

Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

THAÍS CANO MIRANDA DE NÓBREGA

Análise da capacidade de resiliência e de seus preditores em
trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior do sul do Brasil

Maringá

2013

THAÍS CANO MIRANDA DE NÓBREGA

Análise da capacidade de resiliência e de seus preditores em
trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior do sul do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro
de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de
Maringá, como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Humana

Orientador: Profa Dra Maria Dalva de Barros
Carvalho

MARINGÁ

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

Miranda de Nóbrega, Thaís Cano

M672a Análise da capacidade de resiliência e de seus preditores em trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior do Sul do Brasil/Thaís Cano Miranda de Nóbrega. -- Maringá, 2013. 64 f.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Dalva de Barros Carvalho.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2013.

1. Resiliência. 2. Envelhecimento. 3. Trabalho. I. Carvalho, Maria Dalva de Barros, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 21.ed. 155.24

AHS

FOLHA DE APROVAÇÃO

THAÍS CANO MIRANDA DE NÓBREGA

Análise da capacidade de resiliência e seus preditores em
trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior do sul do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Profª Dra Maria Dalva de Barros Carvalho
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof Dr José Antônio Esper Curiati
Universidade de São Paulo

Profª Dra Rosângela Zigiotti de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em 22 de fevereiro de 2013

Local da defesa: sala 02, bloco 126, *campus* da Universidade Estadual de Maringá

AGRADECIMENTOS

Acredito que todas as oportunidades de aprendizado e crescimento que tive em minha vida foram concedidas pela energia divina que aproximou de mim pessoas fantásticas, sem as quais muitos de meus passos não teriam sido possíveis.

Agradeço à minha família maravilhosa: meu pai José Miranda, pelo exemplo de força, determinação e superação; minha mãe Maria de Jesus, pela sabedoria e suavidade e meus queridos irmãos Márcio e Marcos pela amizade e cumplicidade.

Agradeço ao meu marido Manuel, meu parceiro para todas as aventuras da vida! Obrigada por preencher os meus dias com alegria e amor.

Agradeço à Profa Dra Maria Dalva de Barros Carvalho, minha orientadora nesta pesquisa, que teve a habilidade de transformar nossos encontros em momentos extremamente prazerosos, não só com seus conhecimentos mas principalmente por seu espírito dinâmico e sua postura pró-ativa diante da vida.

Agradeço ao Prof Dr José Antônio Esper Curiati, meu mestre desde a residência em geriatria, meu amigo, meu exemplo de como um médico pode contribuir para o desenvolvimento humano transcendendo a abordagem técnica. Obrigada pelas correções do trabalho e principalmente por fazer parte da minha história.

Agradeço à profa Dra Rosângela Zigiotti de Oliveira pelas valorosas sugestões que contribuíram de forma incisiva na qualidade deste trabalho e pela oportunidade de aproximação com a vida acadêmica.

Agradeço à Profa Dra Rosângela Santana pela análise estatística da pesquisa e pela paciência e atenção que dedica a seus alunos.

Agradeço à Prof Dra Carmem Lucia Sartori da Rocha, que me introduziu na pesquisa científica desde a época do PIBIC, pelo seu exemplo de dedicação e doação.

Agradeço aos alunos da graduação em medicina Rafael Grossi e Amanda Coelho pela colaboração na coleta dos dados.

Agradeço ao chefe do SESMT da Universidade Estadual de Maringá Edvaldo Aragão, pela compreensão e flexibilidade que permitiram a realização desta pós-graduação no período adequado.

Agradeço a todos os participantes da pesquisa pelo tempo doado e disponibilidade.

Agradeço aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde pela orientação e colaboração em todas as etapas deste processo.

Agradeço a meus pacientes que diariamente me ensinam os caminhos bons e ruins do envelhecimento e estimulam minha curiosidade nos mais variados aspectos da vida.

Análise da capacidade de resiliência e seus preditores em trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior do sul do Brasil

RESUMO

Resiliência, ou capacidade para superar adversidades, vem sendo associada a várias facetas do envelhecimento. O objetivo deste trabalho foi identificar a capacidade de resiliência em trabalhadores com mais de 60 anos e estabelecer seus preditores. Foram entrevistados 175 idosos, funcionários de uma instituição de ensino do sul do Brasil e coletadas informações sobre a capacidade de resiliência, características sociodemográficas e ocupacionais, estilo de vida, multimorbidade e qualidade de vida relacionada à saúde. A capacidade de resiliência atingiu níveis elevados para o instrumento utilizado e a análise univariada com os testes estatísticos qui-quadrado e Fischer apontaram associação com escolaridade, cargo ocupado, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A análise logística multinomial e a análise multivariada apontaram apenas saúde mental e aspectos emocionais como determinantes para elevada resiliência. A escolaridade e o cargo ocupado apresentaram baixa frequência em algumas categorias impossibilitando a estimativa do intervalo de confiança. Vitalidade e aspectos sociais apesar de significativos, apresentaram-se como fatores de confusão na análise multivariada. A resiliência em trabalhadores idosos neste estudo foi determinada portanto, por fatores emocionais e saúde mental.

Analysis of resilience and its predictors in older workers from university institution in southern Brazil

ABSTRACT

Resilience, or ability to overcome adversity, has been associated with many facets of aging. The objective of this work was to identify the resilience in workers aged 60 years and over and establish its predictors. 175 people from this age group belonging to an educational institution of south Brazil were interviewed, and information about resilience has been collected, along with socio-demographic factors, occupational factors, health behavior and health-related quality of life. The resilience reached high levels for the instrument used and the with Chi-square and Fischer statistical tests on univariate analysis pointed to association with level of education, position held at work, vitality, mental health, social and emotional aspects. Logistic multinomial statistical analysis as well as multivariate analysis identified mental health and emotional aspects as the only determinant factors leading to a high resilience. Some categories of the population interviewed presented low frequency of level of education and the position held at work, therefore making it impossible to estimate their confidence interval. Vitality and social aspects, though significant, came up as confounding factors in the multivariate analysis. In this document, the resilience among elderly people was then determined by emotional factors and mental health.

LISTA DE TABELAS

Dissertação elaborada e formatada conforme
as normas da ABNT (Capítulos I e III) e
da publicação científica (Capítulo II)

SUMÁRIO

1CAPÍTULO I.....	12
INTRODUÇÃO.....	12
1.1.1ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO.....	12
1.1.2ENVELHECIMENTO E RESILIÊNCIA	13
1.1.3ENVELHECIMENTO E TRABALHO.....	13
JUSTIFICATIVA	14
OBJETIVOS.....	14
1.1.4Objetivo geral:.....	14
1.1.5Objetivos específicos:.....	14
CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	15
1.1.6Tipo do estudo.....	15
1.1.7 Casuística.....	15
1.1.8Critérios de exclusão.....	15
1.1.9Instrumentos	15
1.1.10Métodos.....	18
2CAPÍTULO II.....	19
3CAPÍTULO III.....	30
CONCLUSÕES.....	30
PERSPECTIVAS FUTURAS.....	31
4REFERÊNCIAS.....	32
5ANEXOS.....	37

1 CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Prolongar o tempo de vida é uma das grandes aspirações da humanidade. O avanço tecnológico vem possibilitando este fenômeno a passos cada vez mais largos e de modo global. Hoje, ainda que o mundo seja constituído predominantemente por jovens, o envelhecimento populacional torna-se cada vez mais evidente, mesmo nos países mais pobres. Em 2011 havia 893 milhões de pessoas no mundo com mais de 60 anos e este valor aumentará para 2,4 bilhões no ano de 2050¹.

Países em desenvolvimento estão à frente dos mais ricos na velocidade de crescimento da parcela populacional idosa, sendo o Brasil um dos principais representantes. Enquanto a França demorou um século para aumentar a população de idosos de 7 para 14%, o Brasil atingirá este índice somente nas próximas duas décadas, de 2011 a 2031². Dados sobre expectativa de vida ao nascer do brasileiro reforçam estas estatísticas e impressionam pelos números: 39 anos no período da Segunda Guerra Mundial³ e 74,08 anos em 2011⁴. Entre 1950 e 2025 o número de brasileiros idosos aumentará quinze vezes enquanto que a população geral como um todo crescerá cinco vezes no mesmo período³.

Viver mais é reflexo da prosperidade, das melhores condições sanitárias, do melhor controle de doenças infecto-contagiosas e de melhor suporte em saúde⁵. Porém, se por um lado o aumento no número de anos vividos merece comemoração, por outro gera preocupação em gestores de políticas públicas uma vez que a transição demográfica conduz necessariamente à transição epidemiológica. A maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas resultantes do envelhecimento populacional oneram os sistemas públicos e privados de saúde em todos os níveis de assistência, reforçados pelo modelo de abordagem focada na doença, instituídos na maioria dos países². As complicações decorrentes deste quadro frequentemente culminam com limitações, incapacidades e dependência e, de modo mais amplo, à perda de papéis sociais, isolamento, perda de senso de controle pessoal e perda de um sentido para a própria vida⁶. O grande desafio é associar qualidade à longevidade e fazer com que os anos vividos a mais, poucos ou muitos, sejam plenos de significado.

Apesar de grande parte das pesquisas envolvendo idosos estudarem esta fase da vida sob um prisma negativo, baseado no estudo de doenças e incapacidades, uma nova abordagem vem

ganhando força na literatura internacional, valorizando os aspectos positivos deste processo e o fortalecimento dos recursos e potencialidades em idades avançadas⁷.

Este conceito é reforçado pela compreensão de que doenças, apesar de frequentes, não são inexoráveis ao envelhecimento. A geriatria faz uma clara dissociação entre o envelhecimento normal, também chamado de senescência e o envelhecimento patológico, a senilidade. Enquanto o último caso sofre com a presença de enfermidades e limitações, o primeiro caracteriza-se pela redução fisiológica da resposta dos órgãos ao estresse, sem o envolvimento de doença⁸. Outro aspecto amplamente debatido entre os pesquisadores é a heterogeneidade do processo de envelhecimento, traduzida pela variabilidade funcional⁹, na qual indivíduos de mesma idade podem ter fenótipos completamente distintos. Assim, dependendo do potencial genético, dos comportamentos e cuidados em saúde ao longo da vida, seria possível mudar desfechos em saúde e bem-estar.

1.1.1 ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO

A caracterização de qualidade de vida e sucesso no processo de envelhecimento vem motivando pesquisas em todo o mundo, com discussões sobre a definição destes termos, seus preditores, modo de avaliação e prevalência nas diferentes culturas e populações.

Nos últimos cinquenta anos as discussões sobre este tema se intensificaram e muitos descritores já foram utilizados como envelhecimento ativo, saudável, robusto, positivo, entre outros¹⁰. Em revisão sistemática de literatura realizada em 2006¹¹ foram identificadas 29 definições para envelhecimento bem sucedido (EBS) em 28 estudos, envolvendo 14 características diferentes. Praticamente todas definições (n= 26) incluíram aspectos físicos como ausência de doenças e incapacidades, seguidas por aspectos cognitivos (n= 13), integração social (n= 8) e nenhum outro item esteve presente em mais de 50% dos trabalhos.

O conceito de sucesso no processo de envelhecimento pode ter várias interpretações, mas duas perspectivas são mais frequentemente utilizadas: uma que considera “estado de ser” e que possa ser medido de modo objetivo em um dado momento e outra que caracteriza um julgamento de valor pessoal e subjetivo^{12,13}.

Dentro da linha conceitual dos critérios objetivos, os autores Rowe e Kahn¹⁴ propuseram um modelo que considera aspectos físicos e funcionais como pilares para a longevidade. Segundo

os autores, o processo de envelhecimento pode ocorrer de forma patológica, quando ocorrem a manifestações de doenças; de forma típica com limitações e sintomas considerados como inerentes à idade avançada ou da forma bem-sucedida, com otimização das funções físicas e cognitivas¹⁴. A metodologia foi posteriormente ampliada¹⁵ e desde então vem sendo citada na literatura como uma grande referência ao estudo de EBS. Estes autores consideram como “bem sucedidas” as pessoas que em seu processo de envelhecimento atingiram os seguintes critérios: a) ausência de doenças e incapacidades b) manutenção da funcionalidade física e cognitiva e c) engajamento social e atividade produtiva. Assim, quanto mais funcional e menos doente, maior o bem-estar.

Em contraste com os critérios objetivos, pesquisadores que estudam aspectos subjetivos de EBS obtiveram dados interessantes, mostrando que os idosos enfatizam justamente as características adaptativas às incapacidades, bem como outros aspectos psicológicos como busca pelo sentido da vida, otimismo e relações sociais¹⁶.

Baltes e Smith¹⁷ caracterizaram EBS como uma adaptação comportamental e psíquica a perdas ao longo da vida e à realização de objetivos particulares a cada um. Os autores elaboraram a teoria da seleção, otimização e compensação que parte do pressuposto de que o curso da vida consiste em um roteiro com mudanças em relação aos meios e objetivos de vida. Quanto mais adaptado, maior o sucesso no processo de envelhecimento.

Em 2002, Strawbridge¹⁸ comparou a autoavaliação de EBS com os critérios propostos por Rowe e Kahn e obteve 50.3% de indivíduos que se consideravam portadores de EBS em comparação com 18,8% que preencheram os critérios objetivos. Em estudo com 205 idosos da comunidade, Montross¹⁹ identificou que 92% dos sujeitos se autoavaliaram com elevados escores de EBS mas somente 5% preencheram os três critérios de Rowe e Kahn. Os preditores da autoavaliação positiva de EBS neste trabalho foram otimismo, resiliência, habilidade física e cognitiva e qualidade de vida relacionada à saúde, enquanto depressão atuou como preditor negativo.

A resiliência, ou capacidade de responder positivamente a adversidades, vem sendo associada às teorias adaptativas para EBS^{17,20} e configura como um importante constructo psicológico para o enfrentamento de perdas inerentes ao processo de envelhecimento.

1.1.2 ENVELHECIMENTO E RESILIÊNCIA

O termo resiliência vem originalmente da física e descreve a capacidade que os materiais têm de absorver energia e retomar sua forma original²¹. Na psicologia, a resiliência é entendida como capacidade de enfrentamento a adversidades e qualidade de resistência e perseverança do ser humano face às dificuldades da vida²¹.

A resiliência pode explicar o envelhecimento bem sucedido e manutenção da qualidade de vida constatadas em idosos que avaliam suas vidas e saúde como satisfatórias, apesar de doenças e incapacidades²². A resiliência pode ser compreendida como a capacidade do indivíduo de manter-se bem, recuperar-se e ser bem-sucedido frente às adversidades²³.

As primeiras pesquisas sobre este tema concentraram-se em características físicas e psicológicas consideradas protetoras, ou seja, a capacidade de resiliência seria um conjunto de atributos individuais ou um traço da personalidade. Ao longo do tempo, a resiliência passou a ser entendida como um aspecto passível de ser aprendido e praticado, caracterizado pelo enfrentamento a estressores e identificação multidisciplinar de forças motivacionais²⁴. Segundo Gilgun²⁵, as teorias que explicam a resiliência precisam focar não somente na adversidade, mas sim, compreender o significado de cada experiência negativa individualmente: “o modo como as pessoas interpretam os eventos são primordiais para o modo como vão responder a eles”.

O estudo da resiliência em idades avançadas mostraram correlação positiva com função cognitiva, saúde física e autoavaliação de saúde^{26,27,28}, envelhecimento bem sucedido autorreferido^{19,22}, funcionalidade²⁹, aspectos sociais^{30,31,32} e aspectos emocionais^{33,22}. As duas últimas características parecem ter mais ênfase em estudos com idosos da comunidade. De acordo com Wagnild³⁴, indivíduos resilientes apresentam características como força interior, competência, otimismo e flexibilidade.

Assim, a resiliência pode ser estudada como uma ferramenta de ajustamento aos desafios ao longo da vida³³, que maximizam a capacidade individual para adaptação no processo de envelhecimento³⁵.

1.1.3 ENVELHECIMENTO E TRABALHO

É esperado que o impacto demográfico gerado pelo envelhecimento populacional contribua naturalmente para o aumento da razão de dependência nas sociedades, ou seja,

aumento na relação entre trabalhadores inativos e ativos. Neste contexto, países desenvolvidos e subdesenvolvidos vem adotando medidas que visam equilibrar o sistema de previdência social, na maioria das vezes afetando incisivamente a decisão individual de aposentadoria.

No caso dos países desenvolvidos, os incentivos à aposentadoria precoce tiveram como objetivo reduzir as taxas crescentes de desemprego na década de setenta³⁶ e explica a drástica queda na média de idade de indivíduos que passam para a inatividade. Dados europeus apontam para o aumento da razão de dependência de 25% em 2008 para 38% em 2030³⁷. A redução da população economicamente ativa (PEA) com idades entre 55 a 59 anos reduziu nos últimos anos em torno de 20% na Bélgica, Itália, França e Holanda, 35% na Alemanha 40% na Espanha, com taxas ainda maiores no Japão, Estados Unidos e Suíça³⁸.

Ao contrário dos países citados, o Brasil vem apresentando aumento da parcela de idosos na PEA, de acordo com estudos recentes e projeções para os próximos anos. O estudo de Camarano (2001) mostrou que em 1977 a PEA era composta por 4,5% de indivíduos com mais de 60 anos passando para 9% em 1998. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada³⁹ confirmam este achado, mostrando taxa de crescimento anual de 3,6% na participação de pessoas com mais de 60 anos na PEA, ou seja, cerca de 300.000 pessoas idosas são somadas a cada ano. Projeta-se que a proporção de homens idosos na PEA atingirá 10% na próxima década e a de mulheres 6%. Em 2005 Estados Unidos e Europa apresentaram taxas de atividade de homens idosos com 65 anos ou mais em torno de 18 e 7,7% respectivamente, contra 37,2% na América Latina⁴⁰.

No Brasil, as evidências encontradas na literatura que justificam a maior participação dos idosos na PEA são diversificadas. Mudanças na estrutura familiar, necessidade de manutenção da renda, falta de impedimentos legais à atividade laboral dos aposentados, melhora das condições de saúde⁵ associados às precárias perspectivas da ampliação do sistema previdenciário³⁹ acabam mantendo o trabalhador mais tempo em atividade laboral. Esta tendência de crescimento da oferta de trabalhadores idosos estabelece a importância de se planejar políticas que contemplem as habilidades e limitações desta população.

Estudos nacionais e internacionais sobre o perfil do trabalhador idoso, mostram associação positiva entre atividade laboral e condições de saúde, especialmente autonomia e mobilidade física^{41,42}. Em alguns estudos, o trabalho é descrito como fator positivo para a preservação de melhores condições de saúde⁴³ e em outros chega a ser apontado como um potente e independente fator preditivo de maior sobrevida⁴⁴.

Em estudo realizado na Suécia com 1792 trabalhadores de mais de 55 anos⁴⁵, buscou analisar os motivos que os levava a se manterem no trabalho até os 65 anos ou mais. Os resultados apontaram sensível diferença entre o desejo e a possibilidade real de aposentadoria. Indivíduos entre 60 a 64 anos responderam mais frequentemente que desejavam e podiam trabalhar até os 65 anos ou mais do que aqueles com faixa etária entre 55 a 59 anos. Os fatores mais associados à manutenção laboral nesta pesquisa foram os benefícios econômicos, saúde e decisão de aposentadoria de conjuges ou amigos próximos. Este último critério foi surpreendentemente o de maior evidência, suplantando até mesmo satisfação no trabalho, saúde e ambiente físico de trabalho.

Se por um lado a prorrogação da vida produtiva do brasileiro pode ter sua origem na manutenção de suas condições sociais e financeiras, por outro pode gerar benefícios individuais uma vez que a atividade laboral contribui para o convívio social, estimula novos objetivos e mantém funcionalidade dos indivíduos em idade avançada.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela importância da avaliação da capacidade de resiliência no processo de envelhecimento como ferramenta de suporte psicológico a eventos negativos da vida. Considerando a integração social e a atividade produtiva características inerentes ao processo de trabalho, idosos trabalhadores seriam fortes candidatos ao sucesso no processo de envelhecimento. O estudo de aspectos envolvidos com a capacidade de resiliência da população de idosos em atividade laboral pode contribuir para a identificação de características individuais preditoras de desfechos positivos associados ao envelhecimento. Quais as características preditoras da resiliência em idosos totalmente funcionais e quais as relações existentes entre resiliência e o perfil ocupacional do trabalhador idoso são hoje lacunas no conhecimento científico que subsidiam a realização deste estudo.

OBJETIVOS

1.1.4 Objetivo geral:

Identificar a capacidade de resiliência de idosos em atividade laboral e conhecer preditores sociodemográficos, ocupacionais, estilo de vida e qualidade de vida relacionada a saúde.

1.1.5 Objetivos específicos:

- Descrever a capacidade de resiliência dos sujeitos da pesquisa;
- Caracterizar os sujeitos em relação às variáveis sócio-demográficas;
- Identificar as características ocupacionais e índice de satisfação no trabalho;
- Identificar os índices de qualidade de vida relacionada à saúde
- Investigar o perfil de doenças crônicas – multimorbidade
- Conhecer o perfil de estilo de vida e hábitos saudáveis dos participantes.
- Relacionar a capacidade de resiliência com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, qualidade de vida, multimorbidade e estilo de vida.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

1.1.6 Tipo do estudo

Foi realizado estudo descritivo transversal

1.1.7 Casuística

Esta pesquisa representa uma interface do trabalho intitulado “Envelhecimento bem sucedido em trabalhadores idosos” e teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá (anexo 1).

A população estudada envolveu trabalhadores ativos da Universidade Estadual de Maringá acima de 60 anos. Em levantamento realizado em julho de 2011 constavam na instituição 309 funcionários nesta faixa etária. Com erro amostral de 5%, 175 pessoas foram sorteadas aleatoriamente. A partir de convite via telefone, os participantes foram entrevistados individualmente no próprio local de trabalho pela pesquisadora e por dois alunos de graduação em medicina treinados para a aplicação dos questionários. A pesquisa não foi autoadministrada, os entrevistadores leram as questões aos participantes e releeram em casos de dúvida, sem mudar o sentido das mesmas. O período de coleta dos dados ocorreu entre setembro de 2011 e abril de 2012. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2).

A escolha dos instrumentos utilizados neste estudo foi embasada pela validação para a língua portuguesa do Brasil e pela ampla utilização dos mesmos na literatura nacional e internacional.

1.1.8 Critérios de exclusão

- Afastamento do trabalho por motivo de doença
- Pessoas em processo de transferência para outras instituições.

1.1.9 Instrumentos

Foram utilizados seis questionários: dados sociodemográficos, dados ocupacionais, escala de qualidade de vida SF 36, multimorbidade, inquérito sobre estilo de vida e escala de resiliência, descritos e categorizados a seguir.

1.1.9.1 Variáveis independentes

Dados sociodemográficos (anexo 03)

- Sexo – categorias masculino e feminino
- Idade – registrada a partir da descrição do entrevistado e pela data de nascimento, categorizada em duas classes: menor ou igual a 64 anos e maior que 65 anos
- Etnia – foi perguntado ao participante como ele se descrevia em relação ao seu grupo étnico, categorizado em quatro classes: branco, pardo, negro e amarelo
- Estado civil – registrado a partir do relato do entrevistado, categorizado em quatro classes: casado(a) ou em união estável, solteiro(a), viúvo(a), divorciado(a)
- Escolaridade – foi questionado o número de anos de estudo, categorizado em quatro classes: menor que 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 12 anos e maior que 13 anos
- Renda familiar – apontado a partir do relato espontâneo sobre o valor absoluto da renda familiar, categorizado em seis classes: menor que R\$1.700,00; R\$ 1.701,00 a R\$ 4.249,00; R\$ 4.250,00 a R\$ 8.500,00 e mais que R\$ 8.500,00

Dados ocupacionais (anexo 04)

- Cargo ocupado - relato espontâneo sobre o cargo que ocupa em suas atividades laborais na Universidade Estadual de Maringá, categorizado em quatro funções: agente universitário de nível fundamental (zeladoria, manutenção, agente de segurança interna, auxiliar de agropecuária), agente universitário de nível médio (técnico em segurança do trabalho, técnico em biblioteca, técnico de laboratório, técnico administrativo), agente universitário de nível superior (engenheiro, advogado, médico, bioquímico, bibliotecário, psicólogo, assistente social) e docente.
- Tempo de trabalho na instituição – apontado a partir do relato do número de anos que o entrevistado trabalha na instituição. Categorizado em quatro classes: menos que nove anos, de dez a dezenove anos, de vinte a vinte e nove anos e acima de trinta anos.
- Desejo de aposentadoria – questionado se o participante optaria pela aposentadoria caso já pudesse gozar deste benefício, ou se mesmo com a possibilidade de se aposentar optaria por continuar trabalhando. Categorizado em duas classes: sim/não.
- Atividade laboral paralela – questionado se o participante executa outra atividade laboral remunerada concomitantemente com o trabalho na instituição. Categorizado em duas classes: sim/não.

- Satisfação com o trabalho - coletado mediante a seguinte pergunta: “o quão satisfeito você está com o seu trabalho?” e o entrevistado deveria apontar em uma escala *likert* de 1 a 5, desde muito insatisfeito até muito satisfeito.

Qualidade de vida (anexo 06)

Para a avaliação de qualidade de vida foi aplicada a escala *Medical Outcomes Study SF 36*. Esta escala foi validada para o uso no Brasil em 1999⁴⁶ e tem sido amplamente utilizada por ser um questionário de fácil administração e compreensão. A escala SF 36 é composta por 36 itens divididos em 8 domínios:

- Capacidade funcional - 10 itens: avalia a capacidade de realizar atos da vida cotidiana como caminhar, carregar compras, curvar-se e subir escadas.
- Aspectos físicos - 4 itens: avalia em que extensão problemas de saúde física limitam as atividades laborais e atividades cotidianas
- Dor - 2 itens: avalia a autopercepção de dor e o quanto este sintoma interfere nas atividades cotidianas
- Estado geral de saúde - 5 itens: avalia a percepção pessoal de saúde geral
- Vitalidade - 4 itens: avalia a percepção de fadiga e cansaço, vigor e energia
- Aspectos sociais - 2 itens: avalia a extensão e a quantidade de tempo que problemas de ordem física e emocional interferiram no convívio social
- Aspectos emocionais -3 itens: avalia em que extensão problemas de ordem emocional, como sentir-se deprimido ou ansioso, interfere nas atividades cotidianas e ocupacionais
- Saúde mental -5 itens: avalia o quanto o indivíduo tem se sentido feliz, calmo, tranquilo (como variáveis de bem-estar), abatido, deprimido ou nervoso (como variáveis de doença).

A pontuação deste instrumento varia de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde) para cada domínio, sendo seu score obtido conforme algoritmo descrito no manual publicado pelos autores, em software disponibilizado pelo *QualityMetric Incorporated*⁴⁷.

Os domínios foram posteriormente categorizados pelo método *K-means*, que consiste em obter categorias com menor variância dentro do grupo e maior entre os grupos.

Multimorbidade (anexo 07)

A avaliação da multimorbidade foi feita solicitando aos participantes que relatassem suas doenças crônicas, sendo aqui consideradas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, osteoporose, doença de Parkinson, acidente vascular encefálico, cardiopatias, doenças reumatológicas, câncer, doenças pulmonares, doenças da próstata e tireóide. Foram categorizados em 3 grupos: nenhuma doença crônica, 1 a 2 doenças crônicas e mais que 3 doenças crônicas.

Estilo de vida (anexo 07)

- Tabagismo - foi feita a pergunta “você fuma atualmente?” e categorizado em duas classes sim/não.
- Prática de atividade física - foi feita a pergunta “você pratica alguma atividade física (ao menos duas vezes na semana de caminhada, natação/hidro, corrida, jardinagem, ginástica, musculação, jogos competitivos)?”, categorizado em duas classes sim/não.
- Excesso de peso - foram considerados valores autorreferidos de peso e altura e calculado o índice de massa corpórea (IMC), interpretado de acordo com valores atribuídos à população idosa: eutrófico entre 23 e 27 e excesso de peso acima de 28⁴⁸.
- Consumo de álcool - foi considerado comportamento de risco a ingestão de no mínimo cinco doses de bebida alcoólica para homens e quatro doses para mulheres em um único episódio na última semana⁴⁹.

1.1.9.2 Variável dependente - Capacidade de resiliência (anexo 05)

Foi utilizada a escala de resiliência⁵⁰. Esta escala possui 25 itens com respostas do tipo *likert* variando entre 7 pontos desde (1) discordo totalmente e (7) concordo totalmente. Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com altos valores indicando alta resiliência. Esta escala foi validada para o uso no Brasil em 2005⁵¹. Os resultados foram categorizados em três grupos: baixa resiliência para pontuações menores que 120, moderada resiliência para valores de 121 a 145 e elevada resiliência para valores acima de 146³⁴.

1.1.10 Métodos

As associações entre a variável dependente resiliência e as variáveis independentes descritas acima foram inicialmente obtidos através dos testes estatísticos *qui-quadrado* e *Fischer*. Para as

variáveis que apresentaram significância ($p \leq 0,05$) foi calculada a razão de chances (odds ratio bruta). Como a categorização da resiliência foi feita em 3 classes (alta, média e baixa) utilizou-se o modelo logístico multinomial, tendo como referência o grupo de menor escore. Comparou-se portanto a capacidade de resiliência baixa x média e baixa x alta para as variáveis com significância estatística.

Posteriormente foi realizada análise multivariada a fim de analisar e afastar os fatores de confusão. O *software* SAS foi utilizado para as análises.

2 CAPÍTULO II

ANÁLISE DA CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA E DE SEUS PREDITORES EM TRABALHADORES IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO SUL DO BRASIL

Analysis of resilience and its predictors in older workers in southern Brazil

Resiliência em idosos trabalhadores – resilience in elderly workers

Thais Cano Miranda de Nóbrega – mestranda em Ciências da Saúde

Maria Dalva de Barros Carvalho – professora doutora do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde.

Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Maringá – Av Colombo 5790 bl 126 cep 87020-900 Maringá/Paraná, Brasil. Tel 55 44 3011 4564. Email: miranda.tha@gmail.com

Resumo

Resiliência, ou capacidade para superar adversidades, vem sendo associada a várias facetas do envelhecimento. O objetivo deste trabalho foi identificar a capacidade de resiliência em trabalhadores com mais de 60 anos e estabelecer seus preditores. Foram entrevistados 175 idosos, funcionários de uma instituição de ensino do sul do Brasil e coletadas informações sobre a capacidade de resiliência, características sociodemográficas e ocupacionais, estilo de vida, multimorbidade e qualidade de vida relacionada a saúde. A capacidade de resiliência atingiu níveis elevados para o instrumento utilizado e a análise univariada com os testes estatísticos qui-quadrado e Fischer apontaram associação com escolaridade, cargo ocupado, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A análise logística multinomial e a análise multivariada apontaram apenas saúde mental e aspectos emocionais como determinantes para elevada resiliência. A escolaridade e o cargo ocupado apresentaram baixa frequência em algumas categorias impossibilitando a estimativa do intervalo de confiança. Vitalidade e aspectos sociais apesar de significativos, apresentaram-se como fatores de confusão na análise multivariada. A resiliência em trabalhadores idosos neste estudo foi determinada portanto, por fatores emocionais e saúde mental.

Palavras-chave: Envelhecimento, resiliência, trabalho

Abstract

Resilience, or ability to overcome adversity, has been associated with many facets of aging. The objective of this work was to identify the resilience in workers aged 60 years and over and establish its predictors. 175 people from this age group belonging to an educational institution of south Brazil were interviewed, and information about resilience has been collected, along with socio-demographic factors, occupational factors, health behavior and health-related quality of life. The resilience reached high levels for the instrument used and the with Chi-square and Fischer statistical tests on univariate analysis pointed to association with level of education, position held at work, vitality, mental health, social and emotional aspects. Logistic multinomial statistical analysis as well as multivariate analysis identified mental health and emotional aspects as the only determinant factors leading to a high resilience. Some categories of the population interviewed presented low frequency of level of education and the position held at work, therefore making it impossible to estimate their confidence interval. Vitality and social aspects, though significant, came up as confounding factors in the multivariate analysis. In this document, the resilience among elderly people was then determined by emotional factors and mental health.

Key-words: elderly, resilience, work.

Introdução

Tradicionalmente, pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia se concentram no estudo de doenças, incapacidades e desfechos negativos frequentes em idades avançadas¹. A abordagem de aspectos psicológicos positivos do processo de envelhecimento vem ganhando força nos últimos anos, com ênfase na manutenção do bem-estar e no desenvolvimento de recursos e potencialidades². A resiliência insere-se neste contexto como uma faceta do funcionamento psíquico saudável³ e vem sendo associada ao envelhecimento bem sucedido (EBS)^{4,5,6}.

Apesar da ausência de uma definição homogênea para resiliência, ela é entendida como capacidade para superar adversidades e está associada a otimismo, senso de autoeficácia e flexibilidade⁷. Ser resiliente significa que o indivíduo tem habilidade de se adaptar frente a traumas, perdas e estressores⁸. A associação entre resiliência e EBS pode explicar o fato de alguns idosos avaliarem suas vidas como satisfatórias apesar de serem portadores de doenças e limitações. Estudos prévios mostraram elevadas taxas de autoavaliação positiva em relação ao processo de envelhecimento mesmo em indivíduos comprometidos fisicamente e com elevada capacidade de resiliência^{9,5}. As teorias psicológicas de EBS sustentam a capacidade adaptativa ao longo da vida como um pilar para o bem-estar em idades avançadas. Um dos trabalhos mais

marcantes desta linha foi o de Baltes e Smith¹⁰ com a teoria da seleção, otimização e compensação, que considera o curso da vida como um roteiro sujeito a mudanças que impulsiona os indivíduos a criarem vias alternativas para a obtenção de suas metas.

Estudos nacionais e internacionais sobre o perfil do trabalhador idoso, mostram associação positiva entre atividade laboral e condições de saúde, especialmente autonomia e mobilidade física^{13,14}. Em alguns estudos, o trabalho é descrito como fator positivo para a preservação de melhores condições de saúde¹⁵ e em outros chega a ser apontado como um potente e independente fator preditivo de maior sobrevida¹⁶.

O Brasil acompanha o fenômeno mundial de envelhecimento populacional a passos largos. A população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050¹⁷. Traçando um paralelo, o número de idosos brasileiros aumentará quinze vezes entre 1950 e 2025 enquanto a população geral crescerá cinco vezes no mesmo período¹⁸. De modo oposto ao observado nos países desenvolvidos, os brasileiros com mais de 60 anos estão aumentando sua participação na população economicamente ativa (PEA). Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostram taxa de crescimento anual de 3,6% na participação de pessoas com mais de 60 anos na PEA, ou seja, cerca de 300.000 pessoas idosas são somadas a cada ano¹⁹.

O objetivo deste trabalho foi identificar a capacidade de resiliência em pessoas com mais de 60 anos que continuam trabalhando e identificar preditores sociodemográficos, ocupacionais, estilo de vida e qualidade de vida relacionada a saúde. A hipótese inicial foi obter elevados índices de resiliência entre os participantes e ter como determinantes aspectos envolvidos com as características da população, como satisfação no trabalho, comportamentos saudáveis e saúde mental.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo e transversal, com trabalhadores ativos da Universidade Estadual de Maringá acima de 60 anos. Esta pesquisa representa uma interface do trabalho intitulado “Envelhecimento bem sucedido em trabalhadores idosos”, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá sob parecer 456/2011. Em levantamento realizado em julho de 2011 constavam na instituição 309 funcionários ativos nesta faixa etária. Com erro amostral de 5%, 175 pessoas foram sorteadas aleatoriamente. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, entre setembro de 2011 e abril de 2012, a partir de convite via telefone. Os critérios de exclusão

foram: afastamento do trabalho por motivo de doença ou estar em processo de transferência para outras instituições.

Os dados sociodemográficos coletados foram: sexo, idade (menor ou igual a 64 anos e maior que 65 anos), etnia, estado civil, escolaridade (menor que 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 12 anos e maior que 13 anos de estudo) e renda familiar (menor que R\$1.700,00; R\$ 1.701,00 a R\$ 4.249,00; R\$ 4.250,00 a R\$ 8.500,00 e mais que R\$ 8.500,00). Os dados ocupacionais foram: cargo ocupado e tempo de trabalho na instituição, desejo de aposentadoria, manutenção de atividade laboral paralela e satisfação com o trabalho. Este último foi coletado mediante a seguinte pergunta: “o quão satisfeito você está com o seu trabalho?” e o entrevistado deveria apontar em uma escala *likert* de 1 a 5, desde muito insatisfeito até muito satisfeito.

A avaliação da multimorbidade foi feita solicitando aos participantes que relatassem suas doenças, sendo aqui consideradas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, osteoporose, doença de Parkinson, acidente vascular encefálico, cardiopatias, doenças reumatológicas, câncer, doenças pulmonares, doenças da próstata e tireóide. Foram separados 3 grupos: nenhuma doença crônica, 1 a 2 doenças crônicas e mais que 3 doenças crônicas.

Em seguida foi aplicada a escala de resiliência²⁰. Esta escala possui 25 itens com respostas do tipo *likert* variando entre 7 pontos desde (1) discordo totalmente e (7) concordo totalmente. Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com altos valores indicando alta resiliência. Esta escala foi validada para o uso no Brasil em 2005²¹. Foram divididos em três grupos: baixa resiliência para pontuações menores que 120, moderada resiliência para valores de 121 a 145 e elevada resiliência para valores acima de 146⁷.

Para a avaliação de qualidade de vida foi aplicada a escala *Medical Outcomes Study SF 36*. Esta escala foi validada para o uso no Brasil em 1999²² e tem sido amplamente utilizada por ser um questionário de fácil administração e compreensão. A escala SF 36 é composta por 36 itens divididos em 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens) e mais 2 provenientes do agrupamento dos domínios (componente físico e componente mental). O instrumento avalia tanto os aspectos positivos da saúde (bem-estar) quanto os aspectos negativos (doença). A pontuação varia de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde), sendo seu score obtido conforme algoritmo descrito no manual publicado pelos autores, em software disponibilizado pelo *QualityMetric Incorporated*²³. Os domínios foram posteriormente categorizados pelo método

K-means, que consiste em obter categorias com menor variância dentro do grupo e maior entre os grupos.

Finalmente, foram abordadas variáveis pertinentes ao estilo de vida. Para avaliação de tabagismo foi feita a pergunta “você fuma atualmente?” com resposta dicotômica (sim/não), para prática de atividade física: “você pratica alguma atividade física (ao menos duas vezes na semana de caminhada, natação/hidro, corrida, jardinagem, ginástica, musculação, jogos competitivos)?”, também com resposta dicotômica (sim/não). Com relação ao item excesso de peso foram considerados valores autoreferidos de peso e altura e calculado o índice de massa corpórea (IMC), interpretado de acordo com valores atribuídos à população idosa (eutrófico entre 23 e 27 e excesso de peso acima de 28)²⁴. Para o item consumo de álcool foi considerada como comportamento de risco a ingestão de no mínimo cinco doses de bebida alcoólica para homens e quatro doses para mulheres em um único episódio na última semana²⁵.

As associações entre resiliência (variável dependente) e aspectos sociodemográficos, ocupacionais, multimorbidade e estilo de vida (variáveis independentes) foram inicialmente obtidos através dos testes estatísticos *qui-quadrado* e *Fischer*. Para as variáveis que apresentaram significância ($p \leq 0,05$) foi calculada a razão de chances (*odds ratio* bruta). Como a categorização da resiliência foi feita em 3 classes (alta, média e baixa) utilizou-se o modelo logístico multinomial, tendo como referência o grupo de menor escore. Comparou-se portanto a capacidade de resiliência baixa x média e baixa x alta para as variáveis com significância estatística.

Posteriormente foi realizada análise multivariada (*odds ratio* ajustada) a fim de analisar e afastar os fatores de confusão. O *software* SAS foi utilizado para as análises.

Resultados

As entrevistas foram individuais e tiveram duração de 40 minutos em média. Não houve desistência após o início da entrevista e todos os participantes tiveram supervisão dos pesquisadores.

A amostra foi composta por 63,43% de homens, 79,92% com idade entre 60 e 65 anos e 71,43% da raça branca, porém, com representantes de todas as etnias. Com relação à escolaridade, 61,14% dos entrevistados estudaram mais de 13 anos e apenas 16% estudaram menos de 4 anos. Declararam-se casados ou em união estável 76,57% dos participantes. A renda familiar de 34,85% dos sujeitos foi maior que R\$8500,00 e menor que R\$ 1700,00 em 11,42% (tabela 1).

Com relação às variáveis ocupacionais, 94,85% dos entrevistados se colocaram como satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho na Instituição, 64% estavam trabalhando há mais de 20 anos no local e 61,14% não desejavam se aposentar no momento da abordagem. A distribuição por cargos apontou a atividade de docência e agentes universitários de nível fundamental como os mais prevalentes na amostra. Apenas 13,14% trabalhavam em outra atividade além da exercida na Instituição (tabela 1).

Tabela 1: Número e percentual das variáveis sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior em Maringá – PR, 2012.

CARACTERES		TOTAL N = 175	
		N	%
SEXO	MASC	111	63,42
	FEM	64	36,58
IDADE	< 65	139	79,42
	> 65	36	20,58
ETNIA	PARDO	22	12,57
	BRANCO	125	71,43
	NEGRO	15	8,57
	AMARELO	13	7,43
ESCOLARIDADE	<4 ANOS	28	16
	5 – 8	18	10,29
	9 – 12	22	12,57
	> 13	107	61,14
ESTADO CIVIL	CASADO	134	76,57
	VIUVO	10	5,73
	DIVORCIADO	18	10,28
	SOLTEIRO	13	7,42
RENDA FAMILIAR	<1700	20	11,43
	1700 - 4250	64	36,57
	4250 - 8500	30	17,15
	> 8500	61	34,85
CARGO OCUPADO	AU FUND	60	34,28
	AU MED	29	16,57
	AU SUP	16	9,15
	DOCENTE	70	40,00
TEMPO TRABALHO	< 10	9	5,14
	10 – 19	54	30,86
	20 - 29	57	32,57
	>30	55	31,43
DESEJO APOSENTADORIA	SIM	66	38,15
	NÃO	109	61,85
TRABALHO PARALELO	SIM	23	13,14
	NÃO	152	86,86
SATISFAÇÃO TRABALHO	1	0	0
	2	2	1,15
	3	7	4
	4	85	48,57
	5	81	46,28

*Agente universitário de nível fundamental: zeladoria, manutenção, agente de segurança interna, auxiliar de agropecuária

**Agente universitário de nível médio: técnico em segurança do trabalho, técnico em biblioteca, técnico de laboratório, técnico administrativo

***Agente universitário de nível superior: engenheiro, advogado, médico, bioquímico, bibliotecário, psicólogo, assistente social

A avaliação de qualidade de vida pela escala SF 36 mostrou maiores pontuações nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental e a avaliação de multimorbidade constatou que 74,29% da amostra eram portadores de ao menos uma doença crônica (tabela 2). Quanto às variáveis correspondentes ao estilo de vida, apenas 8% da amostra declararam-se tabagistas, 6,29% com comportamento de risco para ingestão de álcool e 43,86% portadores de sobrepeso. A prática de atividade física de modo regular foi relatada por 59,43% dos sujeitos (tabela 2).

Tabela 2: Número e percentual das variáveis qualidade de vida- SF 36, multimorbidade e estilo de vida de trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior em Maringá- PR, 2012.

CARACTERES			TOTAL	
			N = 175	
			N	%
ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA SF 36	CAPACIDADE FUNCIONAL	<70	24	13,71
		70 – 90	48	27,43
		>90	103	58,86
	ASPECTOS FÍSICOS	<75	27	15,43
		≥75	148	84,57
	DOR	<52	40	22,86
		52 - 84	46	26,29
		85 - 99	34	19,43
		100	55	31,42
	ESTADO GERAL DE SAÚDE	<62	60	34,27
		62 - 77	26	14,85
		78 - 87	34	19,43
		>87	55	31,45
	VITALIDADE	< 68,75	28	16
		≥68,75	147	84
	ASPECTOS SOCIAIS	<75	31	17,71
		≥75	144	82,29
	ASPECTOS EMOCIONAIS	<75	29	16,57
		≥75	146	83,43
SAÚDE MENTAL	<75	41	23,43	
	≥75	134	76,57	
MULTIMORBIDADE	NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS	0	45	25,71
		1 A 2	102	58,29
		≥ 3	28	16
ESTILO DE VIDA	TABAGISMO	SIM	14	8
		NÃO	161	92
	ÁLCOOL	SIM	11	6,29
		NÃO	164	93,71
	ATIVIDADE FÍSICA	SIM	104	59,43
		NÃO	71	40,57
EXCESSO PESO	SIM	75	42,86	
	NÃO	100	57,14	

Quanto à capacidade de resiliência, 4,57% da amostra foi classificada como portadora de baixa resiliência, 41,14% resiliência moderada e 54,8% elevada resiliência (tabela 3), com média de 146,29, pontuação mínima de 111 e máxima de 175. A análise univariada apontou correlação significativa entre resiliência e escolaridade, cargo ocupado e quatro domínios da escala de

qualidade de vida: vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (tabelas 3 e 4). Apesar de significativa, não houve precisão na estimativa da razão de chances para cargo ocupado e escolaridade, uma vez que algumas categorias apresentaram frequência zero para resiliência baixa.

Tabela 3: Análise univariada para resiliência e características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores idosos de uma instituição de ensino superior em Maringá-PR, 2012.

CARACTERES		BAIXA	MEDIA	ALTA	P
		< 120	121 a 145	> 146	
		%	%	%	
SEXO	MASC	2,86	26,29	34,29	0,99
	FEM	1,71	14,86	20	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
IDADE (em anos)	< 65	2,86	33,71	42,86	0,42
	≥ 65	1,71	7,43	11,43	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
ETNIA	PARDO	0,57	4,57	7,43	0,49
	BRANCO	2,86	28	40,57	
	NEGRO	0,57	5,14	2,86	
	AMARELO	0,57	3,43	3,43	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
ESCOLARIDADE (em anos)	≤ 4	0	5,14	10,86	0,01
	5 – 8	0,57	2,29	7,43	
	9 – 12	2,29	4	6,29	
	> 13	1,71	29,71	29,71	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
ESTADO CIVIL	CASADO	2,86	32	41,71	0,52
	VIÚVO	0,57	1,14	4	
	DIVORCIADO	0,57	4,57	5,14	
	SOLTEIRO	0,57	3,43	3,43	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
RENDA FAMILIAR (em reais)	≤ 1.700,00	0	3,43	8	0,32
	1.700,00 - 4.250,00	3,43	13,71	19,43	
	4.250,00 - 8.500,00	0	7,43	16,57	
	≥ 8.500,00	1,14	16,57	17,14	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
CARGO OCUPADO	AU FUND*	2,86	10,29	21,14	0,00
	AU MED**	0	8	8,57	
	AU SUP***	1,71	1,71	5,71	
	DOCENTE	0	21,14	18,86	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
TEMPO DE TRABALHO (em anos)	≤ 9	0	1,71	3,43	0,72
	10 – 19	1,71	11,43	17,71	
	20 - 29	1,71	12	18,86	
	≥ 30	1,14	16	14,29	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
DESEJO DE APOSENTADORIA	SIM	2,89	12,14	23,12	0,06
	NÃO	1,73	29,48	30,64	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
TRABALHO PARALELO	SIM	1,14	4,57	7,43	0,52
	NÃO	3,43	36,57	46,86	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	
SATISFAÇÃO COM O TRABALHO	1	0	0	0	0,30
	2	0	0,57	0,57	
	3	0,57	1,14	2,29	
	4	3,43	20,57	24,57	
	5	0,57	18,86	26,86	
	TOTAL	4,57	41,14	54,29	

*Agente universitário de nível fundamental: zeladoria, manutenção, agente de segurança interna, auxiliar de agropecuária

**Agente universitário de nível médio: técnico em segurança do trabalho, técnico em biblioteca, técnico de laboratório, técnico administrativo

***Agente universitário de nível superior: engenheiro, advogado, médico, bioquímico, bibliotecário, psicólogo, assistente social

Tabela 4: Análise univariada para resiliência e os domínios de qualidade de vida - SF36, multimorbidade e estilo de vida de trabalhadores idosos de instituição de nível superior em Maringá- PR, 2012.

CARACTERES		RESILIÊNCIA			p	
		BAIXA	MÉDIA	ALTA		
		< 120	121 a 145	> 146		
		%	%	%		
ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA SF 36	CAPACIDADE FUNCIONAL	<70	1,71	6,86	5,14	0,07
		70 – 90	1,71	12	13,71	
		>90	1,14	22,29	35,43	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
	ASPECTOS FÍSICOS	<75	1,71	5,71	8	0,20
		≥75	2,86	35,43	46,29	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
	DOR	<52	1,71	10,29	10,86	0,28
		52 - 84	1,71	12,57	12	
		85 - 99	0	8,57	10,86	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
	ESTADO GERAL SAÚDE	<62	2,29	16	16	0,27
		62 - 77	1,14	6,86	6,86	
		78 - 87	0	8,57	10,86	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
	VITALIDADE	< 68,75	3,43	6,86	5,71	<0,0001
		≥ 68,75	1,14	34,29	48,57	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
ASPECTOS SOCIAIS	<75	2,29	8,57	6,86	0,01	
	≥75	2,29	32,57	47,43		
	TOTAL	4,57	41,14	54,29		
ASPECTOS EMOCIONAIS	<75	3,43	6,86	6,29	0,00	
	≥75	1,14	34,29	48		
	TOTAL	4,57	41,14	54,29		
SAÚDE MENTAL	<75	3,43	10,29	9,71	0,00	
	≥75	1,14	30,86	44,57		
	TOTAL	4,57	41,14	54,29		
MULTIMORBIDADE	NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS	0	1,71	9,14	14,86	0,31
		1 a 2	2,29	27,43	28,57	
		> 3	0,57	4,57	10,86	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
ESTILO DE VIDA	TABAGISMO	SIM	0	2,86	5,14	0,58
		NÃO	4,57	38,29	49,14	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
	ÁLCOOL	SIM	0,57	1,71	4	0,37
		NÃO	4	39,43	50,29	
		TOTAL	4,57	41,14	54,29	
ATIVIDADE FÍSICA	SIM	2,86	25,71	30,86	0,77	
	NÃO	1,71	15,43	23,43		
	TOTAL	4,57	41,14	54,29		
EXCESSO PESO	SIM	2,29	18,29	22,29	0,83	
	NÃO	2,29	22,86	32		
	TOTAL	4,57	41,14	54,29		

A tabela 5 mostra a razão de chances para análise univariada (*odds ratio* bruta), calculada com intervalo de confiança de 95% e a análise multivariada (*odds ratio* ajustada). Para o modelo resiliência baixa x média, os domínios saúde mental e aspectos emocionais são apontados como

determinantes. Os participantes com pontuação elevada no domínio saúde mental apresentaram 12,4 vezes mais chance de possuir resiliência média do que baixa e aqueles com elevadas pontuações no domínio aspectos emocionais apresentaram 22,47 vezes mais chance de possuir resiliência média do que baixa. Para o modelo resiliência baixa x alta, o domínio aspectos emocionais foi o único determinante, tendo os participantes de elevada pontuação neste domínio 15 vezes mais chance de apresentarem resiliência alta do que baixa. Os domínios vitalidade e aspectos sociais mostraram-se fatores de confusão nesta análise.

Tabela 5: Análise uni e multivariada para aspectos associados à resiliência de trabalhadores idosos de instituição de nível superior em Maringá- PR, 2012.

CARACTERES		RESILIÊNCIA BAIXA X MÉDIA				RESILIÊNCIA BAIXA X ALTA			
		ODDS RATIO BRUTA	IC	ODS RATIO AJUSTADA	IC	ODDS RATIO BRUTA	IC	ODDS RATIO AJUSTADA	IC
SF 36 - VITALIDADE	< 68,75	1	0	1	0	1	0	1	0
	≥ 68,75	2,47	0,54 - 11,15	0,20	0,02 - 1,84	8,88	1,91 - 41,21	1,01	0,12 - 8,43
SF 36 - ASPECTOS SOCIAIS	<75	1	0	1	0	1	0	1	0
	≥75	3,80	0,85 - 16,99	0,35	0,04 - 2,95	6,91	1,52 - 31,38	0,56	0,06 - 4,66
SF 36 - ASPECTOS EMOCIONAIS	<75	1	0	1	0	1	0	1	0
	≥75	15,00	2,69 - 83,44	22,47	2,35 - 214,59	22,90	4,10 - 127,84	15,52	1,72 - 139,70
SF 36 - SAÚDE MENTAL	<75	1	0	1	0	1	0	1	0
	≥75	9,00	1,66 - 48,62	12,45	1,18 - 131,16	13,76	2,55 - 74,16	7,16	0,71 - 71,72

Discussão

Em contraposição à tendência de abordagem de doenças e incapacidades no envelhecimento, o presente estudo reforça os aspectos positivos neste processo, colocando a resiliência como um instrumento para manutenção do bem-estar. Não foi abordado o comportamento da resiliência frente a uma adversidade específica, foi optado por contextualizá-la como um traço pessoal a fim de analisar seus preditores em idosos totalmente funcionais. A elevada pontuação na escala de resiliência e a associação com fatores emocionais e saúde mental confirmam parte das hipóteses inicialmente propostas. A média da pontuação para a escala de resiliência é 140 – 148 pontos envolvendo todas as faixas etárias⁷ e este trabalho obteve 146,29 pontos de média, com 54,29% dos participantes apresentando alta resiliência.

Os domínios aspectos emocionais e saúde mental da escala de qualidade de vida SF36 trazem informações sobre o quanto o indivíduo tem suas atividades diárias limitadas por sintomas depressivos e ansiosos e o quanto ele se sente feliz, calmo, tranquilo (como variáveis de bem-estar), abatido, deprimido ou nervoso (como variáveis de doença), respectivamente. No presente trabalho, os participantes com maiores pontuações nestes domínios tiveram mais chance de serem classificados como mais resilientes, ou seja, quanto menor a limitação por fatores emocionais, maior a capacidade de resiliência. Esta avaliação dos aspectos emocionais e saúde mental se restringiu aos domínios da escala de qualidade de vida. Outros autores ampliaram esta investigação e envolveram alguns traços da personalidade como otimismo, autoestima, determinação, curiosidade e bom-humor^{26,27,28}. Estas características não foram alvo da pesquisa e portanto não foram exploradas. Ainda que não tão ampla, os resultados deste estudo confirmam dados da literatura e denotam a necessidade de abordagem psíquica como ferramenta para a promoção da resiliência nesta faixa etária.

A capacidade de resiliência não foi associada a variáveis de saúde física como multimorbidade, dor e aspectos físicos da escala SF36. Este resultado não confirma outros dados de literatura em que esta associação se deu de modo positivo. Contudo, boa parte dos trabalhos estudaram a saúde física como desfecho e não como preditor, o que não foi o caso do presente trabalho^{29,30}. A prevalência de doenças crônicas nesta pesquisa foi semelhante à população geral de idosos, laboralmente ativos e inativos. Um estudo transversal representativo da população nos Estados Unidos com 1,2 milhões de usuários do *Medicare* mostrou 82% dos idosos portadores de ao menos 1 doença crônica³¹. No Brasil, estudos epidemiológicos sobre a prevalência de ao menos uma doença crônica autorreferida em idosos mostraram taxas de 75,1% na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE, 2003) e 90% no estudo Saúde, Bem-estar e

Envelhecimento (SABE)³². Este trabalho apresentou 74,3% de portadores de ao menos uma doença crônica.

Dados demográficos são frequentemente citados como não associados a capacidade de resiliência, incluindo aspectos financeiros¹ e poucos trabalhos abordam o estilo de vida. Perna, em 2012³³, mostrou correlação entre resiliência e comportamentos saudáveis em idosos como praticar atividade física e consumir frutas e vegetais, utilizando a Escala de Resiliência. Os dados obtidos nesta pesquisa não apontaram correlação com tabagismo, comportamento de risco para álcool, prática de atividade física ou excesso de peso.

Apesar de a Universidade Estadual de Maringá ser uma instituição pública e possuir características peculiares na relação ocupacional como estabilidade e incentivos financeiros de acordo com a progressão da escolaridade, notam-se semelhanças em relação à população geral de idosos brasileiros inseridos no mercado de trabalho. Em 2004, Wajnman¹⁹ publicou estudo referente ao perfil do trabalhador acima de 60 anos no Brasil em 2002 e dentre outros achados, constatou maior prevalência de homens (71%), concentração no grupo de 60 a 64 anos (45%) e dois picos de atividade quanto à escolaridade – menor que 4 anos e maior que 11 anos. Neste trabalho a autora discutiu a qualificação como um fator importante para a atividade laboral e a necessidade de renda dos menos favorecidos. O presente estudo apontou o mesmo padrão de distribuição, reforçado pelos elevados índices de participação dos docentes e agentes universitários de nível fundamental.

Não houve correlação entre resiliência e qualquer variável ocupacional, portanto a hipótese de que a satisfação no trabalho tivesse influência na resiliência não foi confirmada neste estudo. A maioria dos entrevistados não desejava a aposentadoria no momento da abordagem e se declararam satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho. Estudos internacionais mostram que o desejo de manter a atividade econômica em pessoas com idade avançada pode estar relacionado a maior esperança de sobrevida³⁴, saúde¹⁴, qualidade e satisfação no trabalho³⁵. Em estudo realizado na Suécia com 1792 trabalhadores de mais de 55 anos, Nilsson¹¹ buscou analisar os motivos que os levava a se manterem no trabalho até os 65 anos ou mais. Os resultados apontaram sensível diferença entre o desejo e a possibilidade real de aposentadoria. Indivíduos entre 60 a 64 anos responderam mais frequentemente que desejavam e podiam trabalhar até os 65 anos ou mais do que aqueles com faixa etária entre 55 a 59 anos. Os fatores mais associados à manutenção laboral nesta pesquisa foram os benefícios econômicos, saúde pessoal e decisão de aposentadoria de cônjuges ou amigos próximos. O desejo de aposentar é um tema complexo, que envolve aspectos individuais, econômicos e ambientais. Apesar de não ter sido objetivo deste estudo, os elevados

índices de satisfação no trabalho podem ter tido influência no posicionamento da aposentadoria dos participantes.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, a começar pelo desenho transversal que não permite estabelecer relações de causalidade e o caráter observacional, cujas respostas dos indivíduos são sujeitas a erros devido a expectativas subjetivas diante do avaliador. O pequeno número de participantes com baixa resiliência contribuiu para a imprecisão do modelo, impondo cautela na interpretação dos resultados. Quanto à Escala de Resiliência, os próprios autores realizaram revisão de 12 trabalhos em 2009 e constataram como viés a inclinação dos sujeitos a marcarem a faixa superior das pontuações possíveis e a escolherem opções socialmente aceitáveis⁷. Esta postura também foi observada nas respostas dos participantes da presente pesquisa. Indivíduos com baixa escolaridade mostraram dificuldade de entendimento na pontuação *likert* da escala de resiliência, tendendo a respostas qualitativas – sim/não, ao invés de quantificar o nível de concordância em cada item. Os mais escolarizados por outro lado, apresentaram dificuldades devido à subjetividade dos temas e autoanálise necessária para a adequada pontuação da escala.

A escolha de um subgrupo da população de idosos, somente os trabalhadores, teve justamente o objetivo de excluir algumas adversidades frequentemente observadas nesta faixa etária como isolamento social, ausência de renda, perda de funcionalidade e falta de objetivos que podem ser supridos pelo trabalho. Portanto, estes dados não devem ser extrapolados para os idosos da comunidade.

Os resultados apresentados neste trabalho ressaltam a importância do estabelecimento de políticas e estratégias em saúde que envolvam a busca e a valorização de aspectos emocionais para a promoção da qualidade e bem-estar ao longo da vida. Devido à heterogeneidade do processo de envelhecimento, mais estudos são necessários para o entendimento da capacidade de resiliência em idosos com diferentes realidades e linhas de pesquisa longitudinais são fundamentais para o estabelecimento da relação de causalidade.

Agradecimentos

Conflitos de interesse: os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Papel dos autores: Thais Cano Miranda de Nóbrega: elaboração do projeto de pesquisa, coleta dos dados, análise dos dados e interpretação dos resultados, confecção do artigo. Maria Dalva de Barros Carvalho: elaboração do projeto de pesquisa, análise dos dados e interpretação dos resultados, orientação da pesquisa, revisão do artigo.

Patrocinadores: não houve.

Referências

1. HARDY SE, CONCATO J, GILL T. Resilience of community-dwelling older persons. *JAGS* 2004; 52: 257 – 262.
2. SELIGMAN M, CSIKSENTMIHAVI M. Positive psychology: an introduction. *Am psychologist* 2000; 55: 5 – 14.
3. ROZANSKI A; KUBZANSKY LD. Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosom Med* 2005; 67 supl: 47–53.
4. HARDY SE; CONCATO J; GILL TM. Stressful life events among community-living older persons. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 832–838.
5. MONTROSS LP; DEPP C; DALY J et al. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 43-51.
6. SCHULZ R; HECKHAUSEN J. A life span model of successful aging. *Am Psychol* 1996; 51: 702–714.
7. WAGNILD G. A Review of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* 2009; 17: 105-113.
8. NEWMAN, R. APA's resilience initiative. *Psychol. Res* 2005; 36: 227–229.
9. STRAWBRIDGE WJ; WALLHAGEN MI; COHEN RD. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist* 2002; 42: 727–733.
10. BALTES PB; SMITH J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 2003; 49: 123–135.
11. NILSSON K; HYDBOM AR; RYLANDER L. Factors influencing the decision to extend working life or retire. *Scand J Work Environ Health* 2011; 37: 473-480.
12. ROWE JW; KAHN RL. *Successful aging*. New York NY: Pantheon Books 1998.
13. GIATTI L; BARRETO S. M. Health, work and aging in Brazil. *Cad Saude Publica* 2003; 19: 759-771.
14. ROBERTS J; RICE N; JONES AM. Early Retirement Among Men in Britain and Germany: How Important is Health? *The Geneva Papers* 2010; 35: 644–667.
15. CARPENTER LM. *Health-Related Selection and Mortality in Employees of the United Kingdom Atomic Energy Authority*, Tese, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 1990.
16. BLANC PD; KATZ P; YELIN E. Mortality risk among elderly workers. *American Journal of Industrial Medicine* 1994: 543-547.

17. VERAS RP. International experiences and trends in health care models for the elderly. *Cien Saude Colet* 2012; 17: 231-238.
18. KALACHE A; VERAS RP; RAMOS LR. The aging of the world population. A new challenge, *Rev Saude Publica* 1987; 21: 200-210.
19. WAJNMAN S; OLIVEIRA AMHC; OLIVEIRA LO. Os Idosos no Mercado de Trabalho: Tendências e Conseqüências. In: *Os novos idosos: Muito Além dos 60?* 2004: 453 – 481.
20. WAGNILD G; YOUNG H. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993; 1: 165 – 178.
21. PESCE RP; ASSIS SG, AVANCI JQ, et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 436-448.
22. CICONELLI RM; ROZANA M; FERRAZ MB et al. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 143-150.
23. WARE JE; SNOW KK; KOSINSKI M et al. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center, 1993.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Anales da 36a Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en salud. Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington (DC), 2001.
25. BRASIL. Secretaria Nacional Anti-drogas. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília-DF, 2007.
26. LAMOND, A. J.; DEPP, C. A.; ALLISON, M. et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women, *J Psychiatr Res* 2008; 43: 148– 154.
27. BONANNO GA; GALEA S; BUCCIARELLI A. et al. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources and life stress. *Death Studies* 2007; 31: 863 – 883.
28. FOSTER JR. Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: an interpretation of epidemiologic data. *Psychiatr Q* 1997; 68: 189 – 219.
29. LEPPERT K; GUNZELMANN T; SCHUMACHER J; STRAUSS, B; BRAHLER E. Resilience as a protective personality characteristic in the elderly. *Psychother, Psychosom, Med Psychol* 2005; 55: 365–9.
30. CALTABIANO ML; CALTABIANO NJ. Resilience and health outcomes in the elderly, in *Proceedings of the 39th Annual Conference of the Australian Association of Gerontology*, 2006.
31. WOLFF JL; STARFIEL B; ANDERSON G. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Ann Intern Med* 2002; 162: 2269-2276.
32. LEBRÃO ML; LAURENTI R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8: 127-41.
33. PERNA L; MIELCK A; LACRUZ ME et al. Socioeconomic position, resilience, and health behavior among elderly people. *Int J Public Health* 2012; 57: 341–349.
34. HURD, M. D.; SMITH, J. P.; ZISSIMOPOULOS, J. M. The effects of subjective survival on retirement and social security claiming. *J Applied Econometr* 2004; 19: 761–775.

35. SIEGRIST, J.; WAHRENDORF, M.; VON DEM KNESEBECK, O.; JURGES, H.; BOSCH-SUPAN, A. Quality of work, well-being and intended early retirement of older employees – baseline results from the SHARE Study. *Eur J Pub Health* 2007; 17: 62-68.

3 CAPÍTULO III

CONCLUSÕES

Esta pesquisa envolveu a participação de trabalhadores com mais de 60 anos de idade para avaliação de aspectos envolvidos com a capacidade de resiliência. Os resultados indicaram elevados índices de resiliência, tendo como preditores saúde mental e aspectos emocionais. Tais resultados ressaltam a importância do estabelecimento de políticas e estratégias em saúde que envolvam a busca e a valorização destas características para a promoção da qualidade e bem-estar ao longo da vida.

Pesquisas sobre aspectos positivos do processo de envelhecimento ganham força a medida que as sociedades sofrem os impactos das profundas transformações em sua estrutura etária. É bem estabelecido e valorizado na literatura médica o estudo de desfechos negativos como doenças e limitações em idades avançadas, devido à ampliação de conhecimentos em terapêutica, reabilitação e estabilização de condições crônicas. Contudo, é imprescindível o avanço em linhas de pesquisa direcionadas para o desenvolvimento de habilidades que fortaleçam a capacidade de enfrentamento, a adaptação e a superação dos desafios neste processo. O combate a doenças físicas é de extrema importância, porém o equilíbrio estabelecido com aspectos psíquicos positivos certamente contribuirá para o sucesso no processo de envelhecimento em sua forma mais ampla.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Devido ao caráter observacional e transversal deste estudo, é fundamental que os resultados aqui descritos sejam detalhadamente analisados por meio de pesquisas com desenho longitudinal, com o objetivo de estabelecer a relação de causalidade entre as variáveis.

Diante da heterogeneidade característica do processo de envelhecimento, estudos sobre a resiliência com idosos em diferentes realidades pode contribuir para maior entendimento deste traço psíquico considerado protetor às adversidades ao longo da vida.

4 REFERÊNCIAS

1. UNFPA. **The State of World Population**, 2011. Disponível em: <http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/EN-SWOP2011-FINAL.pdf>. Acesso em setembro 2012.
2. VERAS, R. P. International experiences and trends in health care models for the elderly. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 1, p. 231-8, 2012.
3. KALACHE, A., VERAS, R. P., RAMOS, L. R. The aging of the world population. A new challenge, **Rev Saude Publica**, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.
4. IBGE. Pesquisa nacional por amostras de domicílios. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 2011.
5. CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 2ª ed Rio de Janeiro, 2006.
6. PASCHOAL, S.M.P Qualidade de vida. In **Avaliação Global do Idoso**. Ed Atheneu, São Paulo, p. 59 – 74, 2005.
7. SELIGMAN, M.; CSIKSENTMIHAVI, M. Positive psychology: an introduction. **Am psychologist**, v.55, p. 5 – 14, 2000.
8. KANE RL, OUSLANDER JG, ABRASS IB. **Geriatria Clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 2005.
9. FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G.; SCHOENI, R. F. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: A systematic review. **J Am Med Associat**, 288, p.3137–46, 2002.
10. LOWRY, K. A., VALLEJO, A. N., STUDENSKI, S.A. Successful Aging as a Continuum of Functional Independence: Lessons from Physical Disability Models of Aging. **Aging and Disease**, v. 3, n.1, p. 5-15, 2012.
11. DEPP, C. A., JESTE, D.V. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. **Am J Ger Psychiatry**, v. 14, p. 6–20, 2006.
12. VON FABER, M.A; VAN DER WIEL, A.B.; VAN EXEL, E. et al. Successful Aging in the oldest old. Who can be characterized as successful aged? **Arch Intern Med**, v. 161, p. 2694 – 700, 2001.
13. PRUCHNO, R. A. WILSON-GENDERSON, M., CARTWRIGHT, F. A two-factor model of successful aging. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 65 n. 6, p. 671 – 679, 2010.
14. ROWE JW, KAHN RL. Human aging: usual and successful. **Science**, v. 237: p. 143-7, 1987.
15. ROWE JW, KAHN RL. Successful aging. **New York NY**: Pantheon Books, 1998.

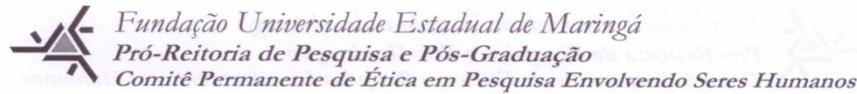
16. DEPP, C.; VAHIA, I.V.; JESTE, D. Successful cognitive and emotional aging. **World Psychiatry**, v. 9, p. 78-84, 2010.
17. BALTES, P.B.; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **Gerontology**, v. 49, p. 123-35, 2003.
18. STRAWBRIDGE, W. J., WALLHAGEN, M. I., COHEN, R. D. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. **The Gerontologist**, v. 42, p. 727-733, 2002.
19. MONTROSS, L. P.; DEPP, C.; DALY, J. et al. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 14, p. 43-51, 2006.
20. SCHULZ, R., HECKHAUSEN, J. A life span model of successful aging. **Am Psychol**, v. 51, p. 702-14, 1996.
21. PEREIRA, A.M.S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: **Resiliência e Educação**. Ed Cortez, São Paulo, p. 77-94, 2001.
22. LAMOND, A. J.; DEPP, C. A.; ALLISON, M. et al, Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women, **J Psychiatr Res**, v. 43, n. 2, p. 148-54, 2008.
23. RYFF, C.D.; SINGER, B., LOVE, G.D; ESSEX, M.J. Resilience in adulthood and later life: defining features and dynamic process. In: **Handbook of aging and mental health: An integrative approach**, New York Plenum Press, p. 69-96, 1998.
24. RICHARDSON, G. The metatheory of resilience and resiliency, **Journal of Clinical Psychology**, v. 58, p. 307-21, 2002.
25. GILGUN, J. Mapping resilience as a process among adults with childhood adversities. In: McCubbin, H.I., Thompson, E.A., Thompson, A.I. and Futrell, J.A. **The Dynamics of Resilient Families**. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage. 1999.
26. HARDY, S. E.; CONCATO, J.; GILL, T. M. Stressful life events among community-living older persons. **J Gen Intern Med**, v. 17, n. 11, p. 832-38, 2002.
27. CALTABIANO, M.L.; CALTABIANO, N. J. Resilience and health outcomes in the elderly, in Proceedings of the 39th Annual Conference of the Australian Association of Gerontology, 2006
28. LEPPERT, K.; GUNZELMANN, T.; SCHUMACHER, J.; STRAUSS, B.; BRAHLER, E. Resilience as a protective personality characteristic in the elderly. **Psychother, Psychosom, Med Psychol**, v. 55, n. 8, p. 365-9, 2005.
29. HARDY, S. E.; CONCATO, J.; GILL, T. Resilience of community-dwelling older persons. **JAGS**, v. 52, p. 257 - 62, 2004.
30. HILDON, Z., SCOTT, M.A., MONTGOMERY, M.; BLANE, D.; WIGGINS, R. D.; NETUVELI, G. Understanding adversity and resilience at older ages. **The Gerontologist**, v. 50, n. 1, p. 36-47, 2009.

- 31.NETUVELI, G.; WIGGINS, R.D.; MONTGOMERY, S.M.; HILDON, Z.; BLANE, O. Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. **J Epidemiol Community Health**, v. 62, p. 987 – 91, 2008.
- 32.BLANE, D., WIGGINS, R., MONTGOMERY, S. M. et al. Resilience at older ages: the importance of social relations and implications for policy. Disponível em: <http://www.ucl.ac.uk/icls/publications/op/op3.pdf>. Acesso em setembro de 2012.
- 33.ONG, A. D; BERGEMAN, C. S.; BOKER, S. M. Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. **J Personality**, v. 77, n. 6, p. 1777 – 804, 2009.
- 34.WAGNILD, G. A Review of the Resilience Scale. **J Nurs Meas**, v. 17, n. 2, p. 105-13, 2009.
- 35.CHOW, S. M.; HAMAGANI, F.; NESSELROADE, J. R. Age differences in dynamical emotion–cognition linkages. **Psychology and Aging**, v. 22, n. 4, p. 765–80, 2007.
- 36.FURTADO A. A participação do idoso o mercado de trabalho brasileiro, 2005. Disponível em:http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1681/participacao_idoso_furta do.pdf?sequence=3. Acesso em setembro 2012.
- 37.GIANNAKOURIS, K. Regional population projections. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-10-001/EN/KS-SF-10-001-EN.PDF. Acesso em set 2012.
- 38.BRUGIAVINI, A. Early retirement in Europe. **Eur Rev** 2001;9:501–15.
- 39.WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. H. C.; OLIVEIRA, L.O. Os Idosos no Mercado de Trabalho: Tendências e Conseqüências. In: **Os novos idosos: Muito Além dos 60?** p. 453 – 81, 2004.
- 40.HARPER, S., KHAN, H. T. A., SAXENA, A. and LEESON, G. Attitudes and Practices of Employers towards Ageing Workers: Evidence from a Global Survey on the Future of Retirement. **Oxford Institute of Ageing, Ageing Horizons**, n.5, p. 31-41, 2006.
- 41.GIATTI, L., BARRETO, S. M. Health, work and aging in Brazil. **Cad Saude Publica** v. 19, n. 3, p. 759-71, 2003.
- 42.ROBERTS, J.; RICE, N.; JONES, A. M. Early Retirement Among Men in Britain and Germany: How Important is Health? **The Geneva Papers**, v. 35, p. 644–67, 2010.
- 43.CARPENTER, L. M. Health-Related Selection and Mortality in Employees of the United Kingdom Atomic Energy Authority. **Tese**, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, p. 1946-79, 1990.
- 44.BLANC, P. D.; KATZ, P.; YELIN, E. Mortality risk among elderly workers. **American J Industr Med**, v. 26, p. 543-7, 1994.

45. NILSSON, K.; HYDBOM, A. R.; RYLANDER, L. Factors influencing the decision to extend working life or retire. **Scand J Work Environ Health**, v. 37, n. 6, p. 473-80, 2011.
46. CICONELLI, R. M.; ROZANA, M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.
47. WARE JE, SNOW KK, KOSINSKI M, GANDEK B. **SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide**. Boston: New England Medical Center, 1993.
48. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Anales da 36a Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en salud. **Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe**. Washington (DC), 2001.
49. BRASIL. Secretaria Nacional Anti-drogas. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília-DF, 76 p, 2007.
50. WAGNILD, G.; YOUNG, H. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. **J Nurs Meas**, v. 1, n. 2, p. 165 – 78, 1993.
51. PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 436-48, 2005.

5 ANEXOS

ANEXO 01 APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ



CAAE N°. 0353.0.093.000-11	PARECER N°. 456/2011
Pesquisadora Responsável: Maria Dalva de Barros Carvalho	
Centro/Departamento: PCS / Pós-Graduação em Ciências da Saúde	
Título do projeto: Envelhecimento bem sucedido em trabalhadores idosos.	
<p>A pesquisa tem como objetivo avaliar os índices de envelhecimento bem sucedido em funcionários da Universidade Estadual de Maringá com mais de 60 anos de idade e estabelecer seus preditores. Especificamente, objetiva-se caracterizar a amostra em relação às variáveis sociodemográficas; verificar a autoavaliação de envelhecimento bem sucedido; identificar os critérios de envelhecimento bem sucedido de Rowe e Khan; conhecer a capacidade de resiliência dos sujeitos da pesquisa; conhecer os escores de qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa; rastrear a doença depressão nos sujeitos da pesquisa; identificar comportamentos saudáveis nos sujeitos da amostra e correlacionar os índices de envelhecimento bem sucedido com a capacidade de resiliência, qualidade de vida relacionada a saúde e comportamentos saudáveis.</p> <p>Trata-se de um estudo observacional transversal, com a população de servidores da Universidade Estadual de Maringá, temporários e efetivos, acima de 60 anos que ainda não solicitaram aposentadoria. Desta população será extraída uma amostra aleatória. Serão coletados os dados sociodemográficos: sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar, cargo ocupado e tempo de trabalho na instituição. Para a avaliação do envelhecimento bem sucedido será realizada uma autoavaliação, através dos critérios objetivos propostos por Rowe e Khan. Também serão aplicadas a escala de depressão geriátrica; a escala de resiliência; a escala de qualidade de vida Medical Outcomes Study SF 36 e também coletados alguns comportamentos relacionados ao envelhecimento saudável.</p> <p>O cronograma de execução prevê o desenvolvimento do estudo entre abril de 2011 e agosto de 2012, sendo a coleta de dados prevista para o período de setembro/2011 a fevereiro/2012. A pesquisa prevê um custo total de R\$ 242,50, sendo provido pela própria pesquisadora.</p> <p>Foram anexados os seguintes documentos: o TCLE; a solicitação de autorização para desenvolvimento de pesquisa encaminhada ao Departamento de Segurança e Medicina do Trabalho, com carimbo e assinatura do coordenador do SESMT e à Pró-Reitora de Recursos Humanos da UEM, cujo despacho e assinatura constam em folha separada.</p> <p>Em relação ao TCLE solicita-se que todos os instrumentos de pesquisa sejam listados e também que os nomes/endereços de toda equipe seja disponibilizada aos voluntários, para eventual contato.</p>	
<p>Parecer:</p> <p>Considerando o exposto e tendo em vista a análise ética do protocolo em tela, à luz das prerrogativas fixadas pela Res. 196/96-CNS e suas complementares, este comitê é de parecer pela aprovação do projeto, observando a necessidade de reformulação do TCLE, conforme sugerido no presente parecer.</p>	
<p>Com relação a aplicação do TCLE, conforme instrução operacional do sistema CEP/CONEP, datada de 21/03/2011, os pesquisadores deverão fazer constar, além das assinaturas de ambos (pesquisador e sujeito de pesquisa) nos campos específicos da última página, a rubrica, também de ambos, em todas as folhas do documento (TCLE).</p>	
Situação: APROVADO	
<p>CONEP: (X) para registro () para análise e parecer</p>	
Data: 02/09/2011.	
CAAE 0353-11... /	



Fundação Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

/...CAAE 0353-11	
Relatório Final para Comitê: () Não (X) Sim	Data: Setembro de 2012.
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 223ª reunião do COPEP em 2/9/2011.	 Prof. Ricardo César Gardiolo, Presidente em exercício do COPEP

ANEXO 02 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “Envelhecimento bem sucedido em trabalhadores idosos” que faz parte do curso de mestrado do Centro de Ciências da Saúde e é orientada pela Profa Dra Maria Dalva de Barros Carvalho da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é avaliar os índices de envelhecimento bem sucedido nos funcionários da Universidade Estadual de Maringá com mais de 60 anos. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: o(a) senhor(a) será convidado(a) a responder algumas perguntas sobre suas condições de saúde, qualidade de vida e resiliência (esta palavra significa capacidade de lidar com problemas e superar obstáculos). Informamos que o(a) senhor(a) não terá custos de qualquer natureza e os riscos atribuídos a esta pesquisa são mínimos, talvez eventual desgaste físico e cansaço ao falar com os pesquisadores e neste caso, o(a) senhor(a) poderá interrompê-la quando quiser. O tempo estimado para a entrevista é cerca de 20 minutos.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são: ampliar o conhecimento sobre bem-estar e envelhecimento e proporcionar reflexão sobre sua própria condição de saúde. Nesta pesquisa você não terá benefícios diretos. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Profa Dra Maria Dalva Barros Carvalho

Data:.....

Assinatura

Eu, Thais Cano Miranda de Nóbrega, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: THAIS CANO MIRANDA DE NÓBREGA

Endereço: AV COLOMBO 5790 BLOCO 2 1º andar

EMAIL: tcmnobrega@uem.br

Tel: (44) 3011 4520 e (44) 9129 7878

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXO 03- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

IDENTIFICAÇÃO (INICIAIS)	
SEXO	
IDADE	
ETNIA	
ESCOLARIDADE (em anos)	
ESTADO CIVIL	
RENDA FAMILIAR (mensal)	

ANEXO 04 - CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

CARGO OCUPADO DENTRO DA INSTITUIÇÃO	
TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO (em anos)	
SE VOCÊ PUDESSE, JÁ TERIA SOLICITADO APOSENTADORIA?	
EXERCE TRABALHO PARALELO? (sim/não)	

O quão satisfeito você está com o seu trabalho?

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

ANEXO 05 – ESCALA DE RESILIÊNCIA

ESCALA DE RESILIÊNCIA*

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

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

Versão adaptada para o português do Brasil da Escala de Resiliência de Wagnild e Young 1993 (PESCE et al 2005)

ANEXO 06 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF 36**Sua Saúde e Bem-Estar**

Este questionário lhe pergunta sua opinião sobre sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você é capaz de desempenhar suas atividades usuais. *Muito obrigado por responder a este questionário!*

Por favor, para cada uma das perguntas a seguir marque com um o quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano	Um pouco melhor agora do que há um ano	Quase a mesma de um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano	Muito pior agora do que há um ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Sim, limita muito	Sim, limita um pouco	Não, não limita nem um pouco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a.....Atividades vigorosas, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.. 1..... 2..... 3
- b.....Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar..... 1..... 2..... 3
- c Levantar ou carregar compras de supermercado..... 1..... 2 3
- d.....Subir vários lances de escada..... 1..... 2..... 3
- e.....Subir um lance de escada..... 1..... 2..... 3
- f Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se..... 1..... 2..... 3
- g.....Andar mais de 1 quilômetro..... 1..... 2..... 3
- h.....Andar várias centenas de metros..... 1..... 2..... 3
- i Andar cem metros..... 1..... 2..... 3
- j Tomar banho ou vestir-se..... 1..... 2..... 3

- 3. As seguintes perguntas são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. A sua saúde limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?**

4. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de sua saúde física?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

- a..... Sempre A maior parte do tempo Alguma parte do tempo Uma pequena parte do tempo Nunca
 Diminuiu o tempo em que
 você trabalhava ou fazia
 outras atividades?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b..... Sempre A maior parte do tempo Alguma parte do tempo Uma pequena parte do tempo Nunca
 Realizou menos do que
 você gostaria?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- cEsteve limitado no tipo de
 trabalho ou em outras
 atividades?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d..... Sempre A maior parte do tempo Alguma parte do tempo Uma pequena parte do tempo Nunca
 Teve dificuldade em fazer seu
 trabalho ou outras atividades
 (p.ex: necessitou de um
 esforço extra)?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

5. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

- Sempre A maior parte do tempo Alguma parte do tempo Uma pequena parte do tempo Nunca
- a.....Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b.....Realizou menos do que você gostaria?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- cTrabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

6. Nas últimas 4 semanas, o quanto sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos, vizinhos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderada-mente	Bastante	Extrema-mente
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no corpo você teve nas últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Severa	Muito severa
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Nas últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

De forma nenhuma	Um pouco	Moderada-me nte	Bastante	Extrema-men te
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5

9. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo...

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a você se sentiu cheio de vida?... 1..... 2..... 3..... 4..... 5					
b você se sentiu muito nervoso?.. 1..... 2..... 3..... 4..... 5					
c você se sentiu tão deprimido que nada podia animá-lo?.... 1. 2..... 3..... 4..... 5					
d você se sentiu calmo e tranqüilo?..... 1. 2..... 3..... 4..... 5					
e você se sentiu com muita energia?..... 1. 2..... 3..... 4..... 5					
f você se sentiu desanimado e deprimido?..... 1. 2..... 3..... 4..... 5					
g você se sentiu esgotado?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5					
h você se sentiu feliz?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5					
i você se sentiu cansado?..... 1. 2..... 3..... 4..... 5					

10. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. O quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das seguintes afirmações para você?

Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
----------------------------	--------------------------------	---------	---------------------------	-----------------------

- a.....Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que outras pessoas..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b.....Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- cEu acho que minha saúde vai piorar..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d.....Minha saúde é excelente..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

Muito obrigado por responder a este questionário!

ANEXO 07 – ESTILO DE VIDA E MULTIMORBIDADE

- 1) Você possui alguma destas doenças: pressão alta, diabetes, osteoporose, Parkinson, acidente vascular cerebral (derrame), doenças no coração, artrose, câncer, doenças no pulmão? Você possui algum outro problema de saúde?

- 2) IMC:
 - a. PESO:

 - b. ALTURA:

- 3) FUMA ATUALMENTE? (SIM/NÃO)

- 4) PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE (AO MENOS 2 X NA SEMANA DE CAMINHADA, NATAÇÃO/HIDRO, CORRIDA, JARDINAGEM, GINÁSTICA, MUSCULAÇÃO, JOGOS COMPETITIVOS?) (SIM/NÃO)

- 5) NA ÚLTIMA SEMANA VOCÊ INGERIU BEBIDA ALCOOLICA? (SIM/NÃO). SE SIM, QUANTAS VEZES E QUANTO POR DIA?