interpessoais calorosas e confiáveis (relações positivas com os outros); almejam controlar seu ambiente de modo a conseguir a satisfação de suas necessidades e desejos (domínio do ambiente); buscam desenvolver a autodeterminação e a autoridade pessoal (autonomia); tentam dar um sentido a seus esforços e desafios (propósito na vida) e procuram aproveitar ao máximo seus talentos e capacidades (desenvolvimento pessoal) (FERREIRA *et al.*, 2008).

¹ Neste trabalho utiliza-se a versão grega do termo eudemonia – *eudaimonia*, que no pensamento aristotélico, remete para a ideia de realização do verdadeiro potencial de cada um (Novo, 2003).

De acordo com a OMS (2002), o envelhecimento e o bem-estar da pessoa idosa são inseparáveis do processo de desenvolvimento humano sendo que investir na promoção à saúde na velhice e adiar o início de doenças ou formas de incapacidade significarão não somente um triunfo para a Saúde Pública, mas também um contributo para o desenvolvimento do país.

Deste modo, a OMS (2005, p.44) enfatiza que a velhice foi “tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência e as políticas e programas vinculados a este modelo ultrapassado não refletem a realidade”, portanto, é preciso termos “um novo paradigma que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos e beneficiários do desenvolvimento”. Nesse novo paradigma é essencial reconhecer e explorar a experiência e o vigor dos idosos para ajudá-los a melhorar seu bem-estar psicológico.

O tema desta investigação surgiu a partir de minha experiência profissional há dois anos, como enfermeira de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde, do município de Curitiba/Paraná. Durante as consultas de enfermagem e encontros dos grupos de promoção à saúde percebi que os idosos apresentavam muita dificuldade para mudar comportamentos considerados nocivos à saúde. Após algum tempo entendi que para motivá-los era preciso, primeiramente, discutir questões referentes à família, autoestima, autonomia e relacionamento interpessoal, e que a ênfase nestes aspectos, utilizando a dinâmica de cuidado em grupo, proporcionava resultados positivos em sua condição de saúde.

A partir dessa constatação, percebi que as questões abordadas com os idosos que permitiam algumas mudanças de comportamentos estavam relacionadas com os domínios do BEP (autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos na vida e aceitação de si) e desenvolvi interesse em estudar o bem-estar psicológico do idoso longo, para conhecer e identificar as necessidades específicas dos mesmos, supondo que existam diferenças decorrentes do grupo etário diferenciado.

Emerge, neste contexto, a importância da atuação da enfermagem, como profissão capaz de realizar promoção integral à saúde, utilizando uma abordagem contextualizada e individualizada, considerando a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, sendo que a dinâmica de cuidado em grupo é uma das estratégias que proporciona efetivar tal abordagem contemplando deste modo os

indicadores de bem-estar psicológico e concretizando ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde dos idosos longevos. De acordo com Silva, *et al.* (2003), a dinâmica de cuidado em grupo tem como finalidade compartilhar saberes e experiências, buscando formar uma rede de suporte social, promover a autonomia de seus integrantes, melhorando a auto-imagem e oportunizando a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos.

Realizar este enfoque diferenciado possibilita um redirecionamento das atividades de enfermagem, oportunizando aos profissionais atuarem como mediadores entre a objetividade da prática assistencial e a subjetividade das necessidades individuais de cada idoso.

A promoção do cuidado gerontológico de enfermagem deve se concretizar, sem que esteja somente submetida à cura, mas sim valorize o tratamento com as pessoas, o "cuidado digno", partilhando e interagindo para alcançar o bem viver. Isto exige dos profissionais o estímulo à compreensão abrangente com a definição dos limites e atuações da própria profissão, de forma a promover não somente o cuidado e o profissional, mas todo o contexto envolvido no processo. (HAMMERSCHMIDT, BORGHI e LENARDT, 2006, p. 115).

Considerando que os indicadores de bem-estar psicológico possuem grande relevância no processo de envelhecimento e podem interferir no bem-estar de muitos idosos, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: – **Qual a condição de bem-estar psicológico de idosos longevos, de uma comunidade da cidade de Curitiba/PR?**

Esta pesquisa está inserida na área de concentração “Prática Profissional de Enfermagem” e na linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, cuja descrição é o processo de cuidar e ser cuidado do ser humano individual e coletivo nas dimensões objetivas e subjetivas, determinações, indicadores, expressões de saúde, condição e satisfação de vida (PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - UFPR, 2010).

Para verificar a condição de bem-estar psicológico e identificar quais os aspectos de maior relevância para o idoso longevo, será utilizada a versão Portuguesa das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff. As variáveis escolhidas para descrever relações entre o bem-estar psicológico foram gênero, status conjugal e escolaridade. Na perspectiva de indicadores sociais, variáveis sociodemográficas, como idade, gênero e estado civil são responsáveis pelas

diferenças existentes entre as pessoas quanto ao seu nível de felicidade ou bem-estar (RYFF, 1989; RYFF e KEYES, 1995).

Acredita-se que o presente estudo tenha relevância para a atuação dos profissionais enfermeiros por propiciar o direcionamento das ações de cuidado gerontológico e a possibilidade de atualização de suas práticas, identificando quais os aspectos significativos para o idoso longo vivo no âmbito do bem-estar. A partir disso, é possível contextualizar com outros aspectos relevantes do envelhecimento, assegurando prática assistencial mais fidedigna e coerente.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Identificar a condição de bem-estar psicológico do idoso longo vivo de uma comunidade.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população idosa longo viva segundo variáveis sociodemográficas.
- Descrever relações entre o bem-estar psicológico e as variáveis gênero, status conjugal e escolaridade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresenta-se o fenômeno do envelhecimento e suas perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas; as especificidades dos idosos longevos; o estudo do bem-estar com enfoque no bem-estar psicológico e no bem-estar subjetivo; e a articulação da enfermagem na promoção do bem-estar psicológico aos idosos longevos.

2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenômeno universal que teve lugar em todas as épocas, culturas e civilizações. O conhecimento que temos atualmente a esse respeito é o resultado da acumulação de experiência cultural e científica ao longo da história. Porém, seu conhecimento científico faz parte de uma ciência “jovem” (VEGA; BUENO, 1996).

Durante o século XX, por mais de 50 anos, a gerontologia considerou o envelhecimento como a antítese do desenvolvimento. Respaldados pela geriatria, muitos pesquisadores consideravam a velhice como sinônimo de doença. No entanto, com as informações derivadas da experiência de envelhecimento das populações, novas formulações foram feitas, e a partir da década de 80 a gerontologia começou a ganhar terreno e o envelhecimento começou a ser estudado numa perspectiva ampla, integrando várias ciências (PAÚL, 2005).

Assim, foram construídas três idéias fundamentais: o desenvolvimento é um processo finito; desenvolvimento e envelhecimento são processos concorrentes, ou seja, as mudanças evolutivas se fazem presentes da infância à velhice; e ambos os processos são afetados por uma complexa combinação de variáveis operando ao longo de toda a vida (NERI, 2007).

Deste modo, segundo SOUZA, *et al.*, (2007):

o envelhecimento pode ser entendido como um processo comum a todos os seres, o qual depende e será influenciado por múltiplas dimensões, como as de ordem biológica, socioeconômica, psicológica e cultural, atribuindo características particulares àquele que envelhece. Trata-se também de um

processo dinâmico e progressivo, no qual tanto as modificações morfológicas como as funcionais podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social no qual vive, tornando-o mais vulnerável a agravos e doenças que possam comprometer sua saúde e qualidade de vida.

Sendo consensual a idéia de que o envelhecimento é um fenômeno biopsicossocial, qualquer abordagem que a ele se faça terá de ser necessariamente multidisciplinar. O envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem levarmos em consideração as dimensões biológica, psicológica e social que lhe são inerentes e, se é verdade que no estudo do envelhecimento a biologia tem prevalecido, por comparação com a psicologia ou outras ciências sociais (BIRREN, 1995), o funcionamento humano não pode ser entendido pela sua redução à dimensão biológica.

Deste modo, as teorias do envelhecimento podem ser agrupadas, segundo Cavanaugh (1999), da seguinte maneira: teorias das ciências biológicas, teorias das ciências comportamentais (psicológicas) e teorias das ciências sociais.

2.1.1 Aspectos biológicos

O envelhecimento é caracterizado por um processo dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, além de diminuição na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, o que altera progressivamente o funcionamento do organismo, tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas (GUIMARÃES, *et al.*, 2004).

Segundo Spirduso (2005), a saúde física compreende três situações: condição física, estado funcional e estado de saúde subjetiva. A condição física é o número de problemas de saúde experimentados por um indivíduo. Uma pequena porcentagem das pessoas idosas está livre de doenças crônicas, porém, a maioria dos indivíduos com mais de 70 anos experimenta múltiplas condições físicas, como hipertensão, doença cardiovascular, artrite e osteoporose. A segunda é o estado funcional, ou seja, em que grau essas condições impedem as pessoas de executar atividades da vida diária (AVD's), atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), e atividades de lazer e socialização. E a terceira é o estado de saúde subjetiva, que

indica a avaliação pessoal que os indivíduos fazem a respeito de sua própria saúde.

Existem inúmeras teorias que tentam explicar, do ponto de vista biológico, porque o envelhecimento ocorre, sendo que elas examinam o assunto sob a ótica do declínio e da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células (DAVIDSON, 1991). Estas teorias tentam explicar três componentes: 1) a multiplicação de células ao longo do tempo; 2) a incapacidade das células de se dividirem e/ou renovarem e 3) o controle dos processos fisiológicos por material não celular. Uma “teoria única” ainda não foi desenvolvida de forma a explicar o fenômeno biológico de envelhecer, assim cada uma das teorias mencionadas acima é uma pista para essa mesma explicação (VALLESPER; MOREY, 2007).

Das diversas teorias biológicas do envelhecimento muitas delas estão obsoletas, sendo as restantes ainda demasiado numerosas para serem abordadas individualmente. Porém, podem ser operacionalmente divididas em duas categorias gerais: Teorias Genéticas e Teorias Estocásticas (MOTA; FIGUEIREDO; DUARTE, 2004).

De acordo com FARINATTI (2002, p. 130) as teorias genéticas veem o envelhecimento como um *continuum* controlado geneticamente e, talvez, programado. Algumas correntes associam essa possível programação a um desequilíbrio neuroendócrino, levando a uma diminuição de integração funcional dos sistemas orgânicos.

Uma das teorias genéticas mais antigas sugere que o envelhecimento celular tenha lugar a partir do momento em que, naturalmente, começam a ocorrer erros em processos como a transcrição e transporte de material genético, ou mutações somáticas (BURNET, 1974). Esses erros trariam consequências negativas à renovação celular, gerando células defeituosas ou empobrecendo sua população, repercutindo em longo prazo na função de sistemas orgânicos inteiros. Essa teoria recebeu o nome de Teoria de Acúmulo de Erros ou Teoria dos Erros Catastróficos, sendo originalmente proposta por Orgel (FARINATTI, 2002).

Na verdade, os resultados das pesquisas nunca puderam comprovar a existência do acúmulo de erros sugerido por essas teorias. Mesmo no caso de sua confirmação, lacunas deveriam ser preenchidas antes de associá-las definitivamente ao processo de envelhecimento global (MILLER, 1999).

As Teorias Estocásticas sugerem que a perda de funcionalidade que acompanha o fenômeno de envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de

lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo (CRISTOFALO; GERHARD; PIGNOLO, 1994).

Deste modo, de acordo com Aragó (1995), seria pouco correto acentuar unilateralmente o processo biológico no envelhecimento, pois: a) o ritmo do envelhecimento biológico é muito diverso b) o declive biológico é real e em certa medida irreversível, mas não existe momento algum em que o crescimento psicológico do indivíduo deva cessar. O desenvolvimento psicológico pode conservar uma real independência com respeito à irreversibilidade relativa do processo biológico.

2.1.2 Aspectos sociológicos

O conceito social da velhice, na concepção de Neri (2001), refere-se primeiramente aos comportamentos associados aos papéis etários que uma dada sociedade prescreve para seus membros. A idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história. Dessa forma, as experiências de envelhecimento e velhice podem variar no tempo histórico, dependendo das circunstâncias.

Para Bacelar (1999), o conceito social da velhice parte de determinadas regras e expectativas sociais que categorizam as pessoas sobre seus direitos e deveres de cidadão e as tarefas de desempenho de determinados papéis sociais. Assim, cada sociedade, no decorrer de sua história, adota conceitos sociais diferentes quanto à idade e à definição de envelhecimento.

Segundo Pinheiro Junior (2003), a categoria idoso é concebida pela sociedade como sinônimo de gastos e complicações, principalmente nos setores da previdência e saúde pública. Se, em muitos casos, a violência dessa exclusão não se manifesta de forma concreta, em tantos outros ela se faz simbólica, ou seja, revestida de um caráter assistencialista que, em muitas situações, obriga o idoso à exclusão social.

Nesse sentido, na opinião de Oliveira (1999), a velhice passou a ocupar um lugar marginalizado à medida que seu potencial evolutivo e produtivo já atingiu o

ápice, perdendo, a partir daí, o valor social. Sem possibilidade de produzir riqueza, a velhice perde também o valor simbólico e, paralelamente, valores negativos lhe foram atribuídos apoiados em critérios de potencial funcional de produção e reprodução de riqueza.

Muitas das concepções negativas da velhice estão de acordo com a teoria sociológica clássica da modernização, que trabalha com a imagem do idoso e com as representações que influenciam essa imagem. Deste modo, em um mundo moderno da tecnologia, as pessoas idosas não dispõem de grande prestígio, pois estão atreladas a conotação de antigas e ultrapassadas. (DOOL, *et al.*, 2007).

Porém, segundo Giddens (2008, p. 147):

em uma sociedade que valoriza muito a juventude, a vitalidade e a atratividade física, as pessoas mais velhas tendem a se tornar invisíveis. Recentemente, elas têm visto, no entanto, algumas mudanças nas atitudes com respeito ao envelhecimento. É improvável que as pessoas mais velhas recuperem toda a autoridade e todo o prestígio que se concedia antigamente aos mais velhos da comunidade nas sociedades antigas. No entanto, como elas vieram a compreender uma maior proporção da população, as pessoas mais velhas estão adquirindo maior peso político do que antes. Já se tornaram um poderoso grupo de opressão política.

Existem inúmeras outras teorias sociológicas sobre envelhecimento, e muitas delas impulsionaram a pesquisa gerontológica internacional. Destacam-se duas grandes teorias: a teoria da atividade e a teoria do desengajamento (DOOL, *et al.*, 2007).

A teoria da atividade desenvolveu-se no final da década de 40 e propunha o conceito de tarefas desenvolvimentais, que surgem na vida das pessoas em determinados períodos. Caso o indivíduo obtenha êxito em sua realização, será uma pessoa feliz. Em síntese, o envelhecimento bem sucedido significaria a manutenção, pelo maior tempo possível, das atividades iniciadas anteriormente (DOOL, *et al.*, 2007).

A teoria da atividade influenciou comportamentos de pessoas mais velhas e contribuiu para o surgimento de políticas públicas nos anos 70, permitindo maior flexibilidade para o surgimento de movimentos sociais, centros de lazer e de educação para adultos e idosos (SIQUEIRA, 2002; BEARON, 1996).

A teoria do desengajamento tem por mérito ser a primeira a colocar em evidência aspectos sociais e psicológicos da investigação gerontológica. Ela

questionou os pressupostos sobre os desejos das pessoas idosas em relação ao trabalho, ao afirmar que as pessoas idosas desejam reduzir seus contatos sociais, e que com isso se sentem mais felizes (DOOL, *et al.*, 2007).

De acordo com Damianopoulos (1961, p. 211) “desengajamento é um processo inevitável durante o qual muitas das relações entre uma pessoa e os outros membros da sociedade são rompidas e aquelas que permanecem são modificadas qualitativamente.”

2.1.3 Aspectos psicológicos

Segundo Fernández-Ballesteros (2000), o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física como a percepção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo, a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doenças, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (as que se ligam ao uso da experiência e de conhecimentos prévios).

Vários modelos e teorias dos diversos campos da psicologia têm considerado a multidimensionalidade e multidirecionalidade do processo de envelhecer considerando as implicações desse processo nos aspectos psicológicos do idoso. Deste modo, para melhor compreender os processos concernentes à cognição, relações sociais, afetos, metas desenvolvimentais e adaptação, a Psicologia do Envelhecimento passou da simples comparação etária entre jovens e idosos (Psicologia da idade) e do reconhecimento da velhice enquanto estágio desenvolvimental com tarefas de adaptação, integração e aceitação da morte (Psicologia do idoso) para o estabelecimento de uma subdisciplina metodologicamente complexa (BATISTONI; YASSUDA; FORTES, 2007).

Nasce assim, a Psicologia do Envelhecimento, caracterizada pela adoção de um enfoque de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan*), o qual gerou novas metodologias, uma enorme quantidade de dados empíricos e novas perspectivas teóricas, mais orientadas à compreensão e à explicação de aspectos específicos do envelhecimento do que à elaboração de grandes sistemas. Hoje o

paradigma *lifespan* é a corrente dominante na psicologia do envelhecimento e é adotado por um número crescente de pesquisadores da psicologia da infância e da adolescência (LERNER; DOWLING; ROTH, 2003).

O diálogo da psicologia do envelhecimento com as diversas subdisciplinas psicológicas gerou a configuração de um arcabouço lógico de saberes em torno de microteorias e micromodelos explicativos sobre domínios específicos do envelhecimento, visando-se à solução de problemas humanos. Destacam-se quatro contribuições que envolvem temas como adaptação, autonomia e dependência, regulação emocional e qualidade de vida (CERRATO; TROCÓNIZ, 1998).

Segundo Batistoni (2009, p.15):

a teoria de Seleção, Otimização e Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990) busca estabelecer como os indivíduos podem efetivamente manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que se constituem em oportunidades ou restrições para os seus níveis e trajetórias de desenvolvimento. Interessa a essa teoria a maneira como as pessoas alocam e realocam seus recursos internos e externos por meio desses três processos e como, simultaneamente, maximizam ganhos e minimizam as perdas ao longo do tempo. A função de seleção diz respeito à especificação e à diminuição da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual. A otimização diz respeito ao gerenciamento dos recursos visando alcançar níveis mais altos de funcionamento. A compensação envolve a adoção de novas alternativas para manter o funcionamento.

A Teoria da Seletividade Socioemocional - Desenvolvida por Laura L. Carstensen e colaboradores, na década de 1990, (CARSTENSEN; TURK-CHARLES, 1994), busca explicar o declínio nas interações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos. Segundo a autora, a redução na amplitude da rede de relações sociais e na participação social na velhice reflete a redistribuição de recursos socioemocionais pelos idosos, na medida em que há mudança na percepção de tempo futuro. De forma adaptativa, na velhice, passam a ser mais relevantes o envolvimento seletivo com relacionamentos sociais próximos que ofereçam maior retorno emocional. Tais alterações adaptativas permitem aos idosos poupar recursos escassos, canalizar para alvos relevantes e otimizar o seu funcionamento afetivo e social (BATISTONI, 2009).

Teoria da Dependência aprendida - Desenvolvida por Margareth M. Baltes na década de 1980 e 1990 (BALTES, 1996) revela o fenômeno da dependência na velhice como multidimensional, relacionando-se com os mais diversos fatores como: incapacidade, motivação, práticas discriminativas, desestruturação ambiental. Para

Margareth M. Baltes, a dependência tanto significa perdas, quanto ganhos, na medida em que ajuda as pessoas a obter atenção, contato social e controle passivo e que as auxilia a preservar, canalizar e otimizar energias para outros objetivos, funcionando como estratégia adaptativa. Entre outras contribuições, essa teoria traz implicações principalmente para a prática com idosos frágeis, hospitalizados e institucionalizados, pois a identificação de padrões de dependência não adaptativos pode ser corrigida na medida em que os profissionais invistam na criação de novas contingências, estimulando a maximização da autonomia, mesmo na presença de incapacidades (BATISTONI, 2009).

Construto de Qualidade de vida na velhice de Lawton (1985) - descreve a qualidade de vida em termos de quatro dimensões: (1) satisfação com a vida, caracterizada como a avaliação cognitiva, levando-se em conta o que o indivíduo tem e o que deseja ter, ou seja, seus objetivos e realizações pessoais, (2) felicidade, que consiste em um estado afetivo positivo e duradouro, (3) afetos positivos, considerados sentimentos transitórios de prazer relacionados muito mais à experiência emocional que ao julgamento racional e (4) afetos negativos, que também se caracterizam como sentimentos transitórios que expressam as emoções negativas de ansiedade, depressão, agitação, medo e pessimismo (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

Deste modo, não há só um caminho dentro do processo de envelhecimento psicológico, mas sim múltiplos caminhos possíveis. Com efeito, à medida que as pessoas envelhecem, vão-se diferenciando cada vez mais umas das outras, quer devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural, quer devido à influência exercida por toda uma série de acontecimentos de vida que vão marcando os seus comportamentos e a sua personalidade (FONSECA, 2004).

2.1.4 Idosos longevos

Segundo CAMARANO (2004) há uma diversidade de critérios para se definir idoso que permite agrupar estes indivíduos a partir de uma ou mais características sociais e biológicas, comuns a todos eles. A classificação do indivíduo como grupo social “idoso” simplifica a heterogeneidade deste segmento, por isso devem ser

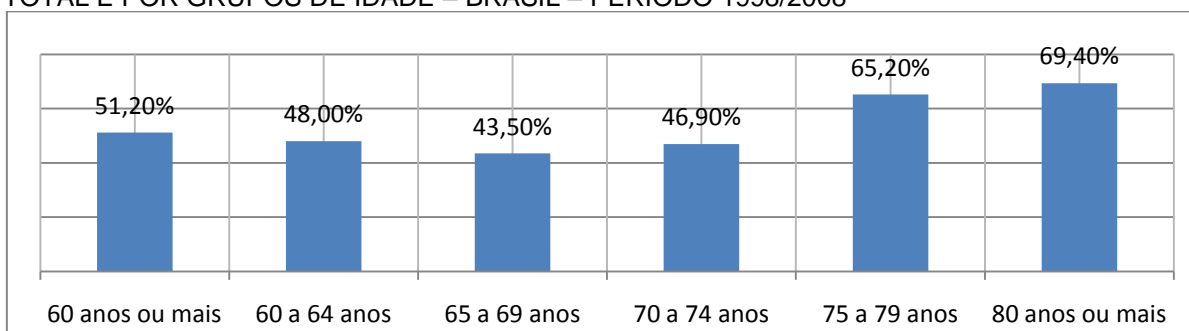
estudadas as peculiaridades que envolvem esta população. A classificação cronológica é um tanto limitante, mas necessária para o estabelecimento de políticas públicas, além de auxiliar nas pesquisas.

No Brasil, consideram-se idosas as pessoas com 60 anos ou mais de idade, de acordo com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Essa classificação segue o que foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento. Como o segmento correspondente a população idoso compreende uma ampla faixa etária, de aproximadamente 30 anos, torna-se comum subdividir esse segmento entre idosos jovens (60 a 69 anos) e os mais idosos ou longevos (≥ 80 anos) (CAMARANO, 2002).

A OMS considera meia-idade sujeitos de 45 a 59 anos, idosos de 60 a 74 anos, anciãos de 75 a 89 anos e velhice extrema, 90 anos ou mais. No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos acima de 80. Há também, na literatura, a definição de muito idosos como aqueles com idade maior ou igual a 80 anos e ainda, maior ou igual a 85 anos (FERREIRA, 2006; CAMPION, 1994).

A proporção da população brasileira de idosos longevos, ou seja, de 80 anos e mais, tem aumentado em um ritmo bastante acelerado. De acordo com o IBGE (2008), no Brasil, enquanto a taxa média geométrica de crescimento anual da população idosa geral (>60 anos) é de aproximadamente 3,3%; entre os idosos mais velhos essa taxa é cerca de 5,4%; sendo uma das mais altas do mundo (Gráfico 1). Projeções atuais apontam que em 2050, os idosos longevos corresponderão a 28% de toda a população brasileira (RIPSA, 2009).

GRÁFICO 1 – CRESCIMENTO RELATIVO DA POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE, TOTAL E POR GRUPOS DE IDADE – BRASIL – PERÍODO 1998/2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998/2008.

Na cidade de Curitiba, em 1980, existiam 55.943 habitantes com 60 anos ou mais, representando 5,5% da população. No ano de 2000 os idosos passaram a representar 8,4% do total da população e em 2009 este percentual passou para 10,4%, com 191.740 idosos. Isso representou o incremento de 243% da população acima de 60 anos no período 1980 a 2009, enquanto a população total cresceu 77% neste mesmo período. No estado do Paraná estima-se que existam 148.155 idosos com 80 anos ou mais, sendo 36.621 somente na cidade de Curitiba (CURITIBA, 2010). Existem previsões de que os idosos longevos serão responsáveis por quase 15% da população total no ano de 2020 no Brasil (BRASIL, 2006).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, observou-se a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade. Observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade em todo o mundo e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (WHO, 2005). O crescimento demográfico da população de idosos e a queda na taxa de fecundidade afetarão em grande medida os países desenvolvidos, mas também, trarão repercussões nos países em desenvolvimento.

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Considerando a população idosa como um todo, observa-se que 55% dela são mulheres. No ano de 2000, para cada cem mulheres idosas, havia 81 homens idosos; em 2050 haverá provavelmente cerca de 76 idosos para cem idosas. No grupo acima de 80 anos, estima-se que, em 2050, teremos duas idosas para cada idoso (CARALHO; GARCIA, 2003). Nesse sentido, as implicações da feminização da velhice em termos sociais são notórias, pelo fato que, grande parte das mulheres é viúva, vive só, não tem experiência de trabalho no mercado formal e tem escolaridade mais baixa (CAMARANO; 2002, 2004).

Destaca-se também, que os idosos longevos da atualidade fazem parte das coortes do início do século XX e não foram beneficiados, na maioria, com os antibióticos, as vacinas, a água potável e a rede de serviços de saúde pública, o que, para os idosos longevos de 2025 e 2050 são avanços muitas vezes garantidos, sem contar com a rapidez do desenvolvimento em várias áreas de prevenção e a reabilitação da saúde deste século (MORAIS, 2007).

Muitos autores entendem por envelhecimento longo a continuidade do processo fisiológico após os 80 anos, a partir de quando a velocidade de perda da capacidade funcional e cognitiva se acelera (KARLAMANGLA *et al.*, 2009). Segundo

Baltes e Smith (2006) os idosos longevos apresentam maior risco de envelhecer acompanhados por múltiplas doenças crônico-degenerativas e outras patologias. Os resultados apresentados por esses autores indicam que 50% da parcela de indivíduos com 90 anos ou mais são acometidos pela doença de Alzheimer; doença neurodegenerativa, que se associa à demência e elevados gastos em saúde, com progressiva perda de habilidades cognitivas e funcionais.

Faz-se necessário considerar também, que esse segmento populacional apresenta considerável heterogeneidade de características. Enquanto os octogenários contraem doenças degenerativas e passam anos vivendo com alto grau de dependência, os centenários possuem vida longa e ativa, sem grandes incapacidades, chegam à idade extrema sem grandes morbidades. Além dessas diferenças, do ponto de vista genético, o processo de envelhecimento dos órgãos dos centenários é mais lento (KUMON, *et al.*, 2009).

A literatura aponta ainda um aumento da dependência funcional com o avançar da idade. No Brasil, a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre aqueles com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007), sendo que para a população idosa, a capacidade de realizar as atividades cotidianas de forma independente, é mais significativa na vida dos mesmos do que a presença de doenças (BALTES; SILVENBER, 1995).

Com relação às dimensões emocionais de pessoas de diferentes grupos etários, inúmeros estudos têm investigado e avaliado, em termos de disposição e capacidade de experienciar emoções positivas e negativas em diversas situações, mostrando que, com o avançar da idade, as emoções tendem a diminuir em intensidade, as negativas tendem a ficar estáveis, mas as positivas conseguem ser mais duradouras (NERI, 2007).

Em 2007, Nygren, Norberg e Lundman, dando seguimento ao Umea 85+ Study publicaram os resultados de uma pesquisa qualitativa direcionada especificamente ao aprofundamento do conceito de força interna em pessoas muito idosas. Entrevistas em profundidade foram realizadas com os sujeitos (n=18) que obtiveram os mais altos escores na pesquisa publicada dois anos antes, com o objetivo de explorar temas como: a visão de vida destas pessoas; a experiência de ser muito idoso e vivenciar a última fase do desenvolvimento humano; quais tipos de forças existem entre os muito idosos que possam gerar oportunidades de viver e

morrer com dignidade.

A análise estrutural do material recolhido permitiu a identificação de cinco áreas temáticas relevantes: 1) Sentir-se competente mesmo aceitando a ajuda dos outros; 2) Olhar para o lado luminoso da vida, sem esconder o lado sombrio; 3) Ser ativo, mas também relaxado; 4) Ser o mesmo, ainda que 'vestindo um novo traje'; e 5) Viver conectado no presente, mas também no passado e no futuro (NYGREN; NORBERG; LUNDMAN, 2007).

Neste cenário de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, emerge a necessidade de estudar quais os fatores reais que interferem ou que promovem o aumento da longevidade. Segundo Hayflick (2000) os determinantes da longevidade devem ser diferenciados daqueles do envelhecimento, embora os temas se sobreponham parcialmente.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

A formulação e a implementação de políticas referem-se à ação governamental proposta com o objetivo de atingir um grupo de cidadãos ou a população como um todo e, têm por finalidade causar algum tipo de impacto a curto, médio ou longo prazo (VIANA, 1996). Nos Estados democráticos, o conceito de política pública tem íntima ligação com o de cidadania, pensada como o conjunto das liberdades individuais expressas pelos direitos civis (NERI, 2005).

No que diz respeito ao arcabouço jurídico de proteção à saúde do idoso, o Brasil tem evidenciado avanços significativos, em que pese à dificuldade na implantação desse conjunto de diretrizes e ações definidas. Como não existe uma política cuja implementação esteja isenta dos mais variados percalços ou que dela resultem efeitos indesejados, as expectativas de que tudo vai sair como planejado normalmente são frustradas, pois se fundamentam em um "dever ser" da implementação que, na realidade, não acontece (LABRA, 1999).

O início dos avanços em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma

conotação de direito de cidadania. Acesso à saúde e à educação também foram garantidos pela Constituição para toda a população, bem como assistência social para os necessitados. Além disso, o apoio aos idosos passou a ser responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, porém a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado à população idosa (CAMARANO, 2004).

Dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela Constituição e fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento, foi aprovada em 1994 (Lei 8.842) a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que o idoso deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas (CAMARANO, 2004).

A PNI considera que:

o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária” (BRASIL, 2002 p. 15).

Levando isso em consideração, as principais diretrizes traçadas foram: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas sobre o tema (CAMARANO, 2004).

Ao se objetivar a manutenção da autonomia e capacidade funcional dos idosos, se discute além da qualidade dos serviços oferecidos, a própria realidade quanto aos custos com a saúde do idoso. A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (GIACOMIN; UCHÔA; FIRMO, 2005).

Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, que estabelece prioridade absoluta às normas protetivas ao idoso, elencando novos direitos e estabelecendo vários mecanismos específicos de proteção os quais vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até a

inviolabilidade física, psíquica e moral (CENEVIVA, 2004). O Estatuto prioriza o atendimento das necessidades básicas e a manutenção da autonomia, por meio de serviços de atenção à saúde e assistência social, benefícios permanentes e eventuais, programas educacionais para o envelhecimento, restabelecimento da participação social, e outras ações que objetivam a promoção social desse grupo etário.

Temos assim que o caminho da saúde pública possui três agendas atualmente: primeiramente, a promoção de saúde e prevenção primária, o que requer muito da educação em saúde para desenvolver hábitos de vida saudáveis e melhorar a compreensão do processo de envelhecimento; em segundo lugar, tratamento de saúde apropriado, incluindo profissionais treinados em geriatria e gerontologia, visando diagnósticos precoces, procurando preservar a capacidade funcional; e finalmente, a reabilitação das funções comprometidas, visando à independência funcional e autonomia mental, em qualquer tipo de incapacidade ou limitação (RAMOS, 2009).

2.2.1 Promoção da Saúde

A longevidade com bem-estar é um ideal convergente com premissas da promoção à saúde, uma idéia antiga na saúde pública que, nas últimas duas décadas, tem sido apontada como estratégia mais ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde do mundo contemporâneo (TERRIS, 1992).

No Brasil, em março de 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde, num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Dentre as estratégias priorizadas pela promoção à saúde, merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias. Subsidiando estas estratégias, encontram-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos

determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A abordagem socioambiental, consolidada no contexto internacional nos últimos quinze anos, preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupamentos humanos apontando, como pré-requisitos essenciais para a saúde, a necessidade de uma maior justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados. Garantir condições dignas de vida e possibilitar que indivíduos e coletivos tenham um maior controle sobre os determinantes da saúde são alguns dos objetivos centrais da Promoção à Saúde (WHO, 2005).

Esta abordagem reconhece que a assistência à saúde tem um papel significativo na determinação do processo saúde-doença, sugerindo a reorientação dos serviços e sistemas de saúde visando à implementação de práticas integrais e o fortalecimento de ações de promoção da saúde. Considera, para isto, ser necessária uma mudança de atitude dos profissionais de saúde. Ela também preconiza que os serviços devem estar orientados para a necessidade dos sujeitos como um todo, devendo se organizar respeitando as diferenças culturais existentes (WHO, 2005).

A OMS caracteriza como iniciativas de promoção à saúde os programas e atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: ações de promoção da saúde; intersetorialidade, participação social, equidade e sustentabilidade. As ações de promoção da saúde devem pautar-se sob uma concepção holística, cujas iniciativas fomentem a saúde física, mental, social e espiritual (WHO, 1998).

A intersetorialidade segundo Junqueira (1998) é entendida como articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social. A participação social pressupõe as diversas formas de participação direta dos cidadãos no planejamento, na execução e avaliação dos seus projetos, quer sejam membros da comunidade, do governo, profissionais da saúde ou de outros setores, resultando dessa maneira, no fortalecimento da ação comunitária e ao conseqüente empoderamento coletivo (YAMAMOTO, 2010). A equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar (BRASIL,

2001).

A promoção da saúde reúne vários campos de estudo para alcançar múltiplas ações e, portanto, tem cunho político enquanto envolvimento de aspirações, que implicam transformações profundas nos ambientes, nos indivíduos e nos grupos; modificando as condições negativas para seu pleno desenvolvimento (YAMAMOTO, 2010).

No que tange ao envelhecimento, é inegável que é um período compreendido de algumas perdas, porém, se tem dado pouca atenção às medidas de promoção à saúde, no sentido de controlar e reduzir essas mesmas perdas. Normalmente são acentuados os efeitos negativos da velhice em detrimento das características da pessoa que envelhece que é, até ao fim da sua vida uma pessoa em desenvolvimento (FONSECA, 2004).

A longevidade com qualidade de vida possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos (DERNTL; WATANABE, 2004):

- a velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida;
- a maioria das pessoas de 60 anos e mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de se recuperar das doenças rapidamente e de forma completa tornando-se mais debilitados e propensos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal;
- pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde;
- do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas do que as jovens;
- a promoção da saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades;
- muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde.

Assim, de acordo com Myers (1993, p.6):

o desafio das sociedades é desenvolver atividades para as pessoas idosas nas quais elas possam encontrar um senso de significado e perspectiva, atividades estas que sejam respeitadas pelos demais e que ofereçam uma barreira efetiva para a vulnerabilidade que existe para a maioria das pessoas idosas.

Em relação ao âmbito geral da promoção à saúde, apesar de estar assinalada

também na Lei Orgânica da Saúde e encontrar ancoradouro nos caminhos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, verifica-se que políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços, observando-se com frequência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde (MELLO *et al.*, 1998).

Cerqueira (1997) também ressalta que embora sejam numerosos os esforços para se consolidar o enfoque participativo e democrático da promoção à saúde, não raro esta tem sido ainda, identificada por práticas individualistas e medicalizantes, vinculando-a com um enfoque predominante de prevenção e cura de doenças.

2.3 BEM-ESTAR

As origens do estudo do bem-estar remontam os tempos da Grécia Antiga, em que filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles procuraram definir os elementos essenciais de uma experiência humana positiva, enquadrada na promoção do prazer e da felicidade. Apesar de o conceito de bem-estar ser alvo de atenção por parte de filósofos e pensadores durante séculos, apenas a partir da última década do séc. XX passou a ser reconhecido como tópico de importância científica, ao nível da investigação fundamental e da intervenção social e clínica (NOVO, 2005).

Inúmeros motivos podem ser apontados para justificar tal fato, sendo a II Guerra Mundial um marco importante que direcionou o foco dos estudos somente para as patologias, considerando apenas os aspectos negativos do ser humano, em detrimento aos positivos (SELIGMAN, 2002). Segundo Fernandes (2007), ao longo das diversas mudanças socioculturais ocorridas, sempre que as sociedades se definiam como estáveis, tranquilas e em tempos de paz e prosperidade, verificou-se um centralizar das pesquisas sobre as virtudes e valores humanos.

De acordo com Seligman e Csikszentmihalyi (2000), nos últimos anos, inúmeras pesquisas foram realizadas dentro da temática do bem-estar, sendo que estas foram agrupadas num domínio de estudo designado de Psicologia Positiva, remetendo para um novo prisma desta ciência, já não apenas centrada no atenuar do sofrimento humano, mas também, como afirma Novo (2003), na compreensão e

promoção dos fatores positivos que permitem às pessoas, às comunidades e às sociedades desenvolver-se e prosperar. Contextualizando assim, o movimento da psicologia positiva, pode estabelecer a sua gênese em épocas históricas onde existiu uma preocupação da sociedade em promover as melhores qualidades da natureza humana (FERNANDES, 2007).

Desta forma, o desafio da psicologia positiva é compreender e construir teorias que vão ao encontro das necessidades das pessoas de terem uma vida melhor e mais saudável, assim como mostrar as condições importantes na construção do bem-estar (SELIGMAN; CZIKSZENTMIHALYI, 2000). De acordo com essa nova visão, o conhecimento das forças e virtudes poderia propiciar o “florescimento” das pessoas, comunidades e instituições. E florescimento significa o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos (KEYES; HAIDT, 2003).

Relativamente ao Bem-Estar, constata-se que ele não reflete ainda um construto unitário nem tão pouco um corpo de literatura coeso, homogêneo e organizado, existindo nos nossos dias uma variedade notável de abordagens que o definem e investigam (RYAN e DECI, 2001; RYFF e SINGER, 1998).

Verifica-se também, que o estudo do Bem-Estar emergiu de duas perspectivas relativamente distintas e com raízes filosóficas diferentes, sendo que uma delas deriva da perspectiva hedônica, que focaliza a felicidade e define o bem-estar como a obtenção de prazer, originando o bem-estar subjetivo (BES); e a outra deriva da perspectiva oriunda do conceito de *eudaimonia*, que está sustentada na intencionalidade da ação humana (FERNANDES, 2007; RYFF e KEYES, 1995), e fundamenta o bem-estar psicológico (BEP).

Existem autores que consideram que mesmo o BEP e o BES sendo conceitos distintos, eles se correlacionam, porém, em estudo com amostra de 3.032 americanos com idade entre 25 e 74 anos, Keys, Shmotkin, Ryff (2002) procuraram apresentar evidências empíricas sobre as relações entre BES e BEP. Análises fatoriais confirmaram que os dois conceitos, embora mantivessem correlações entre si, poderiam ser considerados distintos e serem mantidas suas identidades. Os resultados do estudo também revelaram que um estado ótimo de bem-estar, definido pelas autoras como alto BES e alto BEP, aumentava com a idade, com o nível educacional, com fortes traços disposicionais, tais como extroversão, mas decrescia com o neuroticismo, considerando este último um componente negativo da

personalidade, visto que se refere ao nível crônico de ajustamento emocional e instabilidade (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

2.3.1 Bem-estar subjetivo: perspectiva hedônica

O BES foi desenvolvido a partir de uma ampla base empírica construída paulatinamente a partir da década de 60 (DIENER, *et al.*, 1999). Diener (1984) define BES como um campo de conhecimento que busca entender as avaliações das pessoas sobre suas vidas. Para tanto, são utilizadas as mais diversas nomeações: felicidade, satisfação com a vida, estado de espírito, afeto positivo, avaliação subjetiva da qualidade de vida, entre outros. Porém, as definições desses conceitos, e conseqüentemente sua operacionalização em termos de medida, ainda são um pouco confusas, principalmente por não existir um consenso entre os estudiosos do assunto (DIENER, *et al.*, 1999).

Como marcos da literatura sobre o tema podem ser apontados os livros de Andrews e Withey (1976) e Campbell, Converse e Rodgers (1976), por preconizarem que, embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, é ao mundo subjetivamente definido que elas respondem. Nessa perspectiva, o BES tornou-se um importante indicador de qualidade de vida. Outras influentes obras sobre o assunto foram: Bradburn, (1969); Cantril, (1967); Gurin, Veroff & Feld (1960), que enfatizaram satisfação com a vida e felicidade como elementos integrantes do conceito de qualidade de vida. Os dois componentes que integram a visão contemporânea de BES – satisfação com a vida e afetos positivos e negativos – tiveram sua gênese nos trabalhos seminiais de Campbell e cols. (1976) e de Bradburn (1969) (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

A primeira revisão sobre BES foi realizada por Wilson em 1967, num estudo intitulado “Correlatos de Felicidade Declarada”, onde pôde concluir que entre pessoas felizes incluíam-se as que eram “[...] *jovens, com boa educação, bons salários, extrovertidas, otimistas, despreocupadas, com religiosidade, casadas, elevada auto-estima, moral no trabalho, aspirações modestas, de ambos os gêneros e que detinham diversificados níveis de inteligência*”. Atualmente, o interesse de pesquisadores não se limita mais à descrição dos atributos de pessoas felizes, nem

tampouco a identificar correlações entre características demográficas e níveis de BES. O esforço atual dos pesquisadores está orientado pela busca da compreensão do processo que sustenta a felicidade (DIENER, *et al.*, 1999).

Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen, Frank Fujita, Ed Sandvick e Eunkook Suh consideram o BES como sinônimo de “qualidade de vida percebida”. As pessoas com alto nível de BES, segundo esses autores, seriam aquelas satisfeitas e felizes, identificando no BES um componente cognitivo (satisfação) e outro emocional. O componente emocional é referido, ora como felicidade, ora como afeto positivo e afeto negativo. Uma pessoa com balanço positivo entre o afeto positivo e o afeto negativo seria considerada feliz (LARSON, 1987).

Quando se estudam os afetos positivos e negativos, não se trata de identificar a presença contínua de sensações positivas em toda a vida, mas, sim, detectar se, em sua grande maioria, as experiências vividas foram entremeadas muito mais por emoções prazerosas do que por sofrimentos. Segundo alguns pesquisadores (ANDREWS e ROBINSON, 1991; DIENER e DIENER, 1996; THOMAS e DIENER, 1990), as pessoas costumam relatar maior constância de emoções positivas do que negativas em suas vidas. Por outro lado, estudos têm revelado que pessoas que tendem a viver intensas emoções positivas são as que também tendem a relatar fortes experiências emocionais negativas (DIENER; LUCAS, 2000). Thomas e Diener (1990) relataram que a memorização de experiências emocionais não é precisa. Tais resultados de pesquisa levaram Diener e Lucas (2000) a sugerir aos pesquisadores cautela para não considerarem os relatos sobre experiências emocionais como fiéis às situações realmente vividas.

Csikszentmihalyi (1999), por sua vez, afirma que a verdadeira felicidade seria aquela que se seguiria ao *flow*, levando a uma complexidade e a um crescimento cada vez maior da consciência. O *flow* corresponderia à sensação de ação sem esforço experimentada em momentos que se destacam como os melhores de nossas vidas (COSTA; PEREIRA, 2007).

De acordo com Diener (1984) existem três características fundamentais que distinguem o BES dos outros conceitos: subjetividade, que consiste na experiência individual de cada um; o entendimento que BES não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos; e avaliação global, que permite contemplar os vários aspectos da vida de uma pessoa.

Nesse sentido, Neri (2007, p.15) aborda a questão assumindo que para os

idosos:

[...] as variáveis subjetivas podem explicar que o bem estar subjetivo é tão importante mediador da qualidade de vida objetiva do idoso a ponto de poder explicar porque, mesmo na presença de eventos adversos tais como pobreza, doenças e eventos estressantes, os idosos podem funcionar bem, investir na própria saúde e na solução de problemas cotidianos e existenciais, ajudar a família e a comunidade e trabalhar para deixar um legado para as próximas gerações. Em muitas situações pode parecer um paradoxo, mas as condições subjetivas respondem pela manutenção da resiliência psicológica dos idosos, mesmo quando a resiliência biológica está comprometida.

2.3.2 Bem-estar psicológico: perspectiva eudaimônica

Ryff criou um modelo de funcionamento psicológico positivo que representa o Bem-estar Psicológico (BEP) utilizando pontos de convergência existentes entre a psicologia do desenvolvimento, representada por Erickson, Buhler e Neugarten; a psicologia clínica representada por Maslow, Rogers e Jung; e a abordagem de saúde mental de Jahoda e Birren (RYFF, 1989) Pode-se considerar que um dos pontos fortes do modelo de Ryff reside exatamente na identificação desses pontos de convergência próprios de algumas formulações dessas teorias e de sua transposição do plano teórico para o plano empírico através da operacionalização das qualidades que delas emergem (NOVO, 2003).

A formulação do modelo de bem-estar psicológico partiu também de algumas considerações teóricas e metodológicas acerca dos estudos sobre o bem-estar, principalmente àquelas vinculados ao bem-estar subjetivo, onde considera a concepção teórica utilizada por tais abordagens reducionista. Isto é explicado pelo fato de que se utilizam como critérios únicos para a definição de bem-estar, felicidade e satisfação com a vida, deixando-se de contemplar outras dimensões psicológicas que caracterizam o funcionamento positivo. No âmbito metodológico, Ryff critica as medidas de felicidade e satisfação como indicadores de bem-estar, em função de sua base puramente empírica, fato que, para ela, caracteriza falta de embasamento teórico (NOVO, 2003; RYFF, 1989).

A partir destas análises, Ryff e Singer (1996) descreveram o BEP como a luta pela realização do potencial humano para a excelência, o aperfeiçoamento, o

crescimento pessoal e a auto-realização. O BEP tem suas raízes no pensamento clássico desenvolvido por Aristóteles, relativamente à *eudaimonia* ou felicidade como sendo a atividade da alma dirigida pela virtude e orientada para a perfeição e para a realização pessoal (NOVO, 2005). Segundo Aristóteles a perspectiva hedônica possui um ideal vulgar de felicidade que torna os seres humanos escravos dos seus desejos (RYAN; DECI, 2001).

Muitos estudos de Ryff foram realizados com pessoas de meia-idade e idosos. Esta opção é importante na medida em que o bem-estar psicológico é frequentemente usado como variável dependente em estudos sobre o envelhecimento, analisando-se os efeitos de variáveis independentes tão diversas como religião, interações sociais e familiares, objetivos de vida, capacidade financeira, saúde, personalidade, história de vida anterior, etc., sem que este seja considerado como objeto de estudo em si mesmo relativamente à população adulta e idosa (RYFF; ESSEX, 1991). Ainda segundo Ryff e Essex (1991), esta ausência de quadros de referência conceitual faz com que a pesquisa em torno do bem-estar psicológico na velhice surja frequentemente encarada apenas como a ausência de doença ou de depressão, negligenciando, nomeadamente, as possibilidades de envelhecimento positivo da maior parte da população.

Assim, outro aspecto relevante do modelo de Ryff (1989a) é a defesa de que, na velhice, a manutenção do bem-estar não se vincula somente a ausência de doenças, mas também aos recursos positivos que sustentam a saúde. Assim sendo, o seu modelo contempla dimensões que permitem captar, nessa etapa da vida, não só aspectos negativos, mas também a manutenção de recursos positivos e os sinais de crescimento e desenvolvimento que cada vez mais se reconhecem como compatíveis com a velhice.

Deste modo, de acordo com Villar, *et al.* (2003), a natureza desenvolvimental do bem-estar psicológico constitui-se como uma abordagem sensível ao processo de envelhecimento o que, segundo os mesmos autores, não acontece em relação ao bem-estar subjetivo, possibilitando a compreensão de como os indivíduos, à medida que envelhecem, se tornam agentes ativos de mudanças efetuadas em si próprios e no seu meio.

Outra questão relevante é que diferentemente do BES, que permanece estável com o passar dos anos, as medidas de BEP apresentam maiores diferenças, com algumas dimensões evidenciando claros efeitos da idade e outras sendo

relativamente imunes a este fator (VILLAR, *et al.*, 2003; PEREIRA, 2005). Segundo Villar, *et al.* (2003):

as medidas de Bem-Estar Psicológico parecem ser sensíveis a mudanças objetivas nas condições de vida do sujeito, mudanças não referentes unicamente a idade, mas também a outras variáveis de tipo sócio-demográfico, como o nível de estudos, o nível de pertencimento a grupos ou certos indicadores do estado de saúde.

O primeiro estudo desenvolvido por Ryff (1989b) envolveu 171 indivíduos homens e mulheres, saudáveis e de classe acima da média, distribuídos em dois grupos, um com 69 indivíduos com idade média de 52 anos e outro com 102 indivíduos com idade média de 73 anos. A autora procurou saber qual a definição de funcionamento positivo, e se as concepções de bem-estar eram influenciadas pelas idades. Na avaliação geral do bem-estar psicológico, os itens cônjuge, família e filhos foram especialmente valorizados pelos dois grupos; o trabalho, a carreira e a vontade de mudanças dirigidas à melhoria do eu foram mais importantes para os indivíduos de meia idade, enquanto que a maioria dos mais velhos valorizou as questões relativas à saúde. Acerca das experiências de vida, uma maior importância foi dada pelo grupo da meia idade a experiências cronologicamente mais próximas, enquanto os mais velhos destacaram acontecimentos de amplitude mundial. A manutenção de relações positivas com os outros foi a resposta mais frequente em ambos os grupos, destacando-se também aspectos relativos ao sentimento de crescimento pessoal, a capacidade de aproveitar a vida, o otimismo e o senso de humor (SILVA, 2010).

A partir dos estudos realizados, chegou-se a um modelo único, que originou as Escalas de Bem-estar Psicológico, compostas por seis dimensões que caracterizam: Aceitação de Si, Relações Positivas com os Outros, Autonomia, Domínio do Meio, Objetivos na Vida e Crescimento Pessoal. Existem quatro formas de apresentação das escalas: a forma original (RYFF, 1989) composta de 20 itens por escala, totalizando 120 itens; outra composta de 14 itens por escala, ou seja, 84 itens no total (RYFF; ESSEX, 1992) que é amplamente utilizada em estudos no grupo de Ryff (MACHADO, 2010); uma versão de 54 itens (9 por dimensão) (MACHADO, 2010); e a forma reduzida que é composta de 3 itens por escala sendo o conjunto das escalas composto por 18 itens (RYFF; KEYES, 1995).

Na forma original, as escalas apresentam consistência interna expressa pelo

coeficiente *alpha* de Cronbach entre 0,89 e 0,93, e a consistência temporal, avaliada com um intervalo superior a seis semanas, indica relativa estabilidade das medidas com coeficientes entre 0,81 e 0,88. Na forma de 84 itens, as escalas também apresentam bons níveis de consistência interna com coeficientes *alpha* entre 0,86 e 0,93 e de estabilidade temporal com coeficientes teste-reteste entre 0,81 e 0,88. Na forma de 18 itens, as escalas apresentam coeficientes de correlação com as escalas originais (20 itens) entre 0,70 e 0,89 (NOVO, 2003).

Inúmeros outros estudos foram desenvolvidos posteriormente, sendo o mais importante o realizado por Ryff e Keyes (1995), utilizando a escala original concebida por Ryff (1989a) junto de uma amostra representativa de 1108 adultos norte-americanos com mais de 25 anos, o que permitiu obter uma confirmação de sua perspectiva, obtendo um quadro otimista associado ao envelhecimento (FONSECA, 2004).

As dimensões do BEP assumem um caráter amplo e representativo do funcionamento psicológico ao nível individual e abrangem a área da percepção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro (RYFF, 1989).

A primeira dimensão diz respeito à Aceitação de Si. Refere-se às atitudes positivas do indivíduo com relação a si próprio, aceitando as próprias características positivas e negativas e ao sentimento positivo relativo ao seu passado. O sentimento de aceitação gera estima, confiança e segurança em si e nos outros (COUTO, 2007).

A segunda dimensão, Relações Positivas com os Outros, enfatiza o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a percepção de capacidades para estabelecer relações satisfatórias e a preocupação com o bem-estar dos outros (COUTO, 2007). Para Allport (1966), relacionar-se com os outros é um critério de maturidade. Ele descreve a pessoa madura como capaz de grande intimidade no amor, com membros da família ou amigos, mostrando respeito, compaixão e apreciação de outros.

A Autonomia considera, dentre outros aspectos, a independência e a determinação do indivíduo (COUTO, 2007). Rogers (1963) descreve que no funcionamento completo da pessoa há um *locus interno* de avaliação; nesse processo, o indivíduo não avalia o outro para aprovação, mas avalia a si próprio.

A dimensão Autonomia baseia-se nas concepções de Maslow, Rogers, Jung

e Jahoda. Maslow descreve os indivíduos autônomos, como aqueles resistentes à aculturação com capacidade para resistir a pressões sociais determinadas pela cultura. Rogers defendia a ideia de *locus* de avaliação interna segundo o qual o indivíduo se avalia de acordo com padrões sociais sem procurar a aprovação dos outros. Jahoda enfatiza a autonomia como um critério de saúde mental em que esta estaria ligada à independência e auto-regulação do comportamento (RYFF, 1989).

O Domínio do Meio é a capacidade de administrar atividades complexas da vida, nos âmbitos profissional, familiar e pessoal (RYFF, 1989; RYFF e KEYES, 1995), ou seja, é definido como um senso de maestria e de competência no manejo do ambiente, habilidade e criatividade para criar contextos adequados às necessidades pessoais, e uso efetivo das oportunidades que o ambiente oferece (COUTO, 2007).

A quinta dimensão, Objetivos na Vida, traduz o reconhecimento de aspirações e metas a alcançar, e a convicção de que tais metas direcionam o comportamento e dão um sentido à vida (COUTO, 2007). Este aspecto auxilia na superação das crises e perdas que ocorrem ao longo da vida.

Finalmente, o Crescimento Pessoal refere-se à importância do contínuo desenvolvimento do indivíduo, sua abertura para novas experiências, à percepção de seu potencial e de melhoria de seu comportamento ao longo do tempo. Se as demais dimensões representam um objetivo para o desenvolvimento pleno, esta última dimensão é fundamental, porque enfatiza a necessidade de o indivíduo se manter em desenvolvimento e crescimento. Deste modo, a capacidade de cada indivíduo se adaptar às contínuas mudanças requer o equilíbrio entre a capacidade pessoal de mudar e, ao mesmo tempo, manter o fundamental da sua identidade. Portanto, a influência desta dimensão é sobrepujada no processo de envelhecimento e na adaptação que lhe é requerida para manter a qualidade de vida do indivíduo (COUTO, 2007).

O sentido de felicidade, neste modelo, ultrapassa a ideia de que ela é um fim em si mesma, ou constitui um objetivo de vida, para ser considerada como produto do desenvolvimento e da realização da pessoa humana (RYFF, 1989). De acordo com NOVO (2003) o bem-estar psicológico é concebido como uma qualidade de funcionamento que não se constrói apenas na relação consigo mesmo, mas na relação com os outros e com o mundo, onde a própria descoberta só acontece na relação intersubjetiva, pelo que a esfera do relacionamento interpessoal deverá ser

concebida como a matriz de base à construção da identidade pessoal e do BEP.

Ao longo dos anos, os trabalhos de Ryff têm sido amplamente replicados (MIGUEL; MORAL; PARDO, 2008). Destaca-se também os trabalhos de Springer e Hauser (2006), que encontraram correlações elevadas entre quatro fatores (objetivos de vida, crescimento pessoal, aceitação de si e domínio do meio) propondo uma redução da escala. Miguel, Moral e Pardo (2008), num estudo confirmatório com uma amostra sênior, afirmam que o modelo mais adequado é o de seis fatores, ainda que a independência entre alguns deles não seja muito elevada.

Para Christopher (1999), no entanto, esta forma de compreensão do bem-estar psicológico continua baseada em pressupostos e em valores de inspiração claramente ocidental, o que levanta questões acerca da sua aplicação universal, advertindo que os valores e os pressupostos presentes em qualquer conceito de bem-estar psicológico devem ser cuidadosamente avaliados, incluindo uma noção cultural do eu, quer uma noção do que significa uma vida boa ou realizada (FONSECA, 2004).

2.4 ENVELHECIMENTO COM BEM-ESTAR E O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM

Nas últimas décadas do século, afirma-se progressivamente, na teoria e na prática, uma visão positiva e multidimensional da saúde, numa perspectiva global que compreende a promoção e proteção da saúde à prevenção e tratamento de doenças (PAIS-RIBEIRO, 2006), destacando-se a importância dos recursos do funcionamento do indivíduo no desenvolvimento de seu bem-estar físico, psicológico e social.

Para a Gerontologia, marcada por uma tradição aristotélica que olhava para a velhice como uma doença natural, e focada nos aspectos biomédicos e psicossociais negativos, esta visão positiva constituiu-se um novo paradigma no estudo do envelhecimento (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 2009). Com isso, o tema da qualidade de vida e bem-estar na velhice vem adquirindo uma importância cada vez maior dentro da área multidisciplinar da Gerontologia (CACHIONI; DIOGO; NERI, 2004), sendo estudado em diversas pesquisas contemporâneas e

promovendo um natural aprofundamento e desdobramento de sua conceituação incluindo uma crescente atenção ao papel de variáveis subjetivas como satisfação com a vida e bem-estar subjetivo (PACHECO PASCHOAL, 2002).

O conceito de um envelhecimento positivo ou de um envelhecimento com bem-estar/envelhecimento bem sucedido surgiu inicialmente nos anos 60, principalmente por meio dos estudos de Neugarten e Havighurst, que articularam o envelhecimento positivo com a satisfação de vida, que se tornou a dimensão de envelhecimento positivo mais frequentemente estudada nos anos seguintes (FONSECA, 2004).

Para Paul (1996), quando se coloca a questão da velhice, bem ou mal sucedida, define-se padrões de adaptação do idoso às suas atuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida, implicando com isso, quer critérios externos, sociais, relativos ao que se espera do idoso em cada cultura, quer critérios internos, numa perspectiva individual.

Porém, não existe uma definição única para envelhecimento com bem-estar, tampouco variáveis pré-estabelecidas na determinação do mesmo. Numerosas medidas têm sido propostas. Por exemplo, Baltes e Carstensen (1996, 1999) sugerem que se incluam fatores psicossociais como satisfação de vida, bem-estar psicológico, suporte social percebido e envolvimento na vida da comunidade, saúde física, capacidade funcional e estilo de vida, condições biofísicas como força e resistência e condições sociais como educação e redes sociais. Schulz e Heckhausen (1990, *apud* FONSECA, 2004) sinalizam outras variáveis possíveis, tais como o funcionamento cardiovascular, a ausência de incapacidades permanentes, o desempenho cognitivo e realizações nos domínios físicos ou artísticos. Lehr (1999, *apud* FONSECA, 2004) faz um elenco das medidas com as quais é possível correlacionar o envelhecimento bem sucedido, agrupando-as em categorias: fatores genéticos e fatores biológicos; fator ecológico, meio ambiente e socialização; interação social; personalidade, inteligência e interesses; educação, cultura e ocupação; nutrição, saúde e atividade física.

Doll (2006) nos lembra dos três fatores que a pesquisa gerontológica identificou como de maior influência sobre o bem estar na velhice: a) saúde percebida; b) relações sociais percebidas como satisfatórias, e c) condição econômica. Partindo do reconhecimento da importância desses fatores, nota-se uma variabilidade no bem-estar das pessoas idosas também de acordo com o gênero e a

cultura, e a importância de se manter a abertura para reconhecer casos ou situações em que outros fatores venham a ser mais importantes do que os três mencionados, por exemplo, crenças e fé.

Deste modo, envelhecer com bem-estar constitui-se em um dos maiores desafios da saúde pública atualmente. De acordo com Lima-Costa e Veras (2003, p. 700):

em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Assim, o envelhecimento caracteriza-se por um processo que exige cuidados diferenciados. Tais cuidados relacionam-se com a Enfermagem Gerontológica que é o campo do conhecimento que incorpora aos conhecimentos específicos da enfermagem, àqueles relacionados ao processo de envelhecimento, para estabelecer junto ao idoso e seu entorno, as condições que possibilitem um envelhecimento saudável, com a maximização da independência e compensação das perdas e limitações; promoção de conforto em momentos de maior fragilidade e angústia; facilitação de diagnóstico e tratamento das condições crônicas, entre outros (CRESS, 2001).

Segundo Oliveira (2002) a concepção de necessidade de saúde do sujeito no contexto da enfermagem apoia-se na compreensão de que o mundo biológico, psicológico e social estão intimamente relacionados e a cada estímulo, o ser humano reage com uma resposta que busca a adaptação a uma situação. Ao focalizar o idoso, como sendo sujeito da atenção de enfermagem, fala-se de alguém inserido numa sociedade e num grupo social, que também participa da forma que esse ser a concebe, avalia e sente como sendo necessidades de saúde. Ao mesmo tempo, reconhece-se que os seres humanos não mantêm padrões estáticos ao longo do tempo. Pelo contrário, mudam o seu modo de agir para fazer frente às demandas da vida que se alteram ao longo da existência.

Segundo Gonçalves e Alvarez (2004, p. 61-62):

a concepção do cuidado gerontológico de enfermagem prevê a integração

de todas as dimensões do viver da pessoa idosa – as conhecidas e que estão para ser desveladas – para a promoção do viver saudável e a exaltação da vida no processo de envelhecer, por meio da utilização de seus potenciais, de suas capacidades, dos recursos do meio ambiente e das condições de saúde evoluindo para um contínuo desenvolvimento pessoal. Faz parte do cuidado a preservação de relação dinâmica entre o profissional, o idoso e sua família, mas direcionada para a resolução de problemas imediatos nos momentos em que as situações exigem.

O enfermeiro, ao prestar cuidados à pessoa idosa, é também capaz de valorizar e estimular a independência e autonomia, utilizando diversos recursos, dentre eles a educação participativa para o autocuidado, pois quando devidamente informados, orientados e motivados acerca da sua saúde e de seus direitos de cidadão, os idosos são capazes de tomar suas próprias decisões e de se autocuidarem (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Deste modo, é possível, em cada cuidado realizado pela enfermagem, acrescentar um mundo de novas possibilidades, que compreendem desde a educação em saúde deste idoso, até o empoderamento do mesmo. De acordo com Zoboli (2007), com este entendimento, os reflexos da assistência e do cuidado de enfermagem podem ser analisados entre outros, pelo bem-estar sentido pelo idoso e, conseqüentemente, o atendimento as suas reais necessidades.

Entende-se também que o cuidado gerontológico de enfermagem é um processo que envolve o idoso num contexto, incluindo a família, interações, cultura, condições e comunidade, em busca da promoção da saúde (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007).

a promoção do cuidado gerontológico de enfermagem envolve a ética, estética e se constrói envolvendo aspectos culturais, sociais, históricos, econômicos, espaciais, ambientais; exige do profissional a compreensão, presença de espírito, habilidade, responsabilidade, capacidade, definição dos limites de atuação; promove a liberdade e a emancipação; desenvolve-se na pluralidade de situações; permite a expressão, a subjetividade, a sensibilidade, o desejo de quem é cuidado; está pautado pelo respeito mútuo, igualdade, prazer; busca o bem estar e a do ser cuidado e do cuidador; é um cuidado personalizado, resolutivo, participativo, integrado e digno. (HAMMERSCHMIDT, BORGHI, LENARDT, 2006, p.123).

Desse modo, envelhecimento e bem-estar estão diretamente relacionados com a enfermagem gerontológica. Esta condição é um desafio para os profissionais de saúde, pois é necessário ultrapassar a simples abordagem clínico-curativa para uma atuação interdisciplinar (GONÇALVES; SCHIER, 2005). Portanto, o entendimento de bem-estar no cuidado de seres humanos implica a mudança da

enfermagem para o modelo de cuidar humanístico e a sua conseqüente saída do modelo biomédico de classificação de saúde e doença (SANTANA; SANTOS, 2005).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Apresenta-se a seguir o percurso metodológico desenvolvido neste estudo, que compreende o tipo de estudo, local, população e amostragem, coleta dos dados, análise dos dados e o comprometimento referente às questões éticas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é uma vertente do projeto de pesquisa “Idosos longevos usuários da atenção básica e hospitalar: da história aos cuidados próprios”, cujo objetivo é estudar os idosos longevos nas dimensões históricas, culturais, socioeconômicas e demográficas, epidemiológicas, clínicas, psicológicas e de cuidados consigo mesmo, em desenvolvimento pelo Grupo Multiprofissional de Pesquisa Sobre Idosos, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR.

Trata-se de estudo quantitativo de corte transversal. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2002) estudos transversais ou seccionais produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros, produzindo indicadores globais de saúde, sendo de grande utilidade para a realização de diagnósticos comunitários. A abordagem quantitativa para Medronho (2003) tem a função de mensuração de determinadas variáveis

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde, localizada no município de Curitiba-PR, que faz parte do Distrito Sanitário Boa Vista, bem como no domicílio dos idosos pertencentes à área de abrangência desta Unidade. Um dos motivos da escolha desta comunidade específica deve-se ao fato de o Distrito Sanitário Boa Vista ser o segundo com maiores percentuais de idosos acima de 80 anos (12,9%) (CURITIBA, 2010). Outra justificativa foi devido ao apoio na coleta de dados,

particularmente, das bolsistas de iniciação científica, já que o Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre idosos (do qual sou membro) centrou, no momento, suas atividades de pesquisa no Distrito Sanitário Boa Vista.

A Unidade de Saúde possui área de abrangência de 19 mil habitantes e aproximadamente 1600 idosos cadastrados e desses em torno de 23 recebem, diariamente, algum tipo de atendimento nessa unidade. Além do atendimento ambulatorial são ofertadas atividades educativas e de lazer como: promoção da saúde para hipertensos e diabéticos, grupo de auto-ajuda em saúde mental, orientações posturais, educação nutricional, escola de tricô, crochê e pintura, grupo anti-tabagismo, entre outros.

A equipe de saúde é composta por uma autoridade sanitária local (ASL), enfermeiras (3), clínicos gerais (6), pediatras (4), ginecologistas (2), auxiliares de enfermagem (19), dentistas (6), técnicos de higiene dental (9), agentes comunitários de saúde (8) e uma equipe NAAPS (Núcleo de Apoio à Atenção Básica em Saúde) composta por profissional de educação física (1), psicóloga (1), nutricionista (1), farmacêutica (1) e fisioterapeuta (1), que uma vez por semana realiza atendimento na Unidade.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

De acordo com dados emitidos pelo prontuário eletrônico, existiam em 2011 115 idosos longevos cadastrados na Unidade de Saúde de acordo com atualizações do prontuário eletrônico. Do total de 115 longevos, cinco deles haviam mudado de endereço, um havia falecido e nove apresentaram alteração cognitiva rastreada através do MEEM. Deste modo, a amostra do tipo conveniência foi constituída por 100 idosos com idade igual ou superior a 80 anos, selecionados no período de fevereiro a junho de 2011.

Os idosos foram selecionados conforme critérios estabelecidos de inclusão e exclusão. Foram critérios de inclusão:

- a) possuir idade igual ou superior a 80 anos;
- b) estar cadastrado na Unidade de Saúde selecionada para o estudo;

- c) obter pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) acima dos pontos de corte propostos por Bertolucci *et al.* (1994);
- d) compreender e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Foram critérios de exclusão:

- a) doenças e sintomas físicos que poderiam impedir a aplicação dos questionários;
- b) idosos que voluntariamente expressaram desejo de interromper sua participação no estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em fontes primárias e secundárias, no período de fevereiro a junho de 2011 e foi efetivada em quatro etapas, a saber:

- 1) Consulta ao prontuário eletrônico para identificação dos possíveis participantes e levantamento dos dados de identificação (nome, idade, endereço e número de telefone).
- 2) Aplicação do Mini-exame do Estado Mental (MEEM) para rastreamento da função cognitiva (*screening* cognitivo) dos idosos longevos (ANEXO 1).
- 3) Levantamento dos dados sociodemográficos (APÊNDICE 2).
- 4) Aplicação da versão das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff (NOVO; DUARTE-SILVA; PERALTA, 1997).

Um estudo piloto foi realizado com 5 idosos longevos, para verificação da proposta metodológica e necessidade de possíveis ajustes. Os valores obtidos com esses 5 idosos foram incluídos no estudo, pois nenhum ajuste foi necessário.

3.5 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

- 1) O MEEM foi desenvolvido por Folstein *et al.* (1975) e é composto por 11 itens que objetivam avaliar funções cognitivas específicas, tais como: orientação temporal,

espacial, capacidade de linguagem, memória, recordatória, atenção, cálculo e construção visual. O *score* pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos. Neste estudo, foi utilizado o MEEM adaptado por Brucki *et al.* (2003) e os pontos de corte propostos por Bertolucci *et al.* (1994) considerando 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para escolaridade baixa e média e 26 pontos para aqueles com escolaridade alta (ANEXO 1).

2) O levantamento dos dados sociodemográficos (APÊNDICE 2) foi realizado por meio da utilização de instrumento elaborado para este estudo, compreendendo as seguintes questões: identificação do idoso, gênero, status conjugal, escolaridade, religião, número de filhos, com quem reside e principal responsável pelo sustento da família.

4) Na aplicação das Escalas de Bem-Estar Psicológico, utilizou-se a versão reduzida que apresenta 18 itens (3 por escala), a qual está em processo de adaptação para o Brasil. A adaptação brasileira está sendo feita a partir da versão reduzida portuguesa de Novo, Duarte-Silva e Peralta, (1997), pela pesquisadora Clair Ana Mariuza juntamente com as pesquisadoras portuguesas referidas (COUTO, 2005). O instrumento é constituído por seis escalas, cada uma delas corresponde a uma dimensão específica, a saber: autonomia (itens 1, 7 e 13); domínio do meio (itens 2, 8 e 14); crescimento pessoal (itens 3, 9 e 15); relações positivas com os outros (itens 4, 10 e 16); objetivos na vida (itens 5, 11 e 17) e aceitação de si (itens 6, 12 e 18). Cada domínio possui 3 itens, com pontuação de 1 a 6 em cada; portanto, para todos os domínios o *score* dos valores possíveis pode oscilar de 3 a 18, desde que todos os itens de um domínio tenham sido preenchidos.

Os itens constituem afirmações de natureza descritiva e a modalidade de resposta é de tipo *likert*, com seis pontos ordenados no sentido do “discordo completamente” ao “concordo completamente”. Por motivos teóricos, existem itens positivos (apresentados como afirmação entre 1 e 6, de acordo com a resposta assinalada) e itens negativos, expressões apresentadas numa forma negativa ou orientadas para aspectos desfavoráveis do bem-estar (NOVO; DUARTE-SILVA; PERALTA, 1997).

O instrumento fornece resultados totais por escala (resultantes da soma obtida nos respectivos itens) e um resultado total de bem-estar psicológico para o conjunto das escalas (NOVO; DUARTE-SILVA; PERALTA, 1997).

3.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados levantados por meio do questionário sociodemográfico e da escala de Bem-Estar Psicológico foram inseridos em banco de dados informatizado (*Microsoft Excel*) e os resultados foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas), frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Os dados foram analisados com o programa computacional *Statistica* v.8.0.

Para a comparação de dois grupos, em relação às escalas avaliadas, considerou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney e para a comparação de mais de dois grupos foi considerado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

As variáveis escolhidas para descrever relações entre o bem-estar psicológico foram gênero, status conjugal e escolaridade. Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos, quadros e na linguagem descritiva.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná e aprovado conforme parecer no dia 15 de dezembro de 2010, com registro CEP/SD: 1070.195.10.12 e CAAE: 0112.0.091.085-10 (ANEXO 2). Em seguida, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e aprovado no dia 01 de fevereiro de 2011, sob o protocolo 07/2011 (ANEXO 3).

Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida, segundo Resolução 196/96, por meio do preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, obtido antes do início da participação dos idosos no estudo (APENDICE 1).

Todas e quaisquer informações prestadas foram mantidas em completo anonimato, garantindo seu sigilo. Os idosos foram identificados por meio da letra B acompanhada de número(s) absoluto(s).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentam-se neste item os resultados obtidos, seguidos das discussões pertinentes. Em primeira análise são expostos os dados de caracterização sociodemográfica e posteriormente são analisados os resultados do BEP e sua correlação com as variáveis gênero, status conjugal e escolaridade.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

TABELA 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Características	Classificação	n	%
Sexo	Feminino	70	70
	Masculino	30	30
Idade	80 a 84 anos	59	59
	85 a 89 anos	30	30
	90 anos ou mais	11	11
Escolaridade	Analfabeto	31	31
	Ensino fundamental incompleto	60	60
	Ensino fundamental completo	5	5
	Ensino médio	3	3
	Ensino superior completo	1	1
Estado civil	Casado	23	23
	Divorciado	4	4
	Viúvo	68	68
	Solteiro	5	5
Possui filhos	Sim	92	92
	Não	8	8
Convívio familiar	Sozinho	25	25
	Filho	26	26
	Cônjuge	10	10
	Cônjuge e filhos	12	12
	Cônjuge, filhos e netos	1	1
	Filhos, genro/nora	6	6
	Filhos, genro/nora, netos	5	5
	Filhos e netos	4	4
	Somente com outros idosos	1	1
	Netos	7	7
	Não familiar	3	3
	Religião	Católica	67
Evangélica		24	24
Outras		6	6
Não tem religião		3	3
Total		100	100

FONTE: O autor (2011).

Verifica-se na Tabela 1 que o perfil sociodemográfico dos 100 idosos

longevos majoritariamente é do gênero feminino, viúvos, com filhos, ensino fundamental incompleto e alguma crença religiosa. A grande maioria mora com familiares.

TABELA 2 – PERFIL ETÁRIO DOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

N	Idade (anos)				
	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
100	84,4	83,0	80,0	97,0	4,1
Homens (30)	84,31	84,0	80,0	94,0	3,65
Mulheres (70)	84,4	83,0	80,0	97,0	4,32

FONTE: O autor (2011).

Na Tabela 2 destaca-se que a idade média dos idosos foi de 84,4, com desvio padrão de 4,1 e mediana de 83,0. A média das mulheres foi de 84,4, e mediana de 83,0, e dos homens 84,31, com mediana de 84. Observa-se também que 90% dos idosos encontram-se na faixa etária compreendida entre os 80 e 89 anos, enquanto 11% estão acima dos 90 anos. Esses dados são similares aos do estudo de Moraes (2007), com 137 idosos longevos de Encruzilhada do Sul (RS), no qual evidenciou que 58,3% dos idosos encontram-se na faixa etária de 80 a 84 anos, e 89,1% na faixa etária entre 80 e 89 anos e 11% acima de 90 anos.

A maioria dos idosos longevos é do sexo feminino (n=70; 70%) e apenas 30 (n=30; 30%) do sexo masculino (Tabela 1). Diversos estudos (NOGUEIRA, *et al.*, 2008) revelam a predominância do gênero feminino na população idosa, ou seja, envelhecimento é também uma questão de gênero.

Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004), considerando a população idosa como um todo, observa-se que 55% são mulheres. Em Curitiba, em 2009 a população idosa total era composta por 77.435 homens (40,4%) e 114.305 mulheres (59,6%) (CURITIBA, 2010). Ressalta-se também, que a proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idoso for o seguimento. Isso ocorre devido à maior mortalidade masculina por causas externas, pois o ambiente social onde o homem vive normalmente é mais estressante e mais exposto a acidentes se comparado ao ambiente doméstico, em que a maioria das mulheres vive (SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005; LAURENTI, *et al.*, 1998). Este fato pode ser compreendido, já que, segundo Neri (2007), apesar do advento da aposentadoria, atualmente 36% dos homens idosos permanecem economicamente ativos, tornando-se sujeitos a acidentes.

Porém, segundo Neri (2001), mesmo as mulheres apresentando taxas de mortalidade mais baixas do que os homens para as mesmas moléstias, apresentam taxas mais altas de morbidade, tendo que conviver com as limitações decorrentes de doenças crônicas e incapacitantes como artrite e hipertensão.

Referente à variável escolaridade evidencia-se na Tabela 1 que 60 (60%) idosos possuem o ensino fundamental incompleto; 31 (31%) são analfabetos; 5 (5%) concluíram o ensino fundamental; 3 (3%) idosos concluíram o ensino médio e apenas um (1%) concluiu o ensino superior. Destaca-se ainda que o analfabetismo foi proporcional entre os homens, com 10 analfabetos (32,2%) e as mulheres, com 21 analfabetas (30,5%).

Deve-se considerar que os longevos que possuem o ensino fundamental incompleto, muitos deles, frequentaram a escola durante alguns meses apenas, portanto são considerados também analfabetos, desse modo a frequência daqueles que não sabem ler e escrever no presente estudo é um dado subestimado.

A situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida. As diferenças no nível de alfabetização, entre os idosos acima de 80 anos, refletem a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. O amplo acesso aos meios de alfabetização, além de uma questão de cidadania, poderia propiciar maior receptividade, por parte destes idosos, aos programas de educação em saúde, entre inúmeras outras possibilidades (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Os resultados referentes à escolaridade encontrados neste trabalho diferem de inúmeros outros estudos com longevos, onde a população feminina apresenta taxas mais altas de analfabetismo, dentre eles os estudos de Camarano, *et al.* (1999), que refere que a população masculina é consistentemente mais alfabetizada que a feminina, independentemente da idade.

Em Curitiba, a prefeitura disponibiliza o Programa Alfabetizando com Saúde, sendo este uma parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, onde uma pessoa voluntária da comunidade passa por treinamento para desempenhar a alfabetização de adultos no espaço da própria Unidade de Saúde. A proposta é de alfabetizar adultos munícipes de Curitiba com conteúdos que lhes permitem refletir sobre a promoção da saúde. Os conteúdos desenvolvidos se relacionam com as regulamentações do SUS; mudanças características do ciclo de

vida; doenças crônicas; meio ambiente; uso de medicamentos entre outros temas relevantes para a população-alvo (CURITIBA, 2006d). Porém, na Unidade de Saúde em questão não encontramos idosos participando do programa até o momento.

Verifica-se ainda, conforme exposto na Tabela 1, que 68 (68%) idosos são viúvos, 23 (23%) são casados, 05 (5%) são solteiros e 4 divorciados (4%). Entre os idosos viúvos, 81% (n=55) são mulheres e 19% (n=13) são homens. Entre os longevos casados, 15 (65%) são homens, e apenas 8 (35%) são mulheres. De acordo com estudo relacionado ao perfil do idoso no Brasil, evidencia-se que a grande maioria dos homens idosos está casada, apresentando menores percentuais entre as mulheres Camarano, Kanso e Mello (2004). Este dado encontra explicação também na tendência dos homens viúvos de encontrarem outra companheira, assim (WHO, 2005).

Constata-se também que, como esperado para esta faixa etária, a viuvez é condição presente para a maioria dos sujeitos, especialmente para as longevas, visto a taxa de mortalidade entre os sexos ser maior para os homens, e a expectativa de vida ser maior para as mulheres, caracterizando o fenômeno de feminização do envelhecimento, que significa que as mulheres vivem mais em quase todos os lugares. Este fato reflete-se na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. As mulheres correspondem a dois terços da população acima de 75 anos em países como o Brasil e África do Sul (OMS, 2005, p.39). Além disso, existe um fator observável em nossa cultura ocidental, pautada em normas sociais e culturais que diferem segundo gênero, culminando em maior dificuldade para as mulheres casarem novamente.

Sobre os divorciados, que representam apenas 4% deste estudo, Pezzin e Schone (1999) argumentam que existem efeitos negativos ao final do ciclo de vida decorrentes do rompimento do casamento. Os idosos divorciados apresentam menor nível de co-residência e recebem menor número de horas de cuidado informal por parte de seus filhos adultos.

Observa-se na Tabela 3, que oito (8%) idosos longevos relataram não possuir filhos e 92 (92%) possuem, sendo a média de 5,23 filhos, mínimo de um filho e máximo de 20 filhos; e 34% possuem seis filhos ou mais. Em estudo realizado em Santa Bárbara do Sul (RS) por Bini (2006) constatou que 39,4% idosos referiram seis ou mais filhos. A pesquisa desenvolvida em Veranópolis (RS) por Pilger (2006) obteve resultados semelhantes, 38,4% dos entrevistados haviam tido seis filhos ou

mais. Estes dados corroboram com os encontrados no presente estudo.

TABELA 3 – NÚMERO DE FILHOS DOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Número de filhos	Frequência	Percentual
0	8	8
1	12	12
2	12	12
3	13	13
4	9	9
5	11	11
6	3	3
7	4	4
8	8	8
9	4	4
10	5	5
11	1	1
12	4	4
13	3	3
14	2	2
20	1	1
Total	100	100

FONTE: O autor (2011).

Em relação às características de composição familiar (Tabela 1) a condição de vida encontrada entre os idosos, mostrou que mais da metade deles 61 (61%) tem convivido em lares multigeracionais, sendo que este dado está associado normalmente com baixo status socioeconômico.

De acordo com Ramos (2003), majoritariamente os idosos dividem domicílio com filhos e, muitas vezes, com filhos e netos, nos chamados domicílios multigeracionais. Para Camarano e El Ghaouri (2003), a co-residência ou ampliação da família dos idosos pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas, e no Brasil predominam os arranjos familiares do tipo idoso ou idosa com filhos.

Chama atenção também o número de idosos longevos residindo sozinhos, 25 (25%), destes, 76% (n=19) são mulheres. Entre os idosos que estão residindo sozinhos muitos deles encontram-se em condições de completo abandono. Essa situação foi presenciada durante a coleta de dados, foi necessário acionar o Serviço de Proteção ao Idoso da Prefeitura de Curitiba (SOS-idoso) para três* idosos.

Na primeira situação, a senhora B-53, de 83 anos, residindo com a filha, genro e dois netos, referiu negligência, principalmente da filha. A mesma sofria de incontinência urinária e precisava dividir o quarto, mais distante e menos acessível ao banheiro, com o neto. Deste modo, urinava na cama, pois já havia feito uma

fratura devido à tentativa de chegar ao banheiro. Após a denúncia realizada, o genro da mesma procurou à Unidade de Saúde relatando uma situação totalmente oposta à observada e solicitou o agendamento de consulta com clínico geral. No dia da consulta, o genro veio até a Unidade e referiu que após terem dado banho na idosa para levá-la à consulta, a mesma faleceu.

De acordo com o IBGE (2009), o número de idosos que moram sozinhos no Brasil vem aumentando, alcançando a proporção de 13,7% em 2008. Ainda se sabe muito pouco sobre idosos residentes em domicílios unipessoais, da forma como eles enfrentam as dificuldades do dia-a-dia, como procuram e prestam ajuda e quem faz parte de sua rede de apoio (CAMARGOS, 2008). A OMS, entretanto, considera esta condição como estado de risco, haja vista a possibilidade de perda da autonomia, risco de solidão e de sentimentos de vulnerabilidade (ANDERSON, *et al.*, 1998).

Referente à religião, 97% (n=97) afirmam possuir religião, e apenas 3% (n=3) afirmam não ter nenhuma religião. Entre os que possuem religião, 67% (n=67) são católicos, 24% (n=24) são evangélicos e apenas 6% (n=6) pertencem a outras religiões (Tabela 1).

Com relação aos objetivos de vida dos longevos, muitos relataram objetivos relacionados com a religiosidade e espiritualidade. Estudos brasileiros sobre religiosidade e velhice apontam para uma crescente importância da fé e das crenças com o avançar da idade. De acordo com Goldstein e Neri (1999, p. 128):

pode-se supor que, ou ocorre uma mudança em direção à religiosidade por ocasião da meia idade, ou os comportamentos religiosos que o sujeito já possuía adquirem maior significado e importância à medida que ele envelhece.

De acordo com os resultados de uma pesquisa longitudinal da *Berkeley University* (Califórnia), cujas coletas de dados ocorreram em quatro etapas entre 1958 e 1999 com 130 sujeitos, o desenvolvimento espiritual está associado a crises ou eventos negativos na primeira metade da idade adulta e as mulheres apresentam maior envolvimento espiritual em todas as idades (WINK; DILLON, 2002).

* Na segunda situação, idosa acamada com sinais visíveis de desnutrição devido à negligência familiar. O caso foi para o Ministério Público, porém a idosa faleceu. Na terceira situação, a senhora B-35 de 80 anos, apresentava sequelas de Acidente Vascular Cerebral e sarcopenia, que a impossibilitavam de abrir a porta para que a pesquisa fosse realizada, sendo necessário auxílio de sua vizinha para entrar no domicílio, onde a mesma encontrava-se em situação precária.

Segundo Negreiros (2003), ao fazer uma análise das diversas e cruciais funções que a espiritualidade vem desempenhar na sociedade contemporânea, ela argumenta que a própria conscientização da finitude é que desencadeia uma mudança no sentido de aproximar o sujeito aos próprios ideais através da prática das virtudes, fazendo-o valorizar cada momento, para deste modo viver mais e melhor.

TABELA 4 – PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELO SUSTENTO. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Principal responsável pelo sustento	Frequência	Percentual
Idoso	71	71
Idoso e cônjuge	8	8
Filho	11	11
Idoso e filho	5	5
Idoso, filho e netos	2	2
Neto	1	1
Cônjuge	2	2
Total	100	100

FONTE: O autor (2011).

Verifica-se pela Tabela 4, que mais da metade dos longevos (71%) são os principais responsáveis pelo sustento da família. Para 11 idosos a responsabilidade é integral dos filhos e para os demais longevos (18%) a responsabilidade é dividida com filhos e/ou netos e marido/esposa. Segundo Telles (2003), nas idades mais avançadas as oportunidades de trabalho diminuem e as chances de depender unicamente de aposentadoria e pensão aumentam.

4.2 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO TOTAL

Para a comparação de dois grupos em relação às escalas avaliadas, considerou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney e para a comparação de mais de dois grupos, foi considerado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

TABELA 5 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DO IDOSO LONGEVO. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Variáveis	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Autonomia	100	9,1	8,0	3,1	3,0	18,0
Domínio do meio	100	11,8	13,0	3,8	1,0	18,0
Crescimento Pessoal	100	14,3	14,0	2,8	6,0	18,0
Relações Positivas com os Outros	100	10,7	10,5	3,1	5,0	18,0
Objetivos na Vida	100	10,1	10,0	3,4	3,0	18,0
Aceitação de Si	100	13,2	13,0	2,4	8,0	18,0
Bem-estar Psicológico Total	100	69,2	68,0	9,6	48,0	100,0

FONTE: O autor (2011).

Na Tabela 5, visualiza-se as dimensões do Bem-estar Psicológico que obtiveram valores médios mais elevados como *Crescimento Pessoal* (14,3) e *Aceitação de Si* (13,2). Em *Domínio do Meio* (11,8) verificou-se uma pontuação moderada; a dimensão *Autonomia* registrou o valor médio mais baixo (9,1), seguida por *Objetivos na Vida* (10,1), e *Relações Positivas com os Outros* (10,7). Relativamente ao *Bem-estar Psicológico Total* verificou-se um valor médio de 69,2 pontos, o que significa que os idosos longevos desta comunidade se percebem como pessoas que possuem ajustamento psicológico moderado, visto que a pontuação máxima seria de 108,0 pontos.

Em relação ao resultado encontrado de BEP total moderado, alguns pesquisadores atribuem este resultado aos ligeiros declives de emoções positivas na idade avançada, onde diminuem os estados de grande atividade e excitação, prevalecendo algumas dificuldades e obstáculos que resultam em ligeiro rebaixamento dos níveis de bem-estar (VILLAR, *et al.*, 2003).

A dimensão *Autonomia* obteve pontuação baixa (9,01), elucidando que os idosos longevos desta comunidade, se percebem com pouca autonomia (Tabela 5). Estudos consultados indicam que os valores de autonomia tendem a aumentar com a idade (HAUSER, PUDROVSKA e SPRINGER, 2005; RYFF E SINGER, 1996, 2002), o que não se verificou neste estudo.

Uma das causas de falta de autonomia pode ser decorrente de atitudes paternalistas da família do idoso, ou de outras pessoas que convivem com o mesmo,

atitudes estas que contribuem para gerar baixa autonomia e sentimentos negativos, como de ser um peso para a família.

Outra questão importante em relação à autonomia é o fato de que populações mais envelhecidas têm uma alta prevalência de doenças crônicas. A consequência é uma alta prevalência de incapacidades físicas e mentais - na média, 30 a 40% de residentes idosos na comunidade sentem a necessidade de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma das principais atividades diárias (RAMOS, 2003). Assim, com a idade avançada, o idoso pode apresentar menos independência e menos autonomia na vida cotidiana, em comparação com a vida como adulto jovem (RAMOS, 2009).

Segundo Ryff e Singer (1996) pessoas com altos níveis de autonomia são determinadas e independentes, capazes de resistir a pressões sociais, para pensar e agir de determinada forma. Em contrapartida, pessoas com baixos níveis de autonomia são preocupadas com as expectativas e avaliações dos outros, baseiam-se nos julgamentos destes para tomar decisões importantes e submetem-se a pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira.

Para Perrig-Chiello, *et al.* (2006), a manutenção da autonomia nos idosos, além de corresponder a uma prioridade no domínio da saúde pública, representa também uma necessidade psicossocial no contexto de uma sociedade ocidental que a valoriza fortemente; sociedade que, individualista e fragilizada nas redes sociais de apoio e nos laços familiares, encontra na institucionalização uma resposta muito frequente para a perda de autonomia.

Referente à dimensão *Domínio do Meio* (Tabela 5) encontrou-se uma pontuação moderada (11,8), divergindo do segundo estudo de Ryff e Keyes, (1995), realizado com uma amostra de 1108 indivíduos norte-americanos, com idade superior a 25 anos, que encontraram um perfil de crescimento com a idade. Em estudo realizado por Silva (2010), com 30 idosos portugueses, com idade entre 60 e 84 anos, Domínio do Meio obteve a pontuação média de 12,87, obtendo praticamente o mesmo resultado encontrado neste estudo, o que significa que os idosos portugueses e os idosos longevos deste estudo possuem relativo domínio do meio.

É preciso considerar que à medida que o processo de envelhecimento se delinea, muitos idosos passam a apresentar maior dificuldade de adaptação, sendo que o meio é um importante fator que possibilita favorecer ou dificultar este

processo. No presente estudo, 27 longevos residem em micro-áreas consideradas de risco social, fator que deve ser considerado no resultado encontrado.

Observa-se na Tabela 5 a dimensão *Crescimento Pessoal*, que obteve valor médio elevado (14,3). De acordo com o estudo de Ryff e Keyes, (1995), Crescimento Pessoal declinou com o aumento da idade. Este dado nos indica que os idosos longevos compreendem que ao longo de sua vida obtiveram um bom Crescimento Pessoal, sendo que esta é uma das dimensões que melhor representam a versão eudemônica, pois significa que os idosos desta comunidade possuem boa aceitação de seu passado e ainda esperam se desenvolver como pessoa.

Para Rabelo e Neri (2006) a dimensão Crescimento Pessoal pode ser afetada por sentimentos de estagnação, monotonia e falta de interesse na vida, quando o indivíduo se defronta com limitações que o desajusta em relação ao que experimentava em sua vida pregressa.

Em *Relações Positivas com os Outros* (Tabela 5), obteve-se valor médio baixo (10,7), e isso sugere que os idosos desta comunidade possuem poucos relacionamentos interpessoais e/ou relacionamentos insatisfatórios. Ter relações positivas com os outros é de extrema importância para o idoso, pois propicia a ampliação do suporte social do mesmo, sendo que ao mesmo tempo em que recebe suporte em suas relações sociais, ele também pode atuar oferecendo suporte, aumentando o sentimento de utilidade, controle pessoal e autovalorização. Segundo Booi (2011), em estudo realizado no Canadá, com 83 idosos acima de 85 anos, a idade foi associada com decréscimo de interações sociais, confirmando os dados encontrados. No estudo de Ryff e Keyes (1995), este domínio ficou entre sem diferenças com a idade e melhoria com a idade.

As pessoas mais velhas são mais seletivas e segundo Carstensen (1995), passam a identificar quais os tipos de evento externo aumentam e diminuem suas emoções positivas e negativas, tornando possível selecionar pessoas e situações que minimizem as emoções negativas e maximizem as positivas. Isso proporcionaria aos idosos, equilíbrio de afetos e os levaria a formar uma rede de relações significativas.

Silva (2005) destaca a importância das relações afetivas gratificantes, pois é neste contexto que existimos, nos tornamos humanos e nos desenvolvemos, ganhando a necessária auto-estima para nos cuidarmos e desejarmos sobreviver.

Caso estes relacionamentos satisfatórios não existam, a auto-estima poderá atingir níveis baixos, que podem até colocar em risco a sobrevivência do indivíduo.

As escalas aplicadas neste estudo não investigaram explicitamente a rede de relações significativas dos longevos, embora tanto os dados sociodemográficos e a própria circunstância da entrevista mostraram, com relativa clareza, o apoio social com o qual cada idoso podia contar, sendo este apoio usualmente insuficiente.

No domínio *Objetivos na Vida* (Tabela 5) a pontuação média foi baixa (10,1), sendo este resultado semelhante ao encontrado no estudo de Ryff e Keyes, (1995), que encontraram declínio com o aumento da idade. Este dado nos indica que os idosos longevos desta comunidade possuem baixas expectativas para o futuro, visto que para alguns, a consciência da proximidade da finitude é muito presente. De acordo com Carstensen (1995, p. 139-140) “A velhice impõe um limite à realização de metas a longo prazo. Uma mulher de 90 anos não fará velhos amigos”.

Outra questão a ser considerada é o fato de 25% dos longevos desta comunidade residirem sozinhos (Tabela 1) e segundo Booi (2011), em estudo com longevos no Canadá, baixos objetivos na vida foram associados com idosos que passavam muito tempo sozinhos.

Para Villar, Triadó e Osuna (2003) o BEP passa por mudanças à medida que se avança na idade, observando-se menor preocupação com o crescimento pessoal e com o objetivo na vida, que poderia estar expressando, na realidade, uma dinâmica adaptativa por parte das pessoas idosas. Ou seja, para estes autores, paradoxalmente este declive no desejo de crescer e ter um propósito na vida, ao invés de significar uma falta de envolvimento da pessoa idosa, na realidade indica um movimento adaptativo e positivo, através do qual a personalidade se ajusta a algumas condições de mudança.

O domínio *Aceitação de si* apresentou escore de 13,2 (Tabela 5), o que supõem que os idosos longevos desta comunidade apresentam moderada aceitação de sua vida passada e presente. Segundo Erikson (1998), a moderada aceitação de si pode ser devido à necessidade, por parte dos idosos, de promoverem um ajustamento em relação ao tempo que lhes resta, na busca da compreensão do EU e do sentido da vida.

4.3 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E GÊNERO

Na comparação das relações existentes entre gênero e bem-estar psicológico, verifica-se na Tabela 6 que os grupos não diferem de forma estatisticamente significativa.

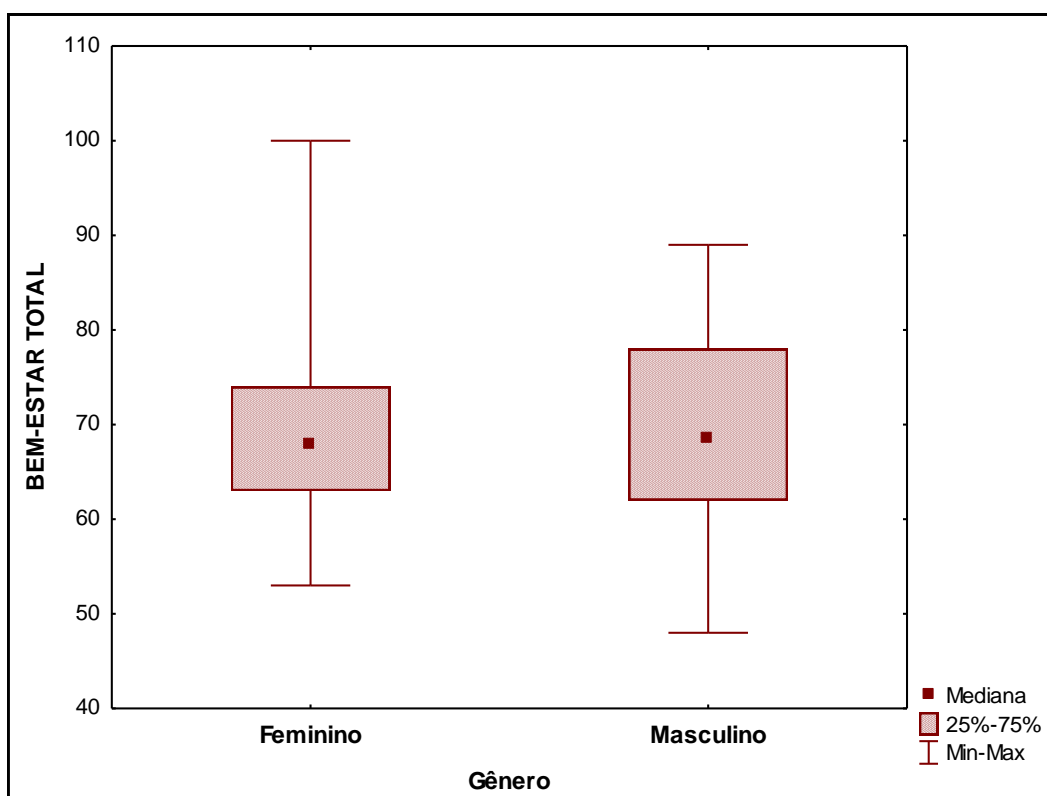
TABELA 6 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X GÊNERO. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Variáveis	Gênero	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p*
Autonomia	Feminino	70	8,7	8,0	3,0	18,0	3,2	0,069
	Masculino	30	9,9	8,0	6,0	14,0	2,7	
Domínio do Meio	Feminino	70	12,0	13,0	3,0	18,0	3,6	0,694
	Masculino	30	11,4	12,5	1,0	18,0	4,3	
Crescimento Pessoal	Feminino	70	14,2	14,0	8,0	18,0	2,8	0,796
	Masculino	30	14,4	14,0	8,0	18,0	2,8	
Relações Positivas	Feminino	70	10,7	10,5	6,0	18,0	3,2	0,831
	Masculino	30	10,7	10,0	5,0	17,0	3,2	
Objetivos na Vida	Feminino	70	10,1	10,5	3,0	18,0	3,3	0,802
	Masculino	30	10,1	9,0	3,0	16,0	3,6	
Aceitação de Si	Feminino	70	13,2	13,0	8,0	18,0	2,6	0,785
	Masculino	30	13,1	13,0	8,0	18,0	2,1	
Bem-Estar Psicológico Total	Feminino	70	69,0	68,0	53,0	100,0	9,0	0,689
	Masculino	30	69,6	68,5	48,0	89,0	11,0	

*Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$

FONTE: O autor (2011).

GRÁFICO 2 – COMPARAÇÃO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO TOTAL E GÊNERO



FONTE: O autor (2011).

Para a interpretação dos gráficos de caixa (Gráfico 2) deve-se considerar a mediana, representada ao centro por um quadradinho, ou seja, resume o centro do conjunto de dados, mostrando que os dados se distribuem entorno desses valores. Quanto maior a altura da caixa, maior a dispersão de valores. As caudas além da caixa indicam a variabilidade dos valores. Evidencia-se no Gráfico 2 que os índices de BEP praticamente não diferiram entre homens e mulheres.

De acordo com a Tabela 6, a dimensão *Autonomia* diferiu segundo o gênero, sendo que os homens obtiveram uma pontuação média maior (9,9) do que as mulheres (8,7). Verifica-se uma correlação fraca, marginalmente significativa ($p = 0,069$), com o gênero. Este dado confirma os estudos de Ryff e Singer (1996, 2002) que concluíram que, em todas as idades, os homens registram valores de autonomia mais elevados do que as mulheres, e que a autonomia tem tendência a aumentar com a idade, particularmente desde jovens adultos até a meia-idade.

Na investigação desenvolvida por Perrig-Chiello *et al.*, (2006), os autores assinalam diferenças significativas na relação da autonomia funcional com o gênero, mostrando as mulheres significativamente mais dependentes que os homens nas

AVD's – fato que para os autores poderá ser, eventualmente, explicado pelas diferenças relativamente à saúde e pela menor força muscular das mulheres.

Em relação à dimensão *Domínio do Meio* (Tabela 6), de acordo com o gênero, as mulheres (12,0) obtiveram um resultado marginalmente maior do que os homens (11,4), porém não houve correlação estatística significativa ($p = 0,694$). Este resultado marginalmente maior das mulheres encontra explicação em Lins de Barros (2003, p.114):

ao homem velho se dá maior atenção, na medida em que se percebe a aposentadoria como uma mudança radical de vida – uma passagem de um mundo amplo e público para um mundo doméstico e restrito. Na mulher, a velhice não traz essa carga de mudança abrupta. A mulher na velhice está no último estágio de um *continuum* sempre ligado à esfera doméstica, não só porque a grande maioria não teve uma vida profissional ativa, como também porque é a este mundo interno do lar, da família e da casa que a mulher está ideologicamente vinculada.

Deste modo, a idosa longeva apresenta um maior domínio do seu meio, que se encontra intensamente ligado à esfera doméstica, sendo que os homens nem sempre encontram aí um território de domínio.

Na dimensão *Crescimento Pessoal* (Tabela 6) verifica-se que os homens obtiveram uma pontuação média de (14,4), e as mulheres (14,2), ou seja, a pontuação não diferiu e não encontrando correlações significativas entre gênero ($p = 0,796$). Os dados revelam que os idosos longevos desta comunidade de ambos o sexo, consideram ter um Crescimento Pessoal positivo, convergindo com estudo realizado por Resende e Neri (2006) com amostra de 90 pessoas com deficiência física, de ambos os sexos, com idade entre 25 e 84 anos, onde o domínio Crescimento Pessoal obteve relatos de maior desenvolvimento pessoal. No entanto, em amostras transversais da população portuguesa, encontra-se um padrão diferente, as mulheres registram níveis de bem-estar inferior em Crescimento Pessoal (NOVO, 2003).

Em *Relações Positivas com os Outros* (Tabela 6), a pontuação média dos homens foi igual a das mulheres (10,7), sendo a terceira pontuação mais baixa, considerando $p = 0,831$. Em estudo realizado por Resende e Neri (2006) com amostra de 90 pessoas com deficiência física, de ambos os sexos, com idade entre 25 e 84 anos, no domínio Relações Positivas com os Outros, as mulheres obtiveram pontuação menor do que os homens. Esse dado confronta aos encontrados no estudo realizado por Ryff, Keyes e Hughes (2004) com uma amostra de 1.586

mulheres e 1.202 homens, não institucionalizados, com a faixa etária de 25 a 74 anos, no qual as mulheres pontuaram significativamente mais alto do que os homens.

De acordo com Robert (1994), o resultado encontrado no domínio *Relações Positivas com os Outros* encontra justificativa, pois as diminuições relacionais na fase da velhice constituem uma significativa fonte de tensão emocional e de outros problemas para o idoso. O círculo de amizades vai se restringindo e a situação agrava-se se o idoso não tiver capacidade para estabelecer mais relacionamentos, seja pela restrição espacial (pouco sai), seja pela dificuldade de adaptação, o que pode representar um constante encaminhamento para a solidão e para o isolamento.

Outras questões que devem ser consideradas limitantes para manter relacionamentos interpessoais satisfatórios na velhice é a morte de amigos e familiares, a aposentadoria, que diminui importantes contatos sociais, e a diminuição da capacidade funcional.

Verifica-se na Tabela 6, que a dimensão *Objetivos na Vida* obteve a segunda menor pontuação (10,1), ficando a frente apenas de *Autonomia*. Observa-se também que não houve diferenças estatisticamente significativas entre gênero ($p = 0,802$), porém as mulheres obtiveram resultados melhores (pontuação máxima 18,0) que os homens (pontuação máxima 16,0). Esses resultados diferem dos encontrados por Novo (2003), com a população portuguesa, já que as mulheres apresentaram níveis de bem-estar inferior em *Objetivos na Vida*.

Segundo Tobin, Fullmer e Smith (1994), um dos fatores que justifica os baixos valores encontrados em *objetivos na vida* dos longevos está associado à fase que os mesmos se encontram, que apresenta proximidade com o final do curso da vida, associando a questão da finitude como elemento determinante da vida psíquica na idade avançada. Neste sentido e de acordo com estes autores, a principal tarefa desta última fase seria a preservação do eu através de uma mistura de passado e presente, que mantenha viva a auto-imagem, e o bem estar seria o reflexo da congruência entre metas esperadas e alcançadas, fortificado muitas vezes pelas crenças religiosas.

Observa-se na Tabela 6 que não houve diferença entre gênero no domínio *Aceitação de Si*, sendo que as mulheres obtiveram pontuação média de 13,2 e os homens 13,1. A pontuação encontrada diverge do estudo realizado por Silva (2010), com 30 idosos de ambos os sexos, com idade entre 60 e 84 anos, sem registro de

demência, residentes em uma comunidade de Lisboa, no qual houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, com os homens pontuando mais alto.

De acordo com Ryff, Singer e Love (2004) que relacionaram alguns marcadores biológicos com o BEP, evidenciaram em uma amostra de mulheres idosas com altos níveis de Bem-estar Psicológico que elas possuíam baixos níveis de cortisol salivar diário, de citocinas pré-inflamatórias, baixo risco cardiovascular, e longa duração do sono *rapid eye movement* (REM) comparado à amostra de mulheres com baixo Bem-Estar Psicológico. O outro resultado significativo positivo para marcadores neuroendócrinos foi encontrado em mulheres com altas pontuações para autonomia, com capacidade de avaliação da capacidade de sustentar suas próprias convicções.

4.4 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E STATUS CONJUGAL

Para cada um dos itens avaliados, testou-se a hipótese nula de que os resultados são iguais para idosos casados e idosos não casados (solteiros/viúvos/divorciados), versus a hipótese alternativa de resultados diferentes. Na tabela abaixo são apresentadas estatísticas descritivas de acordo com o estado conjugal e os valores de p dos testes estatísticos.

TABELA 7 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X STATUS CONJUGAL. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Item	Estado conjugal	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p
Autonomia	Casado	23	9,6	8,0	3,0	14,0	3,1	0,411
	Solt/viúvo/divorc	77	8,9	8,0	3,0	18,0	3,1	
Domínio do meio	Casado	23	12,6	13,0	1,0	18,0	4,3	0,253
	Solt/viúvo/divorc	77	11,6	13,0	3,0	18,0	3,7	
Crescimento pessoal	Casado	23	14,6	15,0	9,0	18,0	2,8	0,504
	Solt/viúvo/divorc	77	14,2	13,0	8,0	18,0	2,8	
Relações positivas	Casado	23	11,9	13,0	5,0	17,0	3,2	0,025
	Solt/viúvo/divorc	77	10,4	9,0	6,0	18,0	3,1	
Objetivos na vida	Casado	23	11,4	13,0	3,0	16,0	3,3	0,016
	Solt/viúvo/divorc	77	9,7	10,0	3,0	18,0	3,3	
Aceitação de Si	Casado	23	13,0	13,0	8,0	18,0	2,2	0,916
	Solt/viúvo/divorc	77	13,2	13,0	8,0	18,0	2,5	
Bem-estar Psicológico Total	Casado	23	73,0	73,0	54,0	89,0	10,3	0,028
	Solt/viúvo/divorc	77	68,0	68,0	48,0	100,0	9,1	

FONTE: O autor (2011).

*Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$

Constata-se na Tabela 7 que nas dimensões *Autonomia*, *Domínio do Meio* e

Crescimento Pessoal os casados obtiveram escore marginalmente maior que os solteiros, viúvos e divorciados, não apresentando relevância estatística, sendo *Aceitação de Si* o único domínio que praticamente não diferiu entre eles. Encontraram-se valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$), em *Relações Positivas com os Outros*, *Objetivos na Vida* e *Bem-estar Psicológico Total*, compreendendo valores mais altos para os longevos casados. Supõe-se que um dos motivos que leva os idosos longevos casados desta comunidade apresentar um nível maior de BEP que os demais idosos, seja pelo fato de que ter um companheiro diminui os sentimentos de solidão.

Estes achados são compatíveis com estudo desenvolvido por Pereira, Alvarez e Traebert (2011) com 141 idosos, que realizaram associações de variáveis e encontraram a pior percepção de qualidade de vida relacionada com a condição de não ter um companheiro.

Concernente à *Autonomia*, verifica-se na Tabela 7 que a pontuação média dos casados foi de 9,6 e a dos demais foi de 8,9, não possuindo significância estatística ($p = 0,411$). Porém, mesmo a pontuação dos longevos casados sendo acima da média dos demais, ainda foi considerada uma pontuação baixa para a dimensão Autonomia.

De acordo com Singly (2000), em uma sociedade onde o valor de referência é derivado do eu, o casamento é importante na medida em que ajuda cada um a constituir-se como indivíduo autônomo. Este mesmo autor refere que os indivíduos desejam ter uma vida conjugal, e uma vida pessoal autônoma.

Referente ao *Domínio do Meio* encontra-se na Tabela 7 que os casados obtiveram uma pontuação média de 12,6 e os demais longevos obtiveram média de 11,6, não apresentando significância estatística ($p = 0,253$). Ambos os resultados são considerados valores baixos, porém os longevos casados apresentaram domínio do meio maior em relação aos demais.

Para Sirois, Davis e Morgan (2006) pessoas que apresentam maior habilidade no domínio do meio possuem senso de controle mais elevado, o que pode ajudar a compensar os sentimentos de desamparo e angústia trazidos por situações adversas, como por exemplo, no contexto onde existem déficits na saúde tendo em vista que em alguns casos de doenças crônicas as oportunidades de controle estão limitadas.

Crescimento Pessoal apresentou pontuação média equivalente entre idosos

casados e os demais (14,6 e 14,2), e o valor de p não foi significativo ($p=0,504$). No entanto, constata-se uma pontuação média alta em ambos os grupos (Tabela 7).

Visualiza-se na Tabela 7 que as *Relações Positivas com os Outros* entre os idosos casados obteve a pontuação média de 11,9, e os demais longevos obtiveram escore médio de 10,4, ambos considerados valores médios baixos, porém encontrou-se significância estatística, com $p=0,025$, o que pode supor que os longevos casados possuem relações positivas com os outros mais efetivas, tanto na relação marido e mulher, quanto no âmbito geral, pois usualmente o casal tenderá a possuir um maior número de relações sociais, bem como apresentar maior variabilidade nas relações.

Segundo Narciso (2001), a rede social pode influenciar positivamente a relação conjugal. Segundo esta autora, a aprovação e apoio dos amigos influenciam positivamente o desenvolvimento e manutenção da relação amorosa, sendo que a sua reprovação afeta negativamente a mesma. Verifica-se também, que quando há maior partilha de amigos, os cônjuges parecem ficar mais satisfeitos com a relação (NARCISO, 2001; PATRICK *et al.*, 2007). De acordo com essa perspectiva interacional, as características das pessoas, bem como suas identidades pessoais e grupais são construídas no histórico de interações que cada um desenvolve no curso de vida (ROSSETI-FERREIRA *et al.*, 2004).

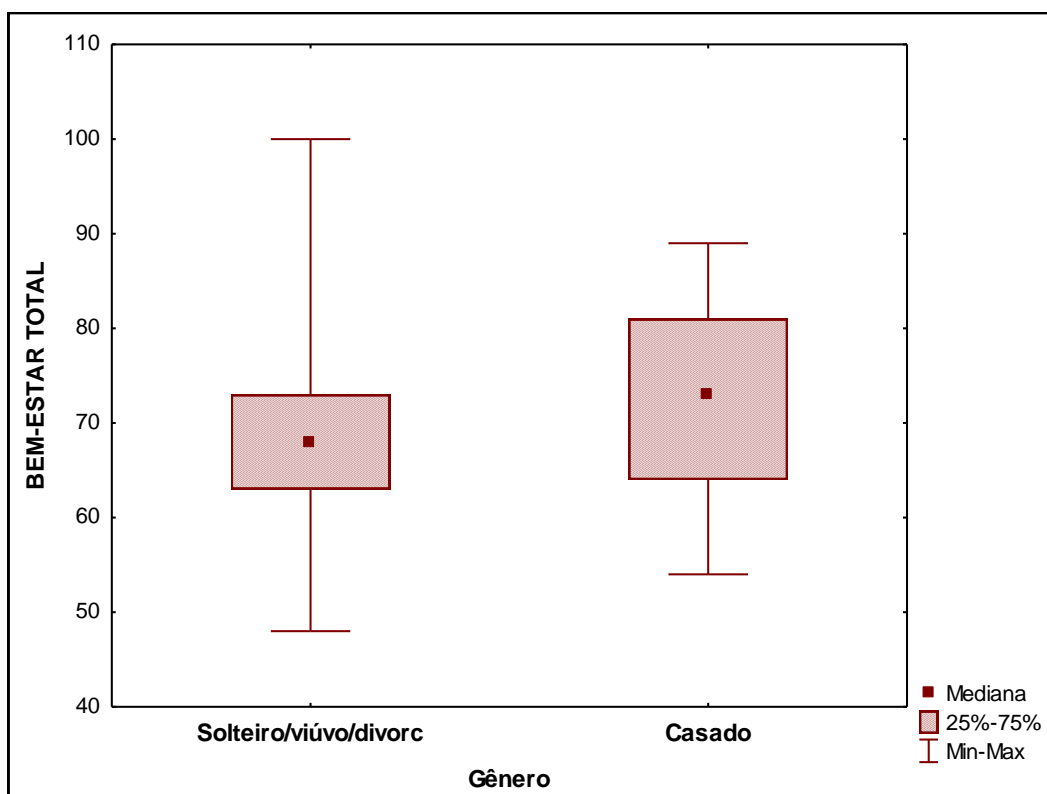
Mostra-se na Tabela 7 que o domínio *Objetivos na Vida* obteve a pontuação média de 11,4 para os longevos casados e 9,7 para os demais, encontrando significância estatística ($p=0,016$), ou seja, os casados apresentam maiores objetivos na vida. Estes resultados sugerem que os longevos casados acreditam numa perspectiva de velhice mais positiva. Segundo Levy *et al.* (2002) em pesquisa com 660 pessoas com 60 anos ou mais, encontraram que percepções positivas sobre o envelhecimento proporcionam uma atitude positiva em relação à velhice, contribuindo para que a pessoa viva mais e melhor.

No domínio *Aceitação de Si* (Tabela 7), ambos os grupos obtiveram a mesma pontuação (13,0 para os casados e 13,2 para os demais). Não se encontrou significância estatística ($p=0,916$). Estes valores revelam que os longevos de ambos os grupos possuem moderada Aceitação de Si, o que sugere que possuem um grau de satisfação consigo moderado. Segundo Leão Júnior e Resende (2004) a forma como o indivíduo se vê e se descreve, suas crenças sobre como acredita que os outros o vejam e como valoriza suas competências em comparação com os outros é

um fator crucial para os processos de adaptação.

Concernente ao *Bem-Estar Psicológico Total* e o status conjugal visualiza-se na Tabela 7, que os casados (73,0) apresentam maior BEP que os demais (68,0), apresentando significância estatística ($p=0,028$). Corroboram a esses dados os estudos de Schmaling e Sher (1997) que mencionam a condição de não estar casado é um fator de risco para a saúde física, especialmente dos homens. Indivíduos separados ou divorciados têm pior saúde física e mental que os casados, viúvos ou solteiros. Ainda reforçam esses resultados os autores Hawkins e Booth, (2005), quando afirmam que as pessoas casadas têm maiores níveis de bem-estar físico e psicológico que os solteiros, separados ou divorciados.

GRÁFICO 3 – COMPARAÇÃO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO TOTAL E STATUS CONJUGAL



FONTE: O autor (2011).

Mostra-se no Gráfico 3 que os índices mais altos de BEP foram encontrados nos longevos casados, que apresentaram mediana mais alta. Este resultado converge com várias pesquisas (MYERS, 2000; COSTA, 2005) que demonstram ser o casamento uma importante fonte de suporte social, felicidade e bem-estar, tanto subjetivo quanto psicológico. Segundo Myers (2000), muitas pesquisas realizadas na Europa e América do Norte têm produzido um resultado consistente: comparadas

com aquelas que nunca casaram e também com as separadas e divorciadas, as pessoas casadas revelam serem mais satisfeitas com a vida.

Seligman (2004, p. 72) atesta que o casamento está diretamente relacionado à felicidade. Retomando uma pesquisa realizada nos últimos 30 anos com 35 mil pessoas nos Estados Unidos, 40% das pessoas casadas “se diziam muito felizes, enquanto apenas 24% das divorciadas, solteiras, separadas e viúvas tinham essa mesma opinião.” Ainda segundo o autor, viver com a pessoa amada (sem que haja o casamento consensual) também é um fator que está diretamente relacionado à felicidade.

4.5 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E ESCOLARIDADE

Para cada um dos itens avaliados testou-se a hipótese nula de que os resultados são iguais para idosos analfabetos, com 1º grau incompleto/completo e 2º grau/superior, versus a hipótese alternativa de resultados não iguais. Na Tabela 8 são apresentadas estatísticas descritivas de acordo com o nível de escolaridade e os valores de p dos testes estatísticos.

TABELA 8 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X ANALFABETOS E NÃO ANALFABETOS. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Item	Escolaridade	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p*
AUTONOMIA	Analfabeto	31	9,5	8,0	3,0	18,0	2,9	0,369
	Não analfabeto	69	8,8	8,0	3,0	18,0	3,2	
DOMÍNIO DO MEIO	Analfabeto	31	11,3	13,0	1,0	18,0	4,3	0,588
	Não analfabeto	69	12,1	13,0	4,0	18,0	3,7	
CRESCIMENTO PESSOAL	Analfabeto	31	14,5	14,0	10,0	18,0	2,4	0,836
	Não analfabeto	69	14,2	14,0	8,0	18,0	3,0	
RELAÇÕES POSITIVAS	Analfabeto	31	9,7	8,0	7,0	18,0	2,8	0,027
	Não analfabeto	69	11,2	11,0	5,0	18,0	3,2	
OBJETIVOS NA VIDA	Analfabeto	31	10,5	11,0	3,0	16,0	3,4	0,458
	Não analfabeto	69	9,9	10,0	3,0	18,0	3,4	
ACEITAÇÃO DE SI	Analfabeto	31	12,6	13,0	8,0	18,0	2,5	0,334
	Não analfabeto	69	13,4	13,0	8,0	18,0	2,4	
BEM-ESTAR TOTAL	Analfabeto	31	68,2	68,0	48,0	88,0	9,6	0,509
	Não analfabeto	69	69,6	69,0	52,0	100,0	9,7	

*Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$

FONTE: O autor (2011).

Na Tabela 8 e 9 verifica-se que o único domínio que apresentou resultados

significativos estatisticamente foi *Relações Positivas com os Outros* ($p = 0,027$), onde os longevos não analfabetos obtiveram pontuações maiores. Nos demais domínios, os analfabetos obtiveram escores mais baixos em *Aceitação de Si* e no *Bem-Estar Psicológico Total*. Os idosos com ensino fundamental completo e incompleto obtiveram pontuações mais baixas que os demais em *Autonomia* e *Crescimento Pessoal*; e os idosos com ensino médio completo ou ensino superior, obtiveram pontuações mais baixas em *Domínio do Meio* e *Objetivos na Vida*.

TABELA 9 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO X ESCOLARIDADE. CURITIBA – PR, BRASIL, 2011

Item	Escolaridade	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p*
Autonomia	Analfabeto	31	9,5	8,0	3,0	18,0	2,9	0,370
	Ensino fundamental completo/incompleto	65	8,7	8,0	3,0	18,0	3,2	
	Ensino médio e superior completo	4	10,3	9,5	8,0	14,0	2,9	
Domínio do Meio	Analfabeto	31	11,3	13,0	1,0	18,0	4,3	0,568
	Ensino fundamental completo/incompleto	65	12,2	13,0	4,0	18,0	3,7	
	Ensino médio e superior completo	4	10,5	10,0	8,0	14,0	3,0	
Crescimento Pessoal	Analfabeto	31	14,5	14,0	10,0	18,0	2,4	0,977
	Ensino fundamental completo/incompleto	65	14,2	14,0	8,0	18,0	3,0	
	Ensino médio e superior completo	4	14,3	13,5	13,0	17,0	1,9	
Relações Positivas com os Outros	Analfabeto	31	9,7	8,0	7,0	18,0	2,8	0,070
	Ensino fundamental completo/incompleto	65	11,2	11,0	5,0	18,0	3,3	
	Ensino médio e superior completo	4	10,5	11,0	8,0	12,0	1,7	
Objetivos na Vida	Analfabeto	31	10,5	11,0	3,0	16,0	3,4	0,734
	Ensino fundamental completo/incompleto	65	9,9	10,0	3,0	18,0	3,3	
	Ensino médio e superior completo	4	9,3	10,5	3,0	13,0	4,8	
Aceitação de Si	Analfabeto	31	12,6	13,0	8,0	18,0	2,5	0,550
	Ensino fundamental completo/incompleto	65	13,5	13,0	8,0	18,0	2,4	
	Ensino médio e superior completo	4	12,8	13,0	9,0	16,0	2,9	
Bem-estar Psicológico Total	Analfabeto	31	68,2	68,0	48,0	88,0	9,6	0,688
	Ensino fundamental completo/incompleto	65	69,7	71,0	52,0	100,0	9,7	
	Ensino médio e superior completo	4	67,5	65,5	59,0	80,0	9,0	

FONTE: O autor (2011). *Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$

Estes resultados diferem de diversos estudos, dentre eles a meta-análise realizada por Pinquart e Sorensen (2000, p. 190) sobre a relação entre o bem-estar psicológico e outras variáveis. Os autores analisando 286 estudos chegaram à conclusão que existem várias maneiras de a educação contribuir para o bem-estar psicológico nos idosos: melhoria da qualidade de vida objetiva; quanto mais dinheiro disponível, melhor habitação, maior participação em atividades culturais, sociais e de lazer, maior poder de aquisição de bens materiais, facilidade de viajar, etc. A educação pode ter influencia significativa nos processos de *coping* (enfrentamento) estando associado à prevenção de fatores estressantes (por exemplo, através de melhores comportamentos de saúde) e a um *coping* mais eficaz.

5 CONCLUSÕES

Evidenciou-se que os idosos longevos da comunidade do presente estudo são constituídos, majoritariamente, por mulheres, que moram sozinhas ou com filhos, com ensino fundamental incompleto, viúvas, e que possuem alguma crença religiosa. A idade média foi de 84,4, com 90% dos idosos na faixa etária compreendida entre os 80 e 89 anos. Infere-se também, que os idosos longevos apresentam BEP moderado e não registraram correlação significativa para gênero e escolaridade, apenas para status conjugal, com os casados apresentando resultados melhores.

Em relação à escolaridade, foi observada correlação positiva em Relações Positivas com os Outros ($p=0,027$), junto aos longevos que apresentavam ensino fundamental completo ou incompleto pontuando ligeiramente mais alto que os demais. Concernente ao status conjugal encontrou-se resultados estatisticamente significativos em Relações Positivas com os Outros, Objetivos na Vida e Bem-estar Psicológico Total, com os longevos casados obtendo escores mais altos. Referente ao gênero, o único domínio que apresentou correlações marginalmente significativas foi Autonomia ($p=0,069$), com os homens obtendo resultados melhores.

Constata-se que os dados encontrados diferem dos estudos vigentes na literatura que apontam a escolaridade elevada e o gênero feminino como importantes determinantes de BEP. Em estudos futuros sugere-se a inclusão de outros indicadores (Ex.: renda familiar, acesso a bens e serviços) para melhor compreensão dessas relações.

Verificou-se também, a ausência das correlações registradas na literatura relativas às dimensões Autonomia, Domínio do Meio e Crescimento Pessoal, que poderão eventualmente ser justificadas se considerarmos os tamanhos das amostras, as diferenças etárias de cada estudo, e as diferenças culturais dos países em questão.

As dimensões do Bem-Estar Psicológico que obtiveram valores médios mais elevados foram Crescimento Pessoal e Aceitação de Si, que significam que os longevos da comunidade estudada, apesar das adversidades da vida e da velhice, aceitam a sua condição de vida presente e passada, bem como acreditam que no decorrer de suas vidas se desenvolveram bastante como pessoa.

Foram verificados valores baixos no domínio Objetivos na Vida, que pode ser

explicado devido ao curso de vida que os longevos se encontram, sendo este intimamente relacionado com a questão da finitude, o que supõe que os idosos desta comunidade já realizaram suas escolhas, independente delas terem ou não atingido seus objetivos.

A dimensão Autonomia obteve a pontuação média mais baixa, esse é um dado significativo, uma vez que a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências é um conceito essencial para um envelhecimento com bem-estar psicológico.

Deste modo é preciso explorar a origem do déficit de autonomia, sendo que a literatura aponta como consequência de atitudes familiares superprotetoras, paternalistas. Considera-se também a maior prevalência de mulheres longevas nesta comunidade, estas nascidas e criadas numa época que predominava a cultura de submissão, primeiro aos pais, depois aos maridos, ou seja, mulheres que sempre transferiram a autonomia para outrem.

Relações Positivas com os Outros é outra dimensão com pontuações médias baixas, confirmando que a idade parece influenciar moderadamente as relações de afeto positivo com os outros, sendo que este resultado pode direcionar as práticas de enfermagem, oportunizando a criação de grupos de convivência para os idosos longevos. É fundamental incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária, uma vez que se trata de um dos três pilares básicos da estrutura política da Organização Mundial da Saúde para o envelhecimento ativo.

A literatura brasileira está significativamente desprovida de estudos que avaliem Bem-Estar Psicológico do idoso longevo. Da mesma maneira, há um déficit de investigações que relacionem os componentes do Bem-Estar Psicológico e variáveis sociodemográficas de idosos da comunidade. A publicação de trabalhos nessa área auxiliaria no melhor entendimento das variáveis relevantes para o déficit do BEP, bem como no aprimoramento de instrumento que seja capaz de mensurar o suporte social recebido pelo longevo, visto que se encontraram muitas situações de abandono e negligência familiar que culminam diretamente em todos os âmbitos da vida do idoso, influenciando diretamente o BEP.

Considera-se também que existem limitações nas escalas de Bem-Estar Psicológico utilizadas, pois as mesmas dependem exclusivamente da auto-avaliação do indivíduo, o que pode gerar vieses com relação aos resultados se considerar que

os seres humanos não mantêm padrões estáticos ao longo do tempo.

Verificou-se também, que os estudos que abordam a visão hedônica ainda são mais frequentes. Essa prevalência pode implicar em uma distorção na sociedade de que só podemos ser felizes se obtivermos satisfação, prazer, beleza, ou seja, esta visão reitera a velhice como uma fase de sofrimento, limitações e perdas, afirmando para o idoso que já não é possível obter prazer e satisfação como em fases anteriores. Deste modo, considerar apenas o BES como indicador de bem-estar na velhice implica em alguns riscos, pois o idoso pode se considerar impotente perante o modelo vigente.

Vivenciar esta pesquisa e compreender o que corresponde o Bem-estar Psicológico para o idoso longo possibilitou-me experienciar situações diversas e trouxe subsídios para o aprimoramento de minha prática profissional, em razão da melhor compreensão dos idosos longevos da comunidade em que atuo. Desse modo, é possível ajudá-los individualmente e coletivamente a encontrarem o potencial de desenvolvimento para o aperfeiçoamento, o crescimento pessoal e a auto-realização.

Considerando os resultados encontrados, entende-se que o idoso longo, no contexto da Atenção Primária, necessita de um cuidado gerontológico de enfermagem para além das dimensões biológicas, que possibilite auxiliar os mesmos a desenvolver a sua autonomia, ampliar a rede social, bem como potencializar os aspectos do BEP, enfatizando uma prática direcionada para o apoio aos direitos e deveres dos mais velhos no exercício de sua participação, saúde e segurança e em outros aspectos da vida em comunidade.

REFERÊNCIAS

ALLPORT, G.W. Traits revisited. **American psychologist**, v. 21, p. 1-10, 1966.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

ANDERSON, M.I.P.; ASSIS, M.; PACHECO, L.C.; SILVA, E.A; MENEZES, I.S.; DUARTE, T.; *et al.* Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos Envelhecimento**, v. 1, n. 1, p. 23-43, 1998.

ANDREWS, F.M.; ROBINSON, J.P. Measures of subjective well being. In: ROBINSON, J.P.; SHAVER, P.R.; WRIGHTSMAN, L.S. (Orgs.). **Measures of Personality and Social Psychological Attitudes**. San Diego: Academic Press, p. 61-114, 1991.

ARAGÓ, J.M. Aspectos psicosociales de la senectud. In: CARRETERO, M.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Psicología Evolutiva** - Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Rev APS**, v 8, n.1, p.15-24, 2005.

AYIS, S.; GOODBERMAN-HILL, R.; EBRAHIM, S. Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. **Age and Ageing**, v. 32, n. 3, p. 265-272, 2003.

BALTES, M.M. **The Many Faces of Dependency in Old Age**. New York: Cambridge University Press, 1996.

BALTES, M.M.; CARSTENSEN, L.L. Social-psychological theories and their applications to aging: from individual to collective. In: BENGTSON, V.L.; RUTH, J.E.; SCHAIE, K.W. **Handbook of theories of aging**. New York: Springer, 1999.

BALTES, M.M; SILVERBERG, S. A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, L. (Org). **Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida**. Campinas: Papirus, 1995.

BALTES, P. B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o future do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, v.17, n.36, p. 7-31, 2006.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.

BATISTONI, S.S.T. Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. **Psicol. pesq.** v.3, n.2, p. 13-22, 2009.

BATISTONI, S.S.T.; FORTES, A.G.; YASSUDA, M.S. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In: FORLENZA, O. V. (Ed.). **Psiquiatria Geriátrica - do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2007.

BEARON, L.B. Successful aging: what does the "good life" look like? **Concepts in Gerontology**, v.1, n.3, 1996. Disponível em: <http://www.ncsu.edu/ffci/publications/1996/v1-n3-1996-summer/successful-ging.php>. Acesso em: 20 mar. 2011.

BERNSTEIN, E.; *et al.* Empowerment fórum: a dialogue between guest editorial board members. **Health education quarterly**. v. 21, n. 3, p. 281-294, 1994.

BERTOLUCCI, P.H.F; *et al.* O minixame do estado mental em uma população geral. impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.52, n.1, p.1-7, mar, 1994.

BINI, R. Estudo multidimensional sobre a população de idosos do município de Santa Bárbara do Sul. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BIRREN, J. New models of aging: comment on need and creative efforts. **Journal on Aging**, v. 14, n. 01, p. 1-3, 1995.

BOOI, L. M. Social interactions, wellbeing and health in the oldest old: what can we learn from daily life approaches? 46f. Dissertação (Mestrado) - The University of British Columbia, Vancouver, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: anexo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso**. Guia operacional e portarias relacionadas. Série A, Brasília, 2002.

BRITO, F. C.; PAPALÉO NETTO, M. Aspectos multidimensionais das urgências do idoso. In: **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 23-35.

BRUCKI, S.M.D.; *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-81, 2003.

BURNET, M. **Intrinsic mutagenesis**: a genetic approach for aging. Nova York: Wiley e Sons, 1974.

CACHIONI, M.; DIOGO, M.J.D.; NERI, A. L. (Org.). Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea Editora, São Paulo, 2004.

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, A.A.; *et al.* Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A.A. **Muito além dos 60** – Os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, p.1-15, 1999.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S.K. **Família com idoso**: ninhos vazios?. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L.E. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A.M. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60. 1. ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-73.

CAMARGOS, M.C.S. **Enfim só**: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG), 126f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAMPION, E.W. Oldest old. **Engl J Med**, v. 330, n. 25, p. 1819-20, 1994.

CARALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O Envelhecimento da população Brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 725-33, 2003.

CARDOSO, M.C.S.; FERREIRA, M.C. **Envolvimento** religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicol. cienc. prof.** v. 29, n.2, p. 380-393, 2009.

CARSTENSEN, L.L. Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. **Current Directions in Psychological Science**, n. 4, p. 151-155, 1995.

CARSTENSEN, L.L.; TURK-CHARLES, S. The salience of emotion across the adult life course. **Psychology and Aging**, v. 9, p. 259-264, 1994.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.2, p. 2029-2040, 2008.

CAVALINI, L.T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Rev Bras Epidemiol**, v. 6, n. 1, p. 7-17, 2003.

CAVANAUGH, J. Theories of Aging in the Biological, Behavioral and Social Sciences. In: CAVANAUGH, J.; WHITBOURNE, S. **Gerontology: an interdisciplinary Perspective**. New York: Oxford University, 1999.

CENEVIVA, W. Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei. **A Terceira Idade**, v.15, n.30, p.7-23, 2004.

CERQUEIRA, M.T. Promoción de la salud y educación para La salud: retos y perspectivas. In: ARROYO, H.V.; CERQUEIRA, M.T. **La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: um análisis sectorial**. Puerto Rico: OPS/UIPES, 1997.

CERRATO, I.M.; TROCÓNIZ, M.I.F. Successful Aging. But, why don't the elderly get more depressed? **Psychology in Spain**, v. 2, n. 1, p. 27-42, 1998.

CHRISTOPHER, J. Situating psychological well-being: exploring the cultural roots of its theory and research. **Journal of Counseling and Development**, v. 77, n. 141-152, 1999.

COSTA, M.E. **À procura da intimidade**. Porto, Portugal: Edições Asa, 2005.

COSTA, M.S.L.; PEREIRA, A.A.C. Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais.

Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 59, n 1, 2007.

COUTO, M. C. P. P. **Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CRESS, C. **The handbook of geriatric care management**. Gaithersburg: Aspen Publisher, 2001.

CRISTOFALO, V.J.; GERHARD, G.S.; PIGNOLO, R.J. Molecular Biology of aging. **Surg. Clin. North Am.** v. 74, p. 1-21, 1994.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **Psicologia da felicidade**. São Paulo: Saraiva, 1992.

DAMIANOPOULOS, E. A formal treatment of disengagement theory. In: CUMMING, E.; HENRY, W. E. **Growing old: the process of disengagement**. New York: Basic Books, 1961.

DAVIDSON, W.A.S. Metaphors of health and aging: geriatric as metaphor. In: KENYON, G.M.; BIRREN, J.E.; SCHROOTS, J.J.F. **Metaphors of aging in science and the humanities**. Nova York: Springer, 1991.

DERNTL, A.M.; WATANABE, H.A.W. Promoção da Saúde. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, v. 95, p. 542-575, 1984.

DIENER, E.; DIENER, C. Most people are happy. **Psychological Science**, v. 7, p. 181-185, 1996.

DIENER, E.; LUCAS, R.F. Subjective emotional well being. In: LEWIS, M.; HAVILAND, J.M. (Orgs.), **Handbook of Emotions**. New York: Guilford, p. 325-337, 2000.

DINER, E. *et al.* Subjective Well-Being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, p. 276-302, 1999.

DOLL, J. Bem estar na velhice: mitos, verdades e discursos, ou a gerontologia na pós-modernidade. **Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano**. Passo Fundo, p. 9-21, 2006.

DOLL, J.; *et al.* Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 12, p. 7-33, 2007.

ERIKSON, E.H. O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FARINATTI, P.T.V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev Bras Med Esporte**, v.8, n. 4, p. 129-138, 2002.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S.A.; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.

FERNANDES, H. M. **O bem-estar psicológico em adolescentes**: uma abordagem centrada no florescimento humano. Tese (Doutorado) – Universidade de Trás-os-Montes, Vila Real, Portugal, 2007.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. **Envelhecimento Ativo** – Contribuições da Psicologia. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009.

_____. Gerontologia social: uma introducción. In: _____. **Gerontologia Social**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000.

FERREIRA, J.V.C. **Os muito idosos no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FERREIRA, M.C.; *et al.* Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos no trabalho (ESAFE). **Aval. Psicol.** v. 07, n. 02, p. 143-150, 2008.

FOLSTEIN, M. F; *et al.* "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, Oxford, v. 12, n.3, p. 189-98, 1975.

FONSECA, A. **O envelhecimento**: uma abordagem psicológica. Coimbra: Editora Universidade Católica, 2004.

FONSECA, A.M.G. **Uma abordagem psicológica da passagem à reforma** – desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. Tese (Doutorado) - Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2004.

FRIED, L.; *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

GIACOMIN, K.C.; UCHÔA, E.; FIRMO, J.O. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidar entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p.80-91, 2005.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 4 ed., 2008.

GOLDSTEIN, L.L.; NERI, A. L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1993.

GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M.A enfermagem gerontogeriatrica: perspectivas e desafios. **Rev. Bras. de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 61-61, 2004.

GONÇALVES, R.L. **Família de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares**. 226f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2010.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo aqui e agora” – uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p.271-279, 2005.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; *et al.* Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev Neurociências**, v. 12, n. 2, 2004.

HAIR JUNIOR, J.F.; *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Brookman, 2005.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; ZAGONEL, I.P.S.; LENARDT, M.H.A. Envolvimento da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 03, p. 143-149, 2007.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A; BORGHI, A. C. S.; LENARDT, M. H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto Contexto – Enferm.** v. 15, n.spe, p. 114-124, 2006.

HAUSER, R.M.; PUDROVSKA, T.; SPRINGER, K.W. **Socioeconomic status, health, and psychological well-being:** findings from the Wisconsin Longitudinal Study. Center for demography of Health and Aging, University of Wisconsin-Madison, 2005.

HAWKINS, D.; BOOTH, A. Unhappily ever after: affects of long-term, low quality marriages on well-being. **Social Forces**, v.84, p.445-465, 2005.

HAYFLICK, L. The future of ageing. **Nature**, v. 408, n. 6809, p. 267-269, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980 – 2050:** revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008a.

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas, 2009.

JUNQUEIRA, RCP. A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública**, v.32, n.2, p. 79-91, 1998.

KARLAMANGA, A. S.; *et al.* Trajectories of cognitive function in late life in the US: demographic and socioeconomic predictors. **Am. J. Epidemiol**, v. 170, n. 3, p. 331-342, 2009.

KEYES, C.L.M.; HAIDT, J. **Flourishing: positive psychology and the life well lived.** Washington DC: American Psychological Association, 2003.

KEYS, C.L.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C.D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 6, p. 1007-1022, 2002.

KNOPOFF, R.; SANTAGOSTINO, L.; ZAREBSKI, G. Resiliência y envejecimiento. In: MELILLO, A.; OJEDA, E.N.S.; RODRÍGUES, D. **Resiliência y Subjetividad:** los ciclos de vida. Buenos Aires: Paidós, p. 214-228, 2004.

KUMON, M. T.; *et al.* Centenários no mundo: uma visão panorâmica. **Kairós**, v.12, n. 01, p. 213-232, 2009.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e Intermediação de interesses: uma revisão. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.

LARSON, R.W. On the independence of positive and negative affect within hour-to-hour experience. **Motivation and Emotion**, v. 11, n. 2, p. 145-156, 1987.

LARSSON, K.; SILVERSTEIN, M. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older Swedes living alone. **Journal of Aging Studies**, Nova York, v.18, n. 2, p. 231-244, 2004.

LAURENTI, R.; *et al.* **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas**: uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1998.

LEÃO JUNIOR, R.; RESENDE, M.C. Auto-eficácia e memória. In: NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. **Velhice bem sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papyrus, 2004, p. 227-140.

LEHR, U. Model of well-being in old age and its consequences. In: SCHROOTS, J. **Aging, Health and Competence**. Amsterdam: Elsevier, 1993.

LEVY, B.R.; *et al.* Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 83, n. 2, p. 261–270, 2002.

LERNER, R.L.; DOWLING, E.; ROTH, S.L. Contributions of Lifespan Psychology to the future elaboration of developmental systems theory. In: STAUDINGER, U. M.; LINDERBERGER, U. (Eds.). **Understanding human development. Dialogues with Lifespan Psychology**. Boston: Kluwer, p. 413-422, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LINS DE BARROS, M.M. Apresentação. In: M.M. LINS DE BARROS (Org) **Velhice ou Terceira Idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

MACHADO, E.L. **Escala de Bem-Estar Psicológico**: adaptação para o português brasileiro e evidências de validade. 60f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

MEDRONHO, R.A. (Cols.). **Epidemiologia**. Atheneu, 2003.

MELLO, D.A.; *et al.* Promoção da saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular. **Cad Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 583-95, 1998.

MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M. Produção do conhecimento sobre idoso longo: 1998-2008. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p.569-74, 2009.

MIGUEL, J.M.; MORAL, J.C.; PARDO, E.N. Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. **Psicothema**, v. 20, n. 2, p. 304-310, 2008.

MILLER, R.A. The biology of aging and longevity. In: HAZZARD, W.R.; BLASS, J.P.; ETTINGER, W.H.; HALTER, J.B.; OUSLANDER, J.G. (Eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 4. ed. New York: McGraw Hill, 1999.

MORAIS, E.P. **Envelhecimento no meio rural**: condições de vida e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS. 215f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MOTA, M.P.; FIGUEIREDO, A.P.; DUARTE, A.J. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 4, n. 1, p. 81–110, 2004.

MYERS, D.G. The funds, friends, and faith of happy people. **American Psychologist**. v.55, n.1, p.56-67, 2000.

MYERS, J. Personal empoderamento. In: THURZS, D. (Org). The possibilities of empowerment. **Journal of the International Federation on Ageing**, v. 20, n. 1, p. 3-8, 1993.

NARCISO, I. **Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas**: à procura do padrão que liga. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 2001.

NEGREIROS, T.C.G.M., Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? **Revista Mal estar e Subjetividade**. v. 3, n. 2, p. 275-91, 2003.

NERI, A.L. **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

_____. **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, São Paulo: Papirus, 2001.

_____. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso. **A Terceira Idade**, v.16, n.34, p.7-24, 2005.

_____. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. São Paulo: Papirus, 3. ed., 2007.

NOGUEIRA, S.L.; *et al.* Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v.25, n.1, p.195-198, 2008.

NOVO, R.F. Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. **Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica**, v.20, n.2, p. 183-203, 2005.

_____. **Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2003.

NOVO, R.; DUARTE-SILVA, M.E.; PERALTA, E. O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In: ALMEIDA, L.S.; *et al.* **Avaliação psicológica: formas e contextos**. Braga: APPORT, 1997.

NYGREN, B.; NORBERG, A.; LUNDMAN, B. Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. **Qualitative Health Research**, v. 17, p. 1060, 2007.

OLIVEIRA, D.C A categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. **Rev Enferm UERJ**, v.10, n.1, p.47-52, 2002.

OLIVEIRA, R.C.S. **Terceira idade**: do repensar dos limites aos sonhos possíveis. São Paulo: Paulinas, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Active Aging**. A policy Framework, Genebra, 2002.

_____. Carta de Ottawa para promoção da saúde. In: **Organização Pan-americana de Saúde**: uma antologia. Washington: OPAS; 1996. p.367-72.

PACHECO PASCHOAL, S.M. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.Z.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (Orgs). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PAIS-RIBEIRO, J. Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protetoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In: LEAL, I. (Coord.). **Perspectivas em psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto Editora, 2006, p. 231-244.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion**: an anthology. Scientific Publication 557. Washington: Pan American Health Organization; 1996.

PATRICK, S.; *et al.* Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. **The family journal**, v. 15, p. 359-367, 2007.

PAÚL, C. **Psicologia dos idosos. O envelhecimento em meios urbanos**. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, 1996.

_____. A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: PAÚL, C.; FONSECA, A. (coords). **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi, 1999.

_____. A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: PAÚL, C.; FONSECA, A. (Coords). **Envelhecer em Portugal**. Lisboa. Climepsi, 2005.

PEREIRA, F.L. **Retratos do perfil sociodemográfico e de saúde-doença dos idosos longevos de uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba – Paraná**. 59 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

PEREIRA, T.M.F.R.A. **Histórias de vida de mulheres idosas** – Um estudo sobre o Bem-estar Subjetivo na velhice. 261 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

PEREIRA, R.S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Text. Envelhec.**, v.6, n.1, p.43-59, 2003.

PEREIRA, K.C.R.; ALVAREZ, A.M.; TRAEBERT, J.L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 14, n. 1, p. 85-96, 2011.

PERRIG-CHIELLO, P.; *et al.* Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. **Psychology, Health & Medicine**, v. 11, n. 4, p. 470-482, 2006.

PEZZIN, L.E.; SCHONE, B.S. Parental marital disruption and intergenerational transfers: an analysis of alone elderly parents and their children. **Demography**, Chicago, v. 36, n. 3, p. 287-297, 1999.

PILGER, J.W. **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Veranópolis – RS**. 152f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

PINHEIRO JUNIOR, G. **O Brasil de cabelos brancos: dos conceitos e números sobre a velhice a universidade da terceira idade**. 100 f.. Monografia de Conclusão de Curso em Ciências Sociais - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2003.

PINQUART, M.; SORENSEN, S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life. **Psychology and Aging**, v.15, n.2, p.187-224, 2000.

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. Universidade Federal do Paraná. Linhas de Pesquisa, 2010. Disponível em: http://www.ppgenf.ufpr.br/linhas_de_pesquisa.htm. Acessado em 27 de julho de 2010.

QUEIROZ, Z.P.V.; LEMOS, N.F.D.; RAMOS, L.R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010.

QUEROZ, N.C. **Bem-estar psicológico:** investigações acerca de recursos adaptativos em adultos e na meia idade. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.2, p.169-177, 2006.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

_____. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **Bol. Inst. Saúde**, n.47, p. 40-41, 2009.

RESENDE, M.C.; NERI, A.L. **Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física.** Tese (Doutorado) - Campinas, 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (RIPSA). **Informe de situação e tendências:** demografia e saúde. Brasília: OPAS, 2009.

ROBERT, L. **O envelhecimento.** Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

ROGERS, C.R. The concept of the fully functioning person. **Psychotherapy: Theory, Research, and Practice**, v.1, n.1, p. 17-26, 1963.

ROSSETI-FERREIRA, M.C. Introdução. In: ROSSETI-FERREIRA, M.C.; AMORIM, K. de S.; SILVA, A.P.S.; CARVALHO, A.M.A. **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed, 2004, p.15-19.

ROSSET, I.; *et al.* Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional*. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 264-71, 2011.

RYAN, R.; DECI, E. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 141-166, 2001.

RYFF, C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of

psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.57, n.6, p.1069-1081, 1989.

_____. In the eye of the beholder views of psychological well-being among middle-age and older adults. **Psychology and Aging**, v. 4, p. 195-210, 1989b.

RYFF, C.D.; SINGER, B. From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. In: SNYDER, C.; LOPEZ, S. (Eds.), **Handbook of positive psychology**. Oxford: Oxford University Press, 2002, p. 541-555.

_____. The Contours of Positive Human Health. **Psychological Inquiry**, v. 9, n. 1, p. 1-28, 1998.

_____. Psychological Well-Being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v.65, p.14-23, 1996.

RYFF, C.D.; ESSEX, M. Psychological well-being in adulthood and old age: descriptive markers and explanatory processes. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics**, v. 11, p.144-171, 1991.

RYFF, C.D.; KEYES, C.L. The structure of psychological well-being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, n. 4, p. 719-721, 1995.

RYFF, C.; SINGER, B.H.; LOVE, G.D. Positive health: connecting well-being with biology. **Phil. Trans. R. Soc. Lond.**, v.359, p.1383-1394, 2004.

RYFF, C.D.; KEYES, C.L.M.; HUGHES, D.L. Psychological Well-being. In: BRIM, O.; RYFF, C.D.; KESSLER, R.C. **How Healthy are we?: a national study of well-being at midlife**. The University of Chicago Press, 2004.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n.2, p.202-212, 2005.

SCHMALING, K.; SHER, T. Physical health and relationships. In: HALFORD, W.; MARKMAN, H. **Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention**. England: Wiley, p. 324-345, 1997.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens na pauta da saúde coletiva. **Ciêns Saúde Colet**, v. 10, p.7-17, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Alfabetizando com saúde:** temas para alfabetização de adultos. 2006d. Disponível em: [http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/da saúde e humanas](http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/da%20saude%20e%20humanas). Acessado em 03 de outubro de 2011.

_____. **Perfil de saúde do idoso em Curitiba**. 2010.

_____. **Diabete Melito Tipo 2 – Diretriz de Atenção à Pessoa com Diabete Melito Tipo 2**. Curitiba, 2010.

SELIGMAN, M. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Handbook of positive psychology**. New York: Oxford University Press, p. 3-9, 2002.

SELIGMAN, M.E.P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive Psychology: an introduction. **American Psychology**, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.

SILVA, D.M.G.V.; *et al.* Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, J.S.V. **Funcionalidade e Bem-estar Psicológico em idosos residentes na comunidade:** um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, Portugal, 2010.

SILVA, M. Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In: PAÚL, C.; FONSECA, A. **Envelhecer em Portugal:** psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

SINGLY, F., **Libres ensemble** - L'individualisme dans la vie commune, Paris: Nathan, 2000.

SIQUEIRA, M.E.C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; *et al.* (Org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.47-57.

SIQUEIRA, M.M.M.; PADOVAM, V.A.R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília. v. 24, n. 2, 2008.

SOUZA, R.F.; *et al.* Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, v. 60, n.3, p. 263-267, 2007.

SPRINGER, K.W.; HAUSER, R.M.; FREESE, J. Bad news indeed for Ryff's six-factor model of well-being. **Social Science Research**, v. 35, p. 1120-1131, 2006.

TELLES, S.M.B.S. **Idoso: família trabalho e previdência**. 221f. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2003.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de La teoría da La salud pública. In: Organização Pan-Americana de Saúde. **Promoção da Saúde: uma antologia**. Washington: OPAS, 1992, p.37-44.

THOMAS, D.; DIENER, E. Memory accuracy in the recall of emotions. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 59, p.291-297, 1990.

TOBIN, S.S.; FULLMER, E.M.; SMITH, G.C. Religiosity and fear of death in normative aging, In: THOMAS, L.E.; EISENHANDLER, S. A. **Aging and the religious dimension**. Connecticut (USA): Auburn House, 1994.

VALLESPER, J.; MOREY, M. A participação dos idosos na sociedade: integração vs segregação. In: OSÓRIO, A.; PINTO, F. (coord.) **As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa**.

VEGA, J.L.; BUENO, B. **Desarrollo adulto y envejecimiento**. Madrid: Síntesis, 1996.

VILLAR, F.; TRIADÓ, C.; OSUNA, M. Bienestar, adaptación y envejecimiento: Quando la estabilidad significacambio. **Revista Multidisciplinar de Gerontologia**, v. 13, p. 152-162, 2003.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v.24, n.4, p.5-43, 1996.

WINK, P.; DILLON, M. Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. **Journal of Adult Development**. v. 9, n. 1, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Health promotion glossary**. Geneve: WHO, 1998.

YAMAMOTO, K. M. C. Promoção da saúde do idoso: revisão de literatura brasileira. Dissertação (Mestrado). 114 f. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 158-63, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

- a) O(a) senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa **“O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DO IDOSO LONGEVO”**. Esta pesquisa será desenvolvida pela Enfermeira Mestranda Ana Elisa Casara Tallmann sob orientação da Prof^a. Dra. Maria Helena Lenardt.
- b) O objetivo do estudo é propor ações de cuidado de enfermagem que promovam o bem-estar psicológico e a qualidade de vida.
- c) Sua participação é voluntária e sua decisão, livre. Você tem a liberdade de se recusar a participar, ou desistir a qualquer momento. Se não aceitar participar, sua recusa não afetará a assistência à sua saúde. Caso aceite, solicitamos que inicialmente, assine este termo de consentimento.
- d) Este estudo não oferece riscos; porém, caso o(a) senhor(a) sinta que qualquer questão lhe causa desconforto ou se mudar de idéia por outro motivo, sinta-se à vontade para recusar-se a responder a pergunta, ou até mesmo, retirar sua autorização de participação quando desejar, sem apresentar justificativa.
- e) Espera-se com essa pesquisa propor ações de enfermagem que possibilitem proporcionar bem-estar psicológico para os idosos longevos. Assim, servirá de base para realização de novos planejamentos no atendimento ao idoso e melhorar o cuidado destes na Unidade Básica de Saúde.
- f) A pesquisadora Ana Elisa Casara Tallmann é responsável pela pesquisa e poderá ser contatada pelo telefone (41) 9672-4354, e-mail anaelisact@yahoo.com.br. Se desejar, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato pessoalmente à rua Padre Camargo, 280, 8.º andar, ou, de segunda a sexta, no horário de 13:30 às 17:30, para esclarecimento de dúvidas.
- g) Como participante, o(a) senhor(a) poderá obter as informações que desejar, antes, durante e após a realização desta pesquisa. Caso tenha interesse, o(a) senhor(a) poderá ser informado de todos os resultados obtidos.
- h) As informações derivadas desta pesquisa serão utilizadas pelos pesquisadores responsáveis e se forem solicitadas, serão apresentadas às autoridades legais. Nos estudos para publicações, os pesquisadores vão tratar a sua identidade com sigilo profissional e seu nome não aparecerá. Para manter a sua confidencialidade, será

usado um código e o(a) senhor(a) não será identificado(a).

i) Será mantido o seu anonimato após o encerramento da pesquisa.

j) As despesas com esta pesquisa não são de sua responsabilidade.

k) O(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro para participar deste estudo.

Eu, _____ CPF/RG _____, abaixo assinado concordo voluntariamente em participar deste estudo. Fui informado/a e esclarecido/a sobre os objetivos da pesquisa, na explicação que recebi menciona os potenciais riscos e benefícios envolvidos com a minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento na Unidade Básica de Saúde.

Curitiba, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura pesquisador responsável

Ana Elisa Casara Tallmann

4- Espírita

A-5 Quanto à Escolaridade

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1- Analfabeto | 5- 2º grau completo |
| 2- 1º grau incompleto | 6- Ensino Superior Incompleto |
| 3- 1º grau completo | 7- Ensino Superior Completo |
| 4- 2º grau incompleto | 8- Pós-graduação |

A-6 Com quem senhor/a mora?

- 1- sozinho
- 2- somente com o cônjuge
- 3- cônjuge e filho/s
- 4- cônjuge, filho/s, genro e nora
- 5- cônjuge, filhos e netos
- 6- somente com filho
- 7- arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)
- 8- arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge)
- 9- arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)
- 10- somente com os netos
- 11- não familiares
- 12- NS/NR

A-7 Quantos filhos tem?

A-8 É o principal responsável pelo sustento da família?

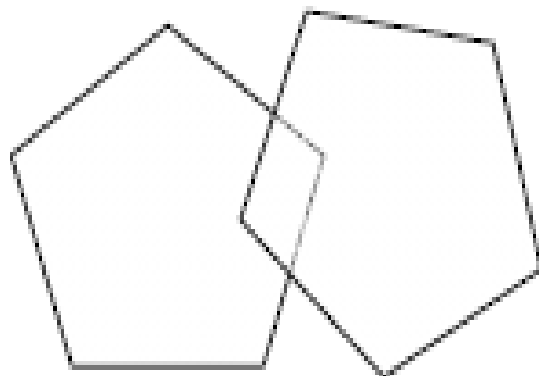
- Sim
 Não

ANEXOS

ANEXO 1

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

		Pont	Máx.Pont.
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Qual a hora aproximada?		1
	Em que dia da semana estamos?		1
	Que dia do mês é hoje?		1
	Em que mês estamos?		1
	Em que ano estamos?		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Em que local estamos?		1
	Que local é este aqui?		1
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?		1
	Em que cidade nós estamos?		1
	Em que estado nós estamos?		1
REGISTRO	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO . Solicitar que memorize.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$.		5
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	Quais os três objetos perguntados anteriormente?		3
NOMEAR 2 OBJETOS	Relógio e caneta		2
REPETIR	"Nem aqui, nem ali, nem lá"		1
COMANDO DE ESTÁGIOS	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio com ambas as mãos e coloque-a no chão		3
LER E EXECUTAR	Feche seus olhos		1
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA	Escrever uma frase que tenha sentido		1
COPIAR DIAGRAMA	Copiar dois pentágonos com interseção		1
TOTAL			30



ANEXO 2

ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Nome: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data Aplicação: ____/____/____

ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (Versão Reduzida) □

- 1) Discordo Completamente
- 2) Discordo em Grande Parte
- 3) Discordo Parcialmente
- 4) Concordo Parcialmente
- 5) Concordo em Grande Parte
- 6) Concordo Completamente

1. Não tenho medo de expressar as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.

1 2 3 4 5 6

2. Frequentemente, me sinto “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.

1 2 3 4 5 6

3. Penso que é importante ter novas experiências que questionem a forma como pensamos acerca de nós mesmos e do mundo.

1 2 3 4 5 6

4. Para mim, manter relacionamentos sinceros com os outros tem sido difícil e frustrante. 1 2 3 4 5 6

5. Não tenho a noção do que pretendo alcançar na vida.

1 2 3 4 5 6

6. Quando revejo a minha vida, fico contente da forma como as coisas aconteceram.

1 2 3 4 5 6

7. Tenho tendência de me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.

1 2 3 4 5 6

8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo para conseguir fazer tudo o que preciso

fazer.

1 2 3 4 5 6

9. Sinto que no decorrer do tempo, consegui me desenvolver bastante como pessoa.

1 2 3 4 5 6

10. Sinto que aproveito muito as minhas amizades.

1 2 3 4 5 6

11. Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.

1 2 3 4 5 6

12. Gosto da maioria dos aspectos da minha personalidade.

1 2 3 4 5 6

13. Tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas com opiniões firmes.

1 2 3 4 5 6

14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma que me satisfaça.

1 2 3 4 5 6

15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes modificações ou melhorias na minha vida.

1 2 3 4 5 6

16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.

1 2 3 4 5 6

17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem certeza de que a minha vida tenha valido muito.

1 2 3 4 5 6

18. Em muitos aspectos me sinto desiludido(a) com o que alcancei na vida.

1 2 3 4 5 6

ANEXO 3



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 15 de dezembro de 2010

Ilmo (a) Sr. (a)
Ana Elisa Casara Tallmann

Nesta

Prezado (a) Pesquisador (a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**O cuidado gerontológico de enfermagem e o bem-estar psicológico do idoso longevo**”, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 15 de dezembro de 2010.

Registro **CEP/SD**: 1070.195.10.12

CAAE: 0112.0.091.085-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 15/06/2011

Atenciosamente

Prof. Dr.ª Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR