



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CRISTINA CRISTOVÃO RIBEIRO DA SILVA

**PROPÓSITO DE VIDA E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS PARTICIPANTES DO
ESTUDO FIBRA 80+**

*PURPOSE IN LIFE AND FUNCTIONAL STATUS OF OLDER ADULTS PARTICIPANTS OF
THE FIBRA 80+ STUDY*

CAMPINAS

2018

CRISTINA CRISTOVÃO RIBEIRO DA SILVA

**PROPÓSITO DE VIDA E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS PARTICIPANTES DO
ESTUDO FIBRA 80+**

*PURPOSE IN LIFE AND FUNCTIONAL STATUS OF OLDER ADULTS PARTICIPANTS OF
THE FIBRA 80+ STUDY*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção
do título de Doutora em Gerontologia.

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MÔNICA SANCHES YASSUDA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA CRISTINA CRISTOVÃO RIBEIRO DA SILVA
E ORIENTADA PELA
PROF^a DR^a MÔNICA SANCHES YASSUDA

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 1751812

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Si38p Silva, Cristina Cristovão Ribeiro da, 1977-
Propósito de vida e funcionalidade em idosos participantes do Estudo Fibra 80+ / Cristina Cristovão Ribeiro da Silva. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Mônica Sanches Yassuda.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idosos. 2. Longevidade. 3. Bem-estar. 4. Metas. 5. Atividades diárias. I. Yassuda, Mônica Sanches. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Purpose in life and functional status of elderly participants of the Fibra 80+ Study

Palavras-chave em inglês:

Older adults

Longevity

Well-being

Goals

Activities of daily living

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Doutora em Gerontologia

Banca examinadora:

Mônica Sanches Yassuda [Orientador]

Anita Liberalesso Neri

Monica Rodrigues Perracini

Sofia Cristina Iost Pavarini

Ruth Caldeira de Melo

Data de defesa: 31-08-2018

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

CRISTINA CRISTOVÃO RIBEIRO DA SILVA

ORIENTADOR: MÔNICA SANCHES YASSUDA

MEMBROS:

- 1. PROF. DRA. MONICA SANCHES YASSUDA**
 - 2. PROF. DRA. ANITA LIBERALESSO NERI**
 - 3. PROF. DRA. MONICA RODRIGUES PERRACINI**
 - 4. PROF. DRA. SOFIA CRISTINA IOST PAVARINI**
 - 5. PROF. DRA. RUTH CALDEIRA DE MELO**
-

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: DATA DA DEFESA [31/08/2018]

“NÃO SEI...
Não sei ... se a vida é curta...
Não sei...
Não sei...
se a vida é curta
ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar”.

(Cora Coralina)

DEDICATÓRIA

*Dedico esta tese aos meus queridos avós:
Euphrosina, Abner e Aniceta (in memoriam)
Pelo amor, carinho e afinidade, o que de alguma forma,
influenciou na escolha pela Gerontologia.*

AGRADECIMENTOS

Presto aqui meus sinceros agradecimentos a todos que me ajudaram para que eu conseguisse concretizar esta importante trajetória pessoal.

Agradeço à minha querida orientadora Profa. Dra. Mônica Sanches Yassuda pelas enriquecedoras contribuições e orientações em todas as etapas do doutorado, as quais me trouxe não somente crescimento profissional, mas, sobretudo pessoal. Com ela aprendi que podemos nos superar cada vez mais enquanto pesquisadores. Meu *muito* obrigada!

Meu eterno agradecimento à querida Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, por quem tenho grande admiração. Agradeço pela sua dedicação, generosidade, apoio, disponibilidade em ajudar e compartilhar seus conhecimentos. Sendo um exemplo de professora e brilhante pesquisadora no campo da Gerontologia, com a qual tive o privilégio de trabalhar durante estes anos.

Agradeço ao meu marido Caio, por todo apoio incondicional, compreensão, amor, companheirismo, amizade e parceria durante toda esta trajetória do doutorado (e muito além dela). Os passos dados nesse caminho com certeza foram menos difíceis em função do seu constante apoio e incentivo.

Agradeço aos meus queridos pais, Rosa e Henrique, pelo amor, educação e disponibilidade em me ajudar, durante toda minha vida, o que com certeza possibilitou eu chegar até aqui. Aos meus irmãos e amigos Antonio, Tiago e Cláudia, aos meus sogros Alécio e Inês, a minha amiga Izabel, as minhas cunhadas Melissa, Sabrina e Flávia e aos meus cunhados Rodrigo e Sandro, pelo carinho, palavras de incentivo e apoio.

Agradeço aos colegas da Gerontologia pelo convívio harmonioso, amizade e trocas enriquecedoras durante estes quatro anos, o que tornou este período agradável e motivante, mesmo sendo intenso e com muita dedicação. Agradecimentos especiais à Laís, Luciane, Dayane Viana, Érika e Camila pela amizade sincera e por sempre estarem disponíveis para me ajudar.

Aos colegas do Grupo de Estudo FIBRA 80+, pelo auxílio nas coletas de dados, em especial à Aline e Arlete, pelo apoio e parceria durante o período das entrevistas.

Agradeço aos meus alunos por me possibilitar exercer a docência, compartilhar meus conhecimentos e indagações, me incentivando a melhorar a cada dia.

Agradeço ao Centro de Ensino Superior de Foz do Iguaçu (CESUFOZ), em especial à Direção e à Coordenação do Curso de Fisioterapia pelo apoio durante estes quatro anos, me possibilitando viajar e remanejar as datas de aulas e provas por conta do doutorado.

Agradeço a todos os idosos que participaram do nosso Estudo FIBRA 80+, disponibilizando seu tempo e contribuindo para a pesquisa sobre propósito de vida, obrigada por todo aprendizado que me proporcionaram.

Agradeço à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, pela estrutura e oportunidade de aprendizado, em especial aos professores, que contribuíram para o meu amadurecimento profissional e reflexões a cerca da Gerontologia.

À agência de fomento CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela bolsa concedida.

Aos professores que compuseram a banca de defesa, que prontamente aceitaram o convite para avaliar esse trabalho.

E por fim, a todos que de alguma forma me ajudaram nessa caminhada, meus amigos e familiares queridos.

RESUMO

Introdução: Propósito de vida (PV) é uma das seis dimensões do bem-estar psicológico. Refere-se ao senso de que a vida tem sentido e direção e que as metas estão sendo alcançadas.

Objetivos: 1. realizar a tradução, adaptação semântica e cultural e análise da consistência interna da escala de Propósito de Vida; 2. investigar relações entre PV e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, sexo e renda); e 3. analisar a relação entre PV e a realização das AAVD (atividades avançadas de vida diária) e AIVD (atividades instrumentais de vida diária).

Métodos: Para esta análise foram utilizados os dados do estudo de seguimento de idosos do Estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) nas cidades de Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, coletados entre 2016 e 2017. A amostra foi composta por 187 idosos, com 80 anos ou mais. Foram utilizadas as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e renda), avaliação subjetiva da saúde, desempenho cognitivo (Mini Exame do Estado Mental – MEEM), AAVDs, AIVDs (Escala de Lawton), depressão (Escala de Depressão Geriátrica-EDG) e Escala de Propósito de Vida.

Resultados: A média da idade dos participantes foi de 83,81 (± 3.60) anos, a média de anos de escolaridade foi 4,38 (± 3.76) anos e a renda média foi de 3,49 salários mínimos ($\pm 2,61$). Na amostra, 66.8% eram mulheres (média de PV=3.51, ± 0.68) e 33.2% eram homens (média de PV=3.58, ± 0.60). Não houve diferença significativa no escore de PV entre os homens e mulheres e entre faixas de escolaridade. Para idade e renda, PV foi mais elevado no grupo com 80 a 84 anos (com menor idade) e com maior renda (entre 3 a 5 salários mínimos). O Alfa de Cronbach da Escala de PV foi 0.628, indicando consistência interna moderada. As análises de regressão linear hierárquica mostraram que PV esteve significativamente associado com as AAVDs, mas não com as AIVDs, em modelo multivariado controlando para as variáveis sexo, idade, escolaridade, escore do MEEM, escore da EDG e avaliação subjetiva da saúde.

Conclusão: A Escala de PV foi traduzida, adaptada para uso no Brasil e aplicada em uma amostra de idosos longevos. Neste grupo, PV parece ser influenciado por idade e renda. Os resultados também sugeriram que os idosos com maior escore de PV são mais propensos a realizar AAVDs. O mesmo resultado não foi observado para as AIVDs. Estes são dados úteis à investigação e à intervenção sobre PV envolvendo idosos longevos e vulneráveis. O estudo também chama a atenção para o fato de PV mais elevado ter o potencial para auxiliar na manutenção da funcionalidade no idoso, contribuindo assim para um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: idosos; longevidade; bem-estar; metas; atividades diárias

ABSTRACT

Introduction: Purpose in life (PiL) is one of the six dimensions of psychological well-being. It refers to the sense that life has meaning, and direction, and that one's goals are being achieved. **Objectives:** 1. perform the translation, the semantic and cultural adaptation, and the analysis of the internal consistency of the Purpose in Life Scale; 2. investigate the connection between PiL and sociodemographic variables (age, schooling, sex and income); and 3. to analyze the relation between PiL and the achievement of AAVD (advanced activities of daily living) and AIVD (instrumental activities of daily living). **Methods:** Data from a follow-up study of the FIBRA (Fragility in Brazilian Older Adults) study in the cities of Campinas and Ermelino Matarazzo, São Paulo, collected between 2016 and 2017, were used for this analysis. The sample was composed of 187 older adults individuals aged 80 years or older. We used the sociodemographic variables (age, sex, schooling and income), subjective health assessment, cognitive performance (MMSE), AAVDs, AIVDs (Lawton Scale), depression (Geriatric Depression Scale - EDG) and Purpose in Life Scale. **Results:** The mean age of participants was 83.81 (± 3.60) years, the mean number of schooling years was 4.38 (± 3.76), and the mean income was 3.49 minimum wages (± 2.61). In the sample, 66.8% were women (mean PiL = 3.51, ± 0.68) and 33.2% were men (mean PiL = 3.58, ± 0.60). There was no significant difference in the PiL score between men and women and between schooling levels. For age and income, PiL was higher in the group aged 80 to 84 years (lower age group) and with higher income (between 3 and 5 minimum wages). Cronbach's Alpha for PiL Scale was 0.628, indicating moderate internal consistency. Hierarchical linear regression analysis showed that PiL was significantly associated with AAVDs but not with AIVDs, in a multivariate model controlling for gender, age, schooling, MMSE score, EDG score and subjective health assessment. **Conclusion:** We translated and adapted the PiL Scale for use in Brazil, applying it to a sample of long-lived older adults people. In this group, PiL seems to be influenced by age and income. The results also suggested that the older adults with higher PiL scores are more likely to perform AAVDs. The same result was not observed for the AIVDs. These are useful data for research and intervention on PiL involving long-lived and vulnerable older adults people. The study also draws attention to the fact that higher PiL has the potential to help maintain functionality in the older adults, thus contributing to a healthy aging.

Keywords: older adults; longevity; well-being; goal; daily activities

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	15
3.1. Participantes	15
3.2. Procedimentos	18
3.3. Variáveis e Escalas	20
3.4. Análise de dados	22
4. RESULTADOS.....	23
4.1. ARTIGO 1: Submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	23
Propósito de Vida em Adultos e Idosos: Revisão Integrativa.....	23
4.2. ARTIGO 2: Aceito para publicação na Revista Dementia & Neuropsychologia	53
Semantic-Cultural Validation and Internal Consistency Analysis of the Purpose in Life Scale for Brazilian Older Adults.....	53
4.3. ARTIGO 3: A ser submetido na Revista Geriatrics & Gerontology International.....	64
Propósito de vida e Funcionalidade em Idosos com 80 anos ou mais	64
5. DISCUSSÃO GERAL.....	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
7. REFERÊNCIAS	84
8. ANEXOS	86
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	87
ANEXO II – PROTOCOLO DO ESTUDO FIBRA 80+	92
ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
ANEXO IV – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1	102
ANEXO V – COMPROVANTE DE ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 2	103

1. INTRODUÇÃO

“O ser humano não chegaria aos setenta ou oitenta anos, se esta longevidade não tivesse um significado para a sua espécie. Por isso, a tarde da vida humana deve ter também um significado e uma finalidade próprios, e não pode ser apenas um lastimoso apêndice da manhã da vida.”

(Carl Gustav Jung)

O envelhecimento acelerado da população mundial remete à necessidade do estudo de variáveis que possam favorecer o bem-estar da pessoa idosa e o envelhecimento saudável. Dentre estas variáveis, destacam-se o bem-estar subjetivo e psicológico. Bem-estar subjetivo (BES) pode ser definido como a avaliação que a própria pessoa faz da sua qualidade de vida. Não existe um consenso sobre a melhor definição de bem-estar subjetivo, entretanto, pesquisadores concordam em descrevê-lo constituído por três componentes distintos: a satisfação com a vida, os afetos positivos e os afetos negativos¹. O Bem-estar Psicológico (BEP) é um constructo que integra conceitos da psicologia do desenvolvimento humano, psicologia humanista-existencial e mais recentemente conhecimentos da psicologia positiva, a respeito do funcionamento psicológico positivo ou ótimo².

De acordo com os estudos realizados por Ryff e Keyes³ existem seis domínios do bem estar psicológico: autonomia (capacidade de auto-determinação), domínio ambiental (capacidade de gerenciar o mundo ao redor), crescimento pessoal, relações positivas com os outros, propósito de vida e auto-aceitação (auto-estima positiva).

Propósito de vida (PV) é descrito como um dos principais domínios do bem-estar psicológico, pois se refere à sensação de que a vida tem sentido e direção e que as metas estão sendo alcançadas ou são realizáveis, sejam elas de curto, médio ou longo prazo. PV está relacionado a uma visão mais positiva sobre a vida, à percepção de crescimento pessoal, felicidade, satisfação, autoestima e sentir-se motivado para viver³.

De acordo com Kim, Strecher & Ryff⁴ um propósito de vida mais elevado pode atuar como fator de proteção contra o desenvolvimento de psicopatologias, estresse e depressão. Ainda segundo os autores⁴, os idosos com PV cuidam mais da saúde (física e mental), devido ao fato de terem maior motivação para se manterem saudáveis.

Propósito de vida representa uma temática pouco explorada na gerontologia no Brasil e não são encontrados estudos que investigaram a associação da variável PV e a realização das atividades avançadas de vida diária (AAVD). Destaca-se ainda que esta variável pode ter implicações importantes para a saúde do idoso e figura entre variáveis, em tese, passíveis de intervenção.

Mediante esta lacuna encontrada nas pesquisas gerontológicas, o presente estudo apresenta os seguintes objetivos: 1. realizar a tradução, adaptação semântica e cultural e análise da consistência interna da escala de PV; 2. investigar relações entre PV e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, sexo e renda); e 3. analisar a relação entre PV e a realização das AAVDs e AIVDs.

Para discutir estas questões, os resultados desta tese foram apresentados por meio de três artigos científicos.

O artigo 1 (Revisão Integrativa) foi elaborado com o objetivo de identificar na literatura o que foi estudado até o momento sobre a temática propósito de vida em adultos e idosos. Por meio de uma busca criteriosa e atual, a pesquisa ofereceu uma visão abrangente sobre esta temática e auxiliou na verificação das possíveis lacunas existentes sobre o tema. Após desenvolvida revisão de literatura observou-se que a escala mais utilizada para mensurar PV é a de Ryff e Keyes³.

Dando continuidade, elaborou-se o artigo 2, que apresenta a tradução e adaptação da escala de PV para uso no Brasil (a qual até o início da tese não estava validada), com a aprovação da autora americana, Profa. Carol Ryff, e realizada a consistência interna da escala. Também foi investigada a relação entre os escores da escala de PV e variáveis sociodemográficas.

Na sequência elaborou-se o artigo 3, a partir dos dados da coleta do FIBRA 80+ para examinar a relação entre PV e a realização das AAVDs e AIVDs. Para finalizar a exposição da tese, apresenta-se uma discussão sobre os dados e as considerações finais.

Desta forma optou-se em estruturar esta tese no formato de artigos científicos.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Examinar propósito de vida em idosos com 80 anos e mais, recrutados na comunidade, nas cidades de Campinas e em Ermelino Matarazzo e a relação desta variável com parâmetros de funcionalidade.

Objetivos Específicos

1. Realizar a tradução, adaptação semântica e cultural e análise da consistência interna da escala de propósito de vida.
3. Investigar relações entre propósito de vida e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, sexo e renda).
4. Analisar a relação entre propósito de vida e a realização das AAVDs e AIVDs.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Participantes

A amostra selecionada para a presente pesquisa foi composta por idosos com 80 anos e mais. Os pesquisados foram provenientes do Estudo FIBRA (acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros) pelo UNICAMP realizado em Campinas (SP) (n = 900) e Ermelino Matarazzo (SP) (n = 384) nos anos de 2008 e 2009 (linha de base). Os idosos foram contatados novamente em 2016 e 2017 (seguimento do FIBRA 2008-2009) e convidados a participar de uma nova coleta de dados.

Em 2008 e 2009, a seleção e o recrutamento dos participantes consideraram a distribuição da população de 65 anos e mais. Os participantes integraram amostras probabilísticas de mulheres e homens idosos recrutados na zona urbana das duas localidades. Essas amostras continham cotas de mulheres e homens com idade entre 65 e 69, 70 e 74, 75 e 79 e 80 anos e mais, proporcionais à sua presença na população urbana de cada uma das localidades.

Os critérios de inclusão no estudo de 2008-2009 (linha de base) foram: idade igual ou superior a 65 anos, possuir residência permanente no domicílio, compreender as instruções e concordar em participar da pesquisa. E os seguintes critérios de exclusão: presença de problemas de memória, atenção, orientação espacial, temporal e comunicação sugestiva de déficit cognitivo; incapacidade permanente ou temporária para andar, exceto com o uso de dispositivo de auxílio à marcha; perda localizada de força e afasia decorrentes de sequela de acidente vascular encefálico (AVE); comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade associados à doença de Parkinson avançada; déficits graves auditivo ou visual; e estar em estágio terminal)⁵.

No estudo de seguimento, os critérios foram os mesmos da linha de base, entretanto em relação a idade, o idoso tinha que ter 80 anos ou mais. Os que não cumpriram os critérios foram submetidos a medidas antropométricas, clínicas e de fragilidade e um informante substituto ou familiar respondeu um protocolo sobre variáveis sociodemográficas, condições de saúde, cognição, independência funcional e depressão⁵.

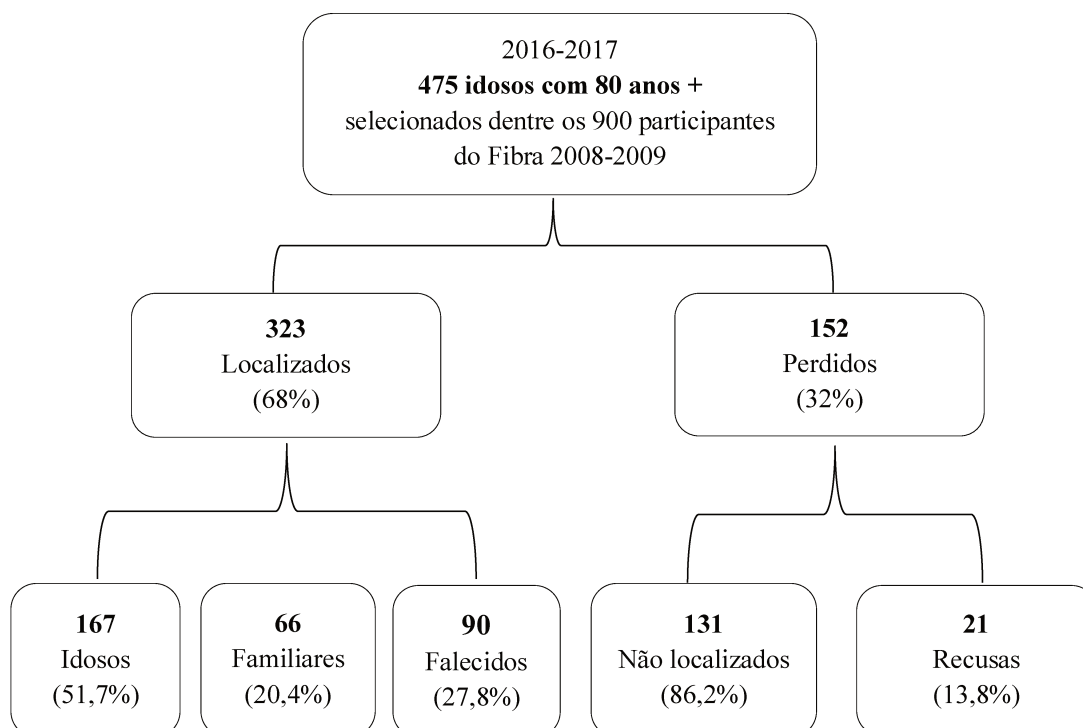
Na coleta inicial, da linha de base, os idosos que cumpriram os critérios de inclusão, excetuaram os de exclusão e aceitaram participar, foram encaminhados para locais públicos de fácil acesso, para tomar parte em uma sessão de coleta de dados

sociodemográficos, clínicos, cognitivos, antropométricos, de funcionalidade física, de saúde e psicossociais⁵.

Os registros do banco de dados do Estudo Fibra 2008-2009 serviram de base para a identificação dos idosos que completaram 80 anos em 2016 com seus respectivos endereços. Buscas por telefone revelaram-se inviáveis, considerando-se o longo tempo transcorrido desde a medida de linha de base. Assim, os endereços foram percorridos um a um pelos recrutadores. Foram enfrentadas muitas dificuldades, principalmente devido às alterações no cenário urbano e devido à mudança de idosos para outros endereços. A equipe realizou até três tentativas de localizar cada idoso.

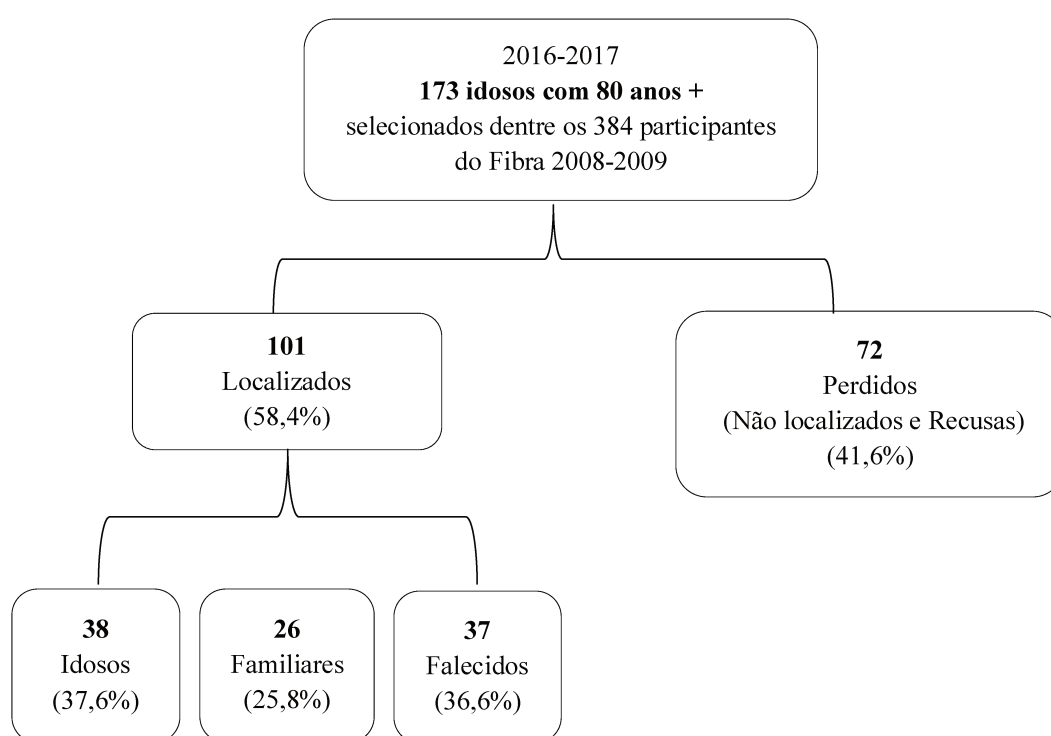
Em Campinas, a amostra original continha 475 idosos com 80 anos ou mais em 2016. No total, 323 endereços foram identificados e 152 foram dados como perdidos, entre 131 não localizados e 21 recusas. Os idosos sobreviventes que responderam à versão longa do protocolo integraram a sub amostra que foi denominada “Idosos” com 167 integrantes. Já os idosos que tiveram seus dados informados por um familiar, ou outro informante compuseram a sub amostra “Familiares”, que totalizou 66 integrantes. Os familiares dos idosos falecidos integraram a sub amostra “Falecidos”, com 90 participantes. Estes dados estão apresentados na Figura 1.

Figura 1. Fluxo do recrutamento e da coleta de dados. Fibra 80+, Campinas, 2016-2017



Em Ermelino Matarazzo em 2008-2009 eram 384 idosos de 65 anos e mais. Em 2016, 173 idosos tinham 80 anos e mais, dos protocolos aplicados 38 foram com os idosos, 26 com o familiar, 37 com familiar de idoso falecido e ocorreram 72 perdas (entre os idosos não localizados e os que recusaram participar). A Figura 2 apresenta o fluxograma do recrutamento e da coleta de dados dos idosos em Ermelino Matarazzo.

Figura 2. Fluxo do recrutamento e da coleta de dados. Fibra 80+, Ermelino Matarazzo, 2016-2017



A variável PV estava incluída no protocolo do idoso. Assim, somente aqueles que não preencheram os critérios de exclusão e completaram esta escala encontram-se incluídos na presente análise. Da amostra de 169 idosos em Campinas, 152 apresentaram dados sobre a realização de AAVD e/ou AIVD e em Ermelino Matarazzo dos 38 idosos entrevistados, 35 foram incluídos. A amostra final foi, portanto, de 187 idosos.

3.2. Procedimentos

A avaliação de seguimento foi realizada no domicílio dos idosos, em sessão única, por uma dupla de entrevistadores treinados, tanto em Campinas quanto em Ermelino Matarazzo. Depois das apresentações, se o idoso não preenchesse os critérios de exclusão, este era convidado a participar da avaliação de PV.

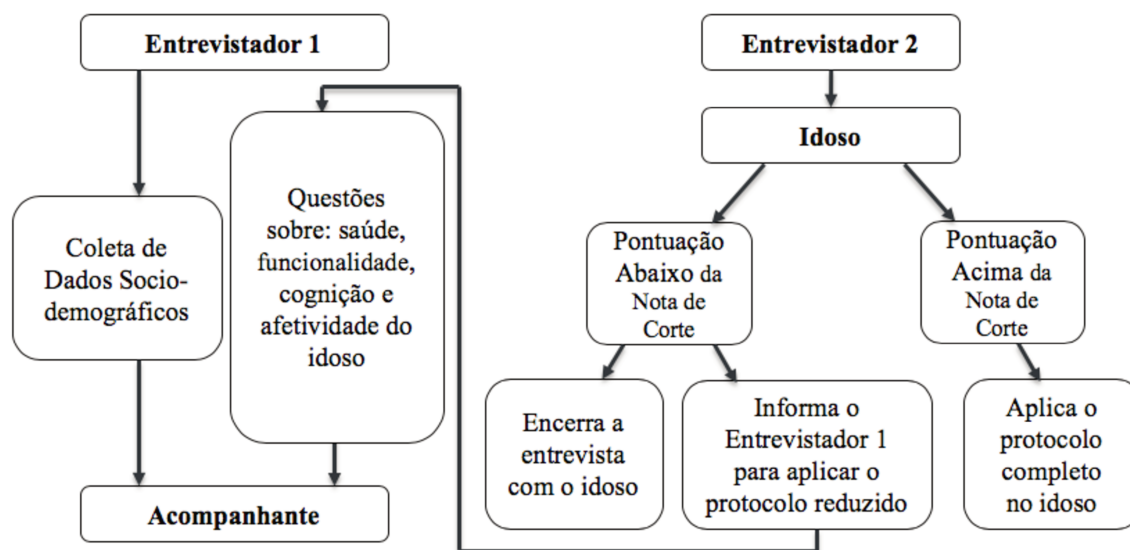
Após receber o aceite da intenção do idoso, este assinava um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos moldes estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas. O projeto e o TCLE foram aprovados em 23/11/2015, mediante o parecer nº 1.332.651, e cadastrados na Plataforma Brasil / Ministério da Saúde sob o C.A.A.E. 49987615.30000.5404.

Uma sessão típica de coleta de dados começava com um dos entrevistadores coletando dados sociodemográficos junto ao acompanhante e o outro aplicando o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)^{6,7} no idoso. A pontuação total do idoso no MEEM era comparada com o ponto de corte para comprometimento cognitivo, ajustado aos anos de escolaridade estabelecidos para o teste⁶. Os pontos de corte adotados para a seleção dos idosos que iriam participar do protocolo compreensivo ou a seleção de um informante substituto para responder perguntas sobre o idoso foram: 17 para analfabetos, 22 para os que tinham de 1 a 4 anos de escolaridade, 24 para os que possuíam de 5 a 8, e 26 para os que tinham 9 ou mais anos, que representam a média menos um desvio padrão para as faixas de escolaridade apresentadas por Brucki e colaboradores⁶.

Se o resultado do idoso fosse superior ao critério, ele continuava sendo entrevistado. Quando o idoso pontuava abaixo da nota de corte no MEEM, um dos entrevistadores comentava brevemente os resultados com ele, agradecia a participação e encerrava a entrevista. Enquanto isso, o outro entrevistador convidava o acompanhante a responder a um protocolo reduzido, que incluía blocos de questões sobre a saúde, a funcionalidade, a cognição e a afetividade do idoso.

A Figura 3 apresenta o fluxograma do procedimento utilizado na coleta de dados dos idosos em Campinas e Ermelino Matarazzo.

Figura 3. Fluxo do procedimento realizado na coleta de dados.



Em caso de falecimento, os entrevistadores certificavam-se de que o respondente conhecia o falecido e de que havia convivido com ele no ano anterior à morte. Após convite à participação e assinatura do TCLE era aplicado um protocolo que versava sobre as circunstâncias da morte e sobre as condições de saúde do idoso nos seus últimos 12 meses de vida.

Na primeira sub amostra denominada “idosos” as entrevistas duraram de 90 a 120 minutos, na sub amostra, composta pelos “familiares” as entrevistas tiveram duração de 60 a 90 minutos e, na terceira, formada pelos familiares dos “falecidos” a entrevista durou de 30 a 40 minutos.

Os dados foram registrados pelos entrevistadores, em formulários impressos, cujo conteúdo foi posteriormente digitado em bancos eletrônicos de dados. A primeira digitação foi em seguida submetida à validação por um segundo digitador treinado e por um supervisor que acompanhou todos os trabalhos. Os bancos foram encaminhados para análise estatística, realizada por meio dos softwares SAS - *Statistical Analysis System*, versão 9.2, e SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0.

3.3. Variáveis e Escalas

As variáveis de interesse para este estudo foram investigadas mediante as condições que se seguem e as escalas encontram-se no Anexo II:

1) Variáveis sociodemográficas. Idade, agrupadas em faixas etárias (80 a 84, 85 a 89, 90 e mais); sexo (feminino e masculino); escolaridade (analfabeto, 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8 e 9 anos ou mais); e renda convertida em unidades de salários mínimos (1.1 a 3, 3.1 a 5 e 5 ou mais), no valor de R\$ 954,00 reais no Brasil, ano base 2018.

2) Desempenho cognitivo. Foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) escala de rastreio de comprometimento cognitivo. Composta por 30 questões que avaliam as seguintes funções cognitivas: memória episódica, linguagem, praxia construtiva e orientação espacial e temporal. O escore total corresponde à soma dos pontos das respostas corretas, sendo que maiores valores sinalizam melhor desempenho cognitivo⁶.

3) Atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Sete itens de autorrelato embasados na escala de Lawton e Brody⁸, que avaliaram o nível de independência para AIVDs. Havia três possibilidades de respostas: totalmente independente; necessitado de alguma ajuda; necessitado de ajuda total, para a realização de sete atividades. São elas: capacidade para usar telefone, uso de transporte, capacidade de fazer compras, preparo das refeições, tarefas domésticas, uso de medicação e manejo do dinheiro. Para cada tarefa, há três possibilidades de resposta com valores de pontuação de 1 a 3 (1 - dependência; 2 - capacidade de realizar a tarefa com ajuda; e 3 - independência). A pontuação final é alcançada pela soma de pontos dos sete domínios e varia de 7 a 21, de tal forma que quanto maior for a pontuação, mais independente será o indivíduo para executar a atividade. Classificação: Dependência total = 7; Dependência parcial $>7 < 21$; Independência = 21.

4) Envolvimento em atividades avançadas de vida diária (AAVD). Foram avaliadas mediante um questionário contendo 17 itens de autorrelato: fazer e receber visitas, ir à igreja, ir a festas e a eventos culturais, dirigir automóvel; fazer viagens curtas e longas, desempenhar trabalho remunerado e voluntário, manter contato com amigos e familiares por telefone, carta, e-mail ou redes sociais; e usar a internet para se informar, fazer compras ou movimentar a conta bancária. Para cada um dos itens havia três alternativas

de respostas: “nunca fez”, “parou de fazer” e “faz”. Foi computado o número de atividades realizadas indicadas pela resposta “faz”⁵.

5) Avaliação subjetiva da saúde (saúde percebida). Escala composta por 5 perguntas estruturadas a respeito da avaliação que o idoso faz da sua saúde, memória e atividade no momento atual, em comparação com a de um ano atrás e com outras pessoas da mesma idade. Os idosos tiveram a opção de resposta em uma escala Likert de cinco pontos, ancorada pelas expressões muito pior (1), pior (2), igual (3), melhor (4) e muito melhor (5)⁵.

6) Sintomas depressivos. Avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) com 15 itens, com nota de corte ≥ 6 . O idoso escolhe entre “sim” e “não” para indicar como tem se sentido nas últimas semanas⁹.

7) Propósito de vida. Avaliado pela sub-escala de PV com 10 itens derivados da Escala de Bem-estar psicológico de Ryff e Keyes³. Os participantes foram solicitados a classificar seu grau de concordância com cada afirmação em uma escala Likert de cinco pontos, ancorada pelas expressões não concordo de jeito nenhum (1), concordo pouco (2), concordância moderada (3), concordo muito (4) e concordo muitíssimo (5). Na realização do cálculo final, foi necessário inverter negativamente a pontuação para as perguntas 2, 3, 5, 6 e 10. O escore final é resultado da média das respostas às 10 perguntas (soma/10), podendo variar de 1 a 5, e escores mais altos refletiram maiores níveis de propósito de vida¹⁴. Exemplos de duas perguntas da escala: “Eu vivo a vida um dia de cada vez e realmente não penso sobre o futuro” e “Eu tenho um senso de direção e propósito de vida”.

3.4. Análise de dados

A análise de dados será detalhada em cada artigo desta tese. Segue breve resumo sobre cada um deles.

No artigo 1, o qual foi utilizado o método de revisão integrativa, foi realizada uma análise descritiva dos dados.

No artigo 2, os dados de propósito de vida foram submetidos às análises descritivas, com a amostra subdividida em faixas etárias (80 a 84, 85 a 89, 90 e mais), de escolaridade, renda e sexo.

A descrição do perfil da amostra para as variáveis em estudo foi feita utilizando tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo, depressão), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), por meio do teste Qui-Quadrado ou Exato de *Fisher*. E estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, escores das escalas), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis. A análise da consistência interna das escalas foi feita por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Valores de alfa a partir de 0.70 indicam alta confiabilidade da escala. O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado para comparação das variáveis numéricas entre 2 grupos e entre 3 ou mais grupos foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*, devido a ausência de distribuição normal das variáveis. Para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi usado o coeficiente de correlação de *Spearman*.

No artigo 3, o estudo da relação das variáveis propósito de vida, sociodemográficas, avaliação subjetiva da saúde (saúde percebida), MEEM e EDG (Escala de Depressão Geriátrica) com a realização em AAVDs e AIVDs foi realizado a partir da análise de regressão linear, simples e múltipla, com método hierárquico em blocos. As variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $P < 0.05$.

4. RESULTADOS

4.1. ARTIGO 1: Submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva

Propósito de Vida em Adultos e Idosos: Revisão Integrativa

Purpose in life in adult and aged people: integrative review

Cristina Cristovão Ribeiro^{1,2}, Mônica Sanches Yassuda^{1,3}, Anita Liberalesso Neri¹

¹Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, Brasil.

²Fisioterapia, CESUFOZ, Centro de Ensino Superior de Foz do Iguaçu, Foz do Iguaçu, Brasil.

³Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, Brasil.

RESUMO

Propósito de vida (PV) é definido como o senso de que a vida tem sentido e intencionalidade, o qual desempenha papel orientador em relação às metas de vida e à tomada de decisões relativas ao uso dos recursos pessoais. Objetivos: reconhecer e analisar dados sobre PV e condições identificadas com bom envelhecimento ou com adaptação positiva no envelhecimento. Método: foi realizada revisão integrativa de publicações de periódicos com avaliação por pares, indexadas nas bases de dados PubMed/Medline, Scopus, Web of Science, PsycInfo e Scielo/BVS/Lilacs, com os termos “purpose in life” and “aging” no título, sem restrição de datas. Resultados: foram selecionados 27 artigos, 22 dos quais conduzidos no âmbito de grandes estudos longitudinais prospectivos, 3 de corte transversal e 2 experimentais, que revelaram associações robustas entre alta pontuação em PV e redução do risco para mortalidade, Doença de Alzheimer, doenças coronarianas e cerebrovasculares, incapacidades e distúrbios de sono; alto PV e desfechos positivos em saúde, cognição, regulação emocional, bem-estar subjetivo e senso de ajustamento; PV como variável moderadora, ou recurso de resiliência, entre riscos e adversidades e boa adaptação. São dados úteis à investigação e à intervenção envolvendo idosos longevos e vulneráveis.

Palavras-chave: direcionamento de metas; bem-estar; longevidade; envelhecimento

ABSTRACT

Purpose in Life (PiL) is defined as the sense that life has meaning and intentionality, which plays a guiding role in relation to life goals and decision making regarding the use of the personal resources. Objectives: recognize and analyze data on associations between PiL and conditions identified with good aging or with positive adaptation in aging. Method: An integrative review was performed involving articles from peer-reviewed

journals, indexed in the PubMed / Medline, Scopus, Web of Science, PsycInfo and Scielo / BVS / Lilacs databases, using the terms "purpose in life" and "aging" in the title, without restriction of dates. Results: 27 articles were selected, 22 of which were conducted within large prospective longitudinal studies, three cross-sectional studies and two experimental studies, which revealed robust associations between high scores in PiL and reduction of the risk for mortality, Alzheimer's disease, coronary and cerebrovascular diseases, disabilities and sleep disorders; high PiL and positive outcomes in health, cognition, emotional regulation, subjective well-being and sense of adjustment; PiL as a moderator variable, or resilience resource, between risks and adversities and good adaptation. These are useful data for research and intervention involving long-lived and vulnerable older adults.

Keywords: goal-directedness; well-being; longevity; aging

INTRODUÇÃO

Nos anos 1980 e 1990, o estudo do bem-estar subjetivo já interessava os psicólogos preocupados em identificar as variáveis associadas à boa qualidade de vida na velhice. O construto era descrito como composto por dois conjuntos de variáveis: satisfação global com a vida e satisfação referenciada a domínios e afetos positivos e negativos. A psicóloga Carol D. Ryff em 1989¹ propôs que esses aspectos do bem-estar subjetivo eram de natureza hedônica e, embora necessários, eram insuficientes para explicar a adaptação de adultos e idosos. Reportando-se à tradição da filosofia aristotélica, a autora defendeu que deveria ser considerado, também, o aspecto eudaimônico (dos étimos eu = bom + daimon = talento ou potencial): a busca de excelência pessoal seria relevante à continuidade do desenvolvimento e ao senso de ajustamento de adultos e idosos¹⁻³.

Ryff operacionalizou bem-estar psicológico (BEP) ou eudaimônico com base em proposições teóricas clássicas sobre o desenvolvimento do adulto (estruturas / metas de vida⁴, individuação⁵, desenvolvimento pessoal / qualidades do ego⁶, busca de significado⁷, maturidade⁸, autogoverno⁹, autorrealização¹⁰ e processos executivos da personalidade¹¹; na teoria *life-span*¹²) e em um programa de pesquisa que combinou estratégias qualitativas e quantitativas^{1-3; 13-15}. Esta operacionalização do BEP ocorreu por meio de uma escala ancorada por seis dimensões ou fatores: auto aceitação, crescimento pessoal, autonomia, domínio sobre o ambiente, relações positivas com os outros e propósito de vida. Na versão original¹, a escala tinha 20 itens para cada domínio, mas versões subsequentes produziram instrumentos com 14 ou menos itens, com bons indicadores psicométricos de validade^{3; 13-15}.

Teoricamente, propósito de vida (PV) é um dos dois aspectos mais importantes à definição do bem-estar eudaimônico (o outro é crescimento pessoal). O construto foi definido como senso de que a vida tem sentido, direção e intencionalidade e que esse senso desempenha papel orientador em relação ao estabelecimento de metas de vida e à tomada de decisões relativas ao uso dos recursos pessoais. Adultos e idosos com forte senso de propósito de vida têm metas de vida e senso de direção, sentem que sua vida passada e a atual são significativas, têm crenças que dão sentido à sua vida e têm desejos e objetivos pelos quais vale a pena viver ¹⁻³. A operacionalização do conceito foi feita por uma das sub-escalas da medida de bem-estar eudaimônico. A Sub-Escala de propósito de vida teve uma primeira versão com 14 itens, outras com 3, 7 ou 10 itens ^{3;15-16}, mas a mais usada é a de 10 itens¹⁶.

O termo propósito de vida é também referenciado a uma outra tradição de investigação e atuação, principalmente clínica, que conserva as noções de direcionalidade e intencionalidade, mas agrega os conceitos de significado existencial, crença na transcendência e investimento na busca dos fins últimos da existência. Estes componentes são vistos como essenciais à manutenção da saúde psicológica, principalmente em situações de risco de vida, perda de dignidade, sofrimento e desesperança, quando atua como recurso de resiliência, útil à promoção da adaptação em face da adversidade ou de um risco significativo ^{7; 17-18}.

Desde o final dos anos 1980, quando a Escala Ryff ¹⁻³ foi dada a público, as pesquisas sobre PV como elemento do bem-estar eudaimônico cresceram mais sistemática e aceleradamente do que as pesquisas sobre senso de significado em termos filosófico-religioso-psicológicos. Nos anos 2000, grandes estudos longitudinais prospectivos de coorte em curso nos Estados Unidos ¹⁹⁻²² e um que se desenvolvia na Austrália ²³ incluíram entre seus objetivos a investigação das associações entre PV e aspectos da adaptação bem-sucedida na vida adulta e na velhice.

A pesquisa sobre condições que auxiliam a adaptação dos idosos, caso do PV, é de especial relevância nos países em desenvolvimento, que se caracterizam por forte desigualdade social, ineficiência das redes de serviços de saúde e proteção social, e baixos níveis de educação e renda da população. Em conjunto, esses fatores determinam a acumulação de desvantagens ao longo da vida, que são evidenciadas pelas adversidades e perdas associadas ao envelhecimento. Do ponto de vista teórico, variáveis psicológicas, entre elas PV podem funcionar como fatores protetores e como fatores disposicionais em relação à competência e à autorrealização, ao autocuidado em saúde, à cognição, à

atividade e à motivação para a participação social. Essas possibilidades são um incentivo para a realização de pesquisas e de intervenções controladas em amostras constituídas por idosos brasileiros.

Optou-se por estudar PV na fase da velhice, em primeiro lugar, porque estudos têm sugerido que esta variável pode associar-se a desfechos favoráveis nessa fase da vida. Variáveis subjetivas são reconhecidas como importantes influências sobre a saúde física e mental, sobre a cognição e sobre a participação de idosos, mesmo que desfavorecidos por razões de saúde ou socioeconômicas. O conhecimento sobre o comportamento dessa variável entre idosos pode contribuir para o planejamento de trabalhos orientados à melhoria de seu bem-estar psicológico. A outra razão para a realização deste estudo é que ele cobre uma lacuna na produção de conhecimento sobre esse fenômeno, na velhice, em nosso País.

Revisões de literatura são meios úteis de reunir, relacionar e sintetizar dados de estudos publicados sobre um dado assunto. Auxiliam a análise dos conhecimentos teóricos, ajudam a tomar decisões sobre novas perguntas de pesquisa e sobre os métodos a serem adotados para respondê-las e contribuem para o planejamento de intervenções relevantes para a população. Revisões integrativas são menos restritivas do que revisões sistemáticas e meta-análises que, tipicamente, cotejam delineamentos e dados numéricos embasados em teorias²⁴. São bem apropriadas ao início do estudo empírico sobre um dado fenômeno, quando as proposições teóricas disponíveis podem servir como lentes para observar e intervir na realidade.

Planejamos um estudo de revisão integrativa de literatura, com o objetivo de reconhecer e analisar informação teórica e empírica significativa sobre associações entre PV e condições identificadas com bom envelhecimento ou adaptação positiva no envelhecimento.

MÉTODO

A revisão integrativa de literatura é um método que sintetiza informações relevantes de pesquisas disponíveis sobre determinada temática e usa o produto desse trabalho para orientar a prática e para planejar novas pesquisas. Organiza-se em seis fases: elaboração da pergunta norteadora e do objetivo, busca sistemática, por amostragem ou baseada em critérios pré-estabelecidos, com base no produto esperado, coleta de dados, análise crítica, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa²⁴.

Foi realizada busca de artigos de pesquisa sobre propósito de vida, publicados em periódicos com política de avaliação por pares, indexados nas bases de dados da *Medical Literature Analysis e Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed)*, da Biblioteca Virtual em Saúde sobre Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e da *Scientific Eletronic Library Online (BVS/LILACS e SciELO)*, e da *Scopus (Elsevier Science)*, da *Web of Science (Thompson Reuters)* e da *PsycInfo Data Base Record (American Psychological Association)*, sob os descritores “purpose in life” and “aging”, sem restrição de datas. Os critérios de inclusão foram os seguintes: artigos de pesquisa com amostra de adultos e idosos com 50 anos e mais, publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol; artigos que tivessem o termo “*purpose in life*” no título e que adotassem definição de PV em termos de direcionalidade, intencionalidade e orientação por metas e objetivos que dão sentido às escolhas e ao uso dos recursos individuais ¹⁻³. Foram excluídos artigos cuja definição integrasse os conceitos filosóficos de significado, fins últimos da existência, transcendência e religiosidade (critério teórico), assim como artigos de revisão e psicométricos (critério metodológico). Artigos que se apresentaram em mais de uma base de dados foram considerados apenas uma vez. As buscas foram realizadas em junho de 2016 e atualizadas em maio de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial nas bases de dados identificou 387 títulos que atendiam à especificação do tema e da idade dos participantes (“*Purpose in life*” and “*aging*”). Dentre esses, foram selecionados 87 porque apresentavam o termo “*purpose in life*” no título e foram eliminados 30 porque eram repetições. Os 57 artigos resultantes tiveram os respectivos tópicos de resumo, introdução, instrumentos e bibliografia examinados por duas avaliadoras, que trabalharam primeiro independentemente e depois em conjunto, para identificar o enfoque teórico subjacente. Foram selecionados 32 artigos, cuja definição de PV envolvia as noções de direcionalidade e de comportamento orientado por metas, e excluídos 25 cuja definição de propósito de vida incluía elementos filosóficos e religiosos. Além destes, foram excluídos dois artigos de revisão sistemática, um de meta-análise e dois de natureza psicométrica. Ao final, permaneceram 27 artigos, que foram lidos na íntegra e utilizados na revisão integrativa de literatura.

Na Figura 1 é apresentado o fluxograma que representa essas ações e respectivos resultados.

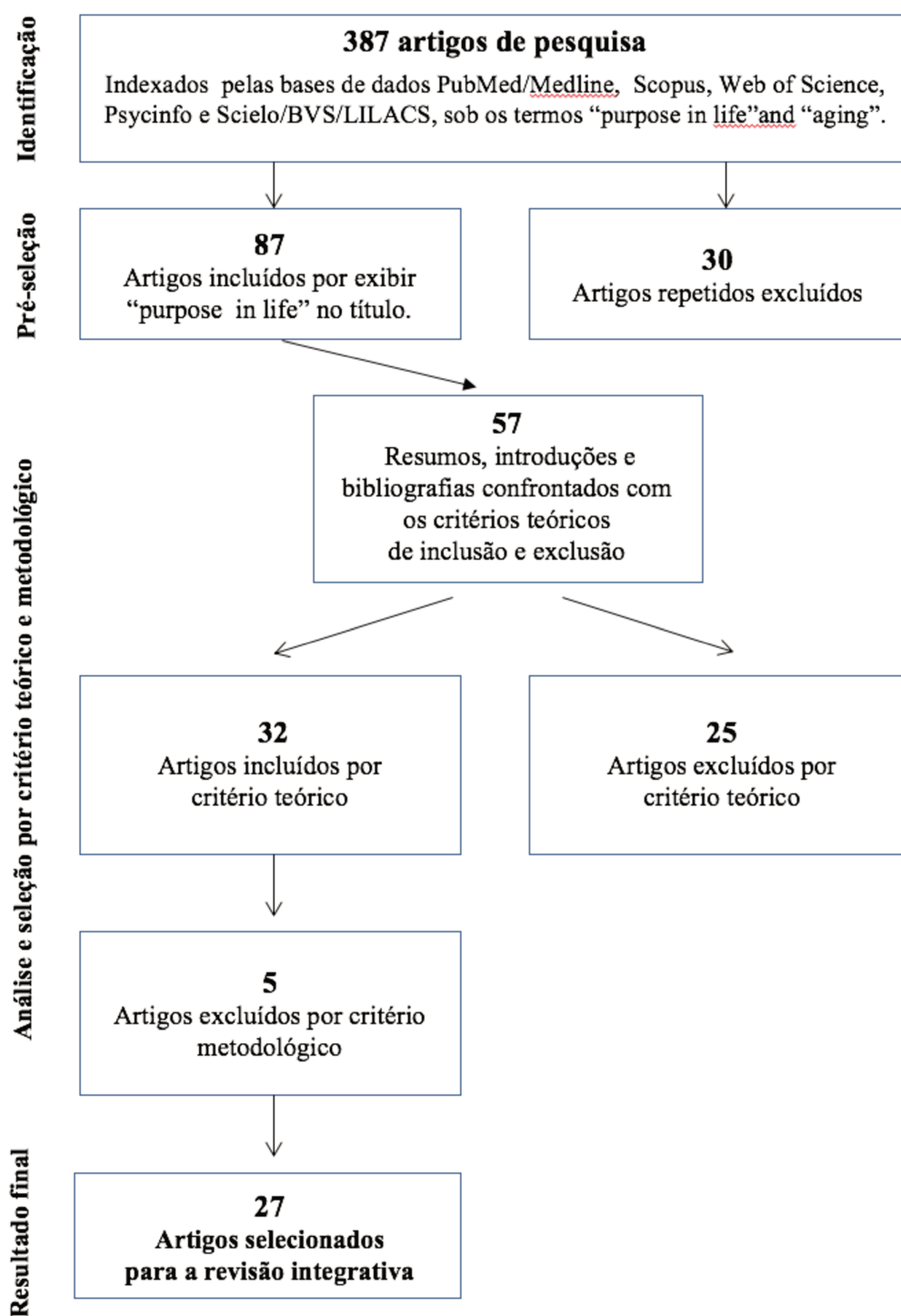


Figura 1. Fluxograma das etapas da busca bibliográfica para a revisão integrativa de literatura sobre PV no envelhecimento. Campinas, SP, 2018.

Vinte e dois dos estudos analisados desenvolveram-se no contexto de grandes estudos longitudinais conduzidos nos Estados Unidos e de um realizado na Austrália: o *Rush Memory and Aging Project* (RMAP)¹⁹, o *Health and Retirement Study* (HRS)²⁰, o

Midlife Development in the United States (MIDUS)²¹, o *Veteran Affairs Normative Aging Study* (NAS)²² e o *Australian Longitudinal Study of Aging* (ALSA)²³. A inclusão do PV entre as medidas de interesse desses estudos criou condições excelentes de repetição, que têm contribuído para o aumento da validade externa dos resultados, da validade interna das medidas de PV e para avanços teóricos.

A observação da autoria dos artigos é outro elemento indicador da integração entre os estudos. Os autores podem ser reunidos em quatro blocos principais liderados por pesquisadores associados aos estudos longitudinais: no RMAP, Boyle é 1ª autora de quatro estudos^{16,25-27} e coautora em dois^{28,29}; no HRS, Kim é 1º autor de cinco publicações^{29, 31-34}; no MIDUS, Hill e Turiano assinam quatro estudos^{37, 39, 41, 42} e são coautores em outros dois^{42,52}; Burrow é primeiro autor de dois artigos^{36,52}. Estes e a quase totalidade dos outros autores (n=58 para os 27 artigos), formam grupos com produção característica. Um artigo é de 2009, dois de 2010, um de 2011, um de 2012, três de 2013, quatro de 2014, seis de 2015, quatro de 2016, dois de 2017 e três de 2018.

O *Rush Memory and Aging Project* (RMAP)¹⁹ é um estudo longitudinal, epidemiológico, clínico-patológico e de coorte, que focaliza condições crônicas usuais na velhice, com ênfase em declínio cognitivo e motor e no risco para Doença de Alzheimer. De setembro de 1997 a novembro de 2011, 1.556 adultos e idosos recrutados em comunidades de aposentados residentes no nordeste do estado de Illinois nos Estados Unidos concordaram em participar do estudo. 1.489 completaram as medidas de linha de base (73.1% mulheres). A média de idade foi 80,1 e a de escolaridade, 14,4 anos. 1.409 não tinham demência na avaliação clínica. O estudo focou: (a) a relação entre fatores de risco e Doença de Alzheimer (DA) incidente; (b) comprometimento cognitivo leve (CCL) incidente e declínio em funções cognitivas e motoras; (c) a relação entre índices neurobiológicos com DA, CCL e funções cognitivas e motoras; (d) as trajetórias neurobiológicas ligando fatores de risco e fenótipos clínicos. Foram realizados três seguimentos envolvendo exames neuropatológicos *post-mortem* do cérebro dos idosos que faleceram.

O *Health and Retirement Study* (HRS)²⁰ igualmente envolve amostra representativa de homens e mulheres de 50 anos e mais. Começou em 1991, como estudo longitudinal de uma coorte nascida entre 1931 e 1941, em período de pré-aposentadoria, juntamente com seus cônjuges de quaisquer idades. A amostra foi ampliada em 1993 e 1998. Desde então, a cada 6 anos, é incluída uma nova coorte de pessoas entre 51 e 56 anos. O estudo prevê coleta de dados a cada 4 anos. Quando um participante morre, é

feita uma entrevista com familiares para investigar as circunstâncias da morte e as condições socioeconômicas. São coletados dados sobre condições físicas, biomarcadores, antropometria, pressão arterial, capacidade funcional e variáveis psicossociais e socioeconômicas.

O *Survey of Midlife Development in the United States* (MIDUS) ²¹ é um estudo de levantamento nacional, envolvendo 7.108 participantes de 25 a 75 anos na linha de base, ocorrida nos anos de 1995 e 1996. O delineamento prevê medidas de seguimento a intervalos de 9 a 10 anos. Tem como objetivo investigar o papel de fatores comportamentais, psicológicos e sociais na determinação de variações associadas à idade em saúde física e mental.

O *Normative Aging Study* (NAS)²² é um estudo interdisciplinar longitudinal, estabelecido em 1961 pela administração do Hospital de Veteranos (Boston, EUA). A coorte consiste em 2.280 homens, recrutados de um universo de 6.000 examinados no começo do estudo em 1961, quando tinham de 21 a 80 anos de idade. A maioria eram brancos, sobreviventes da Segunda Guerra Mundial e da Guerra da Coreia. O único critério de inclusão era que fossem saudáveis, ou seja, livres de quaisquer condições crônicas conhecidas no início do estudo. Estudos de seguimento foram realizados a cada 3 anos, até 1999. O foco do NAS é o envelhecimento não-patológico, ou seja, investe nas relações entre o envelhecimento normal e a história natural das doenças crônicas. Os parâmetros são oriundos da medicina clínica, da bioquímica, dos cinco sentidos, da saúde odontológica, da antropometria e do comportamento.

O *Australian Longitudinal Study of Aging* (ALSA)²³ incluiu amostra de 2.087 homens e mulheres com 65 anos e mais em sua linha de base, com o intuito de realizar um amplo estudo prospectivo populacional, cujos dados pudessem ser comparados com os produzidos por estudos similares realizados nos Estados Unidos. Começou em 1992, com idosos randomicamente selecionados dos registros eleitorais do Sul da Austrália, estratificados por sexo, idade (5 coortes) e localidade onde viviam. Entre 1992 e 2000 foram conduzidas seis ondas de medidas objetivas de indicadores de velhice bem-sucedida no âmbito da saúde e da funcionalidade física, da cognição, da afetividade e da personalidade.

A revisão inclui, ainda, dois estudos de natureza prospectiva, com amostras menores, não probabilísticas e não integradas aos estudos longitudinais já mencionados. Um investigou a trajetória de mudanças em PV em adultos na meia-idade (n=163), ao longo de cinco ondas de medida do *Foley Longitudinal Study of Adulthood* ⁴⁴. Outro

desenvolveu-se em localidade rural da província de Nara, Japão, com população total de 6.900 pessoas e buscou dados sobre mortalidade em idosos com incapacidade em AIVD e ABVD. Participaram todos os residentes de 65 anos e mais ($n=1.853$) com respostas válidas nas medidas de linha de base, realizadas por via postal⁴⁵.

No Quadro 1 são apresentadas informações sobre os autores, objetivos, países, delineamentos e participantes dos 27 estudos analisados. Nesse quadro e nos que se seguem os artigos foram reunidos primeiro por critério metodológico (tipo de delineamento), e dentro de cada tipo, por ordem de data.

Quadro 1. Revisão integrativa de artigos de pesquisa sobre propósito de vida: objetivos, delineamentos e participantes. Campinas, SP, Brasil, 2018.

Autores, ano, país	Objetivos	Delineamentos e participantes
Boyle et al., 2009 ¹⁶ ; EUA	Avaliar a associação entre PV, condições de saúde e mortalidade em idosos.	RMAP e MARS: 1.238 idosos ($\mu_{idade}=75\pm7,8$) sem demência na linha de base (LB), com seguimento 5 anos depois.
Boyle et al., 2010 ²⁵ ; EUA	Testar a hipótese que quanto mais alto o nível de PV em idosos, menor o risco para CCL e DA.	RMAP: 951 idosos sem demência na LB, com 7 medidas anuais de seguimento, quando também foram avaliados os níveis de CCL incidente e mudanças em função cognitiva.
Boyle, Buchman, Bennett, 2010 ²⁶ ; EUA	Testar a hipótese que quanto mais alto o nível de PV, menor o risco de incapacidade incidente em idosos sem demência.	RMAP: 970 idosos sem demência. Medidas em linha de base e em seguimentos anuais.
Boyle et al. (2012) ²⁷ ; EUA	Testar a hipótese que PV reduz os efeitos deletérios das mudanças patológicas da DA sobre a cognição na idade avançada.	RMAP: 246 participantes sem demência na LB com seguimentos anuais.
Yu et al. 2015 ²⁸ ; EUA	Testar a hipótese que níveis mais altos de PV estão associados com menor risco de AVC.	RMAP: 43 idosos sem demência, com exames clínicos anuais e autopsia cerebral <i>post-mortem</i> .
Wilson et al., 2018 ²⁹ ; EUA	Testar a hipótese que altos níveis de PV em pacientes ambulatoriais associam-se com menor risco de subseqüentes hospitalizações.	RMAP: 805 participantes inicialmente com $\mu_{idade}=81.1\pm6,8$, sem demência. Registros do Medicare (1999-2010).
Kim, Hershner, Strecher, 2015 ³⁰ ; EUA	Testar a hipótese que PV associa-se com a redução da incidência de distúrbios de sono.	HRS: 4.144 participantes sem ou com mínimos distúrbios de sono na linha de base (2006) participaram de estudo de seguimento (2010).
Kim et al., 2017 ³¹ ; EUA	Avaliar se alto nível de PV em idosos com bom funcionamento físico associa-se com menor risco para baixa força de preensão e lentidão da marcha.	HRS: Medidas de seguimento (2006 e em 2010); μ_{idade} homens=70,8 $\pm$ 6,5; μ_{idade} mulheres=63,0 $\pm$ 8,2.

Kim, Strecher, Ryff 2014 ³² ; EUA	Investigar associações entre PV e uso de serviços preventivos e entre PV e hospitalizações.	HRS: 7.168 participantes do HRS (50 anos e +), acompanhados por 6 anos.
Kim et al., 2013 ³³ ; EUA	Investigar em que medida PV associa-se com enfarte do miocárdio em adultos e idosos com doenças coronarianas.	HRS: 1.546 participantes da 8ª (2006) e da 9ª (2008) ondas; 50 anos +, doenças coronarianas em linha de base.
Kim et al., 2013 ³⁴ ; EUA.	Determinar se PV está relacionado com redução da incidência de AVC.	HRS: 6.379 participantes do HRS, que nunca tiveram AVC (50 anos e +). Dados da 8ª (2006), da 9ª (2008) e das 10ª ondas (2010) e sobre as circunstâncias da morte (falecidos).
Schaefer et al., 2013 ³⁵ ; EUA	Testar se PV associa-se com melhor recuperação emocional depois de exposição a estímulos negativos.	MIDUS II: Estudo experimental com sub-amostra de 2006 (n=584). Apresentação aleatorizada de 90 figuras com estímulos emocionais positivos, negativos e neutros e tarefa de atenção aleatoriamente interrompida por distratores.
Burrow, Summer, Ong; 2014 ³⁶ ; EUA	Testar o papel moderador do PV, entre afetos negativos no dia-a-dia e satisfação atual, passada e futura.	MIDUS II: Análise secundária de dados de 1.745 participantes ($\mu_{idade}=56.51\pm12.08$).
Hill, Turiano, 2014 ³⁷ ; EUA	Examinar se PV promove longevidade na vida adulta e na velhice.	MIDUS: 6.163 adultos e idosos de 20 a 75 anos ($\mu_{idade} = 46.9\pm12.9$), seguidos por 14 anos.
Zilioli et al., 2015 ³⁸ ; EUA	Investigar as associações prospectivas entre PV e carga alostática ao longo de 10 anos.	MIDUS II: 985 adultos e idosos participantes do <i>Biomarker Sub-Study</i> conduzido à época da segunda onda desse estudo ($\mu_{idade} 46.14\pm11.7$).
Hill et al., 2016 ³⁹ ; EUA	Examinar PV como preditor de renda familiar e de patrimônio líquido.	MIDUS: 7.108 participantes recrutados em 1995-1996 e reavaliados em 2004 (MIDUS I; e 2006 (MIDUS II) 25 a 74 anos; $\mu_{idade} = 46,5\pm13$).
Lewis et al., 2017 ⁴⁰ ; EUA	Testar as associações entre PV e memória episódica, funcionamento executivo e cognição global.	MIDUS II 3.489 participantes ($\mu_{idade}=56,3\pm12.27$, variação de 32 a 84 anos, com registros completos de PV e de medidas cognitivas).
Hill, Turiano, Burrow, 2018 ⁴¹ ; EUA	Examinar se adversidades vividas na infância e na adolescência predizem diminuição no senso de PV na vida adulta e na velhice.	MIDUS II: 3.385 participantes (2005-2006) com informações completas sobre sociodemográficas, adversidades antes dos 18 anos e PV no MIDUS I.

Hill et al., 2015 ⁴² ; EUA	Conhecer as características de homens com maior probabilidade de apresentar alto nível de PV e diminuição do PV ao longo do tempo.	NAS: 587 idosos do seguimento de 2003 ($\mu_{\text{idade}}=74,1\pm6.2$) e 2006 (n=386).
Windsor, Curtis, Luszc, 2015 ⁴⁴ ; Austrália	Examinar associações entre diferenças individuais em senso de PV e bem-estar indicado por saúde, cognição e sintomas depressivos.	ALSA: 1.475 participantes ($\mu_{\text{idade}}=77.06 \pm 6.27$) avaliados em 6 momentos (1992 a 2010).
Ko et al., 2016 ⁴³ ; EUA	Examinar as mudanças em PV ao longo de 5 anos.	FLSA: Estudo exploratório com 163 participantes ($\mu_{\text{idade}}=56,37\pm1,00$) (das 5 ondas).
Tomioka, Kurumatani, Hosoi, 2016 ⁴⁵ ; Japão	Investigar a relação entre a manutenção de passatempos que dão prazer e PV com mortalidade e declínio da independência, 42 meses depois.	Dados prospectivos de idosos com 65 anos e mais, com risco aumentado de morte (n = 1853), declínio em ABVD (n = 1254) e AIVD (n =1162). Análise de mortalidade entre 2011 e 2014.
Sano,Kyougoku, 2015 ⁴⁶ ; Japão	Testar modelo de relações estruturais entre motivo de realização, PV, participação social e expectativa de papel.	Estudo descritivo de corte transversal: 281 idosos ($\mu=77,1\pm8,7$).
Polenick, Kale, Birditt, 2018 ⁴⁷ ; EUA	Investigar associações entre PV de cuidadores e receptores de cuidado e dificuldades emocionais e físicas dos cuidadores.	Estudo descritivo de corte transversal: 315 cônjuges (65 anos +) cuidadores de parceiros com incapacidade funcional ($\mu_{\text{tempo de casamento}}=42.75\pm17.81$). NSOC e NHATS.
Hooker, Masters, 2016 ⁴⁸ ; EUA	Examinar a relação entre PV e nível de atividade física medido por acelerômetro.	Estudo descritivo de corte transversal: amostra de conveniência (n=104; $\mu_{\text{idade}}=35,5\pm15,5$, variação de 18 a 80 anos).
Mak (2011) ⁵¹ ; EUA	Examinar a relação entre cumprimento de metas e PV, conforme relatos de pessoas com demência.	Estudo experimental: 91 idosos ($\mu_{\text{idade}}=75.28\pm9.23$); 46 atribuídos por sorteio a um grupo experimental (GE) que realizou uma atividade artística orientada à meta. O grupo controle (GC) fez um desenho criativo à sua escolha.
Burrow et al., 2014 ⁵² ; EUA	Explorar a associação entre PV e conforto em viver em contextos com diversidade étnica.	Três estudos, um experimental, em adultos brancos: 1) exame do nível de PV e de conforto com a diversidade étnica; 2) exposição a projeções demográficas e 3) redação sobre as projeções demográficas (GE) ou tema neutro (GC) + teste de conforto com a heterogeneidade étnica.

A medida de PV usada em 24 dos 27 estudos foi aquela construída por Ryff e colaboradores^{1-3;14;16}, para funcionar como uma das seis sub-escalas do seu modelo eudaimônico de bem-estar psicológico. Os outros três estudos adotaram medidas compatíveis com o construto (perguntar se o idoso acredita que tem um motivo e interesses pelos quais viver)⁴⁵, escala de motivos de realização⁴⁶, escala de envolvimento com a vida⁴⁷ e escala de cumprimento de metas⁵⁰. Dois estudos introduziram como medida adicional, a própria escala completa de bem-estar psicológico^{1-3;33} e a sub-escala de relações positivas com os outros^{1-3, 37-38}. No Quadro 2 é apresentada uma versão resumida das variáveis e medidas utilizadas.

Quadro 2. Revisão integrativa de artigos de pesquisa sobre propósito de vida: variáveis e medidas. Campinas, SP, Brasil, 2018.

Autores, ano, país	Variáveis e medidas
Boyle et al., 2009 ¹⁶ ; EUA	Incapacidade para ABVD; sintomas depressivos, neuroticismo, doenças autorrelatadas, status vital e mortalidade.
Boyle et al., 2010 ²⁵ ; EUA	Medidas idênticas ao estudo precedente acrescidas de avaliação do tamanho da rede de relações sociais e de frequência de interações.
Boyle, Buchman, Bennett, 2010 ²⁶ ; EUA	Incapacidade para ABVD; mobilidade; medidas de saúde, neurológicas e neuropsicológicas; cognitivas e psicossociais.
Boyle et al. (2012) ²⁷ ; EUA	Autorrelato de exercícios físicos; genotipagem para Apoε4; mudanças patológicas associadas à DA avaliadas mediante exames neuropatológicos <i>post-mortem</i> das estruturas cerebrais.
Yu et al. 2015 ²⁸ ; EUA	Exames clínicos atuais e neuropatológicos <i>post-mortem</i> das estruturas cerebrais, feitos por examinadores cegos para as informações anteriores.
Wilson et al., 2018 ²⁹ ; EUA	Dados secundários do Medicare sobre condições de saúde sensíveis a cuidados ambulatoriais, que podem ajudar a evitar hospitalizações; medidas anuais de condições de risco cardiovascular, sintomas depressivos e sociodemográficas.
Kim, Hershner, Strecher, 2015 ³⁰ ; EUA	Bem-estar psicológico ¹⁻³ . Distúrbios de sono; ansiedade e depressão; exercícios físicos; alcoolismo e tabagismo; doenças autorrelatadas, autoavaliação de saúde e incapacidades.
Kim et al., 2017 ³¹ ; EUA	Medidas de força de preensão em Kg e aferidas por dinamômetro; velocidade da marcha indicada por tempo (s) para percorrer 2,5m em passo usual.
Kim, Strecher, Ryff 2014 ³² ; EUA	Uso de serviços de saúde; depressão, ansiedade e afeto negativo; religiosidade e afeto positivo.
Kim et al., 2013 ³³ ; EUA	Hipertensão, diabetes, pressão arterial, IMC e doenças coronarianas, capacidade funcional para AIVD e ABVD, depressão, ansiedade, hostilidade, afeto negativo, otimismo, afeto positivo e participação social.
Kim et al., 2013 ³⁴ ; EUA	Saúde autorrelatada; registros médicos; tabagismo, atividade física, alcoolismo, IMC obesidade e pressão arterial; uso de medicação, pressão alta, colesterol alto, diabetes, hospitalização; otimismo e afetos positivos, ansiedade e hostilidade, depressão.
Schaefer et al., 2013 ³⁵ ; EUA	Afetos positivos e negativos e bem-estar subjetivo; idade, número de piscadas e tempo entre as medidas psicológicas e o experimento.

Burrow, Summer, Ong; 2014 ³⁶ ; EUA	Mudança percebida entre a satisfação 10 anos atrás e no momento, e sobre a expectativa de satisfação dentro de 10 anos; entrevistas telefônicas diárias (8 dias) sobre a experiência de 14 afetos negativos e sobre o número e a intensidade dos estressores vivenciados no dia anterior.
Hill, Turiano, 2014 ³⁷ ; EUA	Relações positivas com os outros ¹⁻³ ; afetos positivos e negativos; mortalidade e tempo de sobrevivência desde o início do estudo.
Zilioli et al., 2015 ³⁸ ; EUA	Funcionamento cardiovascular, metabolismo dos lipídeos e de glucose, inflamação crônica, atividade do sistema nervoso simpático e parassimpático, eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal; locus de controle, afetos positivos e negativos e relações positivas com os outros ¹⁻³ .
Hill et al., 2016 ³⁹ ; EUA	Personalidade (traços; 5 fatores); um item avaliando satisfação com a vida; valores de patrimônio e de renda familiar.
Lewis et al., 2017 ⁴⁰ ; EUA	Bateria de testes cognitivos aplicada por telefone (recordação imediata e atrasada de lista de palavras, fluência, dígitos em ordem inversa, séries numéricas, contagem; saúde autorreferida.
Hill, Turiano, Burrow, 2018 ⁴¹ ; EUA	Indicadores de adversidades antes dos 18 anos (4 itens para abuso físico, 4 para abuso emocional, 3 para pobreza, 3 para arranjo domiciliar e 2 para saúde aos 16 anos).
Hill et al., 2015 ⁴² ; EUA.	Personalidade (traços; 5 fatores); questionário sobre preocupações em saúde.
Ko et al., 2016 ⁴³ ; EUA.	Personalidade (traços; 5 fatores) e geratividade.
Windsor, Curtis, Luszcz, 2015 ⁴⁴ ; Austrália.	Mobilidade, saúde subjetiva e sintomas depressivos; velocidade de processamento da informação; memória episódica.
Tomioka, Kurumatani, Hosoi, 2016 ⁴⁵ ; Japão	Um item avaliando se o idoso tinha uma razão para viver e passatempos prazerosos (indicador de PV); independência para ABVD e AIVD; alcoolismo e tabagismo, número de doenças, cognição e depressão.
Sano, Kyougoku, 2015 ⁴⁶ ; Japão.	PV avaliado por escala de compromisso com a vida/ otimismo; domínio sobre o self; sintomas depressivos; afetos positivos; exercícios físicos autorrelatados. Medidas objetivas de tempo, intensidade e gasto calórico diário em atividades e medida por meio de acelerômetro, 3 dias na semana.
Polenick, Kale, Birditt, 2018 ⁴⁷ ; EUA.	PV indicado por pontuação em escala de motivos de realização na reabilitação; condição econômica percebida, atividades fora de casa e passatempos; participação social; escala de expectativa de papel.

Hooker, Masters, 2016 ⁴⁸ ; EUA.	Um item de PV aplicado nos cuidadores e nos receptores de cuidados; nos cuidadores: medidas de tarefas de cuidado, apoios disponíveis, participação em atividades valorizadas, idade, saúde, sexo e escolaridade; no receptor de cuidados: saúde física e cognição.
Mak (2011) ⁵¹ ; EUA.	Escala de Cumprimento de Metas (<i>Tenacious Goal Pursuit</i>); medida de senso de PV associado à atividade experimental; medida da gravidade da demência e do status cognitivo por meio de entrevista telefônica.
Burrow et al., 2014 ⁵² ; EUA	Questionário sobre a mudança percebida entre a satisfação 10 anos atrás e no momento, e entre esta e a expectativa de satisfação dentro de 10 anos; entrevistas telefônicas diárias (8 dias) sobre a experiência de 14 afetos negativos e sobre o número e a intensidade dos estressores vivenciados no dia anterior.

Um elenco de variáveis psicológicas associou-se com medidas de PV, entre elas afetos positivos e autorregulação emocional em situação de laboratório³⁵; avaliações da satisfação atual, da passada e da satisfação futura, as quais protegeriam o PV dos adultos e idosos que têm satisfação alta e estável ou crescente e prejudicariam os que apresentam níveis decrescentes de satisfação³⁶; locus de controle em saúde³⁸; fatores de personalidade, tais como neuroticismo (correlação negativa com PV), otimismo e organização (correlações positivas com PV)^{16,42,43}; sintomas depressivos^{16,27,43}, que se correlacionam negativamente com PV; participação social, expectativa de papel e motivo de realização, cujas correlações com PV são positivas³⁷.

No entanto, nem o avanço da idade e nem outras variáveis sociodemográficas protegeram os participantes do estudo relatado por Hill, Turiano e Burrow (2018)⁴¹ dos efeitos deletérios da vivência de adversidades antes dos 18 anos sobre o PV, sugerindo que existe um limite para a atuação de variáveis subjetivas de natureza motivacional, o que também dispõe limites à intervenção sobre PV e variáveis correlatas, em casos similares aos da pesquisa relatada. PV tende a declinar com a idade⁴², refletindo o efeito das perdas associadas ao envelhecimento ou os preconceitos sociais em relação à oferta de oportunidades de realização às pessoas mais velhas. Porém, parece existir um padrão disposicional de PV, o qual é estável e tende a manter-se por períodos relativamente longos, independentemente da idade⁴⁴.

Foi interessante notar que, como exceção de idade em algumas investigações, as variáveis sociodemográficas mostraram-se como preditores fracos de PV. Este dado sugere que o fenômeno integra uma dimensão que pode ser denominada de estrutural, ou inerente ao ser humano, noção que encontra apoio nos fundamentos teóricos⁴⁻¹¹ do modelo eudaimônico^{1-3; 14-16} de bem-estar psicológico em que se insere o PV. Fortalece essa ideia o fato de idosos com nível moderado de demência terem se mostrado capazes de responder à sub-escala de propósito de vida e de terem sido afetados pelo seu nível de PV. Talvez concorra para esse resultado o nível educacional geralmente elevado dos participantes dos estudos americanos, australianos e japoneses. Porém, no estudo de Hill et al. (2016)³⁹, renda e patrimônio associaram-se significativamente com PV nas medidas de linha de base e nas medidas posteriores de seguimento, o que enfraquece a ideia de PV como necessidade humana básica. Esses dados aparentemente conflitantes necessitam de esclarecimento baseados em dados de adultos e idosos brasileiros com diferentes níveis de escolaridade e renda e com diferentes condições cognitivas.

Os dados mais impressionantes observados no conjunto de estudos analisados dizem respeito à associação entre alto nível de PV e melhor função cognitiva, mesmo na presença de alterações neuropatológicas cerebrais típicas da doença de Alzheimer, assim como evolução mais lenta de DA e CCL incidentes e ritmo mais lento de declínio cognitivo na presença de alto nível de PV²⁷. Esses dados sugerem que PV promove ganhos em reservas neurais que protegem o cérebro dos efeitos deletérios das alterações associadas à DA. A maioria dos sistemas fisiológicos do organismo, incluindo o cérebro, suporta considerável nível de danos, antes de apresentar manifestações clínicas de déficit²⁷.

Risco mais baixo para DA em indivíduos com alto nível de PV e associações estatisticamente significativas entre altas pontuações em PV e funções cognitivas foram igualmente documentadas^{25, 40, 43}. Adultos e idosos com alto PV e bons níveis de cognição global e referenciada a domínios costumam envolver-se mais frequentemente em atividades, são competentes em alocar tempo, energia e recursos para atingir suas metas e costumam investir mais na própria saúde, condições que revertem em benefícios à cognição. Além disso, existem relações entre PV e níveis reduzidos de fatores inflamatórios, tais como o receptor IL-6 e entre PV e maior resistência ao estresse e melhor função imunológica, que são influenciadas pelos fatores apontados⁵³. Indivíduos com bons índices de biomarcadores, baixa carga alostática e mais recursos cognitivos alocam mais recursos a metas que beneficiam a aquisição de novos repertórios e o bem-estar subjetivo^{38,40}.

O segundo conjunto de dados que chama a atenção na amostra de literatura analisada diz respeito à capacidade do PV para prever mortalidade. Os estudos de Boyle et al. (2009)¹⁶, Hill e Turiano (2014)³⁷, Windsor et al. (2015)⁴³ e Tomioka et al. (2016)⁴⁵ assumiram sobrevivência e mortalidade como variável dependente. No primeiro, alto PV associou-se com maior probabilidade de sobrevivência; o segundo indicou maior risco de morte para os homens, os idosos mais velhos e menos educados e para os que pontuam baixo em reações positivas com os outros e PV; o terceiro evidenciou aumento da idade como fator de risco para mortalidade e aumento da pontuação em PV como preditor de sobrevivência; o último, associou baixa pontuação em PV com mortalidade e com declínio em AIVD e em ABVD. As bases biológicas da associação entre PV e mortalidade são desconhecidas, mas acredita-se que altos níveis de PV contribuem para o funcionamento de múltiplos sistemas biológicos, protegendo-os dos efeitos deletérios

das doenças e outras condições adversas de saúde, valendo o mesmo raciocínio apresentado com relação à incidência e à progressão da DA e do CCL.

A realização de estudos sobre o potencial do PV para prever AVC e enfarte do miocárdio, que, em si mesmos, são preditores de incapacidade física e cognitiva, é uma das metas preferenciais da clínica e da pesquisa, daí a importância dos dados relatados por Yu et al. (2015)²⁸ e por Kim et al. (2013a e 2013b)³⁰⁻³¹, segundo os quais, altas pontuações em PV associam-se a menor risco para AVC e para enfarte do miocárdio. Existem duas possíveis explicações para as associações entre PV e AVC. Em primeiro lugar, PV pode ajudar promovendo estilos de vida saudáveis. Em segundo lugar, PV pode estar diretamente implicado em funções neuroendócrinas, por exemplo níveis de cortisol salivar, epinefrina e norepinefrina, que se relacionam com bem-estar subjetivo. Outro mecanismo possível inclui a ação de marcadores inflamatórios, tais como proteína C-reativa, IL-6 e fator de necrose tumoral alfa. Em terceiro lugar, PV relaciona-se com vários outros construtos psicológicos, entre eles senso de coerência, senso de controle, resiliência e otimismo. É um componente do bem-estar psicológico e um fator potencialmente modificável de promoção de envelhecimento saudável^{28, 31}.

A simples ausência de estados e traços psicológicos negativos, tais como ansiedade, hostilidade, depressão e afetos negativos é insuficiente para explicar ou evitar a ocorrência de enfartes do miocárdio. Ao contrário, os mecanismos de proteção podem percorrer trajetórias biológicas (por exemplo, promovendo melhor função do sistema imune e melhor regulação dos níveis de proteína HDL), comportamentais (por exemplo, otimismo, emoções positivas, auto eficácia e enfrentamento focado no problema) e sociais (por exemplo, relações sociais positivas e participação em assuntos da comunidade), todas elas associadas a níveis elevados de PV³⁰.

Altos níveis de PV associaram-se a menor risco para incapacidade em ABVD e para mobilidade, independentemente de variáveis sociodemográficas, fragilidade, risco cardiovascular, doenças vasculares, depressão, neuroticismo e redes sociais²⁶. Na pesquisa de Kim et al. (2017)³⁴ cada ponto a mais em PV associou-se com diminuição de 13% no risco de desenvolver baixa força de preensão e de 14% para adquirir lentidão da marcha. Embora não existam dados suficientes sobre quais são os elos entre PV e funções físicas, acredita-se que eles sejam em parte baseados em efeitos indiretos (por exemplo, por meio de comportamentos de saúde), em parte em efeitos diretos (por exemplo, por meio da alteração em funções biológicas). Assim, pessoas com alto níveis de PV são mais proativas quanto ao autocuidado em saúde, têm melhor controle de impulsos e costumam

envolver-se em atividades saudáveis. Têm melhor nível de regulação dos sistemas fisiológicos associados com funções físicas (por exemplo, menores marcadores inflamatórios). Essas condições medeiam a relação entre PV e a capacidade funcional³⁴.

Windsor, Curtis e Luczcz (2015)⁴³ e Tomioka, Kurumatani, Hosoi (2016)⁴⁵ confirmaram essas associações por meio de dados similares. Zilioli et al. (2015)³⁸ observaram melhores condições de enfrentamento de estressores ao longo de 10 anos de seguimento em idosos com alto nível de PV. Essas vantagens provavelmente refletem e explicam a ocorrência de avaliações positivas da própria saúde na presença de alto nível de PV ⁴²⁻⁴³.

PV elevado em idosos em atendimento ambulatorial prediz menores taxas de hospitalização do que PV em nível intermediário ²⁹, assim como PV mais elevado associa-se com maior probabilidade de envolvimento com providências de autocuidado à saúde ³². Ao contrário dos efeitos positivos relacionados a maiores pontuações em PV, pontuações mais baixas predizem distúrbios de sono³³ e outros desfechos negativos ²⁹.

Quadro 3. Revisão integrativa de artigos de pesquisa sobre propósito de vida: resultados de interesse dos estudos longitudinais. Campinas, SP, Brasil, 2018.

Autores, ano, país	Resultados de interesse
Boyle et al., 2009 ¹⁶ ; EUA	12,2% morreram. Pontuação alta em PV associou-se com maior chance de sobrevivência (OR= 0.60; 95% IC 0.42-0.87; $p < 0,001$). Correlações negativas entre PV e sintomas depressivos, incapacidade e neuroticismo; correlações positivas entre PV e renda.
Boyle et al., 2010 ²⁵ ; EUA	16,3% desenvolveram DA. Independentemente de sintomas depressivos, neuroticismo, tamanho da rede social e número de doenças crônicas, altos níveis de PV associaram-se com menor risco para DA (OR= 0.48; IC 95% 0.33-0.69; $p < 0,001$); idosos com alto escore em PV tinham 2,4 vezes mais chance de permanecer livre de DA. Pontuação alta em PV associou-se com menor risco de CCL (OR=0,71; 95%IC, 0.53-0.95; $p=0,02$) e taxa mais lenta de declínio cognitivo.
Boyle, Buchman, Bennett, 2010 ²⁶ ; EUA	Altos níveis de PV associaram-se com menor risco para incapacidade em ABVD (OR=0.60, 95% CI 0.45- 0.81), AIVD (OR=0.56; 95% CI 0.40-0.78) e mobilidade (OR=0.61, 95% CI 0.44-0.84), sem diferenças por variáveis demográficas, cognição, depressão, redes sociais, neuroticismo, fragilidade, risco cardiovascular e doenças vasculares.
Boyle et al. (2012) ²⁷ ; EUA	Associação de altos níveis de PV com melhor função cognitiva, mesmo na presença de alterações neuropatológicas e do acúmulo de placas de proteína beta-amiloide. Entre os com DA incidente com altos níveis de PV, a evolução da doença foi mais lenta. Interações significativas entre nível de PV e sintomas depressivos, tamanho da rede social, número de doenças, nível de atividade física, número de pessoas com Apoε4, tempo desde início da DA e morte.
Yu et al. 2015 ²⁸ ; EUA	Infartos macroscópicos em 154 (34%) e infartos microscópicos em 128 (28,3%) idosos. Quanto mais alto o nível de PV, menor o risco de ter um ou mais infartos macroscópicos (OR=0.780, 95% CI=0.495-1.229).
Wilson et al., 2018 ²⁹ ; EUA	Em 4 anos, ocorreram 2.403 hospitalizações (442 com diagnóstico primário, 1,322 com diagnóstico secundário e 279 sem diagnóstico para cuidados ambulatoriais; 233 não foram hospitalizados. Alto PV na linha de base e no seguimento associaram-se com risco 25,3% menor de hospitalização do que nível moderado de PV, efeito não observado para os pacientes não recomendados para cuidados ambulatoriais. Doenças crônicas e status socioeconômico reduziram, mas não eliminaram a associação de PV com hospitalização.
Kim, Hershner, Strecher, 2015 ³⁰ ; EUA	1326 participantes desenvolveram distúrbios de sono entre 2006 e 2010. Na análise multivariada, cada ponto a mais em PV associou-se a OR= 0,84 para distúrbios de sono (95% CI 0.77-0.92), independentemente das variáveis sociodemográficas. As demais variáveis atenuaram, mas não anularam a influência do PV.
Kim et al., 2017 ³¹ ; EUA	Após ajustes pelas variáveis sociodemográficas, cada ponto a mais em PV associou-se diminuição de 13% no risco para desenvolver baixa força de preensão (95%CI, 1%-23%) e de 14% para desenvolver lentidão da marcha (95%CI, 8%-20%).

	As associações com tempo de marcha se mantiveram para todos os modelos de covariação, mas as associações com força de preensão não atingiram nível de significância aceitável, depois de ajustadas por fatores de saúde, sintomas depressivos e comportamentos de saúde na linha de base (RR=0.91; 95%CI, 0.80-1.04).
Kim, Strecher, Ryff 2014 ³² ; EUA	Cada ponto a mais em PV associou-se com maior probabilidade de realização de exames de colesterol [OR= 1.18, 95% CI = 1.08–1.29] ou colonoscopia [OR = 1.06, 95% CI = 0.99–1.14]; mamografia (OR = 1.27, 95% CI = 1.16–1.39); Papanicolau [OR = 1.16, 95% CI = 1.06–1.28], e exame de próstata [OR = 1.31, 95% CI = 1.18–1.45]. A cada ponto de aumento em PV menos 17% noites em hospital [RP = 0.83, 95% CI = 0.77–0.89].
Kim et al., 2013 ³³ ; EUA	Níveis mais altos de PV associaram-se com menor risco de ter enfarte do miocárdio nos 2 anos de seguimento subsequentes (OR 0.73 95% IC 0.57–0.93, $p = 0,01$). A associação se manteve, mesmo com ajuste pela gravidade da doença coronariana, da autoavaliação de saúde, sexo, uso de álcool, IMC e pressão arterial.
Kim et al., 2013 ³⁴ ; EUA	Quanto mais alta a pontuação em PV na linha de base, menor a probabilidade de ter AVC nos seguimentos. A cada desvio padrão de aumento em PV correspondeu uma razão de risco ajustada de 0,78 para AVC (95% CI, 0.67–0.91, $p=.002$).
Schaefer et al., 2013 ³⁵ ; EUA	Alto nível de PV avaliado nos 2 anos precedentes predisse melhor recuperação da exposição a estímulos negativos, indicada pelo número de piscadas, mesmo com ajustes pela reatividade inicial ao estímulo durante a apresentação das figuras, sexo, idade, afetos positivos e negativos e bem-estar subjetivo.
Burrow, Summer, Ong; 2014 ³⁶ ; EUA	Análise hierárquica de conglomerados resultou em três perfis: 1. Satisfação continuamente alta ($n = 439$); 2. Satisfação em ascensão ($n = 1,033$) e 3. Satisfação em declínio ($n = 274$), com participantes com os níveis mais altos de afetos negativos na vida diária. Os idosos dos conglomerados 1 e 2 tiveram níveis mais baixos de afetos negativos do que os do 3.
Hill, Turiano, 2014 ³⁷ ; EUA	Os que morreram (569) eram mais velhos, homens, os menos educados, com baixo nível de PV e de relações positivas com os outros. A cada desvio padrão de aumento em PV, o risco de morrer nos 14 anos seguintes diminuiu 15%.
Zilioli et al., 2015 ³⁸ ; EUA	Níveis mais altos de PV na linha de base predisseram níveis mais baixos de carga alostática 10 anos depois, mesmo com ajuste de outros fatores psicológicos potencialmente associados com carga alostática. PV foi forte preditor de diferenças individuais em locus de controle relacionado à saúde, que se relacionou parcialmente com carga alostática.
Hill et al., 2016 ³⁹ ; EUA	Os participantes com níveis mais altos de PV tinham níveis iniciais mais altos de renda familiar e de patrimônio, e tiveram maior tendência de melhoria dessas condições nos 9 anos de seguimento, moderada por idade e não por sexo.
Lewis et al., 2017 ⁴⁰ ; EUA	Alta pontuação em PV associou-se com escores elevados em memória, funcionamento executivo e cognição global, independentemente de variáveis sociodemográficas. Idade não moderou a relação entre PV e a cognição.
Hill, Turiano, Burrow, 2018 ⁴¹ ; EUA	PV correlacionou-se negativamente com todos os indicadores de adversidades, com exceção da estrutura da família e realce para adversidades em saúde. Adversidades antes dos 18 anos associaram-se com níveis mais baixos de PV na vida

	adulta, independentemente dos fatores sociodemográficos. Idade não protegeu dos efeitos negativos da exposição às adversidades.
Hill et al., 2015 ⁴² ; EUA	14% dos homens declinaram mais do que um desvio-padrão em PV. Os níveis de PV em 2003 correlacionaram-se negativamente com idade e positivamente com saúde autorrelatada e com os 5 fatores de personalidade, mas nenhuma predisse mudanças em PV em 2006.
Ko et al., 2016 ⁴³ ; EUA	A maioria apresentou altas e estáveis pontuações em PV ao longo dos 5 anos; as pontuações baixas também foram estáveis. Personalidade e raça negra predisseram altos níveis de PV (tamanho do efeito=0,42 e 0,25; $p=0,008$ e $0,003$).
Windsor, Curtis, Luszcz, 2015 ⁴⁴ ; Austrália	Indivíduos com alto senso de PV tiveram níveis mais baixos de incapacidade, melhor desempenho nos testes de velocidade e memória, melhor saúde autorrelatada e menos sintomas depressivos. A cada ponto de aumento em PV, diminuição de 4% no risco de morte (OR 0.96, 95% CI [0.94, 0.97]). Idade associou-se com crescente risco de morte (OR=0.69, 95%CI [0.62, 0.78]).
Tomioka, Kurumatani, Hosoi, 2016 ⁴⁵ ; Japão	248 idosos morreram, 119 declinaram em ABVD e 178 em AIVD. Não ter passatempos prazerosos, nem PV, associaram-se com aumento do risco para mortalidade (OR 2,08; 95% CI 1,47-2,94), declínio em ABVD (OR 2.74; 95% CI 1,44-5.21) e declínio em AIVD (OR 1.89; 95% CI 1,01-3,55).

Os estudos de corte transversal envolveram amostras de conveniência e incidiram sobre questões teóricas^{46,47} e de validade de medidas de atividade física, na relação com PV⁴⁸. Um dos três estudos experimentais analisados envolveu amostra do MIDUS³⁵ e orientou-se pela teoria de seletividade socioemocional, segundo a qual o envelhecimento implica em declínio adaptativo na intensidade, na variabilidade e no tempo de reação relativos à expressão emocional, bem como em declínio na capacidade de discriminar sinais de emoções negativas em fotografias e na fala. O declínio seria protetor por permitir que os idosos poupassem recursos fisiológicos para investir em domínios selecionados, como a cognição. Ao mesmo tempo, os idosos conservam a capacidade de perceber expressões faciais de medo mesmo em fotografias de multidões, possivelmente pelo seu valor adaptativo para a espécie⁴⁹. A intervenção foi importante pelo fato de documentar a possibilidade de intervir no PV ou em condições a ele associadas. O segundo orientou-se pela noção de comportamento orientado ao cumprimento de metas como estratégia fundamental de manejo dos estressores externos e internos⁵⁰. Tal noção é inerente ao conceito de PV, mas a novidade do estudo foi testar a possibilidade de comunicação com idosos com demência a respeito de PV e efetivamente saber se PV afeta seus comportamentos. Ambos os empreendimentos foram bem-sucedidos, agregando dados importantes à intervenção com adultos e idosos com demências⁵¹. O terceiro estudo experimental diferenciou-se dos demais pelo tema sensível, atitudes quanto à diversidade étnica, em face de outras variáveis afetivas, inclusive PV, e cognitivas⁵², uma tentativa relevante de testar a possibilidade de intervir nessas condições, em favor da sociedade (Ver Quadro 4).

Quadro 4. Revisão integrativa de artigos de pesquisa sobre propósito de vida: resultados de interesse dos estudos descritivos de corte transversal e dos estudos experimentais sobre PV. Campinas, SP, Brasil, 2018.

Sano, Kyougoku, 2015 ⁴⁶ ; Japão	Correlações positivas entre papéis de amigo, amador e participante de uma organização e motivo de realização, participação social e expectativa de papel. Efeito direto do motivo de realização sobre PV (0.445; $p < 0.001$); efeito indireto mediado por participação social ou por expectativa de papel (0.170; $p < 0.001$); efeito total sobre PV=0,615.
Polenick, Kale, Birditt, 2018 ⁴⁷ ; EUA	Quanto mais alto o PV dos cuidadores, menos dificuldades físicas e emocionais do cuidado. O PV dos receptores de cuidados não se associou com dificuldades emocionais dos cuidadores, mas a associação entre o PV dos cuidadores foi moderada pelo PV dos receptores de cuidados. O PV dos cuidadores respondeu pela diminuição das suas dificuldades emocionais. O PV dos receptores de cuidados não influenciou o nível de

	dificuldades físicas dos cuidadores. O sexo dos cuidadores não afetou as associações.
Hooker, Masters, 2016 ⁴⁸ ; EUA	PV positivamente associado com movimentos medidos objetivamente pelo acelerômetro, com prática regular de atividade física moderada e vigorosa, com autorrelato de atividade física, independentemente das variáveis sociodemográficas. PV positivamente correlacionado com otimismo, domínio sobre o self e afetos positivos, e negativamente com sintomas depressivos. Ausência de relações com as duas medidas de atividade física.
Schaefer et al., 2013 ³⁵ ; EUA (*)	Alto nível de PV avaliado nos 2 anos precedentes revelou melhor recuperação da exposição a estímulos negativos, indicada pelo número de piscadas, mesmo com ajustes pela reatividade inicial ao estímulo durante a apresentação das figuras, sexo, idade, afetos positivos e negativos e bem-estar subjetivo.
Mak (2011) ⁵¹ ; EUA	Tanto as análises de correlação bivariada quanto as de regressão hierárquica mostraram relações estatisticamente significativas entre as medidas de PV, interações essas não moderadas pelo nível de gravidade da demência. Os que completaram a atividade orientada à meta perceberam mais PV na atividade do que os que completaram a atividade não orientada à meta.
Burrow et al., 2014 ⁵² ; EUA	Nos 3 estudos, níveis elevados de PV beneficiaram o conforto com a diversidade e atenuaram os sentimentos de ameaça resultantes da exposição a projeções de aumento na diversidade étnica. Os efeitos persistiram mesmo quando ajustados por afetos positivos e por conexões percebidas com grupos étnicos diferentes.

(*) deliberadamente incluído no Quadro 3 como estudo longitudinal e no Quadro 4 como experimental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos uma revisão integrativa de literatura sobre PV assumindo como objetivo proximal realizar a análise de uma amostra de artigos selecionada por critérios teóricos e metodológicos. Ao decidir selecionar artigos que tivessem o termo no título, pretendemos focar estudos tidos como significativos nos contextos em que foram produzidos e publicados. Dessa forma, a grande maioria dos artigos analisados trabalhou com dados secundários ou com sub-amostras de grandes estudos conduzidos nos Estados Unidos dentro da tradição de realização de estudos longitudinais. Todos são pioneiros no trato das relações entre propósito de vida e numerosas variáveis biológicas, psicológicas e sociais indicativas de boa adaptação na velhice.

O envelhecimento da população e o aumento da longevidade em curso no Brasil, associados às mudanças normativas e não normativas que ocorrem na velhice, remetem a condições de risco à adaptação, em si mesmas geradoras da necessidade de estudar as variáveis que favorecem o bem-estar da pessoa idosa e o envelhecimento bem-sucedido.

Entre elas, figuram como as mais importantes, as que são modificáveis, caso do bem-estar psicológico ou eudaimônico e de um de seus componentes, propósito de vida. Por esses motivos, o objetivo distal assumido por este trabalho é oferecer aos pesquisadores e aos profissionais de saúde uma análise sobre aspectos relevantes deste construto, a qual possa auxiliá-los na tomada de decisões sobre intervenções na prática.

Em resumo, os dados analisados indicam que a tendência de extrair significado de experiências de vida e ter um sentido de intencionalidade e direcionamento, pode orientar o comportamento, contribuindo para o envelhecimento bem-sucedido. Adultos e idosos com altos níveis de PV e que trabalham em direção a metas e objetivos, enfrentam melhor o envelhecimento, investem mais em autocuidado e no desenvolvimento das próprias competências, engajam-se mais socialmente e participam frequentemente de atividades significativas. Pessoas com nível mais alto de propósito de vida têm uma visão mais positiva do envelhecimento e de suas vidas.

Pessoas com níveis mais elevados de PV tendem a ser mais resilientes, e sua busca ativa por metas provavelmente aumenta a força orientada para objetivos e a eficiência dos sistemas biológicos. PV está associado a numerosos estados e traços psicológicos conhecidos, que podem proporcionar uma boa saúde, como otimismo, autoeficácia e ausência de depressão; a comportamentos de menor risco, compatíveis com a preservação da saúde, como, por exemplo, alimentação saudável, atividade física regular, não beber álcool em excesso e nem fumar.

PV atua como fator de proteção significativo para mortalidade, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, alterações cognitivas, DA, CCL, limitação funcional e imobilidade, hospitalizações e outros desfechos negativos de saúde. É relativamente pouco afetado por variáveis sociodemográficas. É estável às idades, na vida adulta e na velhice, mas declina na velhice avançada. Embora seja um elemento promotor de desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedidos, o alcance de sua atuação no sentido de modificar e prevenir riscos associados ao envelhecimento é limitado pelo processo de declínio na velhice mais avançada.

Propósito de vida pode ser melhorado por meio do envolvimento em atividades significativas como, por exemplo, atividades de lazer, educacionais, filantrópicas, sociais, culturais ou familiares. Mesmo pequenas mudanças comportamentais podem contribuir para um maior senso de intencionalidade, utilidade e relevância. Intervenções focadas na melhoria do PV de idosos podem contribuir para fortalecer as reservas neurológicas e cognitivas, o senso de controle e o senso de competência e o comportamento orientado

ao cumprimento de metas. Podem ser de grande valia para atenuar, postergar e diminuir o ritmo do declínio cognitivo e do desenvolvimento da morbidade e da incapacidade na idade avançada.

O aumento da longevidade entre os idosos brasileiros impõe desafios à sociedade e aos indivíduos que envelhecem. Na velhice avançada aumentam as possibilidades de perda de capacidades físicas e cognitivas e de vivência de adversidades individuais e familiares. Pesquisas gerontológicas devem produzir conhecimento sobre as variáveis que podem contribuir para uma longevidade saudável. O PV destaca-se como um marcador significativo de saúde física e mental, com potencial para orientar intervenções gerontológicas inovadoras.

REFERÊNCIAS

1. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.*1989;57(6):1069–81.
2. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci* 1995;4(4):99–104.
3. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.*1995;69(4):719-27.
4. Bühler C. The curve of life as studied in biographies. *J Appl Psychol.* 1935;19(4):405-9.
5. Jung CG. *Modern man in search of a soul.* New York: Harcourt, Brace & World; 1933.
6. Erikson EH. Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues.* 1959;1:1-171.
7. Frankl VE. *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy.* Boston, MA: Beacon Press; 1959.
8. Allport GW. *Pattern and growth in personality.* New York: Holt, Rinehart, & Winston; 1961.
9. Rogers CR. *On becoming a person.* Boston, MA: Houghton Mifflin; 1961.
10. Maslow AH. *Toward a psychology of being.* 2 ed. New York: Van Nostrand; 1968.
11. Neugarten BL. Personality change in late life: A developmental perspective. In: Eisendorfer C, Lawton MP, editors. *The psychology of adult development and aging.* Washington, DC: American Psychological Association.;1973. p. 311-35.
12. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes MM, Baltes PB, editors. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences.* European Network on Longitudinal Studies on Individual Development. Cambridge: Cambridge University Press;1990. p. 1-34.
13. Samman E. Psychological and subjective well-being: A proposal for internationally comparable indicators. *Oxford Development Studies.* 2007;35(4):459-86.

14. Abbott RA, Ploubidis GB, Huppert FA, Kuh D, Wadsworth ME, Croudace TJ. Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4(1):76.
15. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*. 2006;35(4):1103-19.
16. Boyle PA, Barnes LL, Buchman AS, Bennett DA. Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosomatic medicine*. 2009;71(5):574-9.
17. Koenig HG, Berk LS, Daher NS, Pearce MJ, Bellinger DL, Robins CJ, et al. Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. *J Psychosom Res*. 2014;77(2):135-43.
18. Wong PTP. Spirituality, meaning, and successful aging. *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers;1998. p. 359-94.
19. Bennett DA, Schneider JA, Buchman AS, Barnes LL, Boyle PA, Wilson, RS. Overview and findings from the Rush Memory and Aging Project. *Curr Alzheimer Res*. 2012; 9(6): 646–663.
20. Juster, FT, Suzman R. An overview of the Health and Retirement Study. *J Hum Res*. 30; Special Issue on the Health and Retirement Study: Data quality and early results. 1995; p. S7-S56.
21. Brim OG, Ryff CD, Kessler RC (2004). The MIDUS National Survey: An Overview. In OG Brim, CD Ryff, R C Kessler (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur foundation series on mental health and development. Studies on successful midlife development. How healthy are we?: A national study of well-being at midlife*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press; 2004. p.1-34.
22. Bell B, Rose CL, Damon A. The Normative Aging Study. *An Interdisciplinary and Longitudinal Study of Health and Aging*. *Aging Hum Devel*. 1972;3(1): 5-17
23. Andrews G, Cheok F, Carr S. The Australian Longitudinal Study of Aging. *Austr J Age*. 1989;8(2):31-35.
24. Souza MTS, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2017;8(1 Pt 1):102-6.
25. Boyle PA, Buchman AS, Barnes LL, Bennett DA. Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):304-10.
26. Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability among community-dwelling older persons. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(12):1093-102.
27. Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS, Yu L, Schneider JA, Bennett DA. Effect of purpose in life on the relation between Alzheimer disease pathologic changes on cognitive function in advanced age. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(5):499-505.
28. Yu L, Boyle PA, Wilson RS, Levine SR, Schneider JA, Bennett DA. Purpose in life and cerebral infarcts in community-dwelling older people. *Stroke*. 2015;46(4):1071-6.
29. Wilson RS, Capuano AW, James BD, Amofa P, Arvanitakis Z, Shah R, et al. Purpose in life and hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in old age. *Amer J Ger Psych*. 2018;26(3):364-74.
30. Kim ES, Hershner SD, Strecher VJ. Purpose in life and incidence of sleep disturbances. *J Behav Med*. 2015;38(3):590-7.

31. Kim ES, Kawachi I, Chen Y, Kubzansky LD. Association between purpose in life and objective measures of physical function in older adults. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10):1039-45.
32. Kim ES, Strecher VJ, Ryff CD. Purpose in life and use of preventive health care services. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111(46):16331-6.
33. Kim ES, Sun JK, Park N, Kubzansky LD, Peterson C. Purpose in life and reduced risk of myocardial infarction among older U.S. adults with coronary heart disease: a two-year follow-up. *J Behav Med*. 2013;36(2):124-33.
34. Kim ES, Sun JK, Park N, Peterson C. Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: 'The Health and Retirement Study'. *J Psychosom Res*. 2013;74(5):427-32.
35. Schaefer SM, Morozink Boylan J, van Reekum CM, Lapate RC, Norris CJ, Ryff CD, et al. Purpose in life predicts better emotional recovery from negative stimuli. *PLoS one*. 2013;8(11):e80329.
36. Burrow AL, Sumner R, Ong AD. Perceived change in life satisfaction and daily negative affect: The moderating role of purpose in life. *J Happiness Stud*. 2014;15(3):579-92.
37. Hill PL, Turiano NA. Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychol Sci*. 2014;25(7):1482-6.
38. Zilioli S, Slatcher RB, Ong AD, Gruenewald TL. Purpose in life predicts allostatic load ten years later. *J Psychosom Res*. 2015;79(5):451-7.
39. Hill PL, Turiano NA, Mroczek DK, Burrow AL. The value of a purposeful life: Sense of purpose predicts greater income and net worth. *J Res Pers*. 2016;65:38-42.
40. Lewis NA, Turiano NA, Payne BR, Hill PL. Purpose in life and cognitive functioning in adulthood. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*. 2017;24(6):662-71.
41. Hill PL, Turiano NA, Burrow L. Early life adversity as a predictor of sense of purpose during adulthood. *Int J Behav Dev*. 2018;42(1):143-7.
42. Hill PL, Turiano NA, Spiro A, Mroczek DK. Understanding inter-individual variability in purpose in life: Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Psychol Aging*. 2015;30(3):529-33.
43. Ko HJ, Hooker K, Geldhof GJ, McAdams DP. Longitudinal purpose in life trajectories: Examining predictors in late midlife. *Psychol Aging*. 2016;31(7):693-8.
44. Windsor TD, Curtis RG, Luszcz MA. Sense of purpose as a psychological resource for aging well. *Devel Psych*. 2015;51(7):975-86.
45. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Relationship of having hobbies and a purpose in life with mortality, activities of daily living, and instrumental activities of daily living among community-dwelling older adults. *J Epidemiol*. 2016;26(7):361-70.
46. Sano N, Kyougoku M. An analysis of structural relationship among achievement motive on social participation, purpose in life, and role expectations among community dwelling elderly attending day services. *PeerJ*. 2016;4:e1655.
47. Polenick CA, Kales HC, Birditt KS. Perceptions of purpose in life within spousal care dyads: Associations with emotional and physical caregiving difficulties. *Ann Behav Med*. 2018;52(1):77-87.
48. Hooker SA, Masters KS. Purpose in life is associated with physical activity measured by accelerometer. *J Health Psychol*. 2016;21(6):962-71.

49. Charles ST. Emotional experience and regulation in later life. In KW Schaie, SL Willis (Eds). *Handbook of the Psychology of Aging* 7th edition. London: Elsevier;2011.p.295-310.
50. Brandtstädter J, Renner G. Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychol Aging*;1990;5:58–67.
51. Mak W. Self-reported goal pursuit and purpose in life among people with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*.2011;66(2):177-84.
52. Burrow AL, Stanley M, Sumner R, Hill PL. Purpose in life as a resource for increasing comfort with ethnic diversity. *Pers Soc Psychol Bull*. 2014;40(11):1507-16.
53. Friedman EM, Hayney M, Love GD, Singer BH, Ryff CD. Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Healt Psych*.2007;26(3): 305–313.

4.2. ARTIGO 2: Publicado na Revista *Dementia & Neuropsychologia*

Semantic-Cultural Validation and Internal Consistency Analysis of the Purpose in Life Scale for Brazilian Older Adults

Validação Semântico-Cultural e Análise de Consistência Interna da Escala de Propósito de Vida em Adultos mais Velhos Brasileiros

Cristina Cristovão Ribeiro^{1,2}, Anita Liberalesso Neri¹, Mônica Sanches Yassuda^{1,3}

1. Gerontology, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, UNICAMP, Campinas, Brazil.
2. Physiotherapy, CESUFOZ, Center for Higher Education of Foz do Iguaçu, Foz do Iguaçu, Brazil.
3. Gerontology, School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, Brazil.

Abstract. Purpose in life is one of the six dimensions of psychological well-being. It refers to the sense that life has meaning and direction, and that goals have been achieved or are attainable. **Objective:** To perform the semantic-cultural validation and internal consistency analysis of the Purpose in Life scale of Ryff and Keyes with 10 items. **Method:** Data come from the eight-year follow-up of older adults aged 80 and older of the FIBRA Study, conducted in Campinas-Brazil. **Results:** The mean age of participants (N=187) was 83.81 (± 3.60), mean number of years of schooling was 4.38 (± 3.76), and mean income was 3.49 minimum wages (± 2.61), among 125 (66.8%) females (mean purpose in life=3.51, ± 0.68) and 62 (33.2%) males (mean purpose in life=3.58, ± 0.60). There was no significant difference in the purpose between men and women and between schooling levels. For age and income, purpose was higher in the 80- to 84-year-old group (younger age) and with income between 3 and 5 minimum wages (higher income). Cronbach's alpha for the scale was 0.628, indicating moderate internal consistency. **Conclusion:** The Purpose in Life scale was translated, adapted for use in Brazil and applied in a sample of old-old adults. Purpose in life seemed to be influenced by age and income.

Key words: older adults; longevity; well-being; goal-directedness.

Resumo: Propósito de vida é uma das seis dimensões do bem-estar psicológico. Refere-se ao senso de que a vida tem sentido e direção e que as metas estão sendo alcançadas. **Objetivo:** Realizar a validação semântico-cultural e análise da consistência interna da escala de Propósito de Vida de Ryff e Keyes com 10 itens. **Método:** Os dados são do seguimento após oito anos do Estudo Fibra, com idosos com 80 anos e mais, realizado em Campinas-Brasil. **Resultados:** A média da idade dos participantes (N=187) foi de 83,81 (± 3.60), média de anos de escolaridade de 4,38(± 3.76) e renda média de 3.49 salários mínimos (± 2.61), sendo 125(66.8%) do sexo feminino (média de PV=3.51 e ± 0.68) e 62(33.2%) do masculino (média de PV=3.58, ± 0.60). Não houve diferença

significativa no escore de propósito de vida entre os homens e mulheres e entre faixas de escolaridade. Para idade e renda, PV foi mais elevado no grupo com 80 a 84 anos (com menor idade) e com maior renda entre 3 a 5 salários mínimos (maior renda). O Alfa de Cronbach foi 0.628, indicando consistência interna moderada. **Conclusão:** A escala de Propósito de Vida foi traduzida, adaptada para uso no Brasil e aplicada em uma amostra de adultos velhos. Propósito de vida parece ser influenciado por idade e renda.

Palavras-Chave: adultos mais velhos; longevidade; bem-estar; direcionamento de metas

INTRODUCTION

Physical, psychological and social changes that occur in old age call for the need to study the variables that favor the health of the older people and successful aging. Among them, the subjective and psychological well-being stand out.¹

Subjective well-being (SWB) can be defined as the result of a person's evaluation of his/her own life.² In turn, psychological well-being (PWB) is a construct that integrates concepts of human development psychology, humanistic-existential psychology, and positive psychology knowledge about positive or optimal psychological functioning.³

According to Ryff and Keyes,^{4,5} there are six dimensions of PWB: autonomy (independence and self-determination capacity), environmental domain (ability to manage the world around), personal growth (being open to new experiences), positive relationships with others, self-acceptance (positive attitude toward oneself), and purpose in life.

Purpose in life is described by Ryff⁶ as one of the main domains of PWB because it refers to the feeling that life has direction and that goals are attainable, either in the short-, medium- or long-term. Moreover, purpose is related to a more positive view of life, the perception of personal growth, happiness, satisfaction, self-esteem, motivation to live and to perform daily activities.³

We are not aware of research studies carried out about purpose in life with Brazilian older adults. Given that purpose in life is amenable to psychological intervention,⁶ it seems relevant to validate a scale that allows its assessment in Brazil. The achievement of this objective may favor research and clinical and educational interventions in the context of aging in Brazil. Therefore, the present study aimed to perform the semantic-cultural validation and the internal consistency analysis of the 10-item Purpose in Life scale developed by Ryff and Keyes in a Brazilian sample of old-old adults.

METHODS

The study was carried out in two phases: semantic-cultural validation and assessment of the internal consistency of the scale.

Phase 1: Semantic-cultural validation of the translation of the Purpose in Life scale to Brazil

The procedures described by Reichenheim and Moraes⁷ for the translation process, back-translation and semantic-cultural adaptation were adopted. In the first step, the original Purpose in Life scale was translated into Brazilian Portuguese by two bilingual individuals who worked independently. In the second step, a synthesis of the first Portuguese version was prepared by a specialist in Geropsychology, who generated the first version of the scale. The third step was characterized by the back-translation by two other bilingual individuals, who were native English speakers. They worked independently, with no information on the underlying theory of the scale and no access to the version published in English. After analysis of the back-translations and comparisons with the original scale, a final version was produced, for which a 100% agreement was obtained between translators and back-translators.

Phase 2: Internal consistency analysis of the Purpose scale and preliminary analyses regarding the effects of sex, schooling, age and income

The translated and adapted for Portuguese version of the Purpose in Life scale was included in the follow-up protocol of the FIBRA Study (2008-2009)⁸ which was used to assess 187 older adults aged 80 years or older in 2016 and 2017. All participants signed an informed consent form approved by CEP/Unicamp on December 10, 2014 (CAAE 39547014.0.1001.5404).

The Mann-Whitney test was used to compare the scores of the Purpose in Life scale between sexes, and the Kruskal-Wallis test was used to compare scores among schooling, age and income bands due to the non-normal distribution of variables. The Dunn post hoc test was used after the Kruskal Wallis to verify which groups differed.

The level of significance was set at 0.05. Statistical analyses were performed using SAS (Statistical Analysis System) for Windows (version 9.2). The reliability of the scale was verified by IC analysis, indicated by the Cronbach's alpha coefficient.^{9,10}

RESULTS

Phase 1: Steps for production of the Brazilian version of the Purpose scale

Subtle cultural differences were observed for some of the scale items, except for item 4, but the semantic equivalence with the original version was not affected. The final version was obtained through consensus among the translators (see Table 1).

Table 1. Versions of the Purpose in Life scale throughout the steps of semantic-cultural validation to Brazilian Portuguese. Campinas, SP, 2018.

Items	Original	Translation	Back-translation	Final version
1	I feel good when I think of what I have done in the past and what I hope to do in the future.	T1: Eu me sinto bem quando eu penso nas coisas que fiz no passado e o que espero fazer no futuro. T2: Eu me sinto bem quando eu penso nas coisas que fiz no passado e o que espero fazer no futuro.	R1: I feel fine when I think about the things I have done in the past and what I wish to do in the future. R2: I feel good when I think of the things I've done in the past and what I hope to do in the future.	Eu me sinto bem quando penso nas coisas que fiz no passado e nas que espero fazer no futuro.
2	I live life 1 day at a time and do not really think about the future.	T1: Eu vivo um dia de cada vez e não penso sobre o futuro. T2: Eu vivo a vida um dia de cada vez e realmente não penso sobre o futuro.	R1: I live one day at a time and I don't think about the future. R2: I live life one day at a time and don't really think about the future.	Eu vivo a vida um dia de cada vez e realmente não penso sobre o futuro.
3	I tend to focus on the present because the future nearly always brings me problems.	T1: Eu foco no presente pois o futuro quase sempre me traz problemas. T2: Eu prefiro focar no presente, porque o futuro quase sempre me traz problemas	R1: I focus on the present because the future often brings me problems. R2: I'd rather focus on the present because the future almost always gets me into trouble.	Eu prefiro focar no presente, porque o futuro quase sempre me traz problemas.
4	I have a sense of direction and purpose in life.	T1: Eu tenho senso de direção e propósito de vida. T2: Eu tenho um senso de direção e de propósito de vida.	R1: I have a sense of direction and purpose in life. R2: I have a sense of direction and purpose in life.	Eu tenho um senso de direção e propósito de vida.
5	My daily activities often seem trivial and unimportant to me.	T1: Minhas atividades diárias com frequência parecem banais e irrelevantes para mim.	R1: My daily tasks often seem trivial and irrelevant to me. R2: My everyday activities often seem trivial and unimportant to me.	Minhas atividades diárias com frequência me parecem banais e sem importância.

		T2:Minhas atividades diárias com frequência me parecem banais e sem importância.		
6	I used to set goals for myself, but that now seems like a waste of time.	T1:Eu costumava ter metas para mim, mas agora parece perda de tempo. T2:Eu costumava estabelecer metas para mim, mas agora isso me parece uma perda de tempo.	R1: I used to have goals for myself, but now it seems like a waste of time. R2: I used to set goals for myself, but now that seems like a waste of time.	Eu costumava estabelecer metas para mim, mas agora isso me parece uma perda de tempo.
7	I enjoy making plans for the future and working them to a reality.	T1: Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade. T2: Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade.	R1: I like to make plans for the future and to work so they become true. R2: I like to make plans for the future and work to make them come true.	Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade.
8	I am an active person in carrying out the plans I set for myself.	T1: Eu sou uma pessoa ativa na execução dos planos que eu estabeleci para mim mesmo. T2: Eu sou uma pessoa ativa na execução dos planos que eu estabeleci para mim mesmo.	R1: I am an active person in the execution of the plans I have established for myself. R2: I'm an active person in carrying out the plans I've made for myself.	Eu sou uma pessoa ativa na execução dos planos que eu estabeleci para mim mesmo.
9	Some people wander aimlessly through life, but I am not one of them.	T1: Algumas pessoas vagam sem rumo pela vida, mas eu não sou uma delas. T2: Algumas pessoas vagam sem objetivo pela vida, mas eu não sou uma delas.	R1: Some people wander aimlessly through life, but I am not one of them. R2: Some people wander through life without a purpose, but I'm not one of them.	Eu não sou como algumas pessoas que parecem vagar sem objetivo de vida.
10	I sometimes feel as if I have done all there is to do in life.	T1:Às vezes sinto que eu já fiz tudo na vida. T2: Às vezes eu me sinto como se já tivesse feito tudo na vida.	R1: Sometimes I feel like I have done everything in life. R2: Sometimes I feel as if I've done everything there is to do in life.	Às vezes eu me sinto como se já tivesse feito tudo na vida.

Note.It is a Likert-type scale, anchored by the expressions: (1) Não concordo de jeito nenhum; (2) Concordo pouco; (3) Concordância moderada; (4) Concordo muito; (5) Concordo muitíssimo.

The Purpose in Life scale is a self-report measure with 10 items (Table 1). It is a Likert-type scale, anchored by the expressions: (1) I strongly disagree (Não concordo de jeito nenhum); (2) I agree a little (Concordo pouco); (3) Moderate agreement (Concordância moderada); (4) I Agree a lot, (Concordo muito); (5) I strongly agree (Concordo muitíssimo). To calculate the final score, it is necessary to reverse the score negatively in the items 2, 3, 5, 6 and 10¹¹. The final score is a result of the average of the answers to the 10 questions (sum/10), which can vary from 1 to 5.

Phase 2: Internal consistency analysis of the purpose scale and preliminary analyses regarding the effects of sex, schooling, age and income

Among participants ($n = 187$), 125(66.8%) were women. The age ranged from 80 to 98 years, with a mean of $83.81(\pm 3.60)$; 124 older adults were aged between 80 and 84 years, 45 between 85 and 89 years, and 18 were aged 90 years and over. The mean number of years of schooling was $4.38(\pm 3.76)$, ranging from 0 to 9 years, and 13.89% of the sample had no formal schooling, 60.56% had 1 to 4 years of schooling, 15.56% had 5 to 8, and 10% had 9 years or more. The average income was 3.49 minimum wages (MW)(± 2.61), 9.76% earned less than 1 MW, 47.56% earned from 1 to 3 MW, 20.73% earned 3 to 5 MW, 18.90% earned 5 to 10 MW and 3% had an income greater than 10 MW. Among women, the mean Purpose in Life score was 3.51 points(± 0.68) and among men, the mean was 3.58 points (± 0.60). There were no statistically significant differences between sexes and schooling levels. As for age and income, purpose was higher in the 80- to 84-year-old group and among those with income between 3 and 5 MW (Table 2).

Table 2. Purpose in Life scores according to sociodemographic variables. Campinas, SP, 2018.

Variable		Gross frequency	Percentage frequency	Mean (SD) for Purpose in Life	p-value
Age	80-84	124	66.3	3.62 (0.61)	0.036 ^a
	85-89	45	24.0	3.36 (0.78)	
	90 +	18	9.7	3.36 (0.47)	

Sex	Male	62	33.2	3.58 (0.60)	0.781
	Female	125	66.8	3.51 (0.68)	
Schooling	Illiterate	25	12.4	3.46 (0.59)	0.231
	1-4	116	62.0	3.48 (0.69)	
	5-8	28	15.6	3.59 (0.51)	
	9 +	18	10	3.84 (0.68)	
Income (R\$ 954.00)	0-1	16	9.8	3.26 (0.87)	0.026 ^b
	1.1-3.0	85	45.4	3.49 (0.63)	
	3.1-5.0	36	19.2	3.81 (0.43)	
	5 ⁺	50	25.6	3.47 (0.60)	

Note. a = 80-84 $\neq$ 90⁺; b = 0-1 $\neq$ 3.1-5 MW. MW = minimum wage. P value refers to the Mann-Whitney and Kruskal Wallis test. The Dunn post hoc test was used after the Kruskal Wallis to verify which groups differed.

The acceptable values of Cronbach's alpha coefficient vary according to some authors, but in general, we can consider $\alpha \leq 0.30$ = very low IC or reliability; $0.30 < \alpha \leq 0.60$ =low; $0.60 < \alpha \leq 0.75$ moderate; $0.75 < \alpha \leq 0.90$ =high; and $\alpha > 0.90$ = very high¹².

The degree of internal consistency of the Purpose in Life scale was 0.628 as indicated by Cronbach's alpha and it suggested moderate internal consistency.

DISCUSSION

The present study represents an attempt to advance the research on purpose in life by means of the semantic-cultural validation and internal consistency analysis of a scale. The translation of the Purpose in Life scale with 10 items developed by Ryff and Keyes⁵ was carried out, generating its Brazilian Portuguese version. Internal consistency analysis suggested that the scale has moderate consistency. Purpose was higher among those with lower age (80 to 84 years) and with higher income (3 to 5 MW).

The current results regarding the relationship between purpose and age are consistent with previous findings of Ryff and Keyes,⁵ Verduin et al.¹³ and Kim et al.¹⁴ in which purpose scores were also higher among younger older adults.³ It can be assumed that younger seniors present better health and functional status, which in turn can contribute to the elaboration of goals and objectives.¹³ On the other hand, results may suggest that in advanced age- 85 years or older – there may be restriction in plans and accomplishment of goals, as this is a more vulnerable group. Moreover, older adults may

perceive their life time as shorter, making the idea of achieving goals unfeasible, therefore affecting purpose.⁹

The effect of age on purpose may be associated with the reduction of positive coping strategies (optimism) and the absence of a social support network, favoring social isolation.⁶ Aging may increase the cognitive, social and physical losses such as widowhood, retirement, loss of occupational roles, loss of loved ones, limited mobility, and disability.¹⁵ These, in turn, may decrease the engagement of older people in activities.

According to Scheier et al.,¹⁶ engagement in activities correlates with a variety of other psychosocial factors such as optimism, social network size, self-assessment of health, and physical and mental functioning. These psychosocial and physical aspects tend to suffer a decline in older people and may be associated with decreased purpose in life.

The Purpose in Life score was higher in the group with higher income, which was also observed in a recent study by Hill et al.¹⁷ In the latter study, the authors suggested that purposeful individuals tend to be more focused on their occupational goals and to pursue their long-term goals, thus striving for career success, which would likely increase personal income. It is also possible to speculate that people with higher income may have the necessary conditions to have more ambitious goals, which could be reflected positively in measures of purpose. It is noteworthy that those with the highest income did not have the highest Purpose in Life score. It is possible that the largest differences are observed between those that have very limited resources (0-1 MW) and those with higher income (3.1 to 5 MW). After this income level, financial resources may be less influential on purpose. Alternatively, Purpose in Life scores may have reached a plateau for this sample of old-old individuals.

There was no significant difference in the Purpose in Life score between men and women. There is no consensus regarding differences in purpose between men and women. In the study by Boyle et al.,¹¹ women had higher purpose when compared to men, different from the findings of Hedberg et al.,¹⁸ in which women scored lower than men. In the studies by Kim et al.,^{14,19} and Boyle et al.,²⁰ the results were similar to the findings of the present study, as there was no difference in the purpose in life of men and women. This inconsistency may be associated with differences in the sociodemographic characteristics of the studied samples, such as income and age.

As for education, the above mentioned studies were unanimous describing that Purpose in Life scores did not vary among individuals with different educational levels.

However, according to the findings of Ryff and Singer,²¹ psychological well-being and schooling are strongly linked, especially in the domains of personal growth and purpose in life. According to the author, opportunities for personal accomplishment are not equally distributed. It is assumed that more educated individuals are more likely to put their skills into practice, increasing self-accomplishment, psychological well-being, and reflecting favorably on purpose scores. Regarding the internal consistency of the scale, previous studies^{11,14,22,23} using the Purpose in Life scale also found moderate consistency values, similar to those found in the current research. This finding may be associated with the fact that this version of the scale contains a restricted number of questions (10 items).

As a limitation of the present study, we highlight that the sample was composed by individuals older than 80 years with good functional status and cognition, which may have limited the variability of responses in the Purpose in Life scale. This feature may restrict possible generalizations, for example, for younger older adult. In sum, the semantic-cultural validation and internal consistency analysis of the Purpose in Life scale were carried out. Future studies involving heterogeneous samples of older adults are necessary. However, the present study has merits as it evaluated purpose in life among individuals aged 80 years and over and provided the semantic-cultural validation and internal consistency analysis the scale. We hope that this validation may stimulate further research on this theme and promote interventions to increase purpose in life among older adults. Gerontological research should produce knowledge about aging in advanced ages, especially regarding the variables that can contribute to healthy longevity.

REFERENCES

1. Queroz NC, Neri AL. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicol Reflex Crít.* 2005;18(2):292–9.
2. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95(3):542-75.
3. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069-81.
4. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4):719-27.
5. Kim ES, Strecher VJ, Ryff CD. Purpose in life and use of preventive health care services. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2014;111(46):16331-6.
6. Ryff CD, Heller AS, Schaefer SM, Van RC, Davidson RJ. Purposeful Engagement, Healthy Aging, and the Brain. *Curr Behav Neurosci Reports.* 2016;3(4):318-27.

7. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):665-73.
8. Neri AL, Yassuda MS, Araujo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(4):778-92.
9. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
10. Oviedo Celina H, Campo-Arias A. Aproximación al uso Coeficiente Alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatria*. 2005;34(4):572-80.
11. Boyle, PA, Buchman, AS, Barnes, LL, Bennett, DA. Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3): 304-10.
12. Streiner DL. Construct Validity of the Relationship Profile Test : A Self- Report Measure of Dependency-Detachment Construct Validity of the Relationship Profile Test : A Self-Report Measure of Dependency – Detachment. *J Pers Assess*. 2003;80(1):99-103.
13. Verduin PJM, de Bock GH, Vliet Vlieland TPM, Peeters AJ, Verhoef J, Otten W. Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2008;27(7):899-908.
14. Kim ES, Sun JK, Park N, Kubzansky LD, Peterson C. Purpose in life and reduced risk of myocardial infarction among older U.S. adults with coronary heart disease: A two-year follow-up. *J Behav Med*. 2012; 36(2):124-33.
15. Windsor TD, Curtis RG, Luszcz MA. Sense of Purpose as a Psychological Resource for Aging Well. 2015;51(7):975-86.
16. Scheier MF, Wrosch C, Baum A, Cohen S, Martire LM, Matthews KA, et al. The Life Engagement Test : Assessing Purpose in Life. *J Behav Med*. 2006;29(3):291-8.
17. Hill PL, Turiano NA, Mroczek DK, Burrow AL. The value of a purposeful life: Sense of purpose predicts greater income and net worth. *J Res Pers*. 2016;65:38-42.
18. Hedberg P, Gustafson Y, Brulin C. Purpose in Life among Men and Women Aged 85 Years and Older. *Int J Aging Hum Dev*. 2010;70(3): 213-29.
19. Kim ES, Sun JK, Park N, Peterson C. Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: “The Health and Retirement Study.” *J Psychosom Res*. 2013;74(5):427-32.
20. Boyle, PA, Buchman, AS, Bennett DA. Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18(12):1093-102.
21. Ryff, CD, Singer BH. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *J Happiness Stud*. 2008; 9 (1):13-39.
22. Boyle PA, Barnes LL, Buchman AS, Bennett DA. Purpose in life is associated with mortality among community dwelling older persons. *Psychosom Med*. 2009;71(5):574-9.
23. Boyle PA, Buchman AS, Wilson R, Yu L, Schneider J, Bennett DA. Effect on Purpose of Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(5):499-505.

4.3. ARTIGO 3: A ser submetido à Revista *Geriatrics & Gerontology International*

Propósito de vida e Funcionalidade em Idosos com 80 anos ou mais

Cristina Cristovão Ribeiro^{1,2}, Anita Liberalesso Neri¹, Mônica Sanches Yassuda^{1,3}

¹Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, Brasil.

²Fisioterapia, CESUFOZ, Centro de Ensino Superior de Foz do Iguaçu, Foz do Iguaçu, Brasil.

³Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre propósito de vida (PV) e a realização das atividades avançadas (AAVD) e instrumentais (AIVD) de vida diária. **Método:** 187 participantes com 80 anos e mais em 2016 foram recrutados a partir do banco de dados da primeira coleta do Estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) nas cidades de Campinas e Ermelino Matarazzo, realizada em 2008-2009, em São Paulo-Brasil. Os dados sobre PV foram coletados no estudo de seguimento entre 2016 e 2017, assim como variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e renda), avaliação subjetiva da saúde, desempenho cognitivo (Mini Exame do Estado Mental – MEEM), AAVDs, AIVDs (Escala de Lawton), depressão (Escala de Depressão Geriátrica-EDG). **Resultados:** a média da idade dos participantes (N=187) foi de 83,81 desvio padrão (± 3.60), de escolaridade foi de 4,38 (± 3.76) e renda média de 3.49 salários mínimos (± 2.61), sendo 125 (66.8%) do sexo feminino e 62 (33.2%) do masculino. As análises de regressão linear hierárquica mostraram que PV esteve significativamente associado com as AAVDs ($p=0.003$) e não apresentou associação com as AIVDs (0.580), em modelo com variáveis sociodemográficas, avaliação subjetiva da saúde, desempenho cognitivo e depressão como variáveis independentes. **Conclusão:** os resultados sugerem que os idosos com maior escore de PV e menor número de sintomas depressivos são mais propensos a realizar AAVDs, e o mesmo não foi observado para as AIVDs que estiveram associadas à idade, sexo, sintomas depressivos e desempenho cognitivo. O estudo sugere que propósito de vida pode ter impacto na manutenção da funcionalidade no idoso, contribuindo assim para um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: longevidade, envelhecimento, bem-estar; direcionamento de metas

INTRODUÇÃO

A população mundial com 60 anos ou mais deve aumentar de 841 milhões em 2013 para mais de 2 bilhões até 2050 e, de fato, exceder o número de crianças até 2047. Até 2050, 21,1% da população mundial será constituída por pessoas com 60 anos ou mais, e 80% desta população viverá em países de baixa renda, como o Brasil¹. Indivíduos com 80 anos ou mais representam a faixa etária que mais cresce no mundo, podendo chegar a 15% da população em 2020. Atualmente no Brasil, entre os idosos, 14,4% são octogenários, representando 1,5% da população².

Este aumento da longevidade traz implicações e desafios para os sistemas social, econômico e de saúde. Identificar os fatores que contribuem para manter a funcionalidade global e a capacidade funcional torna-se importante para o envelhecimento saudável e fundamental para traçar estratégias de prevenção e intervenção³.

Entende-se funcionalidade global como a presença de autonomia e independência física. O conceito de capacidade funcional pode ser definido como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de maneira independente⁴. A capacidade funcional pode ser avaliada por meio das atividades de vida diária (AVD) as quais são didaticamente divididas em: atividades básicas de vida diária (ABVD); instrumentais de vida diária (AIVD) e avançadas de vida diária (AAVD)⁵.

As ABVDs são atividades relacionadas ao autocuidado e sobrevivência do indivíduo, tais como: banhar-se; vestir-se; higiene pessoal (uso do banheiro); transferir-se de um local para outro; continência esfincteriana e alimentar-se sozinho⁶. As AIVDs são atividades mais complexas que as ABVDs, no que tange as exigências neuropsicológicas e a influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais para manutenção da vida independente. São atividades relacionadas às ações como preparar refeições, fazer compras, cuidar das próprias finanças, usar medicamentos, utilizar o telefone, entre outras⁷.

Por fim, no grupo das AAVDs estão contidas as atividades que envolvem múltiplas habilidades e diferentes demandas ambientais. Acredita-se que quanto mais fatores envolvidos, maior a complexidade da atividade. Entre as AAVDs há atividades que exigem graus diferentes de habilidades físicas, sociais, emocionais e cognitivas. Como exemplo, citam-se atividades voluntárias, sociais, físicas, de lazer, atividades, religiosas, laborais, gestão financeira e uso de tecnologias⁸. O declínio na capacidade

funcional está associado ao aumento do risco de morbidade, institucionalização e mortalidade⁹.

Número crescente de literaturas sugerem que fatores psicológicos podem influenciar a funcionalidade em idosos. Um fator que pode moderar o impacto da idade sobre essas condições é o bem-estar psicológico (BEP)¹⁰. De acordo com Ryff e Keyes (1995)¹¹ existem seis dimensões do BEP: autonomia (independência e capacidade de autodeterminação); domínio do ambiente (capacidade de gerenciar o mundo ao redor); crescimento pessoal (estar aberto a novas experiências); relações positivas com os outros; auto aceitação (atitude positiva em relação a si mesmo); e propósito de vida (PV). Em especial, PV refere-se à sensação de que a vida tem um sentido e direção, pois orienta o comportamento em busca de metas e objetivos, além de estar relacionado a uma visão mais positiva sobre a vida, tal como, sentir-se motivado para viver¹².

PV é descrito por Ryff et al.¹³ como um dos principais domínios do BEP, por associar-se a uma maior probabilidade de engajamento em comportamentos mais saudáveis. Está relacionado a desfechos mais favoráveis no envelhecimento e, em tese, é passível de intervenção¹⁰. Cada vez mais, os pesquisadores apoiam o conceito de que, embora PV seja considerado uma variável razoavelmente estável, ele é potencialmente modificável e pode, portanto, ser aumentado em todas as fases da vida, incluindo a velhice avançada^{14,15}.

PV é um construto cada vez mais explorado na pesquisa contemporânea devido ao seu potencial de estimular a resiliência contra os obstáculos e os fatores estressores da vida. Pode atuar como amortecedor contra fatores de risco para resultados de saúde mais desfavoráveis e promover melhor saúde psicológica e física na velhice^{16,17}.

Pesquisas recentes descobriram que ter um maior PV está associado a benefícios à saúde. Maior PV pode relacionar-se a maior uso de serviços preventivos de saúde^{15,18}; aumento da frequência de atividade física¹⁹; menor chance de hospitalização¹⁸; melhor funcionamento biológico (por exemplo, carga alostática reduzida)²⁰ e melhor qualidade do sono²¹; redução de comprometimento cognitivo²² e risco de doença de Alzheimer²³; redução de doença cardiovascular²⁴, infarto do miocárdio²⁵, acidente vascular cerebral¹⁷, depressão²⁶; e diminuição da mortalidade⁹.

Em um estudo de seguimento de 4 anos, com 970 idosos, Boyle et al.(2010)¹² demonstraram que maior PV associou-se com menor risco de desenvolvimento de incapacidades para ABVDs, AIVDs e com relação à limitação na mobilidade,

independentemente de variáveis sociodemográficas, fragilidade, risco cardiovascular, doenças vasculares, depressão, neuroticismo e redes sociais.

Em outro estudo de seguimento, porém com duração de 2 anos e amostra maior (1.686 veteranos militares, com 55 anos ou mais), Mota et al.²⁷ observaram que maior escore de PV foi fator protetor contra o desenvolvimento de incapacidades nas AIVDs, mesmo após ajuste para fatores de risco sociodemográficos, físicos e psiquiátricos.

Embora não existam dados suficientes sobre quais são os elos entre PV e AVD, acredita-se que eles sejam em parte embasados em: efeitos indiretos (a presença de maior PV pode orientar os indivíduos a serem mais atentos à sua saúde através do envolvimento em comportamentos saudáveis)^{15,26} e efeitos diretos (por meio de alterações em funções biológicas)^{10,24}.

Assim, pessoas com alto nível de PV são mais proativas quanto ao autocuidado em saúde e quanto ao envolvimento em atividades saudáveis, contribuindo na melhoria da funcionalidade global^{12,28}.

Um outro aspecto que chama atenção na relação entre funcionalidade global e PV é o fato de que a diminuição da mobilidade e a presença de incapacidades físicas podem diminuir as oportunidades de engajamento intencional ou a representação de papéis na sociedade, aspectos que podem estar associados a baixas taxas de PV^{10,19}. A restrição do envolvimento do idoso em atividades, pode afetar sua satisfação com a vida, contribuindo ainda mais para a diminuição do PV^{29,30}.

Em relação aos estudos que pesquisaram a associação de PV e funcionalidade global, até o momento carecem achados específicos sobre as AAVDs. Portanto, o objetivo da presente pesquisa foi verificar a associação entre PV e a realização das AAVDs e AIVDs em idosos longevos.

O presente estudo tem como hipótese que os idosos que possuem maior escore de PV são mais propensos a realizar as AAVDs e AIVDs, em comparação aqueles que têm escores mais baixos nesta variável.

MÉTODOS

Participantes e procedimentos

Uma amostra de 187 idosos da comunidade (125 mulheres e 62 homens; média de idade de 83,81 anos, $\pm$ 3.60 anos, faixa etária de 80 a 98 anos) participou do estudo. Os pesquisados foram recrutados a partir do banco de dados da linha de base do Estudo

FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) avaliados nos anos de 2008-2009, nas cidades de Campinas e Ermelino Matarazzo, no município de São Paulo-Brazil. Esses registros serviram de base para a identificação dos idosos, que completaram 80 anos em 2016. Os domicílios de todos os participantes em 2008-2009 foram revisitados. Quando o idoso era localizado, este era convidado a completar uma nova avaliação, após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão integrando assim a amostra do estudo de seguimento denominado FIBRA 80+. Os dados da presente análise foram coletados entre 2016 e 2017.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 80 anos, possuir residência permanente no domicílio, compreender as instruções e concordar em participar da pesquisa; e os de exclusão foram presença de problemas de memória, atenção, orientação espacial, temporal e comunicação sugestiva de déficit cognitivo; incapacidade permanente ou temporária para andar, exceto com o uso de dispositivo de auxílio à marcha; perda localizada de força e afasia decorrentes de sequela de acidente vascular encefálico (AVE); comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade associados à doença de Parkinson avançada; déficits graves auditivo ou visual; e estar em estágio terminal)³¹.

Os participantes com pontuação abaixo da nota de corte do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foram excluídos da presente análise. Foram consideradas as seguintes notas de corte: 17 para idosos analfabetos; 22 para escolaridade entre um e quatro anos; 24 para os com escolaridade entre cinco e oito anos; e 26 para os idosos que tinham nove ou mais anos de escolaridade. Essas notas basearam-se nas médias encontradas por Brucki et al.³² para cada faixa de escolaridade, menos um desvio-padrão.

Os participantes que pontuaram acima da nota de corte do MEEM completaram medidas de autorrelato sobre sua condição de saúde, funcionalidade, engajamento em AAVDs e realização das AIVDs, sintomas depressivos, saúde percebida e PV.

As variáveis de interesse para este estudo foram investigadas mediante as condições que se seguem.

1) Variáveis sociodemográficas. Idade, agrupadas em faixas etárias (80 a 84, 85 a 89, 90 e mais); sexo (feminino e masculino); escolaridade (analfabeto, 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8 e 9 anos ou mais); e renda convertida em unidades de salários mínimos (1.1 a 3, 3.1 a 5 e 5 ou mais), no valor de R\$ 954,00 reais no Brasil, ano base 2018.

2) Desempenho cognitivo. Foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo. Composto por 30 questões que avaliam as seguintes funções cognitivas: memória episódica, linguagem, praxia construtiva e orientação espacial e temporal. O escore total corresponde à soma dos pontos das respostas corretas, sendo que maiores valores sinalizam melhor desempenho cognitivo³².

3) Atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Sete itens de autorrelato baseados na escala de Lawton e Brody³³, que avaliaram o nível de independência para AIVDs. Havia três possibilidades de respostas: totalmente independente; necessitado de alguma ajuda; necessitado de ajuda total, para a realização de sete atividades. São elas: capacidade para usar telefone, uso de transporte, capacidade de fazer compras, preparo das refeições, tarefas domésticas, uso de medicação e manejo do dinheiro. Para cada tarefa, há três possibilidades de resposta com valores de pontuação de 1 a 3 (1 - dependência; 2 - capacidade de realizar a tarefa com ajuda; e 3 - independência). A pontuação final é alcançada pela soma de pontos dos sete domínios e varia de 7 a 21, de tal forma que quanto maior for a pontuação, mais independente será o indivíduo para executar a atividade. Classificação: Dependência total = 7; Dependência parcial $>7 < 21$; Independência = 21³¹.

4) Envolvimento em atividades avançadas de vida diária (AAVD). Foram avaliadas mediante um questionário contendo 17 itens de autorrelato: fazer e receber visitas, ir à igreja, ir a festas e a eventos culturais, dirigir automóvel; fazer viagens curtas e longas, desempenhar trabalho remunerado e voluntário, manter contato com amigos e familiares por telefone, carta, e-mail ou redes sociais; e usar a internet para se informar, fazer compras ou movimentar a conta bancária. Para cada um dos itens havia três alternativas de respostas: “nunca fez”, “parou de fazer” e “faz”. Foi computado o número de atividades realizadas indicadas pela resposta “faz”³¹.

5) Avaliação subjetiva da saúde (saúde percebida). Instrumento composto por 5 perguntas estruturadas a respeito da avaliação que o idoso faz da sua saúde, memória e atividade no momento atual, em comparação com a de um ano atrás e com outras pessoas da mesma idade. Os idosos tiveram a opção de resposta em uma escala Likert de cinco pontos, ancorada pelas expressões muito pior (1), pior (2), igual (3), melhor (4) e muito melhor (5)³¹.

6) Sintomas depressivos. Avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) com 15 itens, com nota de corte ≥ 6 . O idoso escolhe entre “sim” e “não” para indicar como tem se sentido nas últimas semanas³⁴.

7) Propósito de vida. Avaliado pela sub-escala de PV com 10 itens derivados da Escala de Bem-estar psicológico de Ryff e Keyes (1995)¹¹. Os participantes foram solicitados a classificar seu grau de concordância com cada afirmação em uma escala Likert de cinco pontos, ancorada pelas expressões não concordo de jeito nenhum (1), concordo pouco (2), concordância moderada (3), concordo muito (4) e concordo muitíssimo (5). Na realização do cálculo final, foi necessário inverter negativamente a pontuação para as perguntas 2, 3, 5, 6 e 10. O escore final é resultado da média das respostas às 10 perguntas (soma/10), podendo variar de 1 a 5, e escores mais altos refletiram maiores níveis de PV²². Exemplos de duas perguntas da escala: “Eu vivo a vida um dia de cada vez e realmente não penso sobre o futuro” e “Eu tenho um senso de direção e propósito de vida”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em 23/11/2015, mediante o parecer número 1.332.651, e cadastrados na Plataforma Brasil/ Ministério da Saúde sob o C.A.A.E. 49987615.30000.5404. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta.

Análise de Dados

As análises foram realizadas por meio dos *softwares* SAS - *Statistical Analysis System, do Windows* (versão 9.2) e SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* (versão 22.0).

O estudo da relação de PV com as variáveis AAVD e AIVD foi realizado a partir da análise de regressão linear simples e múltipla, com método hierárquico em três modelos. Inicialmente, as variáveis associadas às AAVDs e AIVDs foram exploradas por meio de análises de regressão linear simples (Tabelas 1 e 3). O escore total das AAVDs foi usado como variável dependente e as variáveis PV, sexo, idade, escolaridade, MEEM, EDG e saúde percebida foram incluídas como variáveis independentes. O mesmo foi feito em relação ao escore total das AIVDs. Devido à variável saúde percebida apresentar 4 categorias de respostas, os resultados para esta variável foram divididos em quartis (muito ruim/ruim, regular, boa e muito boa).

A seguir, foram realizadas análises de regressão hierárquica por modelos. O primeiro modelo a ser analisado em relação ao escore das AAVDs e AIVDs foi composto pela variável PV (modelo 1), foram acrescentadas as variáveis sexo, idade e escolaridade (modelo 2), e no terceiro modelo foram inseridas as variáveis MEEM, EDG e saúde percebida. Nas análises de regressão (simples e hierárquica), as variáveis numéricas foram transformadas em postos (*ranks*) devido à ausência de distribuição normal.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 187 idosos, sendo 125 (66.8%) mulheres. A idade variou entre 80 e 98 anos com média de 83.81 (± 3.60). A média de anos de escolaridade foi de 4.38 (± 3.76), com variação entre 0 a 9 anos de estudo, e 13.89% da amostra não tinha nenhum estudo formal. A renda média foi 3.49 SM (salário mínimo) (± 2.61), sendo que 47.56% tinha renda de 1 a 3 SM.

Na Tabela 1, pode-se observar uma associação significativa entre o escore em AAVD e PV, escolaridade, MEEM, EDG, e saúde percebida (muito boa e boa).

Tabela 1. Análise de regressão linear simples para número de AAVDs que faz (n=187). Estudo FIBRA 80+, 2016-2017.

Variável	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ²
Propósito de vida	Variável contínua	0.30 (0.07)	<0.001	0.0896
Sexo	Feminino (ref.)	---		
	Masculino	-5.43 (8.36)	0.517	0.0023
Idade (anos)	Variável contínua	-0.09 (0.07)	0.217	0.0082
Escolaridade (anos)	Variável contínua	0.30 (0.08)	<0.001	0.0771
MEEM	Variável contínua	0.28 (0.07)	<0.001	0.0785
EDG	Variável contínua	-0.36 (0.07)	<0.001	0.1285
	Muito ruim/Ruim (ref.)	---		
	Regular	6.92 (15.61)	0.658	
	Boa	31.90 (15.71)	0.044	
Saúde percebida	Muito boa	42.24 (17.46)	0.017	0.0778

Nota: Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). P<0.001

Na análise de regressão linear hierárquica (Tabela 2), pode-se observar que PV apresenta associação significativa em relação às AAVDs, mesmo no modelo mais completo, assim como a EDG.

Tabela 2. Análise de regressão linear hierárquica com as variáveis sociodemográficas, PV, escore do MEEM, da EDG e saúde percebida como variáveis independentes e o escore total das AAVDs que faz, como variável dependente (N=187). Estudo FIBRA 80+, 2016-2017.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Beta (p valor)	R ² Parcial	Beta (p valor)	R ² Parcial	Beta (p valor)	R ² Parcial
Propósito de vida	0.33 (<0.001)	0.113	0.31 (<0.001)	0.113	0.23 (0.003)	0.113
Sexo			-4.59 (0.562)	0.002	-9.90 (0.215)	0.002
Idade (anos)			-0.01 (0.838)	< 0.001	0.03 (0.671)	< 0.001
Escolaridade (anos)			0.26 (<0.001)	< 0.061	0.15 (0.092)	< 0.061
MEEM					0.12 (0.172)	< 0.017
EDG					-0.20 (0.011)	< 0.044
Saúde percebida	Muito ruim/Ruim (ref.)					
	Regular					
	Boa					
	Muito boa				7.90 (0.648)	< 0.011

Nota: Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). P<0.001

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises de regressão linear simples entre as variáveis de interesse e o número de AIVDs com independência. Observa-se uma associação significativa entre o escore do MEEM, EDG, PV, sexo, idade, escolaridade e saúde percebida (saúde muito boa).

Tabela 3. Análise de regressão linear simples para número de AIVDs com independência (n=187). Estudo FIBRA 80+, 2016-2017.

Variável	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ²
Propósito de vida	Variável contínua	0.20 (0.07)	0.003	0.0461
Sexo	Feminino (ref.)	---		
	Masculino	23.54 (7.76)	0.003	0.0473
Idade (anos)	Variável contínua	-0.19 (0.07)	0.006	0.0396
Escolaridade (anos)	Variável contínua	0.18 (0.07)	0.015	0.0328
MEEM	Variável contínua	0.29 (0.07)	<0.001	0.0956
EDG	Variável contínua	-0.34 (0.07)	<0.001	0.1241
	Muito ruim/Ruim (ref.)	---		
	Regular	18.05 (15.24)	0.238	
	Boa	27.39 (15.33)	0.076	
	Muito boa	34.07 (17.04)	0.047	0.0278

Nota: Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). P<0.001

Na análise de regressão linear hierárquica para número de AIVDs com independência (Tabela 4), observa-se que PV apresenta associação significativa com as AIVDs nos modelos 1 e 2 (sozinho e na presença das variáveis sociodemográficas).

Entretanto, no modelo mais completo, que inclui as variáveis de saúde, PV não esteve associado às AIVDs. Mantendo associação significativa com sexo, idade, MEEM, e EDG.

Tabela 4. Análise de regressão linear hierárquica com as variáveis sociodemográficas, PV, escore do MEEM, da EDG e saúde percebida como variáveis independentes e o escore total das AIVDs que faz, como variável dependente (N=187). Estudo FIBRA 80+, 2016-2017.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Beta (valor-P)	R ² Parcial	Beta (valor-P)	R ² Parcial	Beta (valor-P)	R ² Parcial
Propósito de vida	0.21 (0.003)	R ² = 0.050	0.15 (0.026)	R ² = 0.050	0.04 (0.580)	R ² = 0.050
Sexo			24.12 (0.002)	R ² = 0.038	21.68 (0.005)	R ² = 0.038
Idade (anos)			-0.18 (0.010)	R ² < 0.032	-0,15 (0.030)	R ² =0.032
Escolaridade (anos)			0.17 (0.017)	R ² < 0.028	0.06 (0.503)	R ² =0.028
MEEM					0.17 (0.041)	R ² =0.030
EDG					-0.24 (0.002)	R ² =0.047
Saúde percebida	Muito ruim/Ruim (ref.)					
	Regular					
	Boa					
	Muito boa				3.70 (0.825)	R ² =0.002

Nota: Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). P<0.001

DISCUSSÃO

Cada vez mais os estudos demonstram uma relação estreita entre PV e saúde^{15,30}, porém existe uma lacuna importante em relação a associação de PV e a realização das AAVDs e AIVDs. A presente pesquisa buscou responder esta lacuna encontrada na literatura, pois mediante envelhecimento da população, faz-se necessário identificar variáveis que possam contribuir para que os idosos permaneçam mais tempo independentes em suas atividades cotidianas. Como PV está associado a comportamentos mais saudáveis e pode proteger contra doenças, acredita-se que esta variável possa contribuir para a manutenção da capacidade funcional^{12,35}.

A partir da análise de regressão linear hierárquica, PV apresentou associação positiva significativa em relação às AAVDs e com sintomas depressivos (escore de EDG).

Estes achados ressaltam a importância da presença de PV na realização das AAVDs, atividades mais complexas e elaboradas, as quais exigem do idoso uma maior competência cotidiana²⁶. A presença de PV elevado pode constituir base para o

envolvimento ativo na realização destas atividades, contribuindo assim para melhora da mobilidade e redução de incapacidades^{35,36}.

Nesta mesma vertente merece ser ressaltado o estudo australiano de Widson, Curtis e Luszez²⁶ de delineamento longitudinal, com 18 anos de acompanhamento, 1475 idosos em uma amostra estratificada por idade (70–74, 75–79, 80–84 e 85+ anos). Os resultados indicaram que os participantes que obtiveram pontuações mais altas em PV relataram níveis mais baixos de incapacidade funcional, tiveram melhor desempenho em testes cognitivos (memória episódica e velocidade de processamento), relataram melhor autoavaliação da saúde e menos sintomas depressivos.

Na análise de regressão linear hierárquica para número de AIVDs com independência (Tabela 4), PV não apresentou associação significativa com as AIVDs, no modelo mais completo, em que foram inseridas todas as variáveis do estudo. Mantiveram associação significativa com número de sintomas depressivos, desempenho cognitivo, sexo e idade. Estes achados merecem destaque pois, conforme discutido anteriormente, indivíduos deprimidos tem suas atividades instrumentais comprometidas ou maior dificuldade para realizá-las^{10,12,20,22}.

Portanto, os resultados da presente pesquisa confirmam a hipótese de que idosos que possuem maior PV são mais propensos a realizar as AAVDs e chama a atenção para o fato de que sintomas depressivos influenciam a realização tanto das AAVDs quanto das AIVDs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o rápido envelhecimento da população, há uma necessidade crescente de identificar fatores que possam prolongar o tempo que as pessoas mantêm sua independência nas AIVDs e AAVDs.

Os estudos sobre PV têm sugerido que esta variável se relaciona a desfechos positivos no envelhecimento, tendo implicações importantes para a qualidade de vida do idoso, figurando como uma variável importante e, em tese, passível de intervenção. Mediante estes achados, PV pode se tornar um fator novo e promissor, servindo como alvo para melhorar não apenas a saúde mental, mas também as AAVDs.

Sugere-se, portanto, que futuras pesquisas possam aprofundar em intervenções que auxiliem os idosos a identificarem atividades significativas, engajando-os em comportamentos direcionados por objetivos e metas.

REFERÊNCIAS

1. Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T. & Chatterji, S. Health in an ageing world - What do we know? *Lancet* 385, 484–486 (2015).
2. Tavares, D. M. dos S., Ribeiro, A. G., Ferreira, P. C. dos S., Martins, N. P. F. & Pegorari, M. S. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. *Rev. Enferm. UERJ* 23, (2015).
3. Chatterji, S. *et al.* Health, functioning and disability in older adults – current status and future implications. *Lancet* 385, 563–575 (2015).
4. Pinto, A. H. *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Cien. Saude Colet.* 21, 3545–3555 (2016).
5. Del Duca, G. F., Silva, M. C. Da & Hallal, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saude Publica* 43, 796–805 (2009).
6. Básica, A. *Cadernos De.* (2006).
7. Moraes, E. N. De. Atenção à Saúde do Idoso. *Ministério da Saúde* 4, 49–53 (2012).
8. Dias, E. G., Duarte, Y. A. de O., Morgani, M. H. & Lebrão, M. L. As Atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Rev. Ter. Ocup. da Univ. São Paulo* 25, 225–232 (2014).
9. Hill, P. L. & Turiano, N. A. Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. *Psychol. Sci.* 25, 1482–1486 (2014).
10. Ryff, C. D., Heller, A. S., Schaefer, S. M., van Reekum, C. & Davidson, R. J. Purposeful Engagement, Healthy Aging, and the Brain. *Curr. Behav. Neurosci. Reports* 3, 318–327 (2016).
11. Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. Ryff & Keyes (1995).pdf. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 719–727 (1995).
12. Boyle, P. A., Buchman, A. S., Bennett, D. a. Purpose in lie is associated with a reduced risk of incident disability. *Am J Geriatr Psychiatry* 18, 1093–1102 (2010).
13. Ryff, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 57, 1069–1081 (1989).
14. Ko, H. J., Hooker, K., Geldhof, G. J. & McAdams, D. P. Longitudinal purpose in life trajectories: Examining predictors in late midlife. *Psychol. Aging* 31, 693–698 (2016).
15. Kim, E. S., Strecher, V. J. & Ryff, C. D. Purpose in life and use of preventive health care services. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 111, 16331–16336 (2014).
16. Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S. & Bennett, D. A. Purpose in life is associated with mortality among community dwelling older persons. *Psychosom. Med.* 71, 574–579 (2009).
17. Yu, L. *et al.* Purpose in Life and Cerebral Infarcts in Community-Dwelling Older People. (2015). doi:10.1161/STROKEAHA.114.008010
18. Wilson, R. S. *et al.* Purpose in Life and Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Old Age. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 26, 364–374 (2018).
19. Hooker, S. A. & Masters, K. S. Purpose in life is associated with physical activity measured by accelerometer. *J. Health Psychol.* 21, 962–971 (2016).
20. Zilioli, S., Slatcher, R. B., Ong, A. D. & Gruenewald, T. L. Purpose in life predicts allostatic load ten years later. *J. Psychosom. Res.* 79, 451–457 (2015).
21. Kim, E. S., Hershner, S. D. & Strecher, V. J. Purpose in life and incidence of sleep disturbances. *J. Behav. Med.* 590–597 (2015). doi:10.1007/s10865-015-9635-4
22. Pa, B., As, B., Ll, B. & Da, B. Effect of a purpose in life on risk of incident

- Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Arch. Gen. Psychiatry* 67, 304–310 (2010).
23. Boyle, Pa. *et al.* Effect on Purpose of Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age. *Arch Gen Psychiatry* 69, 499–505 (2012).
 24. Kim, E. S., Sun, J. K., Park, N. & Peterson, C. Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: ‘The Health and Retirement Study’. *J. Psychosom. Res.* 74, 427–432 (2013).
 25. Kim, E. S., Sun, J. K., Park, N., Kubzansky, L. D. & Peterson, C. Purpose in life and reduced risk of myocardial infarction among older U.S. adults with coronary heart disease: A two-year follow-up. *J. Behav. Med.* 36, 124–133 (2012).
 26. Windsor, T. D., Curtis, R. G. & Luszcz, M. A. Sense of Purpose as a Psychological Resource for Aging Well. 51, 975–986 (2015).
 27. Mota, N. P. *et al.* Purpose in Life is Associated with a Reduced Risk of Incident Physical Disability in Aging U.S. Military Veterans. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 24, 706–714 (2016).
 28. Tomioka, K., Kurumatani, N. & Hosoi, H. Relationship of Having Hobbies and a Purpose in Life With Mortality , Activities of Daily Living , and Instrumental Activities of Daily Living Among Community-Dwelling Elderly Adults. 26, 361–370 (2016).
 29. Ryff, C. D. & Singer, B. H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. 13–39 (2008). doi:10.1007/s10902-006-9019-0
 30. Irving, J., Davis, S. & Collier, A. Aging With Purpose : Systematic Search and Review of Literature Pertaining to Older Adults and Purpose. (2017). doi:10.1177/0091415017702908
 31. Neri, A. L. Metodologia e perfil sociodemográfico , cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras : Estudo FIBRA Methodology and social , demographic , cognitive , and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian. 29, 778–792 (2013).
 32. Brucki, S. M. D., Nitrin, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. & Okamoto, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr.* 61, 777–781 (2003).
 33. Lawton, M. P. & Brody, E. M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 9, 179–186 (1969).
 34. Yesavage, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 17, 37–49 (1982).
 35. Kim, E. S., Kawachi, I., Chen, Y. & Kubzansky, L. D. Association between purpose in life and objective measures of physical function in older adults. *JAMA Psychiatry* 74, 1039–1045 (2017).
 36. Anwar, S., Ibrahim, S. & Dahlan, A. Engagement in Occupational Activities and Purpose in Life amongst Older People in the Community and Institutions. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 202, 263–272 (2015).

5. DISCUSSÃO GERAL

“É inviável para o ser humano viver se ele para de pensar no amanhã. Não importa que seja um pensamento em torno do amanhã o mais ingênuo possível, o mais imediato, não importa. O que importa é que somos seres de tal maneira constituídos que o presente, o passado e o futuro nos enlaçam”.

(Paulo Freire)

Propósito de vida (PV) tem sido um construto cada vez mais estudado na pesquisa sobre envelhecimento bem-sucedido, devido ao seu potencial de amortecer os fatores de risco para resultados de saúde mais desfavoráveis e promover melhor saúde psicológica e física na velhice³. Entretanto, os estudos que relacionaram PV e funcionalidade global carecem de achados específicos sobre as AAVDs.

Para preencher esta lacuna na literatura, esta tese teve como objetivo geral: examinar PV em idosos com 80 anos e mais, recrutados na comunidade, nas cidades de Campinas e em Ermelino Matarazzo e a relação desta variável com parâmetros de funcionalidade. E como objetivos específicos elencamos realizar a tradução, adaptação semântica e cultural e análise da consistência interna da escala de PV; investigar relações entre PV e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, sexo e renda); e analisar a relação entre PV e a realização das AAVDs e AIVDs.

A fim de atingir estes objetivos foram elaborados 3 artigos científicos, os quais compõem os resultados desta tese. Verificou-se um conjunto de relações entre eles, realizando um crescendo de informações partindo da revisão de literatura (artigo 1), passando para a tradução, adaptação semântica e cultural, e análise da consistência interna da Escala de PV (artigo 2) e concluindo com o artigo 3 sobre a relação de PV e a realização das AAVDs e AIVDs.

Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura sobre PV em adultos e idosos, por ser um recurso metodológico eficaz para reunir, relacionar e sintetizar dados de estudos publicados sobre um determinado assunto¹⁰. Na revisão de literatura foi adotada

a definição de PV em termos de direcionalidade e comportamento orientado para metas e objetivos que dão sentido às escolhas¹¹.

Por meio da análise dos 27 artigos selecionados na revisão de literatura foi possível identificar quais variáveis usualmente se associam com PV. Conforme citado no quadro 1, verificou-se que 30% dos artigos apresentaram PV associado com saúde; 22% dos artigos associaram PV com personalidade; outros 19% com doença; 11% associaram PV com mortalidade; 7% dos artigos associaram PV à sociabilidade e outros 7% à funcionalidade, e apenas 4% à comportamento, perfazendo 100% dos artigos analisados.

Quadro 1- Associações entre PV e 7 principais eixos temáticos.

Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3	Eixo 4	Eixo 5	Eixo 6	Eixo 7
Comportamento	Funcionalidade	Sociabilidade	Mortalidade	Doença	Personalidade	Saúde
1 Artigo	2 Artigos	2 Artigos	3 Artigos	5 Artigos	6 Artigos	8 artigos
Associações com Propósito de Vida (PV)						
1. Declínio nas ABVDs e	1. Distúrbios do Sono 2. Objetivos	1. Diversidade 2. Participações Sociais	1. Declínio nas ABVDs e 2. Mortalidade 3. Mortalidade	1. AVC 2. Doença de Alzheimer 3. Doença de Alzheimer e Cognição 4. Infartos cerebrais 5. Infarto do Miocárdio	1. Curso de Vida 2. Curso Emocional e 3. Valores de Patrimônio e Renda Familiar 4. Variável moderadora 5. Mudança Pessoal 6. Mudança Pessoal	1. Atividade Física 2. Carga Alostática 3. Cognição e Sintomas 4. Cognição 5. Cuidadores e Cônjuge 6. Funcionalidade 7. Prevenção 8. Uso de Serviços em Saúde

A partir destes dados é possível observar que 30%, ou seja, em 8 artigos, PV foi associado à saúde, o que chama a atenção para o fato da variável PV relacionar-se com desfechos mais positivos em saúde.

De modo interessante, procurando entender os mecanismos que poderiam explicar esta associação, Kim et al.⁴ examinaram a relação entre PV e o uso de serviços de saúde. Em amostra com mais de sete mil sujeitos, acompanhada por sete anos, os pesquisadores encontraram PV elevado em pessoas que realizavam mais exames preventivos e passavam menos noites hospitalizadas. Estes dados sugerem que PV pode ter um impacto positivo no autocuidado.

Ainda nesta vertente, no estudo realizado por Wilson et al.¹² os resultados sugeriram que PV mais elevado associou-se com menor chance de hospitalização devido

as condições ambulatoriais, sensíveis ao cuidado, para as quais a hospitalização é potencialmente prevenível. Esses resultados apoiam a ideia de que os idosos com maior PV podem se envolver em estratégias de prevenção de saúde de maneira mais intensa, possuem maior força orientada para objetivos, lidam melhor com o envelhecimento, possuem uma visão mais positiva da vida e podem ter uma longevidade mais saudável¹³.

Quanto à cognição, a revisão de literatura demonstrou um dado interessante em relação à associação entre PV e melhor função cognitiva, pois mesmo na presença de alterações neuropatológicas típicas da doença de Alzheimer, alto nível de PV protegeu o cérebro dos efeitos deletérios da doença¹⁴. Estes achados reforçam a ideia de que o idoso com alto PV e bom nível cognitivo tem mais condições para se envolver em atividades, sejam elas avançadas ou instrumentais, e recursos para elaborar metas e atingi-las, o que acaba revertendo em mais benefícios à cognição^{15,16}.

Um segundo dado que merece destaque na revisão de literatura é a capacidade de PV prever mortalidade¹⁷ e a sua relação com a funcionalidade global. O estudo de Tomioka, Kurumatani e Hosoi¹⁸ associou baixa pontuação em PV com mortalidade e declínio em AIVD e em ABVD. Isto pode ser justificado pois a medida que o idoso tem maior PV, tem mais condições de realizar atividades significativas, podendo melhorar suas condições de saúde, aumentar sua sobrevivência e diminuir os riscos de mortalidade¹⁹.

A medida de PV usada em 24 dos 27 estudos selecionados na revisão (aproximadamente 90%) foi a escala construída por Ryff e colaboradores^{3,20}. Por apresentar tamanha relevância na literatura sobre propósito de vida e buscar atingir os objetivos desta tese, decidiu-se realizar a tradução, adaptação semântica e cultural, e análise da consistência interna da Escala de PV, resultados apresentados no artigo 2.

A escala de PV foi traduzida, adaptada para uso no Brasil e aplicada em uma amostra de 187 idosos com 80 anos e mais. Foi observado maior PV no grupo mais jovem (80 a 84 anos), corroborando os achados da literatura, quando descrevem que PV tende a declinar com a idade^{21,22}, devido às perdas físicas, cognitivas e sociais²³.

Diferentemente do que tem sido observado na literatura^{19,24}, no presente estudo maior escore de PV foi observado no grupo de idosos com renda intermediária (3.1 a 5 SM) e não no grupo com maior renda (mais de 5 SM). Os autores sugerem que indivíduos com maior PV podem ser mais focados em atingir metas, podendo aumentar o sucesso profissional e renda pessoal. No presente estudo, aqueles com maior renda (mais que 5 SM) não obtiveram maior escore em PV. É possível que após esse nível de renda, os

recursos financeiros apresentem menor influência no propósito de vida. Diferente do que ocorre com aqueles que possuem recursos muito limitados (0-1 SM) e aqueles com renda intermediária (3,1 a 5 SM), em que os recursos financeiros podem exercer maior influência no PV.

Na presente pesquisa não foram encontradas diferenças significativas nos escores de PV entre homens e mulheres e nem entre diferentes níveis de escolaridade. Não existe um consenso em relação a diferenças em PV entre homens e mulheres. No estudo de Boyle et al.⁹ mulheres tiveram maior PV, quando comparadas aos homens, diferente do que foi encontrado no estudo de Hedberg et al.²⁵, no qual as mulheres pontuaram mais baixo em PV em relação aos homens. Nos estudos de Kim et al.^{22,26} e Boyle et al.²⁷, os resultados foram semelhantes aos achados da presente pesquisa, ou seja, não houve diferença no propósito de homens e mulheres. A inconsistência observada nos achados para sexo entre os estudos pode estar associada às diferenças nas características sociodemográficas das amostras estudadas, como renda e idade.

Para a variável educação, os mesmos estudos foram unânimes descrevendo que o escore de PV não teve alteração em indivíduos com diferentes níveis de escolaridade. Entretanto de acordo com os achados de Ryff e Singer²⁸ bem-estar psicológico e escolaridade estão fortemente ligados, especialmente pelos domínios do crescimento pessoal e PV. Segundo os autores, as oportunidades de autorrealização não são igualmente distribuídas, mas ocorrem principalmente com aqueles que aproveitam ao máximo seus talentos e capacidades. Supõe-se com isto que indivíduos mais escolarizados apresentam mais chance de colocar suas habilidades em prática, aumentando a autorrealização e o bem-estar psicológico, refletindo de maneira favorável nos escores de PV.

A coleta de dados da presente amostra (Estudo FIBRA 80+) foi realizada com idosos da comunidade e que possuíam residência permanente no domicílio. De acordo com alguns estudos^{29,30} o fator ambiental, como residência, pode influenciar o senso de propósito de vida, sugerindo que idosos residentes na comunidade possuem maior PV quando comparado aos idosos que residem em instituição de longa permanência (ILPI).

Níveis mais altos de PV experimentados por idosos na comunidade podem ser atribuídos a uma série de fatores, como a continuação das rotinas domésticas e de trabalho, o envolvimento com a comunidade e a manutenção da independência, que podem gerar um maior senso de PV²⁷. A substituição destas rotinas, por cuidados em uma IPLI pode inibir a capacidade de buscar atividades significativas, diminuir a autonomia

pessoal, domínio ambiental e apoio social, diminuindo assim o PV¹³. Portanto, o fato da presente amostra ter sido constituída por idosos da comunidade pode ter interferido nos resultados dos escores de PV e sua relação com as AAVDs e AIVDs.

Os critérios de exclusão adotados na coleta de dados também devem ser considerados, pois foram excluídos os idosos com déficit cognitivo sugestivo de demência e que possuíam incapacidade permanente ou temporária para andar, exceto com o uso de dispositivo de auxílio à marcha. Estes critérios podem ter influenciado a presença de idosos com maior competência física, cognitiva e emocional na amostra, o que pode ter interferido nos resultados em relação ao PV e a realização das AAVDs, e AIVDs, restringindo possíveis generalizações para outras populações. Futuros estudos com amostras heterogêneas de idosos, com restrições de mobilidade e residentes em ILPIs serão necessários para que estes resultados possam ser confirmados.

Resultados obtidos sobre a associação entre PV com parâmetros de funcionalidade, tema central desta tese, foram apresentados no artigo 3 por meio da relação entre PV e a realização das AIVDs e AAVDs.

No artigo 3 as análises de regressão linear hierárquica mostraram que PV esteve significativamente associado com as AAVDs e não apresentou associação com as AIVDs, em modelo com variáveis sociodemográficas, avaliação subjetiva da saúde, desempenho cognitivo e depressão como variáveis independentes. Portanto, níveis elevados de PV podem facilitar o envolvimento em atividades mais complexas, como as AAVDs. E ao se engajar socialmente e participar de atividades significativas, o idoso também pode reforçar seu propósito de vida¹⁸.

Entretanto, na realização das AIVDs, PV não exerceu influência e as variáveis que apresentaram associação significativa foram a idade, sexo, cognição e ausência de depressão. Estes achados revelam que na execução das AIVDs estas variáveis apresentam um papel importante e merecem atenção. Em relação à depressão, o avançar da idade traz muitos desafios, os quais podem aumentar a vulnerabilidade do idoso a quadros depressivos¹⁴.

Tomados em conjunto, por meio dos resultados desta tese, foi possível observar que os objetivos propostos foram atingidos e contribuem para preencher uma lacuna relevante na literatura sobre a relação entre PV e a realização das AAVDs.

Após analisar todos os artigos estudados nesta tese e ter realizado a revisão de literatura, verifica-se que os estudos ainda não conseguiram responder dúvidas sobre intervenções efetivas para estimular, manter ou melhorar o PV dos idosos. Até o momento

existem apenas sugestões, como no estudo de Musich et al.³¹, em que os autores recomendam o engajamento em atividades significativas, orientadas por objetivos, hobbies, voluntariado, envolvimento religioso ou atividades físicas, além de programas /terapias de intervenção destinados a melhorar o bem-estar psicológico, como psicoterapias, terapias em grupo e abordagem de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)³². Tais iniciativas constituem novas direções importantes para as pesquisas na área da Gerontologia.

Por fim, vale a pena destacar a importância dos profissionais da equipe multiprofissional estimulando a participação e o engajamento do idoso em atividades significativas, como parte do plano terapêutico.

A título de exemplo, o profissional fisioterapeuta pode propor exercícios que facilitem a realização das atividades no cotidiano, aumentando a motivação do idoso, envolvimento e adesão à fisioterapia. Assim, estabelecer metas entre paciente e terapeuta buscando estimular, manter e aumentar o propósito de vida pode ser um dos objetivos da reabilitação³³.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da longevidade entre os idosos brasileiros impõe desafios à sociedade e aos indivíduos que envelhecem, crescendo a necessidade de identificar variáveis que possam contribuir para uma velhice saudável e com mais funcionalidade.

Os dados dessa pesquisa propiciam uma reflexão sobre propósito de vida, como uma variável que vem se destacando como marcador significativo de saúde física e mental e com potencial para orientar intervenções gerontológicas inovadoras. Portanto, ampliar as pesquisas sobre PV pode contribuir para a promoção do bem-estar do idoso.

Os objetivos propostos nesta tese foram atingidos e preenchem uma lacuna importante na literatura, referente a relação entre PV e a realização de AAVDs e AIVDs. Além de ter sido o primeiro a avaliar o propósito de vida dos idosos brasileiros e concomitantemente realizar a validação semântico-cultural e análise de consistência interna da escala de Propósito de Vida em idosos com 80 anos ou mais.

Esta tese de doutorado corrobora para ampliar e fomentar novas pesquisas gerontológicas sobre o propósito de vida dos idosos no Brasil e incentivar intervenções, a fim de contribuir para um melhor envelhecimento em idades avançadas.

Mesmo pequenas estratégias comportamentais e modificações no cotidiano podem propiciar um maior senso de intencionalidade, utilidade e relevância para indivíduos na velhice avançada.

Especialmente profissionais de saúde devem estimular a participação e o engajamento do idoso em atividades significativas, afim de facilitar o propósito de vida, podendo propiciar com isto melhora da funcionalidade.

Vale a pena destacar o papel do fisioterapeuta, na equipe multiprofissional, como um facilitador na elaboração de objetivos do idoso e estando atento à inclusão de atividades e exercícios que façam sentido, estabelecendo relação com o cotidiano. Isto pode aumentar a motivação e a adesão do paciente à fisioterapia, pois ele poderá perceber que conforme melhora sua condição física, facilita a realização das atividades cotidianas, podendo assim manter ou aumentar o seu propósito de vida.

7. REFERÊNCIAS

1. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. SWB: Three decades of progress. *Psychol. Bull.* 125, 276–302. (1999).
2. Queroz, N. C. & Neri, A. L. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicol. Reflexão e Crítica* 18, 292–299 (2005).
3. Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. Ryff & Keyes (1995).pdf. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 719–727 (1995).
4. Kim, E. S., Strecher, V. J. & Ryff, C. D. Purpose in life and use of preventive health care services. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 111, 16331–16336 (2014).
5. Neri, A. L. Metodologia e perfil sociodemográfico , cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras : Estudo FIBRA Methodology and social , demographic , cognitive , and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian. 29, 778–792 (2013).
6. Brucki, S. M. D., Nitrin, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. & Okamoto, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr.* 61, 777–781 (2003).
7. Bertolucci, P. H., Brucki, S. M., Campacci, S. R. & Juliano, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.* 52, 1–7 (1994).
8. Lawton, M. P. & Brody, E. M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 9, 179–186 (1969).
9. Yesavage, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 17, 37–49 (1982).
10. Souza MTS, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*.2017;8(1 Pt 1):102-6.
11. Ryff, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 57, 1069–1081 (1989).
12. Wilson, R. S. *et al.* Purpose in Life and Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Old Age. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* (2017). doi:10.1016/j.jagp.2017.06.022
13. Irving, J., Davis, S. & Collier, A. Aging With Purpose : Systematic Search and Review of Literature Pertaining to Older Adults and Purpose. (2017). doi:10.1177/0091415017702908
14. Boyle, Pa. *et al.* Effect on Purpose of Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age. *Arch Gen Psychiatry* 69, 499–505 (2012).
15. Hooker, S. A. & Masters, K. S. Purpose in life is associated with physical activity measured by accelerometer. *J. Health Psychol.* 21, 962–971 (2016).
16. Lewis, N. A., Turiano, N. A., Payne, B. R. & Hill, P. L. Purpose in life and cognitive functioning in adulthood. *Aging, Neuropsychol. Cogn.* 24, 662–671 (2017).
17. Hill, P. L. & Turiano, N. A. Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. *Psychol. Sci.* 25, 1482–1486 (2014).
18. Tomioka, K., Kurumatani, N. & Hosoi, H. Relationship of Having Hobbies and a Purpose in Life With Mortality , Activities of Daily Living , and Instrumental Activities of Daily Living Among Community-Dwelling Elderly Adults. 26, 361–370 (2016).

19. Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S. & Bennett, D. A. Purpose in life is associated with mortality among community dwelling older persons. *Psychosom. Med.* 71, 574–579 (2009).
20. Abbott, R. A. *et al.* Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health Qual. Life Outcomes* 4, 1–16 (2006).
21. Kim, E. S., Hershner, S. D. & Strecher, V. J. Purpose in life and incidence of sleep disturbances. *J. Behav. Med.* 590–597 (2015). doi:10.1007/s10865-015-9635-4
22. Kim, E. S., Sun, J. K., Park, N. & Peterson, C. Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: 'The Health and Retirement Study'. *J. Psychosom. Res.* 74, 427–432 (2013).
23. Windsor, T. D., Curtis, R. G. & Luszcz, M. A. Sense of Purpose as a Psychological Resource for Aging Well. 51, 975–986 (2015).
24. Kim, E. S., Kawachi, I., Chen, Y. & Kubzansky, L. D. Association between purpose in life and objective measures of physical function in older adults. *JAMA Psychiatry* 74, 1039–1045 (2017).
25. Hedberg, P., Gustafson, Y. & Brulin, C. Purpose in Life among Men and Women Aged 85 Years and Older. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 70, 213–229 (2010).
26. Kim, E. S., Sun, J. K., Park, N., Kubzansky, L. D. & Peterson, C. Purpose in life and reduced risk of myocardial infarction among older U.S. adults with coronary heart disease: A two-year follow-up. *J. Behav. Med.* 36, 124–133 (2012).
27. Boyle, P. A., Buchman, A. S., Bennett, D. a. Purpose in lie is associated with a reduced risk of incident disability. *Am J Geriatr Psychiatry* 18, 1093–1102 (2010).
28. Ryff, C. D. & Singer, B. H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. 13–39 (2008). doi:10.1007/s10902-006-9019-0
29. Anwar, S., Ibrahim, S. & Dahlan, A. Engagement in Occupational Activities and Purpose in Life amongst Older People in the Community and Institutions. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 202, 263–272 (2015).
30. Hedberg, P., Brulin, C. & Al, L. Purpose in life over a five-year period: a longitudinal study in a very old population. 806–813 (2011). doi:10.1017/S1041610210002279
31. Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K. & Wicker, E. Purpose in Life and Positive Health Outcomes Among Older Adults. *Popul. Health Manag.* 21, pop.2017.0063 (2017).
32. Friedman, E. M. *et al.* Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging Ment. Health* 21, 199–205 (2017).
33. Sano, N. & Kyougoku, M. An analysis of structural relationship among achievement motive on social participation , purpose in life , and role expectations among community dwelling elderly attending day services. (2016). doi:10.7717/peerj.1655

8. ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DE VARIÁVEIS DE SAÚDE, PERSONALIDADE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO SOBRE FRAGILIDADE, MORTE E DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS DE 80 ANOS E MAIS: ESTUDO FIBRA

Pesquisador: Anita Liberalesso Neri

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49987615.3.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.332.651

Apresentação do Projeto:

Resumo:

EFEITO DE VARIÁVEIS DE SAÚDE, PERSONALIDADE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO SOBRE FRAGILIDADE, MORTE E DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS DE 80 ANOS E MAIS: ESTUDO FIBRA

Objetivos: Determinar a prevalência e os fatores de risco e proteção para fragilidade, cognição e mortalidade, considerando-se indicadores sociodemográficos, condições de saúde, independência, estilo de vida, sociabilidade, depressão, bem-estar subjetivo, personalidade e senso de ajustamento psicológico, em idosos com 80 anos e mais. **Métodos:** Estratégias postais e telefônicas serão empregadas para localizar os idosos nascidos entre janeiro de 1911 e junho de 2016, que participaram do Estudo Fibra em Campinas e em Ermelino Matarazzo (subdistrito de São Paulo), em 2008 e 2009. Os idosos serão contatados por telefone e carta e pessoalmente. Duplas de pesquisadores avaliarão as condições dos idosos e convidarão os que cumprirem os critérios de inclusão para uma sessão de coleta de dados em domicílio. Familiares serão convidados a informar sobre variáveis sociodemográficas, saúde, capacidade funcional, cognição e depressão dos idosos excluídos. Nos participantes, serão realizadas medidas de pressão arterial, força de preensão palmar, antropométricas e cognitivas, e medidas de autorrelato sobre saúde, bem-estar psicológico e sociodemográficas.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.332.651

Será feita coleta de sangue e medida de capacidade pulmonar. Serão feitas consultas ao Sistema de Informação sobre Mortalidade de Campinas, para identificar os idosos falecidos. As famílias serão contatadas em busca de informações sobre os antecedentes da morte. Um TCLE deverá ser assinado pelos idosos e pelos familiares. Análise de dados: Serão feitas estatísticas descritivas, com o objetivo de estabelecer perfis para as variáveis de interesse. Análises de regressão, curvas de mortalidade e modelos de equação estrutural investigarão as relações entre as variáveis de risco e proteção e as de desfecho. Resultados esperados: Dados sobre incidência de fragilidade, mortalidade e déficit cognitivo e sobre a prevalência e os fatores de risco e de proteção para fragilidade, mortalidade e déficit cognitivo em idosos nascidos entre 1911 e 1936.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar a prevalência e os fatores de risco e proteção para fragilidade, demências e mortalidade, considerando-se indicadores sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, estilo de vida, sociabilidade, depressão, bem-estar subjetivo, personalidade e senso de ajustamento psicológico, em amostra de um estudo de base populacional.

Objetivo Secundário:

Determinar perfis de fragilidade em idosos octogenários, considerando-se variáveis sociodemográficas, condições de saúde, capacidade funcional, estilo de vida, sociabilidade, depressão, bem-estar subjetivo, personalidade e senso de ajustamento psicológico, em amostra de um estudo de base populacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos à integridade física e psicológica dos participantes. Fadiga e tédio serão minimizados pelo procedimento.

Benefícios:

1. Conhecimento sobre as próprias condições de saúde.
2. Autoconhecimento.
3. Interação social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com o objetivo de estudar as variáveis de saúde em idosos acima de 80 anos de idade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto: devidamente assinada e preenchida.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.332.651

2. Cronograma: adequado.

3. Orçamento: adequado.

4. TCLE: adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências anteriores foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.332.651

deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_602787.pdf	09/11/2015 23:51:20		Aceito
Outros	CartaCEP_TCLEproxy.pdf	09/11/2015 23:49:14	Anita Liberalesso Neri	Aceito
Outros	CartaCEP_TCLEidoso.pdf	09/11/2015 23:48:50	Anita Liberalesso Neri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_proxy.pdf	09/11/2015 23:47:56	Anita Liberalesso Neri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idoso.pdf	09/11/2015 23:47:33	Anita Liberalesso Neri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Fibra_80_Projeto_de_pesquisa.pdf	08/10/2015 16:16:15	Anita Liberalesso Neri	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	08/10/2015 15:08:52	Anita Liberalesso Neri	Aceito
Outros	VARIAVEIS_E_MEDIDAS_Quadros_1_e_2.pdf	08/10/2015 15:08:25	Anita Liberalesso Neri	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	08/10/2015 15:07:52	Anita Liberalesso Neri	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_CONEP.pdf	08/10/2015 15:03:52	Anita Liberalesso Neri	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.332.651

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 23 de Novembro de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO II – PROTOCOLO DO ESTUDO FIBRA 80+



FIBRA 80+
ESTUDO DE SEGUIMENTO DOS PARTICIPANTES DAS MEDIDAS DE
LINHA DE BASE REALIZADAS EM 2008 E 2009
PROTOCOLO IDOSO

CONTROLE, A SER PREENCHIDO PELO SUPERVISOR

STATUS DO PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO	☐ Completo	Data: ____/____/____
	☐ Retornar ao campo	Assinatura: _____
	☐ Perdido	
ENCAMINHADO PARA DIGITAÇÃO		Data: ____/____/____
		Assinatura: _____
DIGITADO		Data: ____/____/____
		Assinatura: _____
DIGITAÇÃO CONFERIDA	☐ Satisfatória	Data: ____/____/____
	☐ Retornou para digitação	Assinatura: _____
DIGITAÇÃO FINALIZADA	☐ Com sucesso	Data: ____/____/____
	☐ Protocolo perdido	Assinatura: _____

Número do protocolo em 2016: _____	Número do Protocolo em 2008/2009: ____
Início da sessão: ____:____	Término da sessão: ____: ____
Duração da sessão: _____ minutos.	Entrevistador (es):

ENTREVISTADOR 1: _____

ENTREVISTADOR 2: _____

1) IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

1.1. Nome: _____

1.2. Rua/Av.: _____

1.3. Complemento: _____

1.4. Bairro: _____

1.5. Tipo de domicílio: _____

- (1) Casa
 (2) Apartamento
 (3) Casa de fundos
 (4) Cômodo

2) VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

2.1. Qual é sua idade? _____ anos

2.2. Qual é sua data de nascimento? ____/____/____

2.3. Gênero: _____

1. Masculino
 2. Feminino

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

3) STATUS MENTAL

Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.	C E R T O	E R R A D O	N R
3.1. Que dia é hoje?	1	00	99
3.2. Em que mês estamos?	1	00	99
3.3. Em que ano estamos?	1	00	99
3.4. Em que dia da semana estamos?	1	00	99
3.5. Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)	1	00	99
3.6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão).	1	00	99
3.7. Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo)	1	00	99
3.8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	1	00	99
3.9. Em que cidade nós estamos?	1	00	99
3.10. Em que estado nós estamos?	1	00	99
Vou dizer 3 palavras, e o/a senhora/a irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. <i>(Falar as três palavras em sequência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa)</i>			

3.11. Carro	1	0	99
3.12. Vaso	1	0	99
3.13. Tijolo	1	0	99
Gostaria que o/a senhor/a me dissesse quanto é <i>(Se houver erro, corrija e prossiga. Considere correto se o idoso espontaneamente se corrigir)</i>			
3.14. 100 - 7	1	0	99
3.15. 93 - 7	1	0	99
3.16. 86 - 7	1	0	99
3.17. 79 - 7	1	0	99
3.18. 72 - 7	1	0	99
O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? <i>Atenção: o entrevistador não deve dizer as palavras.</i>			
3.19. Carro	1	0	99
3.20. Vaso	1	0	99
3.21. Tijolo	1	0	99
3.22. Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
3.23. Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
3.24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". <i>(Considere somente se a repetição for perfeita)</i>	1	0	99
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. <i>(Falar todos os comandos de uma vez só)</i>			
3.25. Pega a folha com a mão correta	1	0	99
3.26. Dobra corretamente	1	0	99
3.27. Coloca no chão	1	0	99
3.28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: "FECHE OS OLHOS"	1	0	99
3.29. Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. <i>(Escrever a frase na próxima folha)</i> <i>(Oferecer esta folha ao idoso, cobrindo os itens até este ponto)</i>	1	0	99
3.30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o/a senhor/a copiasse, tentando fazer o melhor possível. <i>(O idoso deverá desenhar na folha em branco depois desta. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados e 10 ângulos, formando uma figura com 4 lados e 2 ângulos)</i>	1	0	99

3.31. Pontuação Total: _____

Notas de corte para o Mini Exame do Estado Mental

Analfabetos: 17

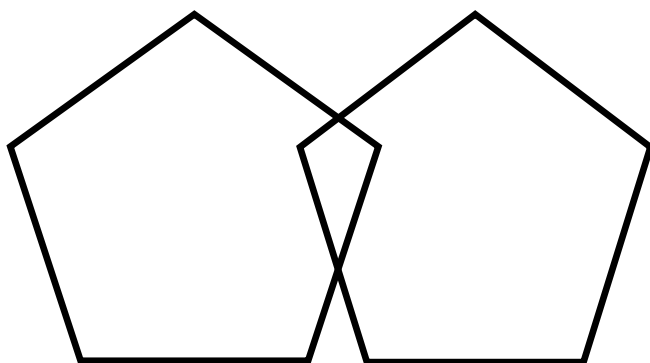
1 a 4 anos de escolaridade: 22

5 a 8 anos de escolaridade: 24

9 ou mais anos de escolaridade: 26

3.29. FRASE (espaço para escrita)

3.30. DESENHO (cópia dos polígonos):



4) VARIÁVEIS DE SAÚDE – AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE

Mencione os níveis da resposta mostrando a figura

4.1. De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?

1	2	3	4	5	99
Muito ruim	Ruim	Regular	Boa	Muito boa	NR

4.2. Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

1	2	3	4	5	99
Muito ruim	Ruim	Regular	Boa	Muito boa	NR

4.3. Como o/a senhor/a avalia sua memória em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

1 Muito ruim	2 Ruim	3 Regular	4 Boa	5 Muito boa	99 NR
-----------------	-----------	--------------	----------	----------------	----------

4.4. Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje, em comparação com a de 1 ano atrás

1 Muito ruim	2 Ruim	3 Regular	4 Boa	5 Muito boa	99 NR
-----------------	-----------	--------------	----------	----------------	----------

4.5. Como o/a senhor/a avalia sua atividade hoje, em comparação com um ano atrás?

1 Muito ruim	2 Ruim	3 Regular	4 Boa	5 Muito boa	99 NR
-----------------	-----------	--------------	----------	----------------	----------

5) DEPRESSÃO

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a tem se sentido na última semana.	Sim	Não	NR
5.1. Está basicamente satisfeito com sua vida?	1	2	99
5.2. Deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	2	99
5.3. Sente que sua vida está vazia?	1	2	99
5.4. O/a senhor/a se aborrece com frequência?	1	2	99
5.5. Sente-se de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	99
5.6. Tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	2	99
5.7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	1	2	99
5.8. Sente que sua situação não tem saída?	1	2	99
5.9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	2	99
5.10. Sente-se com mais problemas de memória do que a maioria?	1	2	99
5.11. Acha maravilhoso estar vivo?	1	2	99
5.12. Sente-se um/a inútil nas atuais circunstâncias?	1	2	99
5.13. Sente-se cheio/a de energia?	1	2	99
5.14. Acha que sua situação é sem esperança?	1	2	99
5.15. Sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?	1	2	99
5.16. Pontuação total na Escala de Depressão Geriátrica _____			
$\leq 6 \rightarrow$ pontuação sugestiva de depressão			

6) ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

AAVDs

Gostaria de saber como o/a senhor/a se comporta com relação a cada uma das atividades que eu vou dizer.	Nunca fez	Parou de fazer	Faz	NR
6.1. Fazer visitas na casa de amigos ou familiares	1	2	3	99
6.2. Receber visitas em sua casa para conversar, realizar atividades de lazer ou fazer refeições.	1	2	3	99
6.3. Ir à igreja ou ao templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	1	2	3	99
6.4. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	1	2	3	99
6.5. Encontrar-se com outras pessoas em lugares públicos, tais como restaurantes, cinemas, teatros, concertos, clubes etc.	1	2	3	99
6.6. Dirigir automóvel.	1	2	3	99
6.7. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	1	2	3	99
6.8. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	1	2	3	99
6.9. Fazer trabalho voluntário	1	2	3	99
6.10. Fazer trabalho remunerado	1	2	3	99
6.11. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou desenvolver atividades políticas	1	2	3	99
6.12. Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade, centros de convivência ou cursos de atualização fora de casa.	1	2	3	99
6.13. Ler livros, jornais e revistas (impressos) para se divertir e para se informar.	1	2	3	99
6.14. Manter contato por telefone ou carta com amigos e familiares.	1	2	3	99
6.15. Usar e-mail ou as redes sociais para se comunicar com amigos, familiares e outras pessoas.	1	2	3	99
6.16. Usar a internet para se informar.	1	2	3	99
6.17. Usar a Internet para fazer compras ou movimentar sua conta bancária.	1	2	3	99

AIVDs

Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:	Resultado	NR
6.18. <u>Usar o telefone</u> I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda? A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? D: É incapaz de usar o telefone? (<i>não consegue nem atender e nem discar</i>)		99
6.19. <u>Uso de transporte</u> I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? A: É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? D: É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?		99
6.20. <u>Fazer compras</u> I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? D: É incapaz de fazer compras?		99
6.21. <u>Preparo de alimentos</u> 1. I: Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? 2. A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? 3. D: É incapaz de preparar qualquer refeição?		99
6.22. <u>Tarefas domésticas</u> 1. I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? 2. A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? 3. D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?		99
6.23. <u>Uso de medicação</u> 1. I: É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda? 2. A: É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? 3. D: É incapaz de tomar medicação sem ajuda?		99
6.24. <u>Manejo do dinheiro</u> I: É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? A: Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? D: É incapaz de realizar estas atividades?		99
6.25. Soma de Is	_____	
6.26. Soma de As	_____	
6.27. Soma de Ds	_____	

7) PROPÓSITO DE VIDA

Eu vou lhe apresentar 10 afirmações, perguntando em que grau o(a) senhor(a) concorda com elas.

1 Não concordo de jeito nenhum	2 Concordo pouco	3 Concordância moderada	4 Concordo muito	5 Concordo muitíssimo
--------------------------------------	---------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------

Itens	1	2	3	4	5
7.1. Eu me sinto bem quando penso nas coisas que fiz no passado e nas que espero fazer no futuro.					
7.2. Eu vivo a vida um dia de cada vez e realmente não penso sobre o futuro.					
7.3. Eu prefiro focar no presente, porque o futuro quase sempre me traz problemas.					
7.4. Eu tenho um senso de direção e propósito na vida.					
7.5. Minhas atividades diárias com frequência me parecem banais e sem importância.					
7.6. Eu costumava estabelecer metas para mim, mas agora isso me parece uma perda de tempo.					
7.7. Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade.					
7.8. Eu sou uma pessoa ativa na execução dos planos que estabeleci para mim mesmo.					
7.9. Eu não sou como algumas pessoas que parecem vagar sem objetivo pela vida.					
7.10. Às vezes eu me sinto como se já tivesse feito tudo na vida.					

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TCLE - IDOSOS

EFEITO DE VARIÁVEIS DE SAÚDE, PERSONALIDADE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO SOBRE FRAGILIDADE, MORTE E DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS DE 80 ANOS E MAIS: ESTUDO FIBRA

O/a senhor/a está sendo convidado a participar de um estudo sobre saúde em idosos de 80 anos e mais, na qualidade de voluntário. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa a assegurar seus direitos e deveres como participante. É elaborado em duas vias. Uma deverá ficar com o/a senhor/a e a outra com o pesquisador.

Por favor, leia este documento com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, o/a senhor/a poderá esclarecê-las com o pesquisador. Pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Se o/a/senhor/a não quiser participar, ou se, a qualquer momento, quiser retirar sua autorização, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. O/a senhor/a não pagará nada para participar. Não será remunerado/a e nem receberá nenhuma ajuda de custo pela participação.

Objetivo e justificativa do estudo. A pesquisa tem por objetivo investigar relações entre fragilidade, características pessoais e familiares, condições de saúde, atividade e bem-estar de idosos com 80 anos e mais. Queremos saber se as condições de saúde dos idosos nascidos até o ano de 1935, que foram entrevistados em 2008 e em 2009, melhoraram, continuaram iguais ou pioraram. Acreditamos que essas informações poderão contribuir para o planejamento de serviços de atenção à saúde das pessoas mais velhas.

Procedimentos que serão adotados para a coleta de dados. O senhor tomará parte numa entrevista com cerca de 60 minutos de duração, aqui mesmo em seu domicílio. Solicitamos que, nessa ocasião, esteja presente, também, um familiar ou outra pessoa da confiança do idoso. As perguntas serão sobre características pessoais, tais como sexo, idade e estado civil; características da família (por exemplo: com quem mora); as doenças, as atividades e o nível de bem-estar psicológico dos idosos. Serão feitas medidas de pressão arterial, peso, altura, força de preensão manual e circunferência da cintura, do abdômen, do quadril, do braço e da perna. Dois entrevistadores participarão dos trabalhos de coleta de dados, para torná-lo mais rápido e preciso. Algumas informações serão coletadas junto ao familiar, para tornar o processo mais ágil, mas o idoso poderá fazer sugestões ou ser perguntado sobre elas.

Acompanhamento em caso de sentimentos de desconforto e de riscos ao bem-estar dos participantes. A participação na entrevista não deverá causar desconfortos ou riscos físicos ou psicológicos aos idosos. Caso o participante se canse e queira fazer uma pequena pausa, seu desejo será atendido. Caso seja observada alguma ocorrência fora do esperado, os entrevistadores informarão os idosos e farão sugestões de acompanhamento por um profissional ou serviço de saúde. O/a senhor/a tem garantido o seu direito à indenização, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Benefícios potenciais associados à participação. A participação oferecerá oportunidade para os participantes avaliarem suas condições de saúde, em comparação com as que desfrutavam 6 ou 7 anos atrás. Os dados desta pesquisa poderão trazer esclarecimentos e sugestões para que cuidem melhor da própria saúde e para que os profissionais da saúde cuidem melhor da saúde dos idosos de 80 anos e mais.

Sigilo e privacidade. O/a senhor/a tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e que nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, seu nome não será citado.

Contato. Em caso de dúvida sobre o estudo, o/a senhor/a poderá entrar em contato com a coordenadora, Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, de 2a a 6a feira, das 14 às 17 horas, pelo telefone 19 – 9 9601 2271, ou pelo e-mail anitalbn@fcm.unicamp.br.

Em caso de denúncia ou reclamação sobre sua participação no estudo, o/a senhor/a poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp, na Av. Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido. Após ter sido esclarecido/a sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos e desconfortos que possa causar, aceito participar:

Nome do/a participante: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do participante:

Responsabilidade do pesquisador. *Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares, na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, ao qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento e conforme o consentimento dado pelo participante.*



Anita Liberalesso Neri
Coordenadora da pesquisa

Data: ____/____/____

Nome do entrevistador:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO IV – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

À Revista Ciência & Saúde Coletiva

19-Jul-2018

Dear Dr. Ribeiro:

Your manuscript entitled "Propósito de vida em adultos e idosos: revisão integrativa Purpose in life in adult and aged people: integrative review" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2018-2060.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

ANEXO V – COMPROVANTE DE ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 2

À Revista Dementia & Neuropsychologia

27-Jul-2018

Dear Mrs. Ribeiro:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Semantic-Cultural Validation and Internal Consistency Analysis of the Purpose in Life Scale for Brazilian Older Adults" in its current form for publication in the Dementia & Neuropsychologia. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Dementia & Neuropsychologia, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Prof. Ricardo Nitrini
Editor-in-Chief, Dementia & Neuropsychologia
rnitrini@uol.com.br, demneuropsych@uol.com.br

Associate Editor
Comments to the Author:
(There are no comments.)