



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

RAISA FERNANDES MARIZ SIMÕES

**FELICIDADE, BEM-ESTAR SUBJETIVO E SATISFAÇÃO COM A VIDA: UM
ESTUDO COMPARADO ENTRE IDOSOS LONGEVOS DO NORDESTE E SUDESTE
DO BRASIL**

CAMPINA GRANDE- PB

2019

RAISA FERNANDES MARIZ SIMÕES

**FELICIDADE, BEM-ESTAR SUBJETIVO E SATISFAÇÃO COM A VIDA: UM
ESTUDO COMPARADO ENTRE IDOSOS LONGEVOS DO NORDESTE E SUDESTE
DO BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Área de concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos.

CAMPINA GRANDE- PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S593f Simões, Raisia Fernandes Mariz.
Felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida [manuscrito] : um estudo comparado entre idosos longevos do Nordeste e Sudeste do Brasil / Raisia Fernandes Mariz Simões. - 2019.
66 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Silvana Cristina dos Santos, Departamento de Biologia - CCBS."
1. Felicidade. 2. Bem-estar subjetivo. 3. Envelhecimento. 4. Saúde. 5. Suporte social. I. Título
21. ed. CDD 613.043 8

RAISA FERNANDES MARIZ SIMÕES

**FELICIDADE, BEM-ESTAR SUBJETIVO E SATISFAÇÃO COM A
VIDA: UM ESTUDO COMPARADO ENTRE IDOSOS LONGEVOS DO
NORDESTE E SUDESTE DO BRASIL**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos
necessários para a obtenção do título de mestre junto
ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública,
Área de concentração Saúde Pública.**

Aprovado em: 18/10/19

Banca Examinadora


Prof.(a.) Dr.(a.) Silvana Cristina dos Santos
Universidade Estadual da Paraíba


Prof.(a.) Dr.(a.) Tarciana Nobre de Menezes
Universidade Estadual da Paraíba


Prof.(a.) Dr.(a.) Rafaella Queiroga Souto
Universidade Federal da Paraíba

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof. Dra. Silvana Santos, orientadora e coordenadora da pesquisa SABE-PB, por todo o suporte de orientação neste trabalho, investimento pessoal e profissional no projeto e com os alunos que se responsabiliza. Sou grata pelo que me ensinou sobre docência e pesquisa e por ter me acolhido junto ao rol de alunos “Negenianos”, acreditando que eu poderia dar o meu melhor. Obrigada pela energia e por me inspirar a querer ser uma docente melhor a cada dia, transformando e revolucionando o ensino e a pesquisa.

Às Profas. Dras. Tarciana Nobre de Menezes e Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, pela cooperação e devidas orientações, auxiliando-nos para melhoria da qualidade da produção intelectual. À Prof. Dra. Rafaella Queiroga Souto por ter aceito o convite para compor a banca, comprometendo-se com a avaliação e sugestões para melhoria da pesquisa.

A todos os colegas envolvidos no Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE), principalmente os que compõem a equipe SABE-PB, por terem dividido comigo a experiência de trabalhar com estes dados preciosos, desde a coleta, passando pela digitação, revisão e chegando na análise e escrita de artigos. Em especial, agradeço às amigas mestrandas Júlia Nóbrega, Jaíza Marques, Javanna Lacerda, e as estudantes e estagiárias de Psicologia Maria Clara, Bárbara Tejo e Stéphanie Fechine, pois nós sabemos como o caminho foi árduo, porém compensador. Estar com vocês, entre trabalho, estudo, planejamento, e muitos risos e celebrações, me mostrou que, multiplicando os conhecimentos e dividindo os fardos, conseguimos, juntas, formar uma grande equipe.

À equipe do Centro de estudos do Genoma humano, da Universidade de São Paulo, na pessoa da prof. Dra. Mayana Zatz, que disponibilizou as verbas necessárias para realização da pesquisa, bem como às agências de fomento à pesquisa CNPq e CAPES tendo em vista que o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À Secretaria de Saúde do município de Brejo dos Santos pela parceria realizada. Aos agentes comunitários de saúde e aos idosos participantes da pesquisa, pela acolhida e confiança.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da UEPB, pelo tempo e pela dedicação que me foi ofertada. Aprendi com cada um exatamente a lição que eu deveria aprender, e os levarei para minha vida acadêmica como exemplos do que quero seguir.

Aos colegas da turma 2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, em especial a Pollyana Canuto, Naryelle Rocha, Ana Carolina Policarpo, Ana Raquel Ribeiro e Jaqueline Dantas, por compartilharem os acertos e erros, as dificuldades e as conquistas deste período que vivenciamos.

Por fim, o agradecimento mais que especial e importante: à minha família, meus pais Gisélia Mariz e Vicemário Simões, professores que sempre me incentivaram nas escolhas acadêmicas e grandes profissionais, cujo modelo busco seguir na carreira, agradeço pela inspiração e sobretudo pelo suporte incondicional na minha vida acadêmica e pessoal. Aos meus irmãos, Ramon Mariz Simões e Raiana Mariz Simões, pelo incentivo e pela torcida; e, em especial, ao meu marido Guilherme Santana, por ter acompanhado comigo cada vivência deste mestrado, me apoiando e ajudando em muitos momentos de estudo e não medindo esforços para me proporcionar bem-estar nos piores momentos de esgotamento.

À todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desta nova conquista, meu muito obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: Desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indicadores “bem-estar subjetivo”, “felicidade” e “satisfação global com a vida” ganharam espaço na literatura científica, passando a ser importantes constructos para avaliação da saúde, inclusive na temática da longevidade, tendo em vista a mudança na transição demográfica ocorrida nos últimos anos. **OBJETIVO:** Investigar e comparar fatores associados à felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida em idosos de duas regiões distintas do Brasil. **MÉTODO:** Estudo transversal e analítico realizado com 417 brasileiros com 80 anos ou mais de idade, 179 do Nordeste e 238 do Sudeste. **RESULTADOS:** A prevalência de sentimentos de felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação geral com a vida foram muito semelhantes aos idosos em ambas as regiões. Enquanto no Sudeste, os fatores preditivos foram alfabetização, maior renda e melhor situação econômica, com muitos idosos vivendo sozinhos; no Nordeste predomina o vínculo afetivo com mais pessoas, além de possuir uma rede de apoio mais frequente e diversificada e praticar atividades de lazer. **CONCLUSÃO:** Nossas descobertas apóiam a percepção dos laços sociais e do apoio familiar como fatores importantes, permitindo que os idosos se sintam mais satisfeitos com a vida, realizando atividades que trazem felicidade e bem-estar subjetivo.

Palavras-chave: Felicidade, Bem-estar subjetivo, Envelhecimento, Saúde, Suporte Social.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Since the World Health Organization (WHO) has defined health as a state of physical, mental and social well-being, the indicators “subjective well-being”, “happiness” and “global life satisfaction” have gained space in the world. scientific literature, becoming important constructs for health assessment, including the theme of longevity, in view of a change in the demographic transition that has occurred in recent years. **OBJECTIVE:** to investigate and compare factors associated with happiness, subjective well-being and life satisfaction in older elderly people in two different regions of Brazil. **METHOD:** Cross-sectional and analytical study performed with 417 Brazilians aged 80 years and older, 179 from Northeast and 238 from the Southeast. **RESULTS:** The prevalence of feelings of happiness, subjective well-being, and overall life satisfaction were very similar for the older elderly in both regions. While in the Southeast, the predictive factors were literacy, higher income, and better economic situation, with many elderly people living alone; in the Northeast, the affective ties with more people seem to predominate, as well as having a more frequent and diverse support network, and practice leisure activities. **CONCLUSION:** Our findings support a view of social bonds and family support enables the older elderly people to feel more satisfied with life, performing activities that bring happiness and subjective well-being.

Keywords: Happiness, Subjective well-being, Aging, Health, Social support

LISTA DE SIGLAS

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF Estratégia Saúde da Família

GDS Geriatric Depression Scale

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NEGE Núcleo de Estudos em Genética e Educação

OCDE Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PNSPI Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SABE Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

SGV Satisfação Global com a Vida

WHO 5 Five Well-being Index

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil dos idosos longevos das regiões Nordeste e Sudeste quanto às características sociodemográficas, aspectos de saúde e estilo de vida. Estudo SABE-SP, 2015 / SABE- PB, 2017.....	31
Tabela 2. Modelo de regressão logística múltipla para associação entre a felicidade e os aspectos sociodemográficos, de saúde e estilo de vida de idosos longevos residentes no Nordeste (SABE-PB) e no Sudeste (SABE-SP) do Brasil.....	34
Tabela 3. Modelo de regressão logística múltipla para associação entre o bem-estar subjetivo e os aspectos sociodemográficos, de saúde e estilo de vida de idosos longevos residentes no Nordeste (SABE-PB) e no Sudeste (SABE-SP) do Brasil.....	36
Tabela 4. Modelo de regressão logística múltipla para associação entre a satisfação global com a vida e os aspectos sociodemográficos, de saúde e estilo de vida de idosos longevos residentes no Nordeste (SABE-PB) e no Sudeste (SABE-SP) do Brasil.....	38

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 METODOLOGIA	22
4.1 Delineamento do estudo.....	23
4.2 Área do estudo.....	23
4.3 Participantes do estudo.....	23
4.4 Instrumentos.....	24
4.5 Procedimento de coleta de dados.....	24
4.6 Variáveis do estudo.....	25
4.7 Processamento e análise dos dados.....	29
4.8 Procedimentos éticos.....	30
5 RESULTADOS	30
6 DISCUSSÃO	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
APÊNDICES.....	47
ANEXOS.....	60

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE) da Universidade Estadual da Paraíba tem realizado, há mais de dez anos, pesquisas na linha da genética comunitária, identificando novas doenças genéticas no sertão do nordeste brasileiro que estão associadas com a tradição de casamentos consanguíneos. As elevadas taxas de consanguinidade nessa região associadas com baixa frequência de imigração e o relativo isolamento sócio-geográfico contribuem para que as populações do sertão tenham elevado grau de homogeneidade genética e também de estilo de vida.

Em 2014, pesquisadores do NEGE fizeram uma parceria com pesquisadores da Universidade de São Paulo para iniciar estudos sobre a longevidade em populações consanguíneas do nordeste brasileiro. A ideia era utilizar o protocolo da pesquisa epidemiológica do estudo “Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE), realizada a cerca de 15 anos por um grupo de pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e associar esses dados aos estudos genômicos. Em 2017, foi realizada, pela primeira vez, a pesquisa SABE-PB no município de Brejo dos Santos na Paraíba. Logo após esse período, eu ingressei no curso de mestrado da UEPB e escolhi o recorte de estudar a questão do bem-estar subjetivo, da felicidade e satisfação com a vida em virtude do fato de eu ter formação em Psicologia.

A partir da década de 1940, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou a compreensão do conceito de saúde revendo seus indicadores, postulando que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Com isso, o conceito de “bem-estar subjetivo” ganhou espaço na literatura científica e passou a ser um indicador de saúde com diferentes instrumentos para mensurá-la. Por Bem-Estar Subjetivo, entende-se a avaliação das pessoas sobre suas vidas, agrupando componentes cognitivos e afetivos, como a felicidade, a satisfação com a vida, e sentimentos positivos e baixos sentimentos negativos (DIENER; TAY, 2015). A própria OMS criou um instrumento denominado “Índice de Bem-Estar” para servir como um parâmetro de mensuração e comparação de dados entre diferentes populações.

Além do “bem-estar subjetivo”, as pesquisas têm utilizado outros conceitos semelhantes ou a ele associados como “felicidade” e “satisfação com a vida”. Entende-se que a “felicidade” é um estado psicológico positivo resultante do grau em que uma pessoa desfruta de sua vida e a “satisfação com a vida” pode ser considerada um sinônimo disto, abrangendo uma avaliação

global da vida que envolve todos os critérios que figuram na mente humana (VEENHOVEN, 2015). Outras escalas também foram criadas para mensurar esses parâmetros como, por exemplo, a “Escala da Felicidade Subjetiva” (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1997) e a “Escala de Satisfação Global com a Vida” (CANTRIL, 1966).

Com a melhora das condições de vida principalmente após a segunda metade do século XX, verificou-se um aumento da expectativa de vida, menor mortalidade e menor fecundidade, definindo um processo de transição demográfica que levou a um aumento crescente na proporção de indivíduos idosos no mundo, o que caracteriza uma maior longevidade (OPAS, 2017). Será que o bem-estar subjetivo, felicidade e satisfação com a vida contribuem para aumentar a expectativa de vida dos indivíduos? Será que as populações longevas que vivem em regiões pobres do sertão nordestino têm diferenças em relação a esses indicadores quando comparadas a outras populações urbanas que não tiveram tantas restrições?

Neste trabalho, o objetivo é compreender os fatores associados ao bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e felicidade em duas populações de idosos longevos: uma no Nordeste brasileiro e outra no Sudeste, explicitando suas diferenças e especificidades e sugerindo associações entre os fatores e indicadores subjetivos.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é entendido como processo gradual, universal e irreversível que acarreta perda funcional progressiva. Esse fenômeno deve ser compreendido para além do olhar biológico, tendo em vista que aspectos culturais, sociais, políticos e ideológicos integram-se na constituição de um ser pensante, histórico e social (MISSIAS *et al.*, 2013). A sociedade contemporânea busca compreender em profundidade não somente o processo do envelhecimento, como também os fatores que levam ao envelhecimento saudável e à longevidade.

O Brasil, país em desenvolvimento, acompanhou a transição demográfica, e é um dos países com ritmo mais acelerado em relação ao envelhecimento populacional. Estimou-se que havia, em 1995, 4,7% idosos com 60 anos ou mais na população total do país, (MIRANDA; MENDES; DA SILVA, 2017), e, segundo o IBGE, no último censo realizado em 2010, esse contingente passou para 7,4%, sendo 1,54% de idosos longevos (com 80 anos ou mais). Na Paraíba, este segmento representava 2,12% da população total do estado no último censo populacional realizado em 2010 (IBGE, 2012). No caso dos longevos, o Brasil adota uma analogia pelos países em desenvolvimento: enquanto na literatura internacional esse grupo tem 85 anos ou mais, preconizado pela OMS, no Brasil este grupo tem 80 anos ou mais (PATRÍCIO *et al.*, 2008); (PORCIÚNCULA *et al.*, 2014); (WILLIG; LENARDT; CALDAS, 2015); (LIBERALESSO *et al.*, 2017).

Diante do reconhecimento do processo de envelhecimento populacional no Brasil, desde a década de 90, o governo federal aprovou a Lei n.º 8.842/94, estabelecendo a Política Nacional do Idoso, que foi regulamentada posteriormente pelo Decreto n.º 1.948/96. Posteriormente foi também criado o Estatuto do Idoso por meio da Lei n 10.714 em outubro de 2003, que classifica o idoso como toda pessoa com 60 ou mais, diferente dos países desenvolvidos em que essas pessoas têm 65 anos ou mais (OMS, 2005).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída pela portaria 2528GM/2006, foi um divisor de águas na recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos. Posteriormente, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, em consonância com questões de saúde pública em nível mundial, destacou temas importantes no que diz respeito à promoção de saúde do idoso. Esses temas envolvem a pesquisa sobre o impacto do envelhecimento populacional no sistema de

saúde, a organização familiar frente ao envelhecimento e relação intergeracional, o papel do idoso como cuidador, a contribuição das aposentadorias na composição da renda familiar, o envelhecimento em comunidades pobres, marcadores preditores genético-moleculares de fragilidade, bem como tópicos relacionados às avaliações de programas de políticas existentes e novas proposituras (BRASIL, 2015).

As leis e políticas mencionadas asseguram direitos sociais e buscam a promoção de sua integração social, valorização de sua autonomia e participação do idoso a fim de que continue exercendo sua cidadania. O desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa, inclusive, tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (OPAS, 2017).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com a Argentina, Cuba, Uruguai, Barbados, México, Chile e Brasil, desenvolveu no início do século XXI, uma pesquisa a respeito da saúde do idoso conhecida por Estudo SABE – Saúde, envelhecimento e bem-estar. Buscava-se responder à necessidade de informação especializada, bem como indicadores sobre variadas esferas de vida e saúde do idoso. No Brasil, esse estudo tem contado com apoio da agência de fomento à pesquisa do estado de São Paulo, transformando-se em um estudo de coorte com mais de 2.000 idosos sendo avaliados a cada cinco anos. Este inquérito multicêntrico permitiu coletar informações sistêmicas sobre as condições de vida e saúde do idoso, sendo importantes para propor novas metas e políticas assistenciais específicas a esta população (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Nos últimos anos, o estudo SABE-SP ampliou sua rede de colaborações, realizando parceria com geneticistas para realizar estudos genômicos a respeito dos processos de envelhecimento e longevidade. Houve também interesse em ampliar o estudo de outras populações com características de vulnerabilidade e características biológicas diferentes das que foram estudadas até então. As condições de vulnerabilidade resultam de processos sociais e mudanças ambientais relacionados à precariedade das condições de vida e proteção social, como o trabalho, baixa renda, baixo nível de saúde e educação, aspectos ligados à infraestrutura das habitações saudáveis e seguras, estradas, saneamento, e mudanças ambientais resultantes da degradação ambiental, como poluição de águas, solos e atmosfera (FREITAS, C.M. *et al*, 2012).

A populações longevas do sertão do Nordeste brasileiro viveram em condições de pobreza e vulnerabilidade, com sérias limitações de acesso aos serviços de saúde e de educação, apresentando-se como uma população diferente das do centro urbano. Elas também têm altas taxas de consanguinidade e estilo de vida bastante homogêneo (WELLER, M. *et al*, 2012). A consanguinidade pode estar associada as relações interpessoais e a rede social de apoio ao indivíduo, tendo em vista que o “isolamento” destas pessoas em seus territórios as levam a ter maior e mais contato com muitas gerações de uma mesma e numerosa família, proporcionando satisfação com os laços sociais entre eles próprios, assim como ocorre com os centenários na região da Sardenha, na Itália (FASTAME, *et al.*, 2018). Essas pessoas que vivem sob condições de vida e saúde precárias conseguem viver até mais de 80 anos. Então, que fatores contribuem para levar essas pessoas à longevidade no sertão nordestino? Será que essas pessoas apresentam prevalência de felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação global com a vida diferentes de outras populações longevas, como em regiões urbanas? Há diferenças entre o sexo masculino e feminino? O estado civil, o letramento e o fato de ter ou não rede de apoio apresentam diferenças nesses indicadores? E como as práticas de lazer associam-se a estes fatores? Por fim, há diferenças entre uma população longeva de uma região urbana do Sudeste do Brasil e outra população de mesma idade pertencente a uma região rural do Nordeste brasileiro?

2 REVISÃO DE LITERATURA

O conceito de felicidade é amplo e pode ser definido sob diversas óticas ao longo da história da humanidade. Desde o período da filosofia clássica, os pensadores questionavam o sentido da existência, relacionando-a às emoções, e refletiam sobre a vida na perspectiva da moral. O termo "felicidade", neste contexto, foi usado no sentido mais limitado de prazer subjetivo da vida ou, em outras palavras, como "satisfação com a vida". Demócrito (460-370 aC) foi um dos filósofos gregos que abordou esse significado, enquanto Jeremy Bentham (1748-1832) definiu a felicidade como "a soma dos prazeres e das dores da vida" (HART *et al.*, 2018).

No século XIX, nasce a ciência da Psicologia com o principal propósito da busca da cura para a doença mental. Após a Segunda Guerra Mundial, o foco voltou-se também para o estudo dos aspectos psicológicos patológicos do ser humano, devido à necessidade de cuidar dos soldados que lutaram na guerra (HART *et al.*, 2018; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Neste período, uma vertente da Psicologia chamada “humanista” rompeu a limitação de estudos sobre patologias e afins, passando a enxergar fatores que potencializam as virtudes do ser humano. Autores como Carl Jung (1936/1969), Roberto Assagioli (1926), Abraham Maslow (1954) e Carl Rogers (1959) lançaram novas luzes sobre o comportamento humano; entretanto, sem evidências de estudos empíricos robustos aceitos pela comunidade científica.

Em meados de 1970, o pesquisador Frank M. Andrews trouxe à tona uma das primeiras problemáticas sobre o bem-estar. Ele observou que em populações que sofriam com a escassez de alimentos e de outros recursos materiais, as pessoas tendiam a buscar satisfação com outros aspectos da vida que não o econômico. O embrião da ideia de bem-estar foi concebido neste contexto, tendo significado semelhante ao "nível de qualidade ou satisfação com a vida", pois muito se questionava até que ponto a existência humana se caracterizava pelo prazer e satisfação material, ou até que ponto as pessoas poderiam evitar o sofrimento e as misérias da vida? (ANDREWS, 1974). Essas questões levaram à criação das primeiras escalas que buscam mensurar “bem-estar subjetivo” e “felicidade”, ainda que não houvesse uma definição universalmente aceita (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

A partir da metade do século XX, a sociedade mundial vivenciou um período de relativa paz, democracia e um aumento sem precedentes no padrão de vida. Em paralelo, houve o desenvolvimento de uma sociedade de múltipla escolha em que os indivíduos tinham mais chances de fazer escolhas a respeito de sua própria vida. Nasceu então a Psicologia Positiva, que

dedicou-se a estudar os estados afetivos e as virtudes positivas, como a felicidade, a resiliência, o otimismo, a gratidão, os sentimentos, as emoções, as instituições (como a família, escolas, comunidades e a sociedade em geral) e os comportamentos positivos que têm como finalidade a felicidade humana (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Essa linha de pesquisa, a Psicologia Positiva, tinha por objetivo investigar, com aporte científico, as intervenções que poderiam contribuir para a prosperidade dos indivíduos, famílias e comunidades. Isto levou os pesquisadores a propor abordagens explicativas da felicidade, como a teoria da felicidade autêntica de Seligman (2002) que combina abordagens hedônicas e eudaimônicas. A perspectiva hedônica está relacionada com a maximização do prazer e minimização da dor; enquanto a perspectiva eudaimônica envolve os sentimentos que movem o ser humano em direção à autorrealização a fim de desenvolver as suas potencialidades e conferir propósito à sua vida. Assim, Seligman (2002) postula que há três caminhos que levam à felicidade, seja através das emoções positivas e prazer, do envolvimento ou do significado. As pessoas cujas vidas conjugam esses três aspectos seriam as mais satisfeitas, embora o envolvimento e o significado tenham maior preponderância na satisfação com a vida do que o prazer (SCHUELLER; SELIGMAN, 2010; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Na década de 1970, com o advento dessas teorias, desenvolveu-se o conceito de bem-estar subjetivo, que reuniu as avaliações de estados afetivos e cognitivos, relacionados à satisfação com a vida, mas sem se restringir a somente isso. Esse conceito tinha três características principais: o primeiro dizia respeito ao estado subjetivo e único de cada ser humano; o segundo estava relacionado às medidas, incluindo presença e ausência de fatores negativos como no caso da maioria das medidas de saúde mental; e o terceiro que incluía medidas de avaliação global de todos os aspectos da vida de uma pessoa (DIENER, 1984). Atualmente, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico conceitua bem-estar subjetivo como o conjunto de bons estados mentais, incluindo todas as avaliações, sejam positivas e negativas, que as pessoas fazem de suas vidas, bem como as reações afetivas das pessoas a suas experiências (OCDE, 2013).

Outro constructo desenvolvido nessa época foi a ideia de “satisfação com a vida”. Ela é entendida como o resultado de uma avaliação mais abrangente sobre a experiência de vida como um todo, enquanto o equilíbrio do estado de afetos, seja afeto positivo relacionado com a frequência de emoções positivas, ou afeto negativo, relacionado com a frequência de emoções

negativas.

Os conceitos de felicidade e satisfação com a vida se tornaram indicadores independentes e complementares ao de bem-estar subjetivo, os quais podem ser usados em pesquisa na área da saúde, principalmente em relação à longevidade. Para alguns autores não se pode negligenciar variáveis tão importantes como a felicidade e o bem-estar subjetivo, reafirmando as ideias pioneiras de Gurin e colaboradores que utilizou esses conceitos como indicadores em estudos sobre saúde mental na década de 1960 (LAWRENCE; ROGERS; WADSWORTH, 2015).

Com a transformação das ideologias políticas narradas anteriormente no contexto histórico mundial e nacional, com os movimentos nacionalistas perdendo espaço para um processo de globalização crescente e com fortalecimento dos movimentos liberais e socialistas aliado ao Estado laico, isso possibilitou ampliação do desenvolvimento de pesquisas empíricas nas Ciências Sociais. Nos anos 1950, o envelhecimento bem sucedido se transformou em um conceito de pesquisa em alguns estudos sobre vida familiar e sobre o trabalho (BRAYFIELD, *et al.*, 1957) (HART *et al.*, 2018).

A partir da década de 70, a quantidade de pesquisas sobre felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida começaram a crescer. Isso coincidiu com o surgimento do movimento de indicadores sociais, que ligou várias vertentes de pesquisa existentes. Os indicadores sociais eram classificados em dois tipos, referidos como "objetivos" e "subjetivos", sendo os primeiros as contagens de vários tipos de fenômenos, enquanto os segundos seriam baseados nas percepções e sentimentos das pessoas. As avaliações consideravam aspectos afetivos dos indivíduos sobre variadas possibilidades de preocupações com a vida, várias medidas do senso geral de bem-estar dos indivíduos e uma variedade de formatos de escala alternativos, mas essencialmente equivalentes, para colecionar estas avaliações (ANDREWS, 1974).

Em 1974, surgiu o primeiro periódico internacional desse novo campo de estudos chamado "Indicadores Sociais em Pesquisa" criado por Alex Michalos. Este periódico preparou o caminho para vários outros especializados e por uma série de livros. Na década de 90, mais precisamente em 1995, criou-se uma associação interdisciplinar de pesquisa, a Sociedade Internacional de Estudos de Qualidade de Vida (ISQOLS). Dessa forma, as pesquisas sobre bem-estar, satisfação com a vida e felicidade, e agora qualidade de vida, ganharam destaque com canais organizados de comunicação e de pesquisa (HART *et al.*, 2018).

Até então, a medida mais amplamente utilizada de felicidade era a de Bradburn (1969)

conhecida como “Escala de Equilíbrio de Afetos”, que avaliava o equilíbrio do efeito positivo e negativo experimentado durante as últimas quatro semanas, funcionando como uma medida do componente afetivo do bem-estar subjetivo. No final da década de 90, as medidas de bem-estar subjetivo da época avaliavam um dos seus dois componentes (afetivo ou cognitivo) ou eram avaliações globais de um único item. Por acreditar que faltava uma medida de "felicidade subjetiva" global, Lyubomirsky e Lepper desenvolveram uma escala de quatro itens de felicidade subjetiva global e apresentaram estudos que examinam sua validade (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999)

Essa Escala da Felicidade está inserida no SABE-PB e consiste em quatro itens. Os dois primeiros pedem aos entrevistados que os caracterizem usando classificações absolutas e classificações em relação aos pares. Os outros dois itens oferecem descrições breves de indivíduos felizes e infelizes, seguida de uma pergunta aos entrevistados sobre com quem eles se identificam mais. A avaliação da consistência interna contou com cerca de três mil participantes de diferentes idades, profissões e grupos culturais. Embora essa escala seja curta, obteve-se evidência que atende e excede critérios psicométricos mínimos para a precisão da medição, consistência interna, confiabilidade teste-reteste, validade convergente e discriminante, dentre outros parâmetros de validação de instrumentos de pesquisa social (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999).

Em relação ao bem-estar subjetivo, muitos pesquisadores adotam uma abordagem subjetiva analisando autorrelatos de frequência e intensidade das experiências emocionais, como Andrews e Withey (1976) e Diener (1984). Nas escalas criadas por esses autores, os indivíduos alcançam felicidade e bem-estar através da experiência frequente de emoções positivas e ausência de emoções negativas (SCHUELLER; SELIGMAN, 2010; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

As escalas mais utilizadas para mensurar o bem-estar subjetivo são a “Escala de Bem-Estar Subjetivo” (Subjective Well-Being Scale - SWBS) de Lawrence e Liang (1988), a “Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo” (Positive Affect/Negative Affect Scale - PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988) e o “Índice de Bem-estar da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998). A primeira possui quinze itens relativos a quatro categorias: satisfação de vida (congruence), felicidade (happiness), afeto positivo (positive affect) e afeto negativo (negative affect), e a segunda conta com 20 itens mensurando as dimensões afeto positivo e afeto negativo.

O índice da OMS, utilizado pelo SABE-PB, é composto por cinco itens em que o participante pontua de zero a cinco as informações do modo como tem se sentido nas últimas duas semanas. A pontuação é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Os números maiores indicam maior bem-estar subjetivo e as menores um pior bem-estar subjetivo.

No tocante ao conceito de satisfação com a vida, estudos tem utilizado a “Escala de Satisfação com a Vida” (Satisfaction with Life Scale - SWLS) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), com o objetivo de avaliar o julgamento que as pessoas fazem sobre quão satisfeitas estão com suas vidas, sendo composta por cinco itens que podem ser avaliados de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Esta escala tem sido bastante utilizada com idosos (Pavot e Diener, 1993; Diener et al., 1999; Gouveia, 2006; Albuquerque, Rodrigues, Gouveia, Martins e Neves, 2007; Sousa, 2007).

Há outro instrumento similar conhecido por “Escala de Afetos Positivos e Negativos” (Diener e Emmons, 1984) para avaliar a variação dos afetos, sendo composta por nove adjetivos, quatro positivos e cinco negativos, os quais podem ser avaliados usando respostas que variam de 1 (nada) a 7 (extremamente) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010). Por fim, a “Hadley Cantril’s Self-Anchoring Striving Scale” (1965) consiste em um único item com o objetivo de verificar quão satisfeita a pessoa está com sua vida de forma global, pontuando de 0 a 10 em um desenho de escada. Esta é a escala utilizada no SABE – PB.

O desenvolvimento de todas estas escalas e estudos no mundo visam a compreensão de fatores e variáveis em relação a esses indicadores. Eles são importantes para compreensão do que pode levar ao envelhecimento bem-sucedido ou saudável, caracterizado por boas condições de saúde física e mental, e é uma estratégia chave da política de saúde pública em muitos países desenvolvidos, como Reino Unido e Estados Unidos. Nestes países, há interesse por pesquisas sobre longevidade, envelhecimento e os processo de transição epidemiológica e demográfica. A expectativa de vida e sua relação com a qualidade de vida do ser humano são aspectos que precisam ser compreendidos em profundidade para definição de políticas que visem à promoção da saúde (JIVRAJ *et al.*, 2014).

Um estudo publicado em 2014 explorou a relação longitudinal entre múltiplas abordagens para a mensuração de bem-estar subjetivo em uma população de idosos na Inglaterra. Descobriu-se que existe uma relação positiva entre o bem-estar subjetivo e a idade, quando se leva em conta os fatores associados como saúde precária e viuvez. A satisfação com a vida parece aumentar nas

coortes mais antigas e isto talvez seja um mecanismo de proteção psicológica. Esses idosos se consideram mais satisfeitos com as circunstâncias e são mais felizes em sua situação do que teriam sido se fossem mais jovens. Por outro lado, à medida que as pessoas envelhecem aumenta a probabilidade de perderem seus cônjuges e isto afeta a satisfação do indivíduo com a vida, por essa razão, encontrou-se associação desse indicador com o estado civil (JIVRAJ *et al.*, 2014).

Há evidências crescentes de que o bem-estar subjetivo está associado com risco reduzido de mortalidade e a incidência de condições específicas, como doença arterial coronariana (DAC). Um estudo observacional indica que maior bem-estar subjetivo foi associado com alguns fatores ambientais e estilo de vida saudável, como a realização de atividade física diária, o hábito de não fumar e dieta saudável, assim como os cuidados de saúde e os comportamentos de autocuidado (como rastreamento, busca de ajuda adequada e adesão aconselhamento médico). Desfrutar da vida ao longo de muitos anos poderia estar associada a escolhas comportamentais mais saudáveis, contribuindo, assim, para a longevidade (ZANINOTTO; WARDLE; STEPTOE, 2016).

A compreensão dos fatores que levam ao envelhecimento saudável e maior longevidade têm papel muito relevante no contexto brasileiro, tendo em vista o rápido processo de transição demográfica e epidemiológica que o país está passando. Alguns poucos estudos foram realizados no Brasil buscando associar as condições de vida e o grau de satisfação com a vida entre a população de idosos, como foi o caso do estudo de Joia e colaboradores de 2007. Nesta pesquisa, a satisfação com a vida foi relacionada ao conforto domiciliar, a acordar bem pela manhã, a ter três ou mais refeições diárias, a não sensação de solidão, não ser diabético e valorização do lazer. (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

A literatura internacional já apontou algumas associações entre a “felicidade” e parâmetros sociodemográficos (LAWRENCE; ROGERS; WADSWORTH, 2015). Em relação à renda, as pessoas acreditam e tomam decisões assumindo que mais renda, conforto e bens materiais os tornarão mais felizes, mas não foi verificada associação estatisticamente significativa entre mais renda e mais felicidade (EASTERLIN, 2003). A felicidade está fortemente associada às pessoas com altos níveis de educação e empregadas (BLANCHFLOWER; OSWALD, 2000); ao estado civil (HARING-HIDORE *et al.*, 1985), (VEENHOVEN, 1994), (LAWRENCE; ROGERS; WADSWORTH, 2015; VEENHOVEN, 1994) sendo mais frequente entre pessoas casadas (LUCAS *et al.*, 2003); (MARKS; FLEMING, 1997) e aquelas que têm redes de apoio

social mais fortes com mais amigos (STAW; SUTTON; PELLED, 1994). A religião melhora o bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, a felicidade (WITTER et al., 1985).

Torna-se relevante, portanto, investigar esses novos indicadores de saúde e os fatores a eles associados para compreensão dos processos de envelhecimento e longevidade em outras populações, a exemplo das comunidades pobres, como preconiza a Agenda de Prioridades em Pesquisa de Saúde do SUS. Esse conhecimento pode auxiliar no estabelecimento de novas práticas ou políticas públicas de saúde que gerem qualidade de vida aos idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os fatores associados à felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida em idosos longevos da região rural do Nordeste brasileiro e da região urbana do Sudeste do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos idosos longevos quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde e estilo de vida nas duas regiões.
- Analisar os fatores associados à autopercepção de felicidade dos idosos longevos participantes do estudo.
- Investigar os fatores associados ao nível de bem-estar subjetivo dos longevos
- Explorar os fatores associados ao nível de satisfação global com a vida dos longevos.

4 METODOLOGIA

O presente estudo enquadra-se como delineamento transversal, descritivo e analítico. Na região Nordeste foram entrevistados idosos com 80 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município na Paraíba, com uso de formulário adaptado do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE. Na região Sudeste foram entrevistados idosos com 80 anos de um município em São Paulo, com uso de formulário do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE.

Área de estudo

O local em que o estudo foi realizado situa-se no sertão do Nordeste brasileiro, no estado da Paraíba. O município foi escolhido por conveniência, tendo em vista parceria consolidada entre a Secretaria de saúde da cidade e UEPB.

A rede de serviços de atenção básica do município é composta por três unidades da ESF e uma composição de dezesseis agentes comunitários de saúde (ACS), os quais abrangem toda zona do município, sem área descoberta.

Na região Sudeste, o local foi a região urbana de um município do estado de São Paulo em que o ESTUDO SABE-SP é desenvolvido há 20 anos.

Participantes

A população do estudo SABE-PB é composta por todos os indivíduos idosos com 60 anos ou mais residentes no município. Porém, o estudo foi dividido em etapas: a primeira, que envolveu os idosos longevos com 80 anos ou mais residentes nas áreas urbana e rural do município, e participaram da fase de entrevistas e coleta de material biológico no primeiro semestre de 2017; e a segunda etapa, que envolverá os idosos com 60 até 79 anos, os quais já foram cadastrados pelos pesquisadores do projeto, com estimativa de ocorrer após avaliação das estratégias metodológicas e dos resultados da primeira etapa.

Este estudo foi realizado com idosos da primeira etapa. Através da obtenção dos dados pela Secretaria de Saúde, foram identificados 188 idosos com 80 anos ou mais. Entretanto, devido o fato de alguns idosos não terem sido localizados no município no momento da coleta (4,79%), foram efetivamente estudados 179 idosos. A partir deste número final de idosos, e observando-se os critérios de inclusão e exclusão, totalizou-se, para a região Nordeste, 135 idosos participantes desta pesquisa para variável felicidade, 134 idosos participantes para variável bem-estar subjetivo e 140 idosos participantes para variável satisfação global com a vida.

Em relação aos participantes da região Sudeste, foram identificados, na última coorte, 238 idosos com 80 anos ou mais. Observando-se os critérios de inclusão e exclusão, totalizou-se 208 idosos participantes para a variável felicidade, 202 idosos para a variável bem-estar subjetivo e 224 idosos participantes para variável satisfação global com a vida.

- Critérios de inclusão:

- Idosos com 80 anos ou mais residentes no município no momento da coleta.

- Ter respondido por conta própria, sem auxílio de informante auxiliar ou substituto, todas as questões de autoavaliação e das escalas utilizadas nas variáveis dependentes (Felicidade, Bem-estar subjetivo e Satisfação global com a vida)
 - Critérios de exclusão:
 - Idosos com idade inferior a 80 anos, institucionalizados e que não residiam mais na cidade.

Instrumentos

O SABE é um instrumento de coleta de dados do tipo questionário, implementado através de entrevista, que foi elaborado no Brasil por um comitê regional composto pelos principais pesquisadores de cada país e por especialistas em temas específicos da pesquisa (MAIA, 2005 apud LEBRÃO, 2003). Inicialmente, o instrumento foi submetido a dois pré-testes até chegar à sua forma final, subdividida em onze seções.

O questionário SABE –PB é adaptado para condições locais com a retirada de alguns itens, mas continua a abarcar as onze seções do SABE original última versão A15, que abrange vários aspectos da vida e saúde do idoso, tais como: dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços, rede de apoio familiar e social, história laboral e fontes de ingresso, características da moradia, antropometria, flexibilidade e mobilidade.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados do estudo, em ambas as regiões, foi realizada no domicílio dos idosos, com aplicação do formulário conduzida pelos entrevistadores a fim de coletar informações sociodemográficas e também sobre as condições de vida dos participantes.

No Nordeste os entrevistadores, previamente treinados, localizavam os domicílios, acompanhados pelos ACS, e visitavam os idosos para explicar os objetivos da pesquisa. Esses eram então convidados a participar e agendava-se dia e horário para os que aceitavam. O questionário era aplicado diretamente ao idoso, e caso ele expressasse alguma dificuldade o respondente próximo (familiar ou cuidador) o auxiliava.

Na região Sudeste, houve sorteio dos domicílios pelo método de amostragem por conglomerado. Pelo fato de já existirem outras coortes realizadas, primeiramente buscou-se as possíveis perdas de participantes nas bases de dados de óbitos municipais e estaduais. Em seguida, os idosos foram localizados por meio dos endereços já conhecidos por conta da entrevista anterior. Em caso de mudanças, buscaram-se informações na vizinhança e em estabelecimentos comerciais próximos, tais como farmácias, quitandas e escritórios imobiliários.

Variáveis do estudo

Para este estudo, foram analisadas as seguintes variáveis:

- Variáveis dependentes:

	Referência	Contraste
Auto-avaliação de Felicidade	(0) Menos feliz	(1) Mais feliz
Bem-estar subjetivo	(0) Pior bem-estar	(1) Melhor bem-estar
Satisfação global com a vida	(0) Baixa satisfação	(1) Alta satisfação

1) Para analisar a autoavaliação de Felicidade, utilizou-se somente a primeira questão da Escala de Felicidade, com o seguinte enunciado: Em geral o senhor se considera como? As respostas foram categorizadas como “referência” (0) quando variou de 1 até 4 em que a pessoa se considera menos feliz, e “contraste” (1), de 5 até 7, ou seja, em que a pessoa se se considera mais feliz.

2) Para investigar o nível de bem-estar subjetivo, utilizou-se todo o instrumento WHO5 (Adaptado) (OMS), com os seguintes enunciados: Sentiu-se alegre e bem disposto; Sentiu-se calmo e tranquilo; Sentiu-se ativo e cheio de energia; Acordou sentindo-se descansado; Achou que seu dia a dia foi preenchido com coisas que o interessavam. Para cada uma dessas assertivas, a pessoa devia dar um valor de zero, quando nunca ou nenhuma vez ela se sente da maneira descrita, até cinco, quando ela se sente bem e motivada todo o tempo. A pontuação

total somando todos os itens variará de zero, que significa ausência de bem-estar subjetivo até 25, quando se alcança o máximo bem-estar subjetivo. As respostas foram categorizadas como “referência” (0) quando a pontuação variou de 0 até 12 em que a pessoa apresenta um pior bem-estar, e “contraste” (1), de 13 até 25, ou seja, a pessoa apresenta um melhor bem-estar.

3) Para estudar a Satisfação global com a vida, utilizou-se a questão de satisfação global com a vida, com o seguinte enunciado: Olhando para a escala ao lado, avalie seu grau de satisfação com a vida de modo geral. O degrau mais alto (10) é o máximo de satisfação que alguém pode ter com a vida. O degrau mais baixo (1) representa o mais baixo nível de satisfação com a vida. As respostas foram categorizadas como “referência” (0), de 0 até 5, em que a pessoa apresenta uma baixa satisfação com a vida, e “contraste” (1) quando o grau de satisfação variou de 6 até 10, ou seja, em que a pessoa está com a satisfação mais alta da vida.

- Variáveis Independentes:

	Referência	Contraste
Sexo	Feminino	Masculino
Idade	(0) 80-89 anos	(1) 90 anos ou mais
Etnia autorreferida	(0) Outra (diferente de branca)	(1) Branca
Letramento	(0) Ilettrado	(1) Letrado
Estado Marital	(0) Sem companheiro	(1) Com companheiro
Suficiência de renda	(0) Não considera	(1) Considera suficiente
Co-residência	(0) Mora sozinho	(1) Mora acompanhado
Situação econômica infância	(0) Ruim a regular	(1) Boa
Passar fome na infância	(0) Sim	(1) Não
Autoavaliação de Saúde	(0) Ruim	(1) Boa
Número de doenças crônicas não transmissíveis (nDCNT)	(0) 2 ou mais doenças	(1) Nenhuma ou 1 doença

Sintomas depressivos	(0) Com sintomas	(1) Sem sintomas
Medicamentos	(0) 5 ou mais	(1) Nenhum até 4
Atividade física	(0) Não pratica	(1) Pratica
Importância da Religião	(0) Pouco ou nada importante	(1) Importante
Tabagismo	(0) Fuma/Já fumou	(1) Nunca fumou
Atividade de Lazer	(0) Não realiza	(1) Realiza
Ter animais domésticos	(0) Não ter	(1) Ter
Convivência cotidiana	(0) Não convive	(1) Convive (crianças, adultos e idosos)
Rede de apoio familiar e social	(0) Não tem a quem recorrer	(1) As vezes ou sempre tem a quem recorrer
Oferece apoio	(0) Não oferece	(1) Oferece
Recebe apoio	(0) Não recebe	(1) Recebe

As variáveis independentes foram divididas em blocos nomeados por “aspectos sociodemográficos”, incluindo sexo, idade, etnia autorreferida, letramento, estado marital, suficiência de renda, situação econômica da família na infância, passar fome na infância, e coresidência; “aspectos de estado de saúde”, que abarcam a autoavaliação de saúde, o número de doenças crônicas não transmissíveis, a utilização de medicamentos, e os sintomas depressivos; e, por fim, “aspectos de estilo de vida”, que incluem, prática de atividade física, importância da religião, tabagismo, realização de passeios ou lazer, ter animais domésticos, importância e interferência dos animais no humor, convivência com outras pessoas no cotidiano, arranjos domiciliares, rede de apoio familiar e social e o papel do idoso nessa rede, oferecendo e/ou recebendo apoio.

As características sociodemográficas avaliadas foram: sexo (masculino e feminino); idade (entre 80 e 89 anos para longevos e 90 ou mais para mais longevos); etnia autorreferida (branca e outra diferente de branca, incluindo neste as opções pardo, mulato, moreno, preto, indígena, amarelo e outra); letramento (cruzamento das variáveis “foi à escola” e “sabe ler e escrever um recado”, de forma que “letrado” é quem foi à escola e/ou sabe ler e escrever um recado, e “iletrado” é quem não foi à escola e/ou não sabe ler e escrever um recado); estado marital (com

companheiro, considerando a opção casado e amasiado, e sem companheiro, considerando as opções divorciado, separado, viúvo, solteiro); suficiência de renda (se o idoso considera suficiente ou não o que recebe), situação econômica na infância (de ruim a regular e boa), passar fome na infância (sim e não) e coresidência (vive acompanhado e vive sozinho).

Sobre os aspectos de saúde, foram analisadas as seguintes variáveis: autoavaliação do estado de saúde (“boa”, considerando o muito boa e boa, “regular”, e “ruim”, considerando as opções ruim e muito ruim), número de doenças crônicas (nenhuma ou uma representando uma categoria, e duas ou mais doenças representando outra), sintomas depressivos, analisados pela escala de depressão geriátrica inserida no SABE-PB (a pontuação da escala indica dois grupos: sem sugestão de sintomas depressivos, para idosos entre 0 e 5 pontos, e sugestão de sintomas depressivos a partir de 6 pontos), e, por fim, a utilização de medicamentos (sendo de “nenhum até 4” uma categoria, e “5 ou mais” outra categoria, considerada polifarmácia).

Com relação ao estilo de vida, foram analisadas as variáveis: prática de atividade física nos últimos três meses (prática e não prática), importância da religião (importante e pouco/nada importante), tabagismo (nunca fumou e fuma/já fumou, incluindo ex-fumantes e fumantes), realização de atividades de lazer, como passeio e caminhada (realiza e não realiza), presença de animais domésticos (tem ou não tem), convivência no cotidiano (mora sozinho e convive com outros familiares, sejam crianças, adultos, idosos), rede de apoio social e familiar (nunca tem a quem recorrer e as vezes ou sempre tem), oferece apoio (oferece e não oferece) e recebe apoio (recebe e não recebe).

Algumas variáveis foram apresentadas em frequência, mas não serão associadas com as variáveis dependentes, como a renda, a religião, o número de medicamentos utilizados, os arranjos familiares, a convivência cotidiana, o idoso oferecer apoio, a importância dos animais domésticos (importante ou pouco/nada importante) e a interferência destes animais no humor (positivamente ou negativamente), pois suas medidas não são estimáveis do ponto de vista estatístico.

Processamento e análise dos dados

Inicialmente, para melhor consistência dos dados, os mesmos foram tabulados no programa Epidata 3.1 em dupla entrada e, logo após, transportados para a planilha do Microsoft Excel 2010. Posteriormente, foram obtidos os dados descritivos do presente estudo, os quais são

apresentados sob a forma de frequência. Em seguida, com o auxílio do software estatístico R e com o objetivo de identificar associações entre as variáveis, ajustou-se modelo inicial de regressão logística múltipla com todas as variáveis tomando-se como medida de associação a razão de chances (Odds Ratio (OR)) e intervalos de confiança a 95% (IC95%). Foi realizado o modelo de regressão logística devido as variáveis dependentes serem binárias (0 ou 1), permitindo analisar se há associação entre variáveis independentes tem associação com e as variáveis dependentes. As variáveis de ajuste que apresentaram $p \leq 0,20$ no modelo inicial foram incluídas nas análises múltiplas finais. Na interpretação dos resultados da regressão, considerou-se $p < 0,05$ como indicativo de associação estatisticamente significativa para variável dependente.

Aspectos éticos

Os projetos maiores, do qual este estudo faz parte, foram aprovados pelo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba sob o número CAAE: 67426017.6.0000.5187 (SABE/OS - Anexo 2) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública/USP-SP Registro 2044 (SABE/SP - Anexo 3). Os entrevistadores explicaram aos participantes em que consistia o estudo. Ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desta forma, a pesquisa está de acordo com os aspectos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

5 RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas, as duas populações estudadas mostram perfil bastante diferente. Na região rural do Nordeste brasileiro, há predominância de idosos longevos do sexo feminino (54,7%) em relação ao masculino (45,3%), sendo que a maior parte deles não tiveram acesso à educação formal (62%) e vivem com até um salário mínimo (67%). A grande maioria (86%) reside na companhia de outras pessoas, principalmente cônjuges e filhos; sendo que apenas 14% viviam sozinhos. Em relação aos idosos longevos do centro urbano do Sudeste, foi observado maior predominância de mulheres (70,6%). Em sua grande maioria, os idosos tinha autorreferência de etnia branca (61,7%), com boas condições de letramento (78,7%) e renda (57,8%); e vivem acompanhados principalmente de seus filhos. No Sudeste encontra-se praticamente o dobro da proporção de idosos (27,3%) vivendo sozinhos do que no Nordeste (Tabela 1).

No Nordeste, os idosos viveram em condições de pobreza e experimentaram períodos de seca que restringiu o acesso aos alimentos. Quando perguntado aos idosos se eles “passaram fome” na infância, 41,4% da população do Nordeste respondeu afirmativamente; resultado que contrasta com 14,8% da população do Sudeste na mesma condição (Tabela 1). Verifica-se, portanto, que as assimetrias econômicas regionais estão associadas às desigualdades sociais entre os dois grupos estudados.

Apesar das diferenças em relação às condições materiais e educacionais, os índices de felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação global com a vida são muito semelhantes nas duas populações estudadas, com 71,9% (rural do Nordeste) e 72% (urbana do Sudeste) para felicidade; 76,9% (rural) e 78,7% (urbana) para melhor bem-estar subjetivo, e 87,1% (rural) e 80,8% (urbana) para satisfação global com a vida. Ou seja, praticamente não há diferenças em relação à proporção de idosos que experimentam a felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação global com a vida nos dois grupos (Tabela 1).

Em relação às condições de saúde, as duas populações apresentam também diferenças significativas. Mais da metade dos idosos longevos do Nordeste (61,1%) e Sudeste (56,6%) avaliam sua situação de saúde como regular ou ruim; sendo que 73,5% idosos da região urbana têm de uma ou mais doenças crônicas e 63,5% deles utilizam mais de cinco medicamentos. Já na região rural, 52,5% dos idosos tem uma ou mais doenças crônicas e utilizam polifarmácia. Em

relação à saúde mental, os resultados se assemelham, sendo que 42,2% dos idosos longevos do Nordeste e 49,6% no Sudeste, apresentaram sintomas sugestivos de depressão.

Em relação a possuir ou não religião, a maioria dos idosos longevos deste estudo possuem religião (99% no NE e 96,4% no SE). Em relação à prática de atividade física, a maioria costuma praticar alguma atividade de lazer, como passeio ou caminhada (58,6% no NE e 58,8% no SE). Na região urbana houve maior proporção de idosos que relataram ter a quem recorrer quando precisam (91,7%) do que na região rural (81%), recebendo apoio financeiro, material, em cuidados pessoais e tarefas, no apoio emocional e na companhia. No Sudeste, 30,8% dos idosos relataram viver sozinhos e não têm apoio de ninguém em contrapartida aos 19% do Nordeste.

No Nordeste os idosos convivem mais com outros idosos (53,2%) e mais adultos (40,4%) no seu cotidiano do que no Sudeste (33,3% e 29%, respectivamente). A configuração dos arranjos familiares nos mostra que, no centro urbano do Sudeste 26,6% dos idosos vivem sozinhos e 75,4% vivem acompanhados. A maior parte deles vivem com seus filhos apenas (27,5%), ou somente com cônjuge (12,4%), com filhos e netos (17,6%) ou possui outros arranjos (15,9%). Na região rural do Nordeste, somente 14% dos idosos vivem sozinhos. Dos 86% que vivem acompanhados, a maior parte deles vive com seus filhos (25,1%), com seus conjugês (20,7%), com filhos e netos (17,9%) ou tem outros arranjos (22,3%). Em relação a presença de animais no domicílio e a influência deles no humor dos idosos, os idosos do Nordeste possuem mais animais domésticos (41,9%) do que no Sudeste (32,8%), relativizando mais sua influência positiva sobre o humor (74,6%) em relação à população urbana (80,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos idosos longevos das regiões Nordeste e Sudeste quanto às características sociodemográficas, aspectos de saúde e estilo de vida. Estudo SABE-SP, 2015 / SABE- PB, 2017.

Variáveis	SABE-PB			SABE-SP		
	N total	n	%	N total	n	%
Dependentes						
Felicidade	135			208		
Mais feliz		97	71,9		150	72,1
Menos feliz		38	28,1		58	27,9
Bem-estar Subjetivo	134			202		
Melhor bem-estar		103	76,9		159	78,7
Pior bem-estar		31	23,1		43	21,3
Satisfação global com a vida	140			224		
Alta satisfação		122	87,1		181	80,8
Baixa satisfação		18	12,9		43	19,2

Independentes					
Aspectos Sócio-demográficos					
Sexo	179			238	
Feminino		98	54,7		168 70,6
Masculino		81	45,3		70 29,4
Idade	179			238	
80-89 anos		142	79,3		173 72,7
90 anos ou mais		37	20,7		65 27,3
Letramento	179			230	
Iltrado		111	62,0		49 21,3
Letrado		68	38,0		181 78,7
Co-Residência	179			238	
Vive Sozinho		25	14,0		65 27,3
Vive acompanhado		154	86,0		173 72,7
Etnia Autorreferida	168			227	
Branca		91	54,2		140 61,7
Não Branca		77	45,8		87 38,3
Estado Marital	179			238	
Sem companheiro		102	57,0		188 79,0
Com companheiro		77	43,0		50 21,0
Renda	176			204	
Até 1 SM		118	67,0		86 42,2
Mais de 1 SM		58	33,0		118 57,8
Suficiência de Renda	177			225	
Não considera suficiente		69	39,0		90 40,0
Considera suficiente		108	61,0		135 60,0
Religião	178			223	
Tem		177	0,6		215 3,6
Não tem		1	99,4		8 96,4
Situação econômica na infância	160			224	
Boa		34	21,3		74 33,0
Regular		52	32,5		100 44,6
Ruim		74	46,3		50 22,4
Fome na infância	162			223	
Sim, passou fome		67	41,4		33 14,8
Não passou		95	58,6		190 85,2
Aspectos de Saúde					
Autoavaliação de saúde	131			214	
Ruim		14	10,7		28 13,1
Regular		66	50,4		93 43,5
Boa		51	38,9		93 43,5
Número de doenças crônicas (nDCNT)	179			223	
Duas ou mais		94	52,5		164 73,5

Uma	64	35,8	42	18,8
Nenhuma	21	11,7	17	7,6
Sintomas depressivos (GDS)	90		238	
Sugestão de sintomas depressivos	38	42,2	118	49,6
Sem sintomas depressivos	52	57,8	120	50,4
Número de medicamentos	179		219	
Cinco ou mais (Polifarmácia)	94	52,5	139	63,5
Entre 1 e 4	80	44,7	80	36,5
Nenhum	5	2,8	0	0,0
Aspectos de estilo de vida				
Atividade Física (últimos 3 meses)	179		235	
Não praticou	144	80,4	186	79,1
Praticou	35	19,6	49	20,9
Importância da Religião	168		209	
Pouco importante	13	7,7	24	11,5
Importante	155	92,3	185	88,5
Atividade de Lazer (Passeio)	169		226	
Não realiza	70	41,4	93	41,2
Realiza	99	58,6	133	58,8
Tabagismo	178		234	
Fuma/Já fumou	102	57,3	83	35,5
Nunca fumou	76	42,7	151	64,5
Convivência a maior parte do tempo	156		231	
Sozinho	3	1,9	75	32,5
Crianças e adolescentes	7	4,5	12	5,2
Adultos	63	40,4	67	29,0
Idosos	83	53,2	77	33,3
Arranjos familiares	179		233	
Sozinho	25	14,0	62	26,6
Só cônjuge	37	20,7	29	12,4
Só filhos	45	25,1	64	27,5
Filhos e netos	32	17,9	41	17,6
Outros arranjos	40	22,3	37	15,9
Recebe apoio	179		237	
Não	34	19,0	73	30,8
Sim	145	81,0	164	69,2
Oferece apoio	179		237	
Não	41	22,9	95	40,1
Sim	138	77,1	142	59,9
Rede de apoio – tem a quem recorrer	137		205	
Nunca	10	7,3	6	2,9
As vezes	16	11,7	11	5,4
Sempre	111	81,0	188	91,7
Animal doméstico	179		235	
Não tem	104	58,1	158	67,2

Tem		75	41,9		77	32,8
Interferência do animal no humor	71			76		
Não interfere		18	25,4		15	19,7
Interfere positivamente		53	74,6		61	80,3
Importância do animal doméstico	71			75		
Pouco importante		21	29,6		9	12,0
Importante		50	70,4		66	88,0

Na tabela 2 estão apresentados os valores brutos e ajustados dos fatores associados à felicidade entre os idosos do Nordeste e entre os idosos do Sudeste. Em ambas as populações, a ausência de sintomas sugestivos de depressão se mostrou um fator preditor para a felicidade; sendo que, no Nordeste, esse grupo tem 8,06 vezes mais chances de se sentir feliz do que quem tem sintomas depressivos; enquanto no sudeste, quem não tem esses sintomas têm 3,73 vezes mais chances de se sentir feliz.

No Nordeste, mais três variáveis foram associadas à felicidade, sendo que a mais importante delas foi a rede de apoio. Mais de 80% dos idosos longevos do Nordeste afirmaram ter alguém a quem recorrer quando precisam. Os idosos que recebem apoio de seus familiares ou amigos têm 27,46 vezes mais chances de sentirem-se felizes do que os que não recebem. Quem vive com companheiro sente-se mais feliz do que quem não tem companheiro. Os idosos que praticam atividade de lazer, como passeio e caminhada, têm 5,28 mais chances de sentirem-se felizes do que os não praticantes (Tabela 2).

No Sudeste, os resultados foram bastante diferentes, tendo em vista que nenhuma outra variável além da ausência de sintomas depressivos foi associada com felicidade, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Modelo de regressão logística múltipla para associação entre a felicidade e os aspectos sociodemográficas, de saúde e estilo de vida de idosos longevos residentes no Nordeste (SABE-PB) e no Sudeste (SABE-SP) do Brasil.

	FELICIDADE - SABE-PB						FELICIDADE- SABE-SP					
	Menos feliz N(%)	Mais feliz N(%)	OR bruto (IC 95%)	P	OR ajustado (IC 95%)	P	Menos feliz N(%)	Mais feliz N(%)	OR bruto (IC 95%)	P	OR Ajustado (IC 95%)	P
Sexo				0,147		0,154				0,130		0,128
Feminino	26 (37)	44 (63)	1		1		38 (26)	107 (74)	1		1	
Masculino	12 (18)	53 (82)	2,43 (0,86-6,84)		2,64 (0,7-10,03)		20 (32)	43 (68)	2,32 (1,06-5,09)		2,07 (0,81-5,26)	
Letramento				0,097		0,117						
Sim	14 (25)	43(75)	2,06 (0,71-6,01)		3,58 (0,73,17,7)		41(25)	126(75)				
Não	24 (31)	54(69)	1		1		17(45)	21(55)				
Co-residência				0,02		0,029						

Vive sozinho	7(29)	17(71)	1		1		16(26)	45(74)				
Vive acompanhado	31(28)	80(72)	0,69 (0,18-2,75)		0,03 (0-0,7)		42(29)	105(71)				
Etnia				0,24		0,25						
Branca	15(22)	52(78)	1,85 (0,67-5,09)		2,23 (0,56-8,89)		35(27)	93(73)				
Não branca	21(33)	43(67)	1		1		23(29)	56(71)				
Situação econômica na infância				0,318		0,135				< 0,001		0,104
Boa	10(33)	20(67)	0,65 (0,18-2,31)		0,27 (0,05-1,51)		10(14)	61(86)	4,33 (1,48-12,66)		2,87 (0,81-10,24)	
Regular	13(33)	26(67)	0,83 (0,26-2,68)		0,61 (0,13-2,88)		32(36)	58(64)	0,89 (0,39-2,01)		0,44 (0,15-1,3)	
Ruim	15(23)	50(77)	1		1		16(35)	30(65)	1		1	
Insuficiência alimentar até os 15 anos				-		-				0,613		0,611
Sim	17(31)	37(69)	-		-		10(36)	18(64)	1		1	
Não	21(26)	59(74)	-		-		47(26)	132(74)	1,53 (0,6-3,86)		1,35 (0,42-4,34)	
Número de doenças crônicas (nDCNT)				0,117		0,062						
Duas ou mais	21(30)	48(70)	1		1		37(26)	107(74)				
Uma	13(25)	38(75)	1,11 (0,38-3,27)		0,19 (0,03-1,09)		11(28)	28(72)				
Nenhuma	4(27)	11(73)	1,36 (0,31-5,9)		0,68 (0,09-5,21)		6(40)	9(60)				
Sintomas depressivos				0,011		0,006				0,001		< 0,001
Sim	15(41)	22(59)	1		1		38(43)	51(57)	1		1	
Não	8(16)	42(84)	3,64 (1,28-10,35)		8,06 (1,6-40,48)		20(167)	99(83)	3,66 (1,8-7,44)		3,73 (1,68-8,26)	
Importância da Religião				0,065		0,053						
Pouco importante	3(30)	7(70)	1		1		7(29)	17(71)				
Importante	34(28)	89(72)	1,53 (0,26-9)		8,83 (0,97-79,96)		50(28)	126(72)				
Atividade de Lazer (Passeio)				0,024		0,03						
Não realiza	20(43)	27(57)	1		1		22(29)	53(71)				
Realiza	18(20)	70(80)	3,43 (1,2-9,81)		5,28 (1,17-23,83)		33(26)	96(74)				
Recebe apoio				0,02		0,027						
Sim	28(26)	79(74)	1,3 (0,4-4,26)		27,46 (1,44-521,92)		40(28)	101(72)				
Não	10(36)	18(64)	1		1		18(27)	49(73)				
Rede de apoio				-		-						
Nunca	0	0	-		-		3(50)	3(50)	1		1	
As vezes	4(27)	11(73)	-		-		6(55)	5(45)				0,157
Sempre	24(24)	75(76)	-		-		44(24)	141(76)	2,55 (0,65-9,97)	0,122	3,35 (0,72-15,52)	

Os resultados para o estudo de associação com a variável dependente “Bem-estar-subjetivo” foram mostrados na Tabela 3. Neste caso, para a população do Nordeste, a única variável que teve associação significativa foi autoavaliação da saúde. Os idosos com uma boa autoavaliação de saúde têm 5,51 mais chances de ter melhor bem-estar subjetivo do que os que referem a própria saúde como regular ou ruim. Para a maior parte das outras variáveis não foi possível obter o valor de *odds ratio*.

Já para a população do Sudeste, o estado marital, suficiência de renda e ausência de sintomas depressivos tiveram associação com a variável dependente. Nesta região os idosos longevos sem sintomas sugestivos de depressão têm 9,43 mais chances de terem melhor bem-estar subjetivo do que o grupo com sintomas. Quem vive com seus companheiros, sendo casados ou amasiados, apresentam 5,77 mais chances de ter melhor bem-estar subjetivo do que os solteiros, viúvos, separados ou divorciados. Aqueles que têm suficiência de renda têm 3,2 mais chances de também terem melhor percepção de bem-estar.

Tabela 3. Modelo de regressão logística múltipla para associação entre o bem-estar subjetivo e os aspectos sociodemográficos, de saúde e estilo de vida de idosos longevos residentes no Nordeste (SABE-PB) e no Sudeste (SABE-SP) do Brasil.

	BES - SABE-PB						BES - SABE-SP					
	Pior BES N(%)	Melhor BES N(%)	OR bruto (IC 95%)	P	OR ajustado (IC 95%)	P	Pior BES N(%)	Melhor BES N(%)	OR bruto (IC 95%)	P	OR ajustado (IC 95%)	P
Letramento				0,923		0,923						
Sim	13(23)	43(77)	0,92 (0,38- 2,26)		1,05 (0,39- 2,79)		32(20)	129(80)				
Não	18(23)	60(77)	1		1		10(26)	28(74)				
Etnia				0,903		0,903						
Branca	16(23)	55(77)	1,06 (0,43- 2,58)		1,06 (0,4- 2,79)		22(18)	102(82)				
Não branca	13(22)	46(78)	1		1		21(27)	56(73)				
Estado marital				-		-				0,023		0,031
Sem companheiro(a)	21(30)	49(70)	-		-		37(23)	121(77)	1		1	
Com companheiro(a)	10(16)	54(84)	-		-		6(14)	38(86)	2 (0,73- 5,53)		5,77 (1,18- 28,33)	
Suficiência de renda				0,434		0,44				0,035		0,037
Sim	20 (24)	64 (76)	0,89 (0,36- 2,25)		0,67 (0,24- 1,85)		18 (15)	106 (85)	3,4 (1,63- 7,11)		3,2 (1,07- 9,52)	
Não	11 (22)	39 (78)	1		1		25 (33)	50 (67)	1		1	
Insuficiência alimentar até os 15 anos				-		-				0,201		0,199
Sim	18(32)	38(68)	-		-		8(30)	19(70)	1		1	
Não	13(17)	62(83)	-		-		35(20)	140(80)	1,71 (0,65-		2,38 (0,63-	

									4,49)		8,95)	
Autoavaliação de saúde				0,062		0,037				< 0,001		0,926
Ruim	5 (45)	6 (55)	1		1		18 (67)	9 (33)	1		1	
Regular	16 (27)	43 (73)	1,82		2,08		16 (18)	73 (82)	0,12		0,11	
Boa	6 (13)	41 (87)	(0,45-7,36)		(0,49-8,84)		8 (9)	77 (91)	(0,05-0,32)		(0,03-0,41)	
			4,56		5,51 (1,1-27,5)				2,69		0,94	
			(1,02-20,99)						(0,99-7,34)		(0,28-3,24)	
Sintomas depressivos				-		-				< 0,001		< 0,001
Sim	12(34)	23(66)	-		-		35(43)	47(57)	1		1	
Não	7(14)	43(86)	-		-		8(7)	112(93)	8,69		9,43	
									(3,69-20,47)		(3,02-29,42)	
Atividade Física (últimos 3 meses)				-		-				0,253		0,27
Não praticou	27(26)	78(74)	-		-		39(25)	114(75)	1		1	
Praticou	4(14)	25(86)	-		-		4(8)	45(92)	3,32		2,28	
									(1,11-9,94)		(0,53-9,88)	
Importância da Religião				-		-				0,756		0,755
Pouco importante	3(30)	7(70)	-		-		6(26)	17(74)	1		1	
Importante	28(23)	94(77)	-		-		35(20)	136(80)	1,42		1,26	
									(0,52-3,9)		(0,29-5,52)	
Atividade de Lazer (Passeio)				-		-				0,083		0,086
Não realiza	16(33)	32(67)	-		-		24(35)	44(65)	1		1	
Realiza	14(16)	71(84)	-		-		16(12)	113(88)	3,52		2,56	
									(1,68-7,37)		(0,88-7,48)	
Animal doméstico				-		-				0,102		0,104
Não tem	16(21)	62(79)	-		-		22(17)	108(83)	1		1	
Tem	15(27)	41(73)	-		-		21(30)	50(70)	0,5		0,42	
									(0,24-1,02)		(0,15-1,19)	

A Tabela 4 apresenta os resultados encontrados do ponto de vista analítico para a variável dependente “Satisfação Global com a vida”, sendo possível verificar que não foram obtidos resultados de *odds ratio* para algumas das variáveis independentes. Para a região Sudeste, verificou-se, novamente que os idosos que não têm sintomas sugestivos de depressão apresentam 6,29 mais chances de sentirem-se satisfeitos com sua vida. Os idosos com boa rede de apoio apresentam-se 9,3 vezes mais chances de serem mais satisfeitos com a vida do que os referiram nunca receber apoio.

Na região Nordeste, o fator que apresentou uma forte associação com a satisfação com a vida foi a prática de atividade de lazer. Os longevos que realizam atividades de caminhada ou passeio apresentam-se 8,1 vezes mais chances de estarem satisfeitos com a vida do que os que não realizam (Tabela 4).

Tabela 4. Modelo de regressão logística múltipla para associação entre a satisfação global com a vida e os aspectos sociodemográficos, de saúde e estilo de vida de idosos longevos residentes no Nordeste (SABE-PB) e no Sudeste (SABE-SP) do Brasil.

	SGV - SABE-PB						SGV - SABE-SP					
	Baixa SGV N(%)	Alta SGV N(%)	OR bruto (IC 95%)	P	OR ajustado (IC 95%)	P	Baixa SGV N(%)	Alta SGV N(%)	OR bruto (IC 95%)	P	OR ajustado (IC 95%)	P
Sexo				-		-				0,436		0,442
Feminino	11(15)	61(85)	-		-		33(21)	126(79)	1		1	
Masculino	7(10)	61(90)	-		-		10(15)	55(85)	1,42 (0,64- 3,14)		1,44 (0,57- 3,67)	
Letramento				-		-				0,438		0,433
Sim	8(14)	50(86)	-		-		31(18)	142(82)	1,64 (0,69- 3,88)		1,52 (0,54- 4,29)	
Não	10(12)	72(88)	-		-		11(24)	34(76)	1		1	
Coreidência				0,053		0,053				0,371		0,369
Vive sozinho	5 (20)	20 (80)	1		1		11 (17)	52 (83)	1		1	
Vive acompanhado	13 (11)	102 (89)	3,81 (1,04- 14,02)		4,71 (0,98- 22,64)		32 (20)	129 (80)	0,82 (0,37- 1,81)		0,46 (0,08- 2,52)	
Autoavaliação de saúde				-		-				0,215		0,180
Ruim	3(21)	11(79)	-		-		12(43)	16(57)	1		1	
Regular	7(11)	55(89)	-		-		20(22)	71(78)	0,43 (0,17- 1,07)		0,74 (0,25- 2,15)	
Boa	6(12)	44(88)	-		-		11(12)	81(88)	2,4 (1,02- 5,68)		2,01 (0,72- 5,56)	
Sintomas depressivos				0,567		0,567				< 0,001		< 0,001
Sim	7 (19)	30 (81)	1		1		34 (33)	70 (67)	1		1	
Não	5 (10)	46 (90)	2,15 (0,62- 7,39)		1,54 (0,35- 6,76)		9 (8)	111 (92)	7,43 (3,28- 16,85)		6,29 (2,54- 15,59)	
Importância da Religião				0,151		0- 133						
Pouco importante	3(27)	8(73)	1		1		6(25)	18(75)				
Importante	15(12)	112(88)	0,35 (0,06- 2,06)		0,19 (0,02- 1,66)		36(20)	144(80)				
Atividade de Lazer (Passeio)				0,008		0,012						
Não realiza	10(21)	38(79)	1		1		20(24)	64(76)				
Realiza	8(9)	83(91)	3,47 (1,02- 12,16)		8,1 (1,6- 41,13)		21(16)	110(84)				
Tabagismo				0,081		0,102						
Fuma/Já fumou	14(18)	63(82)	1		1		18(23)	61(77)				
Nunca fumou	4(6)	59(94)	2,43 (0,61- 9,68)		3,83 (0,77- 19,21)		25(17)	118(83)				
Rede de apoio				-		-				0,008		0,004
Nunca	0	0	-		-		2(33)	4(67)	1		1	
As vezes	2(13)	13(87)	-		-		7(64)	4(36)	3,5 (0,43- 28,45)		2,99 (0,25- 35,39)	
Sempre	14(14)	89(86)	-		-		31(17)	155(83)	8,58 (2,36- 31,14)		9,3 (2,07- 41,79)	

6 DISCUSSÃO

Este estudo comparou, pela primeira vez no Brasil, duas populações de idosos longevos com perfis bastante diferentes em relação aos aspectos sociodemográficos, aspectos de saúde e estilo de vida, a fim de investigar como essas diferenças poderiam influenciar a percepção de felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida. No Nordeste, os idosos longevos tem menor renda e tiveram pouco acesso à educação formal, sofrendo, uma parte deles, de restrição alimentar na infância. Essas restrições, entretanto, parecem não ter influenciado negativamente a percepção dos idosos com 80 anos ou mais a ponto deles sentirem-se menos felizes, com pior bem-estar ou insatisfeitos com suas vidas em relação aos idosos de um grande centro urbano. As prevalências desses sentimentos não foram diferentes entre as duas populações apesar das evidentes diferenças socioeconômicas.

Esses nossos resultados corroboram outros estudos que não associaram felicidade e renda (EASTERLIN, 2003; LAWRENCE; ROGERS; WADSWORTH, 2015). Por outro lado, os achados deste trabalho diferem de um estudo feito na Alemanha, em que o baixo nível socioeconômico foi fator de risco robusto e independente para baixo bem-estar subjetivo em ambos os sexos, ressaltando assim o efeito prejudicial de restrições econômicas severas no idosos (LUKASCHEK, K., et al., 2017). A população do sudeste é mais diversificada em relação ao letramento do que a nordestina, e por essa razão os resultados corroboraram a literatura, verificando-se a associação entre letramento e bem-estar-subjetivo (BLANCHFLOWER, D.; OSWALD, A., 2015).

Na população estudada, tem-se que no Nordeste brasileiro há uma maior prevalência de homens com 80 anos ou mais do que no Sudeste, assim como mais idosos vivendo com seus cônjuges e menos idosos vivendo sozinhos; sendo que a rede de apoio aos idosos foi um dos fatores mais fortemente associados à percepção de felicidade. No Sudeste, verificou-se que os idosos são mais solitários; entretanto, quem vive com companheiro tem melhor percepção de bem-estar subjetivo. Esses resultados corroboram com achados da literatura que mostram associação entre estado marital e felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida (HARING-HIDORE, M. et al, 1985) (VEENHOVEN, R., 1994) (LUCAS, R. E. et al., 2003) MARKS, G. N.; FLEMING, N., 1997). Em relação à rede de apoio, um estudo longitudinal realizado na Inglaterra (RAFNSSON, S. B, et al 2015) mostrou que o tamanho da rede social e a

frequência do contato da rede associaram-se positiva e independentemente com a satisfação com a vida e qualidade de vida. Ou seja, o contato frequente com outras pessoas é importante para que o idoso sinta mais satisfação com a vida.

No nordeste, verificou-se associação positiva entre atividades de lazer, como caminhada e passeio, e satisfação da vida. Esses resultados corroboram outros estudos realizados nos Estados Unidos (CHANG, et al, 2014; RAGHEB; GRIFFITH, 2018). Além disso, os idosos entrevistados neste trabalho relataram que os animais domésticos contribuem positivamente para melhoria do humor. Apesar de não terem sido encontradas associações entre a presença de animais domésticos com sentir-se mais feliz e mais satisfeito com a vida, os dados de frequência mostram uma tendência. Alguns estudos já sugeriram os benefícios potenciais de animais na saúde física e psicológica em humanos (CHERNIACK, E. P. , CHERNIACK, A. R., 2014); e outros, especificamente de uma coorte de idosos, demonstrou que a posse de animais foi associada a uma melhora na sobrevida de doenças cardiovasculares uma população hipertensa (CHOWDHURY, E. K., et al., 2017).

O indicador de autoavaliação sobre a saúde é um instrumento muito utilizado e recomendado em estudos com idosos para compreensão dos aspectos que a influenciam e sua relação com o bem-estar (CONFORTIN; et al., 2015). Um estudo coreano revelou que a melhor autoavaliação de saúde aumenta a satisfação com a vida (LEE *et al.*, 2019). Os idosos do Nordeste relataram ter sofrido restrições alimentares na infância devido à pobreza. A superação dessas dificuldades e o fato de ser longevo podem ter contribuído para melhor aceitação das condições atuais de saúde, despertando um senso global de felicidade e bem-estar subjetivo positivos.

Outro fator que contribui significativamente para melhoria dessas percepções é a ausência de sintomas sugestivos de depressão. Em idosos, é comum o desenvolvimento da depressão, principalmente porque, com o passar dos anos, o número de perdas sucessivas de pessoas queridas e o afastamento de suas atividades cotidianas, levam o idoso a um questionamento sobre vida e seu sentido. Esses questionamentos podem ou não conduzir o idoso à construção de novos sentidos de vida, que podem acontecer a partir da criação e execução de um trabalho ou prática de um ato; experimentando algo ou encontrando alguém para amar; ou pela atitude que toma em relação ao sofrimento que não se pode mudar (FRANKL, 2003). Por

essa razão, familiares e outras pessoas que constituem a rede de apoio ao idoso devem estar atentadas aos indícios de perda de interesse em realizar atividades cotidianas e o desejo de isolamento, bem como outros sinais de depressão. Um estudo coreano mostrou que o apoio emocional de familiares e/ou amigos atenuou a influência negativa de eventos sob a satisfação com a vida. Os resultados revelaram que as trajetórias de satisfação com a vida dos longevos aumentaram com a maturidade e boas relações familiares (LEE, et al. 2019).

O estudo tem suas limitações, como o próprio desenho transversal que não permite associações de causa e efeito. As análises realizadas não pretendem definir a origem dos resultados encontrados, mas explorar os fatores associados às variáveis nas duas diferentes regiões estudadas, contribuindo para expor a importância de estudar os indicadores de saúde referentes a saúde subjetiva. Cabe destacar que os estudos internacionais trazidos para discutir os aspectos estudados apresentam diferentes questões culturais, o que limita a comparação com os nossos resultados. Outra limitação diz respeito a própria população que possui uma idade avançada e baixa cognição, e que, por vezes, necessita de informante auxiliar para responder algumas questões, o que pode causar algum viés. Além disso, não foi possível realizar análise estatística para muitas das variáveis da população do Nordeste, o que pode ser melhorado no futuro próximo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As prevalências dos sentimentos de felicidade, bem-estar subjetivo, e satisfação global com a vida foram muito semelhantes para os idosos longevos da região nordeste e sudeste brasileira. Entretanto, diferentes fatores foram associados com essas percepções em cada região. Enquanto na região Sudeste, os fatores preditivos foram letramento, maior renda e melhor situação econômica, com muitos longevos vivendo sozinhos, na região Nordeste parece predominar os laços afetivos na convivência com mais pessoas, bem como ter uma rede de apoio mais frequente e diversificada, e praticar atividades de lazer.

A realização de um estudo comparativo entres as duas regiões nos permite ampliar a visão sobre a saúde de populações longevas com estilos de vida diferentes, buscando compreender que fatores bio-psico-sociais estão inseridos nos contextos em que vivem e de que forma a saúde pública pode contribuir para o fomento de novas práticas adequadas a cada realidade, no sentido de proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida e longevidade saudável dentro de suas possibilidades no seu território.

REFERÊNCIAS

- ANDREWS, F. M. Social indicators of perceived life quality. **Social indicators research-** v. 1- n. 3- p. 279–299- 1974.
- BLANCHFLOWER, D.; OSWALD, A. Well-Being Over Time in Britain and the USA. [s.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3386/w7487>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência- Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde- Secretaria de Ciência- Tecnologia e Insumos Estratégicos- Departamento de Ciência e Tecnologia.** – 2. ed.- 4. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde- 2015. 68p.
- CANTRIL, H. The pattern of human concerns. [s.l.] New Brunswick- N.J.- Rutgers U. P- 1966.
- CHANG, PO-JU; WRAY, L., LIN Y. Social Relationships, Leisure Activity, and Health in Older Adults. **Health Psychology**, Vol. 33, No. 6, 516 –523, 2014.
- CHERNIACK, E. P. , CHERNIACK, A. R. The Benefit of Pets and Animal-Assisted Therapy to the Health of Older Individuals. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, 2014.
- CHOWDHURY, E. K., et al. Pet ownership and survival in the elderly hypertensive population. **Journal of Hypertension**, v. 35, n. 4, 2017.
- CONFORTIN, S.C, GIEHL, M.W.C, ANTES, D.L, SCHNEIDER, I.J.C, D’ORCI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2015; 31(5):1049-1060.
- DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological bulletin-** v. 95- n. 3- p. 542–575- 1984.
- DIENER, E.; TAY- L. Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. **International journal of psychology: Journal international de psychologie-** v. 50- n. 2- p. 135–149- mar. 2015.
- EASTERLIN, R. A. Explaining happiness. **Proceedings of the National Academy of Sciences-** v. 100- n. 19- p. 11176–11183- 2003.
- FASTAME, M. C., HITCHCOTT, P. K., MULAS, I., RUIU, M., PENNA, M. P. Resilience in Elders of the Sardinian Blue Zone: An Explorative Study. **Behavior Science**, 8, 30; doi:10.3390/bs8030030, 2018.
- FRANKL, V. E. (2003). **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 18ª Ed. Petrópolis: Vozes. Rio de Janeiro- RJ- 2003.
- FREITAS, C.M; CARVALHO- M.L; XIMENES- E.F; ARRAES- E.F; GOMES- J.O. Vulnerabilidade socioambiental- redução de riscos de desastres e construção da resiliência –

lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana- Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**- 17(6):1577-1586- 2012.

HARING-HIDORE, M. et al. Marital Status and Subjective Well-Being: A Research Synthesis. **Journal of marriage and the family**- v. 47- n. 4- p. 947- 1985.

HART, E. A. C. et al. Contextual correlates of happiness in European adults. **PloS one**- v. 13- n. 1- p. e0190387- 24 jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE- 2012.

JIVRAJ, S. et al. Aging and subjective well-being in later life. **The journals of gerontology. Series B- Psychological sciences and social sciences**- v. 69- n. 6- p. 930–941- nov. 2014.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**- v. 41- n. 1- p. 131–138- 2007.

LAWRENCE, E. M.; ROGERS, R. G.; WADSWORTH, T. Happiness and longevity in the United States. **Social science & medicine**- v. 145- p. 115–119- nov. 2015.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde- bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**- v. 8- n. 2- p. 127–141- 2005.

LEE, S.W, Choi J.S., LEE, M. Life Satisfaction and Depression in the Oldest Old: A Longitudinal Study. **Int J Aging Hum Dev**. 91415019843448, 2019.

LIBERALESSO, T. E. M. et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**- v. 41- n. 113- p. 553–562- 2017.

LUCAS, R. E. et al. Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. **Journal of personality and social psychology**- v. 84- n. 3- p. 527–539- mar. 2003.

LUKASCHEK, K., et al. In the mood for ageing?": determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. **BMC Geriatrics**, 2017.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. **Subjective Happiness ScalePsycTESTS Dataset**- 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/t01588-000>>

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. **Social indicators research**- v. 46- n. 2- p. 137–155- 1999.

MARKS, G. N.; FLEMING, N. **Social indicators research**- v. 46- n. 3- p. 301–323- 1997.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G; DA SILVA, A. L. A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Tribology - Materials-Surfaces and & Interfaces**- v. 21- n. 61- p. 309–320- 2017.

MISSIAS, R. M.; SANTOS, C.E.S.dos; COUTO, E.S.; TEIXEIRA, J.R.B. & SOUZA, R.M.M.M. Qualidade de vida- Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**-16(2)- pp.27-38. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP)- Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

OECD. **OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being**. [s.l.] OECD Publishing- 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-americana da saúde- 2005. 60p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas+- Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington- D.C., 2017

PATRÍCIO, K. P. et al. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Ciencia & saude coletiva**- v. 13- n. 4- p. 1189–1198- 2008.

PORCIÚNCULA, R. C. R., et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE- Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**- v. 17- n. 2- p. 315–325- 2014.

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference- New York- 19-22 June- 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization- no. 2- p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

RAFNSSON, S. B.; SHANKAR, A.; STEPTOE, A. Longitudinal Influences of Social Network Characteristics on Subjective Well-Being of Older Adults: Findings From the ELSA Study. **Journal of Aging and Health**, Vol. 27(5) 919–934. 2015.

RAGHEB, M. G.; GRIFFITH., C. A. The Contribution of Leisure Participation and Leisure Satisfaction to Life Satisfaction of Older Persons. *Journal of Leisure Research*, 14:4, 295-306. 2018

SCHUELLER, S. M.; SELIGMAN, M. E. P. Pursuit of pleasure- engagement- and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. **The journal of positive psychology**- v. 5- n. 4- p. 253–263- 2010.

SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology. An introduction. **The American psychologist**- v. 55- n. 1- p. 5–14- jan. 2000.

STAW, B. M.; SUTTON, R. I.; PELLED, L. H. Employee Positive Emotion and Favorable Outcomes at the Workplace. **Organization Science**- v. 5- n. 1- p. 51–71- 1994.

VEENHOVEN, R. Is happiness a trait? **Social indicators research**- v. 32- n. 2- p. 101–160- 1994.

VEENHOVEN, R. Greater Happiness for a Greater Number: Did the Promise of Enlightenment Come True? **Social indicators research**- v. 130- n. 1- p. 9–25- 2015.

WELLER, M. et al. Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of Northeastern Brazil. **American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council**- v. 24- n. 6- p. 835–840- nov. 2012.

WILLIG, M. H.; LENARDT- M. H.; CALDAS- C. P. A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos. **Revista brasileira de enfermagem**- v. 68- n. 4- p. 697–704- 2015.

WITTER, R. A. et al. Religion and Subjective Well-Being in Adulthood: A Quantitative Synthesis. **Review of religious research**- v. 26- n. 4- p. 332- 1985.

World Health Organization. **International organization**- v. 2- n. 01- p. 138- 1948.

ZANINOTTO, P.; WARDLE, J.; STEPTOE, A. Sustained enjoyment of life and mortality at older ages: analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. **BMJ** - v. 355- p. i6267- 13 dez. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Dados gerais

QUESTIONÁRIO A17

DATA DESTA ENTREVISTA: Dia |__| |__| Mês |__| |__| 2017

Nome da entrevistadora: _____

Hora de início: |__| |__| : |__| |__| Hora de término: |__| |__| : |__| |__|

ESTUDO SABE - SAUDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO Brejo dos Santos - PB

NUMERO DO QUESTIONÁRIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome completo do entrevistado _____		Sexo: Mulher <input type="checkbox"/> 1
		Homem <input type="checkbox"/> 2
Telefone do(a) idoso(a): _____		
Endereço: (rua, numero externo e interno, CEP)		
1. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		
2. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		
3. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		
4. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		

Nome do informante: _____ Parentesco com idoso: _____

Caso não seja familiar, há quanto tempo conhece o(a) idoso(a): _____

Entregue	Crítica	Revisto	P/digit	Checagem	Codificação	Digitação	REGISTRO EPIDATA

Observações: _____

Dados socioeconômico demográficos

Idade

A.1a
Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a) nasceu? (Conferir com o documento, se possível)

A 01

Dia e mês.....
dia mês

Ano.....

A.1b
Quantos anos completos o Sr.(a) tem?

A 02

Quantos anos?.....

Etnia referida

A.12
Qual destas opções o descreve melhor?

A 35

Branco.....	1
Pardo / Mulato / Moreno.....	3
Preto.....	4
Indígena.....	5
Amarelo (origem oriental, japonês; chinês; coreano; etc).....	6
Outra.....	7
Especifique	
Sem declaração.....	8
NR.....	9

Estado marital

A.13c
Qual o seu estado marital hoje?

A 38

Divorciado.....	1
Separado.....	2
Viúvo.....	3
Casado.....	4
Amasiado.....	5
Solteiro.....	6
NS.....	8
NR.....	9

A 40

Letramento

A.5a
O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever um recado?

A 11

Sim..... 1
 Não..... 2
 NS..... 8
 NR..... 9

A.5b
O(a) Sr(a) foi à escola?

A 12

Sim..... 1
 Não..... 2
 NS..... 8
 NR..... 9

A 14

Renda

H.26c
No total, aproximadamente, quanto o(a) Sr(a) recebe por mês?

H 10

Valor.....

Menos de um salário mínimo.....	1
Um salário mínimo.....	2
Até dois salários mínimos.....	3
De dois a quatro salários mínimos.....	4
De quatro a dez salários mínimos.....	5
De dez a vinte salários mínimos.....	6
Vinte salários mínimos e mais.....	7
NS.....	8
NR.....	9

Suficiência de renda

H.30
O(a) Sr(a) considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias?

H 16

Sim..... 1
 Não..... 2
 NS..... 8
 NR..... 9

Insuficiência alimentar nos primeiros 15 anos de vida

C.30
Durante os primeiros 15 anos da sua vida o(a) Sr(a), diria que houve algum tempo em que não comeu o suficiente ou passou fome?

C 406

Sim..... 1
Não..... 2
NS..... 8
NR..... 9

Situação de saúde e acesso a serviços de saúde

Autoavaliação da saúde

C.1
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é...

C 01

Muito boa..... 2
Boa..... 3
Regular..... 4
Ruim..... 6
Muito ruim..... 7
NS..... 8
NR..... 9

Hipertensão

C.4
Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sangüínea alta, quer dizer, HIPERTENSÃO?

C 04

Sim..... 1

Quando (ano)?

Não..... 2 } C 18
NS..... 8 }
NR..... 9 }

Diabetes

C.5
Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem DIABETES, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?

C 18

Sim..... 1

Quando (ano)?

Não..... 2 } C 41
NS..... 8 }
NR..... 9 }

Polifarmácia

<p>E. 7c FILTRO Número de medicamentos (remédios) utilizados p elo(a) idoso(a):</p>	<p>Não toma NENHUM.....02</p> <p>Toma APENAS UM.....01</p> <p>Toma MAIS QUE UM.....06</p> <p>Quantos medicamentos diferentes toma por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NS.....98</p> <p>NR.....99</p>
---	---

Aspectos psicossociais

Solidão

G.73 Com que frequência o(a) Sr(a) se sente sozinho (solitário)?	Nunca	1
	Algumas vezes	2
	Sempre	3
	NS	4
	NR	5

Isolamento

G.75 Com que frequência o(a) Sr(a) se sente isolado/deixado de lado?	Nunca	1
	Algumas vezes	2
	Sempre	3
	NS	4
	NR	5

Redes de apoio

SEÇÃO G – REDE DE APOIO SOCIAL E FAMILIAR

DADOS GERAIS DAS PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO DO(A) IDOSO(A). Relacione cada pessoa com seus respectivos dados.

Por favor, diga-me o nome de cada uma das pessoas que moram nesta casa com o(a) Sr(a). Anote os nomes um a um, com suas características Se o(a) idoso(a) residir sozinho vá para G2

G1_1 (Nome)	G5_1 Sexo	G6_1 Idade	G4_1 Parentesco	G13a_1 Ele(a) o ajuda? Com que?	G15a_1 O(a) sr(a) o ajuda? Com que?
	1 Homem 2 Mulher	1 Menos de 1 ano 000 Idade __ _ _ anos NS 998 NR 999	1 Esposo(a)/companheiro 2 Filho (a) 3 Pai/Mãe 4 Sogro/sogra 5 Irmão/irmã 6 Genro/Nora 7 Neto(a) 8 Enteado(a) 9 Outro familiar não remunerado 10 Outro familiar remunerado 11 Outro não familiar não remunerado 12 Empregado doméstico 13 Cuidador NS NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no meu cuidado pessoal 6 Sim, me faz companhia/me ouve 7 Sim, apoio emocional 8 Sim, faz orações comigo 9 Outro (especifique) 10 Não 98 NS 99 NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no seu cuidado pessoal 6 Sim faço-lhe companhia 7 Sim, dou-lhe apoio emocional 8 Sim, cuido das crianças 9 Outro (especifique) 10 Não 98 NS 99 NR

G1_2 (Nome)	G5_2 Sexo	G6_2 Idade	G4_2 Parentesco	G13a_2 Ele(a) o ajuda? Com que?	G15a_2 O(a) sr(a) o ajuda? Com que?
	1 Homem 2 Mulher	1 Menos de 1 ano 000 Idade __ _ _ anos NS 998 NR 999	1 Esposo(a)/companheiro 2 Filho (a) 3 Pai/Mãe 4 Sogro/sogra 5 Irmão/irmã 6 Genro/Nora 7 Neto(a) 8 Enteado(a) 9 Outro familiar não remunerado 10 Outro familiar remunerado 11 Outro não familiar não remunerado 12 Empregado doméstico 13 Cuidador NS NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no meu cuidado pessoal 6 Sim, me faz companhia/me ouve 7 Sim, apoio emocional 8 Sim, faz orações comigo 9 Outro (especifique) 10 Não 98 NS 99 NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no seu cuidado pessoal 6 Sim faço-lhe companhia 7 Sim, dou-lhe apoio emocional 8 Sim, cuido das crianças 9 Outro (especifique) 10 Não 98 NS 99 NR

DADOS GERAIS DAS PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO DO(A) IDOSO(A). SÍNTESE

G2 Apenas conferindo, no total, quantas pessoas moram na mesma casa que o(a) Sr (a)?	_ _ Total de pessoas que residem com o Idoso (incluir o próprio idoso)
--	---

G2_1 Vou conferir agora com o(a) Sr(a) o total de pessoas que foram citadas e que residem nessa casa	Cônjuge	1
	_ _ filhos _ _ homens _ _ mulheres	2
	_ _ netos _ _ homens _ _ mulheres	3
	_ _ irmãos _ _ homens _ _ mulheres	4
	Pai	5
	Mãe	6
	Genro	7
	Nora	8
	_ _ outros familiares _ _ homens _ _ mulheres	9
	_ _ outros não familiares _ _ homens _ _ mulheres	10
	NS	98
NR	99	

G2_1_1 Há crianças (até 11 anos) na casa onde reside o(a) idoso(a)?	Sim	1
	Quantas? _ _ Não	2

G2_1_2 Há adolescentes (de 12 a 18 anos) na casa onde reside o(a) idoso(a)?	Sim	1
	Quantos? _ _ Não	2

G2_1_3 Há outros idosos (≥ 60 anos) na casa onde reside o(a) idoso(a)?	Sim	1
	Quantos? _ _ Não	2

G_2_4 A maior parte do seu dia, quando o(a) Sr(a) está em casa, o (a) Sr(a) está com:	Sozinho	1
	Crianças (até 11 anos)	2
	Adolescentes (de 12 a 18 anos)	3
	Adultos (de 19 a 59 anos)	4
	Idosos (≥ 60 anos)	5
	NS	8
	NR	9

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SABE/PB



Universidade Estadual da Paraíba
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP)
Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE/UEPB)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (maiores de 18 anos)

Eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Estudo SABE-PB: investigação da situação de saúde, bem estar e envelhecimento em populações consanguíneas no nordeste brasileiro”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho terá como objetivo descrever as condições de saúde e o processo de envelhecimento da população com 60 anos e mais do município. O estudo está sendo realizado em parceria com a Faculdade de Saúde Pública e o Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo.
- A pesquisa consiste na realização de medidas antropométricas, entrevista com questões sobre a saúde do idoso, e a coleta de amostra de sangue para investigar dados bioquímicos e genéticos como, por exemplo, hemograma, glicose, triglicerídeos, entre outros.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3344-5306 com a Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos.
- Ao final da pesquisa, os resultados serão compartilhados com profissionais da área de saúde e com a comunidade por meio de seminários e palestras.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Participante ou responsável legal



Pesquisadora Responsável
Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos
Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande – PB
Rua das Baraúnas, 351 (CIAC – sala 329)
Contato: (083) 3344-5306

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SABE/SP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Estudo SABE é um estudo sobre as condições de vida e saúde das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no Município de São Paulo. O referido estudo iniciou no ano de 2000 e teve continuidade em 2006 e, novamente, em 2010 quando todos os participantes do estudo inicial que foram localizados, foram revisitados e reentrevistados. O estudo é coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Ministério da Saúde.

Em 2010 o Sr(a) participou desse Estudo quando, após sua autorização, foram colhidas amostras de sangue, por pessoal capacitado e treinado para esse fim, supervisionado por equipe qualificada, seguindo rotinas padronizadas. Com uma parte dessas amostras foram realizados exames de laboratório específicos cujos resultados foram enviados, na época, para o(a) Sr(a) acompanhado de orientação a cada caso. Outra parte dessas amostras de sangue ficaram estocadas em laboratório específico para esse fim situado no Centro de Pesquisas sobre Genoma Humano e Células-Tronco do Instituto de Biociências da USP sob a responsabilidade da Profª Drª Mayana Zatz.

Nesse momento estamos iniciando dois novos estudos que irão utilizar as amostras de sangue coletadas em 2010 e congeladas desde então. Por essa razão, estamos novamente entrando em contato com o(a) Sr(a) para solicitar sua autorização para utilizar sua amostra de sangue coletada em 2010, que está estocada. Assim, não será necessário coletar nova amostra de sangue.

Os estudos que vamos desenvolver são:

1. Sequenciamento genético completo realizado por grupos de pesquisadores especializados no Brasil, nos Estados Unidos e na Inglaterra;
2. Análise da proporção de pessoas idosas que, durante a vida, possam ter sido infectadas por vírus relacionados a doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV), sífilis e hepatites cujos resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção adequados e apropriados para esse grupo etário específico. Os resultados desses exames serão entregues pessoalmente ao(à) Sr(a) após agendamento prévio. Caso algum resultado esteja

alterado, o(a) Sr(a) terá direito ao acompanhamento do Centro de Referência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Esses estudos descritos envolvem riscos mínimos para o(a) Sr(a) e, por essa razão, para ambos os estudos, haverá um profissional especializado disponível para esclarecer as dúvidas que possam surgir.

Os benefícios obtidos com os resultados desses estudos poderão contribuir para a adequação das políticas públicas vigentes destinadas a esse grupo etário específico e, por essa razão, solicitamos novamente sua compreensão e colaboração.

Informo que sua identidade será preservada em sigilo em todos os momentos e as amostras de sangue serão tratadas sob codificação segura, de conhecimento apenas dos envolvidos diretamente com o estudo em questão.

.....

Entendo que meu consentimento em participar desses dois novos estudos é **voluntário** e **sem coerção ou força** e estou ciente de que minha participação na pesquisa não representa risco para minha integridade física ou mental e também não me trará benefício direto. Entendo que **tenho o direito de retirar meu consentimento a qualquer tempo** bastando, para isso, entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) situada na Avenida Dr. Arnaldo nº 715, Pinheiros, São Paulo/SP. **Entendo ainda que posso me recusar**, sem qualquer ônus a participar desses novos estudos.

Foi-me informado que se eu tiver alguma dúvida ou pergunta adicional sobre este estudo posso telefonar para **Profª Drª Maria Lucia Lebrão**, coordenadora e pesquisadora responsável pelo Estudo SABE nos telefones (11) **3061-7929** ou (11) **3061-7105** ou (11) **3061-7815** ou **contatá-la pelo email mlebr@usp.br**. Também posso telefonar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública no número **(11) 3061-7779** ou contatá-lo pelo endereço coep@fsp.usp.br de 2ª a 6ª feira em horário comercial (8 às 17h).

Declaro que compreendi e estou de acordo com o acima exposto.

Por este meio aceito colaborar com o “Estudo SABE: - Saúde, bem-estar e Envelhecimento no Município de São Paulo” na execução dos dois novos sub-estudos especificados nesse termo.

São Paulo,..... de de

(dia)

(mês)

(ano)

Nome do(a) Idoso(a):

Assinatura:

Profa Dra Maria Lúcia Lebrão
Coordenadora da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO I – ESCALAS VALIDADAS PRESENTES NO FORMULÁRIO DO ESTUDO SABE

Bem-estar subjetivo

Índice de Bem-Estar (OMS) - (WHO 5) (Adaptado) (somente para o(a) idoso(a))
Indique, por favor, para cada um das cinco afirmações, a que mais se aproxima do modo como tem se sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar

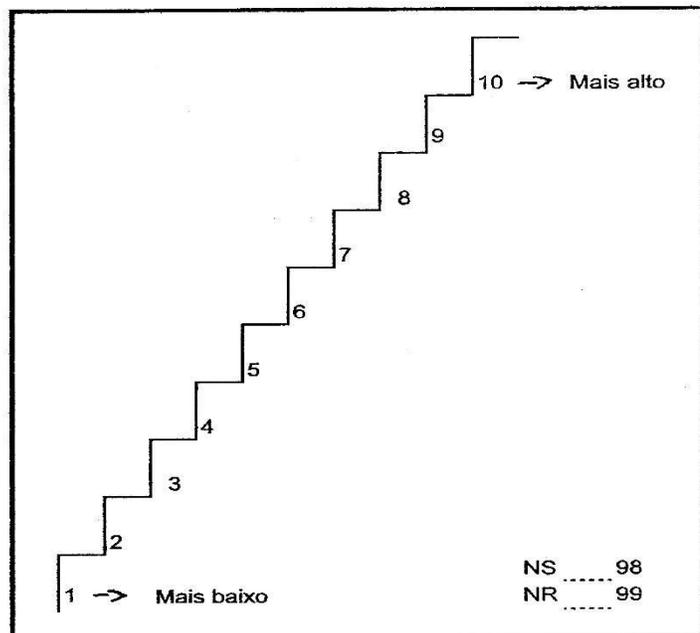
Durante as últimas DUAS SEMANAS o(a) idoso(a)	Nunca	Algumas vezes	Menos da metade do tempo	Mais da metade do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo	NS	NR
Q05 Sentiu-se alegre e bem disposto	0	1	2	3	4	5	8	9
Q06 Sentiu-se calmo e tranquilo	0	1	2	3	4	5	8	9
Q07 Sentiu-se ativo e cheio de energia	0	1	2	3	4	5	8	9
Q08 Acordou sentindo-se descansado	0	1	2	3	4	5	8	9
Q09 Achou que seu dia-a-dia foi preenchido com coisas que o interessavam	0	1	2	3	4	5	8	9

< 13 pior bem estar

Satisfação global com a vida

Q10
Olhando para a escada ao lado, avalie **SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A VIDA** de modo geral. O degrau mais alto (10) é o máximo de satisfação que alguém pode ter com a vida. O degrau mais baixo (1) representa o mais baixo nível de satisfação com a vida

Q 10



Sintomas depressivos

**GDS - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
(APLICAR SOMENTE AO IDOSO)**

Agora pense nas últimas DUAS SEMANAS e diga como se sentiu na maior maior parte do tempo nesse período....

		SIM	NÃO	NS	NR
C.21a O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	C 97	1	2	8	9
C.21b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores?	C 98	1	2	8	9
C.21c Sente que sua vida está vazia?	C 99	1	2	8	9
C.21d Tem estado aborrecido FREQUENTEMENTE ?	C 100	1	2	8	9
C.21e Tem estado de bom humor a maior parte do tempo?	C 101	1	2	8	9
C.21f Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer?	C 102	1	2	8	9
C.21g Sente-se feliz a maior parte do tempo?	C 103	1	2	8	9
C.21h Com frequência se sente desamparado ou desvalido?	C 104	1	2	8	9
C.21i Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas?	C 105	1	2	8	9
C.21j Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade?	C 106	1	2	8	9
C.21k O(a) sr(a) acredita que é maravilhoso estar vivo?	C.107	1	2	8	9
C.21l Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	C 108	1	2	8	9
C.21m Sente-se cheio de energia?	C 109	1	2	8	9
C.21n Sente-se sem esperança diante da sua situação atual?	C 110	1	2	8	9
C.21o O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor que a sua?	C 111	1	2	8	9

ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SABE/PB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SABE-PB: INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO EM POPULAÇÕES CONSANGUÍNEAS NO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Silvana Cristina dos Santos

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 1

CAAE: 67426017.6.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.067.818

Apresentação do Projeto:

Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para análise e parecer com fins de desenvolvimento de pesquisa vinculada à Proposta já aprovada em edital INCT-CAPES com título ENVELHECIMENTO E DOENÇAS GENÉTICAS: GENÔMICA E METAGENÔMICA", a ser desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB em parceria com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP e Centro de Estudos do Genoma Humano. Trata-se de um estudo transversal de base populacional do tipo descritivo, de abordagem quantitativa. De acordo com Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Esse tipo de pesquisa, segundo Selltiz et al. (1965), busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos. Esta pesquisa será realizada no município de Brejo dos Santos no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião de Catolé do Rocha. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, sua

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.067.818

população era estimada em 6.197 habitantes, distribuídos em 94 km² de área. O critério de seleção do município foi por conveniência, por ser um município de fácil acesso, e cuja secretaria de saúde já tinha parceria estabelecida com pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba. Além disso, de acordo com estudos anteriores, realizados pelo Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE-UEPB), a cidade de Brejo dos Santos tem uma taxa considerada de consanguinidade, sendo um fator importante para o estudo, pois segue os objetivos do projeto aprovado no edital do INCT.

Objetivo da Pesquisa:

Replicar o estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento) em um município da Paraíba com elevada frequência de consanguinidade para analisar as condições de vida e saúde desses idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. O presente projeto possui riscos mínimos, caracterizado como "constrangimento aos participantes ou interrupção do seu tempo". Entretanto, esses riscos serão minimizados pelo compromisso ético dos pesquisadores, e pelos benefícios da pesquisa que resultará em um retrato da saúde, bem estar e envelhecimento de uma população da Paraíba e também possibilitará a realização de comparações com os dados obtidos nos estudos de coorte com amostra de São Paulo. As generalizações e conclusões da pesquisa poderão ser utilizadas para planejamento de ações de promoção à saúde de idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), pode-se entender que encontra respaldo no perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais da área de saúde, dentre outras áreas do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisitos da Resolução de n. 466/2012 do CNS, os documentos obrigatórios.

Recomendações:

O presente Projeto de Pesquisa apresenta os documentos essenciais ao aval e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, nos moldes do Chick List proposto, concorde com a Resolução de n.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.067.818

466/2012 do CNS. Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, estando em conformidade com o Protocolo do CEP UEPB, bem como em consonância com os critérios da Resolução 466/2012 do CNS, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa. Salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_906479.pdf	20/04/2017 12:32:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/04/2017 12:32:00	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SABEprojeto.pdf	20/04/2017 12:29:24	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SABEdeclaracao.pdf	20/04/2017 12:28:56	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SABETermo.pdf	20/04/2017 12:28:28	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaeRosto.pdf	20/04/2017 12:20:45	Silvana Cristina dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 17 de Maio de 2017

Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

ANEXO III - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SABE/SP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 3.ª/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP