UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA

Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva

ASPECTOS EMOCIONAIS, VARIÁVEIS COGNITIVAS E SAÚDE FÍSICA EM UM GRUPO DE MÉDICOS IDOSOS: será possível um envelhecimento bem-sucedido?

Recife
2019

Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva

ASPECTOS EMOCIONAIS, VARIÁVEIS COGNITIVAS E SAÚDE FÍSICA EM UM GRUPO DE MÉDICOS IDOSOS: será possível um envelhecimento bem-sucedido?

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção de título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Amaury Cantilino

Co-orientador: Prof. Dr. Leonardo Machado

Recife

2019

Catalogação na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S586a Silva, Rodrigo Cavalcanti Machado da
Aspectos emocionais, variáveis cognitivas e saúde física em um grupo de médicos idosos: será possível um envelhecimento bem-sucedido?/ Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva. – 2019.
114 f.; il.

Orientador: Amaury Cantilino.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento.
Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Envelhecimento Saudável. 2. Médicos. 3. Resiliência Psicológica. 4. Felicidade. 5. Otimismo. I. Cantilino, Amaury (orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2019 - 299)

RODRIGO CAVALCANTI MACHADO DA SILVA

ASPECTOS EMOCIONAIS, VARIÁVEIS COGNITIVAS E SAÚDE FÍSICA EM UM GRUPO DE MÉDICOS IDOSOS: será possível um envelhecimento bem-sucedido?

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção de título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Aprovado em: 15/02/2019

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Universidade de Pernambuco

_____

Prof[a]. Dra Suely de Melo Santana

Universidade Católica de Pernambuco

_____

Prof[a]. Dra Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

(Presidente da Banca)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Amaury Cantilino, pela orientação sempre solícita, desde a monografia da residência até hoje e pelo apoio em tantos outros momentos da vida.

Ao meu co-orientador, Leonardo Machado, pelo exemplo de carreira na psiquiatria e na pesquisa e pela amizade desde nosso período de residência.

Aos estudantes de medicina e residentes de psiquiatria que me ajudaram a coletar os dados e que sem os quais não conseguiria realizar o trabalho sozinho.

Ao CREMEPE, pela presteza e preocupação na ciência no fornecimento dos dados dos médicos idosos, em especial na pessoa do Conselheiro Dr. José Carlos Barbosa de Alencar.

Aos professores da Posneuro, que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para este projeto, em especial à professora Sandra Lopes pelo incentivo para entrada no mestrado e a professora Rosana Ximenes pelas orientações na disciplina de metodologia.

A todos os médicos e médicas idosas, que foram o objeto deste estudo, mas que também, sobretudo, através das entrevistas nos deram muito além de dados em uma tabela, mas também proporcionaram em alguns momentos escutar histórias de vida na medicina.

A todos os meus colegas médicos que em algum momento, apesar de não participarem diretamente do estudo, em algum momento colaboraram com a pesquisa com incentivo ou fornecendo contato de possíveis voluntários.

Ao meu avô Geraldo, que é meu maior exemplo de médico.

À minha esposa Cecília, por todo o apoio que foi dado nesse período de vida e que me incentiva desde sempre a alcançar meus objetivos e que mais que ninguém faz acreditar que eu sou capaz.

Ao meus pais e meus irmãos, Antônio Carlos, Ana Catarina, Marcela e Eduardo, por sempre se fazerem parte da minha vida e me incentivarem a ir além.

Ao meu amigo Glauber, que sempre me apoiou e me incentivou nos momentos de dúvida e dificuldades, e a todos os meus amigos que estiveram ao meu lado me dando o apoio que eu precisava.

Ao Pai, que me deu a força e discernimento que precisei neste caminho.

RESUMO

O envelhecimento bem-sucedido (EBS) tem ganhado cada vez mais importância na literatura mundial e há uma mudança de paradigma, com preocupação cada vez maior nos fatores ligados à saúde mental positiva, como resiliência, felicidade e otimismo, em detrimento do enfoque exclusivo na ausência de doenças e incapacidade, assim como na avaliação dos próprios idosos acerca de seu envelhecimento. Tais fatores, no entanto, em algumas populações, tal qual a de médicos ainda é pouco compreendida e estudada. O trabalho tem como objetivo avaliar determinantes fundamentais do EBS, no que concerne aos aspectos cognitivos, emocionais e físicos, dentro da população de médicos idosos estudada, suas correlações entre si e com dados sociodemográficos mais significativos. Foi conduzido um estudo com desenho observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico, amostra foi obtida por conveniência e realizado com médicos acima de 65 anos, tanto ativos como aposentados, entre julho de 2017 até dezembro de 2018 através de entrevistas presenciais. Em todos os voluntários foi realizada uma avaliação cognitiva pelos pesquisadores com o MoCA e uso de 6 instrumentos autoaplicáveis: Connor Davidson Resilience Scale 10-itens (CD-RISC 10); Subjective Happiness Scale (SHS); Teste de Orientação de Vida-R (TOV-R); Escala subjetiva de envelhecimento bem-sucedido; Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36); e questionário sócio demográfico construído pelos pesquisadores. Um total de 65 médicos idosos foram entrevistados em nosso estudo. A média de idade dos participantes foi de 71,32 anos (DP=3,83) e a maior parte dos participantes era do sexo masculino (66,2%). A maioria dos participantes ainda exercia atividades médicas (90,8%) e da extensa relação de especialidades a maioria foi de especialidades não-cirúrgicas (63,1%). Do total de entrevistados, 92,3% consideraram que tiveram um EBS e média de 8,65 (DP=1,54) na escala de avaliação subjetiva do EBS, com escores de resiliência, otimismo e felicidade que tiveram respectivamente médias de 29,66 (DP=5,11), 17,15 (DP=3,55) e de 5,85 (DP=0,74) nas escalas de avaliação. Nas correlações entre as escalas de saúde mental positiva, foram constatadas correlações significativas e positivas entre resiliência com felicidade e avaliação do EBS, assim como entre felicidade com otimismo e avaliação do EBS. A correlação mais elevada (0,68) ocorreu entre avaliação do EBS com felicidade. A única associação entre as escalas auto

aplicadas e variáveis sociodemográficas foi entre avaliação do EBS e faixas de renda, mais elevada entre os que tinham renda superior. A grande maioria dos médicos idosos considerava que envelheceu de forma bem-sucedida e foram encontradas relações significativas e positivas entre tal avaliação com maiores níveis de felicidade, resiliência e maiores faixas de renda. Em conclusão, futuros estudos são necessários para se avaliar como as variáveis estudadas na população de médicos idosos podem ser analisadas, tanto em relação a população geral como a de médicos mais jovens, assim como entre os diferentes grupos de médicos que estão envelhecendo, para que estratégias intervenção e preventivas sejam realizadas.

Palavras-chave: Envelhecimento Saudável. Médicos. Resiliência Psicológica. Felicidade. Otimismo

ABSTRACT

Successful aging (SA) has gained increasing importance in the world literature and there is a paradigm shift, with growing concern about positive mental health factors such as resilience, happiness and optimism, instead of the exclusive focus in the absence of illness and disability, as well as in the evaluation of the elderly themselves about their aging. Such factors, however, are still poorly understood and studied in some populations, such physicians. The aim was to evaluate the fundamental determinants of successful aging in terms of cognitive, emotional and physical aspects within the population of elderly physicians evaluated, and their correlations with each other and with sociodemographic data. A cross-sectional study was carried out with physicians over 65, both active and retired, between July 2017 and December 2018 through face-to-face interviews. In all the volunteers, were carried out cognitive evaluation with the MoCA and 6 self-applied instruments: Connor Davidson Resilience Scale 10-items (CD-RISC 10); Subjective Happiness Scale (SHS); Life Orientation Test-Revised (LOT-R); Subjective scale of successful aging; Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36); and a socio-demographic questionnaire built by the researchers. A total of 65 elderly physicians were interviewed in our study. The mean age of participants was 71.32 years (sd=3.83) and the majority of participants were male (66.2%). The majority of participants still had medical activities (90.8%) and the extensive list of specialties, most of them were non-surgical specialties (63.1%). 92.3% of the interviewees considered that they had a successful and average aging of 8.65 (sd=1.54) on the subjective rating scale of successful aging, with resilience, optimism and happiness scores that had, respectively, averages (sd=5,11), 17,15 (sd=3,55) and 5,85 (sd=0,74). In correlations between positive mental health scales, significant and positive correlations were found between resilience with happiness and evaluation of successful aging, as well as between happiness with optimism and evaluation of successful aging. The highest correlation (0.68) occurred between the evaluation of successful aging and happiness. The only association between self-applied scales and sociodemographic variables was between the evaluation of successful aging and higher income brackets, which was higher among those with higher incomes. Most of elderly physicians considered that they had aged successfully and were found

significant and positive relationships between such evaluation with higher levels of happiness, resilience and higher income. Futures studies are needed to assess how the studied in the elderly physician population can be analyzed, both in relation to the general population and in younger physicians, as well among the different groups of aging doctors, to implement intervention strategies and preventive measures.

Keywords: Successful Aging; Physicians. Psychological Resilience. Happiness. Optimism

LISTA DE TABELAS

Tabela 1−Estatísticas da idade e de horas de trabalho semanal……..56

Tabela 2−Características da sociodemográficas da amostra estudada……...57

Tabela 3−Características relacionadas a especialidades médicas, renda mensal, exercício de atividade médica e aposentadoria dos médicos estudados……58

Tabela 4−Outras características sociodemográficas estudadas na amostra……..59

Tabela 5−Perfil de variáveis cognitivas e de saúde mental positiva em médicos idosos.....61

Tabela 6−Escores dos domínios da escala SF-36.....62

Tabela 7−Correlação entre variáveis de cognição e saúde mental positiva.....63

Tabela 8−Correlação de Spearman das escalas de saúde mental positiva com os domínios SF-36.....63

Tabela 9−Estatísticas da escala do envelhecimento segundo as variáveis de caracterização sociodemográficas.....65

LISTA DE ABREVIATURAS

CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CD-RISC	Connor Davidson Resilience Scale
CREMEPE	Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
DP	Desvio-padrão
EBS	Envelhecimento bem-sucedido
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
OMS	Organização Mundial de Saúde
SF-36	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey
SHS	Subjective Happiness Scale
TEPT	Transtorno de Estresse pós-traumático
TOV-R	Teste de Orientação de Vida-Revisado
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
2 REVISÃO DA LITERATURA 17
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ENVELHECIMENTO 17
2.2 ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO 18
2.3 PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA POSITIVA 21
2.3.1 **Resiliência** 24
2.3.1.1 Resiliência na população médica 27
2.3.2 **Felicidade** 28
2.3.2.1 Felicidade na população médica 31
2.3.3 **Otimismo** 32
2.3.3.1 Otimismo na população médica 34
2.4 QUALIDADE DE VIDA 34
2.5 OS MÉDICOS QUE ENVELHECEM (“AGING PHYSICIANS”) 36
2.5.1 **Identidade profissional e aposentadoria.** 37
2.5.2 **Cognição em médicos idosos** 38
3 PERGUNTA CONDUTORA 43
4 OBJETIVOS 44
4.1 OBJETIVO GERAL 44
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 44
5 MATERIAIS E MÉTODOS 45
5.1 DELINEAMENTO 45
5.2 POPULAÇÃO ALVO 45
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 45
5.4 COLETA DE DADOS 46
5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO 46
5.5.1 **Connor-Davidson Resilience Scale** 47
5.5.2 **Subjective Happiness Scale** 48
5.5.3 **Teste de Orientação de Vida – Revisado** 48
5.5.4 **Avaliação Subjetiva do envelhecimento bem-sucedido** 49
5.5.5 **Montreal Cognitive Assessment.** 50
5.5.6 **O instrumento SF-36** 52
5.6 DEFINIÇÃO DE ATIVIDADE MÉDICA 53

5.7 ANÁLISE DE DADOS.....53
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....54
6 RESULTADOS.....56
6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....56
6.2 COGNIÇÃO E SAÚDE MENTAL POSITIVA.....60
6.3 ASPECTOS EMOCIONAIS E FÍSICOS DA QUALIDADE DE VIDA.....61
6.4 CORRELAÇÕES ENTRE COGNIÇÃO E SAÚDE MENTAL POSITIVA.....62
6.5 CORRELAÇÕES DO SF-36 E DEMAIS VARIÁVEIS.....63
6.6 CORRELAÇÕES COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....64
7 DISCUSSÃO 66
7.1 AVALIAÇAO DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E SAÚDE MENTAL POSITIVA.....66
7.2 COGNIÇÃO.....70
7.3 DOMÍNIOS DO SF-36.....71
7.4 CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS.....72
7.5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....76
8 CONCLUSÕES 80
REFERÊNCIAS.....82
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 93
APÊNDICE B–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .96
APÊNDICE C – SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO.....98
ANEXO A – MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA).....100
ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO MOCA.....101
ANEXO C – ESCALA DE RESILIÊNCIA CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL (CD-RISC-10).....105
ANEXO D – ESCALA GERAL DE FELICIDADE DE LYUBOMIRSKY & LEPPER.....106
ANEXO E – TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (TOV-R).....107
ANEXO F – ESCALA DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO.....108
ANEXO G – VERSÃO BRASILEIRA DO SF-36.....109
ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CCS /UFPE.....113

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento torna-se um tema cada vez mais relevante, em virtude da mudança demográfica significativa que o mundo se encontra, na qual pela primeira vez na história a população de idosos irá ser maior que jovens menores de 14 anos e um número absoluto de idosos de 1,4 bilhões é esperado em 2040 (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010). No Brasil, o número de idosos cresceu cerca de 18% em apenas cinco anos e em 2020 estima-se que o número de pessoas acima de 60 anos será em números absolutos cerca de 30 milhões, quase 12,4% da população total (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

A velhice, ou idade adulta tardia, costuma se referir ao estágio do ciclo vital que começa aos 65 anos. O processo do envelhecimento ou senescência (do latim *senescere,* ficar velho) é associado, de uma forma geral, com um declínio gradual no funcionamento fisiológico do organismo como um todo e de diversos sistemas individualmente (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Entretanto, afirmar que a velhice é associada invariavelmente ao declínio e a enfermidades é um mito.

O processo de envelhecer, no entanto, não ocorre de forma homogênea. Sabe-se que uma importante questão no desenvolvimento ao longo da vida são as diferenças individuais no nível de funcionamento e as mudanças que também continuam a ocorrer no envelhecimento (GERSTORF; SMITH; BALTES, 2006). Pela teoria do *lifespan*, que estuda o desenvolvimento individual (ontogênese) desde a concepção até o envelhecimento, tal desenvolvimento não é completo mesmo na fase adulta e se estende ao longo de toda a vida até o envelhecimento (BALTES; LINDENBERGER; STAUDINGER, 2006).

Cada vez mais, pesquisadores na área da saúde têm estudado e tentado contribuir de forma significativa no envelhecimento. Desta forma, diversas áreas da saúde passaram a contribuir com estudos para um melhor e mais adequado envelhecimento individual e populacional e, dentre elas, também a psiquiatria. Embora o maior foco desta última, ao longo dos anos, tenha sido construir corretamente definições do que é patológico, entender os mecanismos e desenvolver tratamento adequado para os transtornos mentais, faz-se necessário dar equânime atenção às investigações dos estados positivos do estado mental,

incluindo o bem-sucedido envelhecimento cognitivo e emocional (JESTE; DEPP; VAHIA, 2010).

Neste contexto, impulsionada pelo desenvolvimento da psicologia positiva no final do século passado e início deste século, ganha força o campo da psiquiatria que se dedica a estudar e promover o bem-estar através da avaliação e intervenções que envolvam variáveis psicossociais positivas, abrangendo também o envelhecimento bem-sucedido (EBS) e seus determinantes (JESTE et al., 2015; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). O envelhecimento é um tema cada vez mais importante dentro da psiquiatria e os estudos dos seus aspectos positivos, como bem-estar subjetivo, otimismo e resiliência, são aspectos importantes a serem investigados como fatores essenciais de um EBS (JESTE; DEPP; VAHIA, 2010).

Uma das grandes preocupações da atualidade são as profundas implicações do processo do envelhecer nas sociedades em todo o mundo, tanto em aspectos no que se concerne à saúde, quanto em questões ligadas à economia e ao trabalho das pessoas idosas. Apesar de cada vez mais idosos conseguirem envelhecer preservando aspectos funcionais da saúde física e cognitiva e manterem-se ativos durante todo o processo de envelhecimento, o processo de envelhecimento traz consigo uma série de questões em relação à aposentadoria e ao planejamento da parada das atividades profissionais (YANG, 2012).

Algumas profissões, como a medicina, proporcionam seu exercício mesmo em períodos mais tardios da vida, seja pela continuidade do perfil ativo desempenhado pelo médico ao longo de sua vida profissional em geral, seja pela necessidade de experiência em determinadas áreas de atuação ou por necessidade financeira individual (SILVER; WILLIAMS, 2016). Existem muitos estudos que avaliam o impacto pessoal da aposentadoria, tanto em aspectos positivos como em aspectos negativos que decorrem deste importante evento de vida (SILVER; HAMILTON; WILLIAMS, 2016; SILVER; WILLIAMS, 2016).

A literatura tem pesquisado a capacidade dos médicos idosos principalmente no que se trata de aspectos cognitivos e da habilidade de continuar a exercer a profissão, especialmente em áreas como cirurgia e anestesia, com menor enfoque nos aspectos emocionais e bem-estar deste grupo (LEE; WESTON, 2012; LOBOPRABHU et al., 2009; WAXMAN, 2016). Apesar de um grande número de

estudos focarem nas habilidades para exercer a profissão e cognição de médicos idosos (EVA, 2002; LEE; WESTON, 2012; LOBOPRABHU et al., 2009; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018), ainda há poucos que estudam variáveis da psicologia positiva dentro deste importante grupo populacional.

Desta forma, esta dissertação poderá contribuir para o entendimento de determinantes fundamentais do EBS, no que concerne aos aspectos cognitivos, emocionais e físicos, dentro da população de médicos idosos avaliada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Historicamente o envelhecimento já foi citado desde as civilizações grega, romana, hindu e judaico-cristã das mais variadas formas e com visões muito diferentes ao longo da história da humanidade.

Um dos modelos mais interessantes é o hindu, que considera que no desenvolvimento ao longo da vida, a juventude é um estágio preparatório (*Brahmacharya*) de aprendizado através do qual o indivíduo passa para estágios mais tardios, e particularmente para o segundo importante estágio produtivo da vida (*Grihastha*) que foca na família e papel do trabalho. O terceiro estágio da vida (*Vanaprastha,* "o aposentado") se refere à transição para uma vida de maior introspecção e os indivíduos renunciam aos prazeres materiais, físicos e sexuais, retiram-se da vida social e profissional e passam o tempo meditando e rezando; a pessoa em geral tem um senso de felicidade ao longo do curso da vida, junto com familiares e amigos, com os filhos na liderança da casa. O quarto e último estágio da vida (*Sannyasa*, "o ascético") refere-se ao recluso e errante que renuncia a todos os desejos, medos, esperanças e responsabilidades, com uma aura mística e de santidade (MARTIN et al., 2015).

Na civilização oriental, merece destaque a condição privilegiada do idoso, em especial em países como a China, desde a Antiguidade até os dias atuais, com destaque para 2 importantes personagens: Lao-Tsé e Confúcio (SANTOS, 2001). O primeiro afirmava que a velhice era um momento supremo, de alcance espiritual máximo e que aos 60 anos o ser humano atinge o momento de se libertar de seu corpo em êxtase e se tornar santo; o segundo acreditava que a autoridade da velhice é justificada pela sabedoria e que nela o ser humano passa a compreender tudo que existe sem necessidade de refletir e falava sobre as obrigações dos pais para os filhos (SANTOS, 2001).

Ente os antigos filósofos gregos, Platão ao falar de envelhecimento afirma que a visão espiritual melhora e a visão física declina e que na velhice surgia nos seres humanos um sentimento intenso de libertação e paz (MARTIN et al., 2015;

SANTOS, 2001). Aristóteles tinha uma visão mais negativa do envelhecimento e afirmava que a boa velhice possível era aquela em que o indivíduo não apresentava enfermidades (SANTOS, 2001). Neste contexto, grande parte dos filósofos gregos, cuja cultura cultuava o corpo belo, jovem e saudável, tratava a velhice de maneira negativa.

No primeiro século antes da Era Cristã, Marco Túlio Cícero (103-43 a.C.), o grande filósofo romano, político, jurista e orador, demonstrou-se uma figura exponencial nos estudos sobre a velhice. Aos 63 anos de idade, senador da república, escreveu o livro *De Senectute* ou *Catão, o velho*. Nele resumiu sua visão de envelhecimento como um processo fisiológico, relatando os problemas do idoso como redução da memória e da capacidade funcional, alterações dos órgãos dos sentidos, redução da capacidade de trabalho. Salientou que, com o envelhecimento, os prazeres corporais vão sendo substituídos pelos intelectuais, enfatizando a necessidade de prestigiar os idosos e de fazer-lhes um preparo psicológico para a morte (AGRONIN, 2014; MARTIN et al., 2015; SANTOS, 2001).

2.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Umas das principais questões acerca do tema é como o EBS pode ser compreendido e estudado. Embora muitos autores tenham de alguma forma operacionalizado o termo das mais diferentes maneiras, o EBS permanece para muitos um julgamento de valor, uma vez que os conceitos e a relevância no mesmo na literatura, embora cada vez avaliados sistematicamente, ainda precisam de maior uniformidade nas pesquisas realizadas (PHELAN; LARSON, 2002).

O processo do envelhecimento, até meados dos anos 2000 era considerado pela maior parte das pessoas como um processo de inevitável e natural declínio, embora durante toda a história da humanidade em paralelo havia também um pensamento corrente que acreditava que os últimos anos da vida poderiam ser recompensadores e trazer consigo felicidade, bem-estar e sabedoria (BLAZER, 2006; JESTE et al., 2013). Desta forma, faz-se necessário tentar entender como a ciência compreende o processo do envelhecer e que se conheçam as diversas teorias do EBS que foram vigentes ao longo das últimas décadas.

Robert Havighurst, em 1961, já sugeria que seria necessária uma teoria de EBS dentro da ciência da gerontologia e usou pela primeira vez o termo envelhecimento bem-sucedido (HAVIGHURST, 1961); nesta época havia duas grandes teorias vigentes que já contrastavam em suas proposições: a teoria da atividade e a teoria do desengajamento (MARTIN et al., 2015).

A teoria da atividade propunha que para haver um EBS seria necessário que se mantivessem as atividades e atitudes praticadas no final da idade adulta, enquanto na teoria do desengajamento para envelhecer bem a pessoa deveria querer, ao longo do tempo, desengajar-se de uma vida repleta de atividades; segundo Havighurst (1961) poderia ser possível afirmar qual dessas teorias prevaleceria criando uma definição operacional do EBS de maneira individualizada e um método de medir o grau em qual definição cada pessoa se encaixaria. (HAVIGHURST, 1961; MARTIN et al., 2015)

Rowe e Kahn (1987) propuseram diferenciar o que seria o envelhecimento normal do EBS, uma vez que nem sempre tais conceitos se intercedem. Desta forma, os referidos autores conceituaram posteriormente três importantes componentes de um EBS: baixa probabilidade de doenças/incapacidade relacionadas, alto nível de funcionamento cognitivo/físico e engajamento ativo na vida; quando os três itens estão presentes simultaneamente, o EBS estaria totalmente representado (ROWE; KAHN, 1997). Este foi um dos primeiros conceitos operacionalizados do que seria o EBS.

Em tal modelo, entretanto, poucos idosos serão considerados dentro de um processo de EBS em idades mais avançadas (MARTIN et al., 2015). Em uma coorte com 5820 nipo-americanos, saudáveis no início do estudo e com média de 54 anos, e que foram seguidos por 40 anos, apenas 11% aos 85 anos foram considerados como apresentando um EBS pelos critérios propostos, denominado no estudo como “sobrevivência excepcional” (WILLCOX et al., 2006).

Para Baltes e Baltes (1990), o sucesso do desenvolvimento de cada indivíduo depende de otimização com compensações e atualizações de suas capacidades remanescentes e recursos individuais, para que sejam maximizados os ganhos e se consigam os resultados esperados no EBS (MARTIN et al., 2015).

Tal conceituação do que seria um EBS permanece difícil até os dias de hoje, em virtude de muitas definições diferentes e possibilidades de critérios objetivos ou subjetivos que podem ser empregados. Em uma ampla revisão de estudos quantitativos, foram identificadas 29 definições de EBS em 28 estudos e o único componente usado em mais da metade dos estudos foi funcionalidade/incapacidade física. De acordo com esta revisão a proporção de indivíduos categorizados como en EBS variou amplamente de 0,4 a 96%, com percentual médio de 35% dos casos (DEPP; JESTE, 2006).

Cada vez mais, autoridades e pesquisadores de todo o mundo têm ressaltado a importância de que sejam estudados os correlatos do EBS muito além da ausência de doenças e incapacidades (DEPP; JESTE, 2006). Apesar uma maior preocupação dos últimos no enfoque em aspectos positivos do envelhecimento, a pesquisa empírica tem dado muitas vezes enfoque predominantemente nas prevalências e correlatos de morbidades e mortalidade (PIETRZAK et al., 2014).

Em comparação aos resultados de estudos quantitativos, dados de entrevistas qualitativas com idosos sugerem que os mesmos são mais propensos a se enquadrarem como tendo um EBS. Isto ocorre, inclusive, em uma proporção maior se comparado aos estudos quantitativos em que há critérios operacionalizados bem definidos. Nas pesquisas qualitativas, os idosos descrevem o EBS mais frequentemente em termos de bem-estar subjetivo e emprego de atividades comportamentais diversas na vida para manter tal estado (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010).

Assim como é importante a mensuração objetiva do EBS conforme critérios mais rígidos e objetivos definidos pelos pesquisadores (ROWE; KAHN, 1997), são necessárias também pesquisas que contemplem uma outra linha de investigação na avaliação subjetivas do indivíduo acerca do seu próprio envelhecimento com medidas de autoavaliação, que permitam acessar seu funcionamento psicológico e seu estado de saúde em geral de uma perspectiva mais holística (STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002). Isto será, assim, mais consistente com o crescente interesse em examinar o que é reportado pelas pessoas a respeito de sua saúde física e mental, com o reconhecimento que uma das mais relevantes definições provém da perspectiva do próprio sujeito (JESTE et al., 2013). Desta forma, as propriedades e os correlatos de uma escala de autoavaliação do EBS ainda são

incertos, uma vez que apesar do relato de uma melhor saúde subjetiva ter sido associada de forma independente a menor mortalidade e incapacidade entre pessoas mais velhas, a avaliação subjetiva do envelhecimento ainda é um construto a ser examinado mais precisamente (MONTROSS et al., 2006).

Na literatura quantitativa do EBS existe uma falta muito grande de estudos com enfoque nos aspectos cognitivos e, especialmente, emocionais do envelhecimento em comparação com estudos com foco na funcionalidade/incapacidade física. Construtos psicológicos descritos por idosos como centrais no envelhecimento, tal qual resiliência, foram frequentemente omitidos, em parte porque existem poucos instrumentos bem aceitos de mensuração (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010).

Evidências consistentes já demonstram que afetos positivos, como a felicidade, satisfação com a vida, esperança, otimismo e senso de humor são associadas com risco reduzido de mortalidade em populações saudáveis e predizem uma maior longevidade (DIENER; CHAN, 2011), muito embora estudos posteriores que serão discutidos a diante parecem contradizer estas correlações .

Avaliar os construtos positivos da saúde que estão relacionados a saúde mental pode ser um grande desafio, uma vez que ao contrário dos efeitos naturalísticos de deterioração do envelhecimento na cognição e saúde física, os efeitos da idade nos aspectos emocionais podem não estar relacionados ao declínio e podem, inclusive, ter um efeito positivo (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010).

Neste sentido, uma área de pesquisa promissora é de que forma tais estados psicológicos positivos podem afetar a saúde física e mental dos indivíduos e, por conseguinte, como irão influenciar direta e indiretamente no EBS.

2.3 PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA POSITIVA

No início deste século, importantes contribuições surgiram no que concerne ao estudo de aspectos da ciência, em especial da Psicologia, que mudassem o enfoque dos estudos em relação a fisiopatologia e a cura de doenças para o entendimento de como experiências positivas subjetivas e traços positivos

individuais pudessem melhorar a qualidade de vida e prevenir o adoecimento: iniciou-se, assim, o campo da Psicologia Positiva (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Desta forma, a psicologia não é o estudo apenas dos aspectos patológicos e da fraqueza, mas também da força e da virtude (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Pesquisas empíricas têm dado suporte ao modelo em que tais traços psicológicos positivos influenciam e são influenciados pela avaliação de cada indivíduo do seu bem-estar e são fortes preditores de saúde física e longevidade, muitas vezes tornando-se tão importantes como fatores de risco já bem estabelecidos de saúde há várias décadas, como obesidade, tabagismo e hipertensão arterial (JESTE et al., 2015; RASMUSSEN; SCHEIER; GREENHOUSE, 2009).

Os estados mentais positivos parecem ser muito mais que ausência de sintomas psiquiátricos e possuem um papel central independente em importantes desfechos (HUPPERT; WHITTINGTON, 2003). Evidências já mostraram que níveis maiores de características positivas psicossociais como resiliência, otimismo, senso de propósito na vida, atitudes positivas frente ao envelhecimento e engajamento social são consistentemente associadas a melhores desfecho de saúde, incluindo uma maior longevidade em estudos longitudinais (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010; DIENER; CHAN, 2011; RASMUSSEN; SCHEIER; GREENHOUSE, 2009).

Entretanto, a relação entre bem-estar e longevidade ainda suscita discussão e pode ser um desafio. Um estudo com 719.671 mulheres com idade média de 59 anos seguidas por 10 anos evidenciou que uma saúde mais pobre auto relatada foi fortemente associada a infelicidade e que, após controle de uma série de fatores confundidores, não se encontrou que felicidade e medidas correlacionadas a bem-estar pareciam ter um efeito direto na mortalidade (LIU et al., 2016). Assim, tais relações ainda não estão claramente definidas.

Neste mesmo sentido de mudanças de paradigmas, talvez impulsionadas pelas pesquisas que objetivamente demonstraram impacto nestes importantes indicadores de saúde, as áreas do conhecimento do campo da medicina também evoluíram para uma nova visão. A Psiquiatria, que tradicionalmente pode ser definida como um ramo da medicina que estuda o diagnóstico e tratamento dos

transtornos mentais, passou a integrar também um novo campo de pesquisa e atuação: a Psiquiatria Positiva (JESTE et al., 2015).

A Psiquiatria Positiva pode ser definida como uma ciência e prática dentro da psiquiatria que procura estudar e promover o bem-estar através da avaliação e intervenções que envolvem características positivas psicossociais (traços psicológicos, como resiliência e otimismo), tanto em pessoas com transtornos mentais como em indivíduos com risco elevado de adoecimento mental, ou ainda sem restrição para grupos específicos de pacientes (JESTE et al., 2015).

Embora seja inegável a importância da psiquiatria e suas contribuições para a ciência, nas últimas décadas há reflexões e discussões sobre seu papel na promoção de saúde e prevenção de adoecimento. A psiquiatria tem falhado em conseguir melhorar de forma substancial o bem-estar das pessoas em populações gerais, uma vez que muitas vezes seu foco é tratar os transtornos mentais, sem necessariamente preocupar-se com o desenvolvimento de uma saúde mental positiva (CLONINGER, 2006). Ainda que seja indiscutível a importância das categorias diagnósticas dentro da psiquiatria, muitas vezes elas são falhas em fazerem a separação entre pessoas com transtornos mentais daquelas consideradas normais. Tal diferenciação pode gerar uma maior estigmatização dos portadores de transtornos mentais e, desta forma, impedir o acesso dos mesmos à universalização das estratégias de promoção de saúde mental (CLONINGER, 2006; FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Neste esforço em expandir os conhecimentos e de consolidar mudanças de rumo para acompanhar pesquisas atuais, muitas áreas da medicina têm explorado cada vez mais e de forma mais promissora os substratos biológicos e de neurocircuitos cerebrais envolvido nas emoções e traços psicológicos positivos. Desta forma, tais construtos podem ser melhor estudados e compreendidos, abrindo um vasto campo de pesquisa na Psicologia e Psiquiatra Positiva e, com tal conhecimento, de que maneira estratégias de intervenção podem ser empregadas na saúde mental com um maior embasamento empírico, incluindo prevenção em psiquiatria (JESTE et al., 2015; MACHADO; CANTILINO, 2017; VAN DER WERFF et al., 2017).

Diante do contexto apresentado, pode-se concluir que a Psiquiatria positiva engloba alguns importantes componentes, como as características psicológicas positivas (resiliência, otimismo, estratégias de enfrentamento, engajamento social, espiritualidade e religiosidade e sabedoria) e fatores ambientais (dinâmica familiar, suporte social) que irão influenciar reciprocamente vários importantes desfechos relacionados a saúde mental e física (tal qual bem-estar e risco de diversas doenças) (JESTE et al., 2015).

2.3.1 Resiliência

Pode-se definir resiliência psicológica como o fenômeno pelo qual muitas pessoas não apresentam adoecimento mental – ou apresentam apenas de forma temporária – em um contexto de adversidades e fatores estressores significativos, que podem ser de natureza tanto física quanto psicológica (KALISCH; MÜLLER; TÜSCHER, 2015a). A resiliência psicológica não é escopo unicamente da psiquiatria e psicologia e tem recebido atenção em diversas áreas como educação, performance no esporte, organizações corporativas empresariais (LUTHAR; ZELAZO, 2003).

Na década de 60 e 70 do último século, pesquisadores se perguntaram o porquê de crianças que se se desenvolviam em ambientes teoricamente desfavoráveis, como filhos de pacientes esquizofrênicos, conseguiam se desenvolver surpreendentemente mecanismos saudáveis de adaptação (LUTHAR, 2006). Assim, a partir deste período teve início o campo de pesquisa da resiliência psicológica.

A resiliência tem sido objeto de estudo na ciência cada vez mais frequente nos últimos anos, em especial na última década (STAINTON et al., 2018), porém as definições, conceituações e aplicações práticas deste construto ainda são alvo de muitas críticas e discussões. O termo resiliência, e muito de seu significado dentro da psicologia e psicopatologia, provém das ciências exatas como a física e matemática, as quais consideram-na a habilidade de um corpo, devido às suas propriedades, de recuperar sua forma e tamanho após sofrer uma deformação (FLETCHER; SARKAR, 2013).

Apesar de existir uma grande divergência em relação a operacionalização do que consiste a resiliência psicológica, a maioria das definições consistem em dois conceitos centrais: adversidade e adaptação positiva (FLETCHER; SARKAR, 2013). Há muita discussão, no entanto, do que deve ser considerado uma adversidade e como quantificar a carga de estresse a qual o indivíduo é submetido (carga alostática) (KALISCH; MÜLLER; TÜSCHER, 2015b). Questiona-se o conceito de adversidade seria usado apenas em eventos graves e que possam vir a desencadear consequências mais significativas, como por exemplo o no contexto do Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ou se também poderia sem empregado em eventos corriqueiros e cotidianos, tal qual problemas no trabalho, conflitos familiares, barulhos no trânsito ou dificuldades financeiras, mas com igual potencial de afetar profundamente a saúde mental quando ocorrem de maneira cumulativa e em longos períodos (KALISCH; MÜLLER; TÜSCHER, 2015b).

Uma outra importante discussão é se a resiliência é um traço estático de personalidade ou um processo dinâmico individual. Alguns estudos consideram resiliência como um traço e delineiam uma série de características individuais que permitem que as pessoas se adaptem às adversidades (CONNOR; DAVIDSON, 2003; ONG et al., 2006). A maioria das evidências atuais conceituam resiliência como um processo ou desfecho, que se comporta de forma dinâmica e se apresenta como adaptação positiva no contexto de uma adversidade significativa (BONANNO; WESTPHAL; MANCINI, 2011; FLETCHER; SARKAR, 2013; KALISCH; MÜLLER; TÜSCHER, 2015a; LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000). Alguns pesquisadores afirmam que apesar das pessoas possuírem características que são associadas a uma maior resiliência, só é possível definir se a pessoa de fato é resiliente com base no seus níveis de ajustamento *após* o evento estressor (BONANNO; WESTPHAL; MANCINI, 2011).

Uma vez que tais questões geram dificuldade na uniformização das definições do tema, fica claro que para um maior esclarecimento das pesquisas nesta área é primordial que aconteça uma uniformidade e unificação dos conceitos (DAVYDOV et al., 2010; FLETCHER; SARKAR, 2013).

Quando as adversidades enfrentadas por alguém em termos de intensidade e duração apresentadas são modificadas, em diversas circunstâncias, é possível que a resiliência da mesma (uma vez que é encarada em um contexto dinâmico) também

se altere (FLETCHER; SARKAR, 2013). Desta forma, a pesquisa da resiliência em populações específicas em risco para determinada adversidade em comum é essencial para o entendimento de questões particulares que mereçam atenção naquele determinado contexto (LUTHAR, 2006). Neste âmbito de grupos em risco, a resiliência pode ter um papel importante na saúde mental e bem-estar psicológico (MILLS; MCKIMM, 2016) e entender como ser resiliente naquele contexto específico pode ajudar a modificar as condições de vários indivíduos ao mesmo tempo.

Uma população que tem sido alvo do estudo da resiliência nos últimos anos, impulsionado pelo envelhecimento populacional são os idosos (JESTE et al., 2013; LAMOND et al., 2008; LIM et al., 2015). Resiliência é um importante construto pra se estudar ao avaliar os mecanismos de EBS (DEPP; JESTE, 2006). Conforme mencionado anteriormente ao se falar em EBS, uma parcela significativa de idosos consideram que envelheceram bem ao serem questionados em uma avaliação subjetiva, apesar de critérios objetivos baseados apenas na ausência de doença e incapacidade afirmarem o contrário (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010; MONTROSS et al., 2006).

A manutenção do bem-estar psicológico em indivíduos mais velhos apesar de adversidades, como presença de doenças e incapacidades físicas, pode ser, em parte, explicado pela maior resiliência psicológica em certos adultos idosos, ocasionando uma sensação nestes indivíduos que tiveram um EBS, mesmo sem preencher os critérios objetivos mais rígidos (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010).

Níveis maiores de resiliência também são associado a diversos desfechos positivos em populações idosas. Em um estudo que utilizou uma amostra de 1395 mulheres idosas usando a *Connor Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), constatou-se que maiores níveis de resiliência auto-reportados foram associados a níveis mais elevados de bem-estar emocional, otimismo, autoavaliação positiva de EBS, maior engajamento social, menos queixas cognitivas e menores taxas de depressão (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010; LAMOND et al., 2008).

Embora um grande número de escalas já tenha sido desenvolvidas para mensurar a resiliência, não existe ainda consenso de uma escala única que seja amplamente adotada e, a princípio, nenhuma escala é preferida em relação às outras (WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011). Desta forma, os pesquisadores têm

poucas evidências para se se basear nas escolhas das escalas utilizadas e tais escolhas, muitas vezes, são feitas de forma arbitrária e sem definição operacional adequada (GURGEL et al., 2013; WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011).

Desta forma, uma vez que a cada ano mais pesquisas sobre resiliência são realizadas, é necessário que se tenham medidas validadas e com uma grande confiabilidade para tal (GURGEL et al., 2013). As escalas mais comumente utilizadas nas pesquisas sobre resiliência psicológica são: *The Resilience Scale* (WAGNILD, 2009; WAGNILD; YOUNG, 1993), *The Resilience Scale for Adults* (FRIBORG et al., 2003), *The Connor-Davidson Resilince Scale* (CAMPBELL-SILLS; STEIN, 2007; CONNOR; DAVIDSON, 2003) e *The Brief Resilience Scale* (SMITH et al., 2008).

2.3.1.1 Resiliência na população médica

Pesquisas demonstram que 15 a 20% dos médicos irão sofrer de transtornos mentais em algum ponto de suas carreiras (ZWACK; SCHWEITZER, 2013), com taxas mais elevadas de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas, assim como taxas mais elevadas de suicídio quando comparadas a população geral e outros profissionais de saúde (JENSEN et al., 2008; SHANAFELT et al., 2015; WONG; OLUSANYA, 2017). Neste contexto de compreender o sofrimento deste grupo da população e as adversidades enfrentadas pelos mesmos, é essencial avaliar os fatores que levam a insatisfação com a carreira médica, uma vez que a satisfação destes profissionais está diretamente ligada tanto a qualidade da saúde prestada ao paciente como a saúde mental destes profissionais (DYRBYE et al., 2013).

Médicos insatisfeitos, portanto, têm um maior risco de *burnout*, que é uma síndrome composta por exaustão emocional, perda de sentido no trabalho, sentimentos de incapacidade e tendência a falta de compaixão pelos pacientes e pelos colegas (DYRBYE et al., 2013; PANAGIOTI; GERAGHTY; JOHNSON, 2018; SHANAFELT et al., 2015). Os índices de *burnout* tem cada vez mais preocupado os pesquisadores, devido ao seus aumentos alarmantes; um estudo com 3680 médicos

demonstrou que 54,4% apresentavam ao menos um sintoma de *burnout* em 2014, comparados com 45,5% em 3310 profissionais em 2011 (SHANAFELT et al., 2015).

A pesquisa da resiliência médica, porém, é muitas vezes limitada apenas nas relações recíprocas entre esta variável e *burnout* (NEDROW; STECKLER; HARDMAN, 2013; PANAGIOTI; GERAGHTY; JOHNSON, 2018; SHANAFELT et al., 2015; WONG; OLUSANYA, 2017). Essas 2 variáveis, entretanto, nem sempre não intercambiáveis e resiliência em médicos e profissionais de saúde não deve ser compreendida apenas como a ausência de *burnout* (CARD, 2018).

Alguns estudos observacionais já foram conduzidos para se avaliar resiliência entre médicos, em especial nas suas relações com *burnout* (LEBARES et al., 2018; MCCAIN et al., 2018; MONTERO-MARIN et al., 2015; OLSON; KEMPER; MAHAN, 2015), assim como com outros construtos da psicologia positiva, como bem-estar, qualidade de vida, empatia, saúde mental positiva e perfis de personalidade da população médica (LAURENCE et al., 2016; LEE et al., 2017; MCCAIN et al., 2018; MCFARLAND; ROTH, 2017; MURRAY; CARDWELL; DONNELLY, 2017).

Outros estudos de intervenção visaram avaliar estratégias para aumentar resiliência nos médicos com diversas intervenções, como treinamento de habilidades e competências, estratégias de enfrentamento de estresse e mindfulness (BURSCH et al., 2017; MACHE et al., 2015a; MONTERO-MARIN et al., 2018; SOOD et al., 2014), porém de maneira ainda pouco sistematizada, com falta de consistência nas medidas de desfecho e com tamanhos de efeitos muito heterogêneos (FOX et al., 2018).

Desta forma, em relação ao estudo da resiliência de médicos idosos, verifica-se que existe uma carência muito grande de evidências, uma vez que a maioria dos estudos tanto observacionais como de intervenção acima descrito, foram conduzidos em indivíduos com menos de cinquenta anos, muitos dos quais em residentes de medicina ou pessoas de meia-idade e não existem estudos que foquem em avaliar especificamente resiliência de médicos aposentados.

2.3.2 Felicidade

Desde muito tempo, o ser humano e a filosofia se preocupam com a felicidade e em como usufruir dela, mas apenas a partir da última metade do século passado que as ciências da saúde começaram a lançar mão de estudos que investigassem e tentassem compreender a felicidade, inclusive com mudanças no paradigma da OMS do conceito de saúde, que incluiu felicidade e bem-estar como uns de seus componentes (BEBBINGTON, 2001; MACHADO et al., 2015) – muito além do conceito de ausência de doenças e enfermidades.

Neste contexto, pode-se definir felicidade como um estado bem-estar físico, mental e social (CLONINGER; ZOHAR, 2011). Os termos felicidade e bem estar-subjetivo são utilizados com frequência para se referir a uma combinação de ausência de emoções negativas e presença de emoções positivas, satisfação com a vida e engajamento social (CLONINGER; ZOHAR, 2011; MACHADO et al., 2015). Bem-estar subjetivo pode ser definido de uma maneira muito ampla e heterogênea, englobando diversos fenômenos, desde otimismo até apresentar menos raiva e maior satisfação no trabalho (DIENER; CHAN, 2011).

Evidências dos últimos anos começam a mostrar que apesar de uma vasta variedade de psicofármacos e adequados tratamentos para os transtornos mentais, não houve concomitantemente uma melhora nos níveis de felicidade e bem-estar em muitas populações gerais (CLONINGER, 2006). Apesar disto, algumas evidências sugerem que morbidades (como câncer, por exemplo) e mortalidade são mais fortemente relacionados a ausência de emoções positivas (como ausência de satisfação e prazer com a vida) que a presença de emoções negativas, tal qual ansiedade e depressão (CLONINGER, 2006; HUPPERT; WHITTINGTON, 2003). Tais estudos também demonstram que talvez os afetos positivos e negativos têm influência independente na saúde, mas ainda o conhecimento de como as 2 situações se sobrepõem ou se diferenciam ainda não é completamente compreendido (DIENER; CHAN, 2011; KOBAU et al., 2011).

Alguns autores fazem uma diferenciação entre 2 tipos de felicidade: o bem-estar psicológico ou eudaimonia (refere-se a realização pessoal e satisfação das potencialidades individuais como um processo do desenvolvimento do caráter) e o bem-estar hedônico (ligado ao que torna a vida prazerosa e à experiência de satisfação) (CLONINGER; ZOHAR, 2011; MACHADO et al., 2015).

Evidências na última década têm apontado que o bem-estar subjetivo causa uma importante influência na longevidade e na forma que as pessoas avaliam a sua própria vida (DIENER; CHAN, 2011). Quando são avaliados os efeitos do envelhecimento e da idade nos escores de felicidade, embora se acredite que os idosos devidos a uma série de fatores estressores teriam níveis menores de felicidade, as evidências mostram que existe apenas uma pequena ou nenhuma variação da felicidade com a idade (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Algumas revisões no tema mostram que há evidências de uma série de estudos longitudinais que já comprovaram em grandes amostras populacionais e em diversos países que o bem-estar subjetivo pode predizer uma maior longevidade, especialmente nas suas relação com afetos positivos, mesmo após controle para fatores confundidores, como a fatores socioeconômico e o status inicial de saúde (DIENER; CHAN, 2011; LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005).

Em indivíduos saudáveis, uma revisão que avaliou as relações entre felicidade e saúde física encontrou que os estudos longitudinais demonstraram efeitos positivos robustos da felicidade na longevidade, e que variaram de 7,5 a 10 anos, especialmente em um grupo de freiras americanas seguidas por toda a vida (VEENHOVEN, 2008).

Uma outra revisão também observou efeitos positivos na longevidade em indivíduos doente: pacientes com doença renal terminal com maiores níveis de felicidade tinham mais chance de sobreviver após 4 anos, mulheres com recorrências de câncer de mama que reportaram mais alegria tendiam a ter sobreviver mais após 7 anos e indivíduos com lesão medular que reportavam maior satisfação com a vida tinham mais chances de sobreviver em 11 anos (LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005). No entanto, a maior sobrevida em pessoas com doenças já existentes ainda é controversa.

Assim, apesar de que seja claro que maiores níveis de felicidade aumentam a chance de uma vida mais longeva em populações saudáveis, ainda é controverso se níveis maiores de bem-estar podem aumentar a sobrevida em indivíduos com doenças já existentes (DIENER; CHAN, 2011). Por exemplo, acha-se que emoções negativas tem um maior papel no aparecimento de doenças cardiovasculares do que na progressão das mesmas quando já existentes (SULS; BUNDE, 2005). Desta

forma, alguns pesquisadores afirmam que parece que felicidade pode predizer maior longevidade em populações saudáveis, mas talvez não cure morbidades em populações doentes (DIENER; CHAN, 2011; VEENHOVEN, 2008).

Idosos que reportam em estudos níveis maiores de bem-estar subjetivo, em geral, irão classificar a si mesmos como tendo um EBS, mesmo com a presença de doenças e incapacidades, contrariamente ao que seria definido em pesquisa objetivamente por critérios mais restritos (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010; MONTROSS et al., 2006).

A mensuração da felicidade de forma científica e sistematizada através de escalas é um desafio, haja vista as próprias limitações de um conceito eminentemente subjetivo e muitas vezes baseadas em escalas de auto avaliação. Desta forma, a avaliação da felicidade e de suas emoções associadas pode algumas vezes ser mais complexo do que descrever os sintomas dos transtornos mentais (MACHADO et al., 2015).

Existem atualmente diversas escalas e questionários para a avaliação de felicidade e bem-estar disponíveis na literatura, dentre eles a *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), o *Oxford Happiness Inventory* (OHI), a *Subjective Happiness Scale* (SHS), a PANAS-X (*Positive and Negative Affect Schedule-expanded form,* a versão expandida da PANAS), a *Depression-Happiness Scale* e a *Short Depression-Happiness Scale* (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

2.3.2.1 Felicidade na população médica

Vários estudos já evidenciam que médicos são expostos a altos níveis de estresse no trabalho e estão em risco de transtornos mentais em geral, uso de substâncias psicoativas, suicídio e *burnout* (CLEMONS et al., 2018). No entanto, nos últimos anos muitos pesquisadores têm se preocupado em avaliar qualidade de vida e bem-estar de médicos, não somente seu padrão de adoecimento (MACHADO et al., 2016).

O risco de redução de satisfação com a vida e *burnout*, no entanto, não parece estar apenas relacionado a profissão médica em si, mas também a traços de

personalidade e que podem estar presentes desde o período da graduação, como altos níveis de neuroticismo e baixos níveis de extraversão (MACHADO et al., 2016). Além disso, é importante o entendimento que apesar de felicidade e *burnout* estarem em geral inversamente relacionados, não são o mesmo construto – desta forma, é possível ser feliz apesar do risco de esgotamento da profissão (MONEY, 2017).

Uma grande preocupação que ocorre em muitos profissionais, inclusive nos médicos, é a remuneração e satisfação financeira; porém algumas evidências na literatura sugerem que talvez o ditado “dinheiro não compra felicidade” pode, em parte, ser verdadeiro, uma vez que é evidente que após um certo limite não há acréscimos na felicidade e que o salário pode ter menos impacto na satisfação dos médicos do que outras variáveis como o ambiente e as relações no trabalho (MONEY, 2017). Desta forma, cada vez mais existe uma preocupação em avaliar felicidade e satisfação baseados em relacionamentos interpessoais mais que em variáveis mais objetivas (DUFFRIN; LARSEN; CAROLINA, 2014)

Alguns estudos já foram realizados para determinar a felicidade geral ou a satisfação dos médicos com suas escolhas por especialidades, renda, local e horas de trabalho, com identificação de algumas variáveis relacionadas ao tema e constatação que a maioria dos médicos têm um maior nível de satisfação na carreira, em especial quando comparados com outras profissões (DUFFRIN; LARSEN; CAROLINA, 2014; LEIGH et al., 2002). No entanto, apesar de vários estudos avaliarem felicidade e bem-estar em especialidades médicas específicas (CHEN et al., 2017; CLEMONS et al., 2018; LAPA et al., 2017; MONEY, 2017), ainda existe uma carência de estudos que avaliem a felicidade em médicos de uma forma ampla e consistente (MACHADO et al., 2016), além de escassas evidência na população de médicos idosos.

2.3.3 Otimismo

Otimismo pode ser considerada como uma variável individual que reflete quanto cada pessoa carrega em geral expectativas favoráveis em relação ao futuro e uma tendência de esperar que coisas boas ocorram na sua vida (CARVER; SCHEIER; SEGERSTROM, 2010; JESTE et al., 2015). Essa simples diferença entre

antecipar coisas boas *versus* antecipar coisas ruins tem fundamental influência no comportamento do indivíduo.

Pela teoria de auto regulação do comportamento, as pessoas lutam para alcançar objetivos quando elas acreditam que estes objetivos sejam possíveis e que suas ações produzirão os efeitos desejados nesta direção (BANDEIRA et al., 2002). Pessoas otimistas e pessimistas irão ser diferentes nas maneiras as quais encaram seus problemas e nas suas estratégias de enfrentamento frente a adversidades (CARVER; SCHEIER; SEGERSTROM, 2010).

Uma orientação otimista está relacionada com boa saúde física e mental, enquanto que uma orientação pessimista da vida se relaciona com depressão, ansiedade e prática de comportamentos de risco (BANDEIRA et al., 2002). Muitas evidências demonstram também que pessoas com uma disposição otimista da vida tem risco reduzido de mortalidade, tanto de forma geral, mas também em especial em relação a mortalidade por causas cardiovasculares (GILTAY et al., 2004; JESTE et al., 2015; MARUTA et al., 2000; RASMUSSEN; SCHEIER; GREENHOUSE, 2009)

O otimismo tem sido cada vez mais estudado no contexto do EBS, uma vez que é observado que pessoas otimistas, além de viverem mais, irão ter uma atitude mais positiva em relação ao seu próprio envelhecimento, mesmo quando o mesmo acarreta incapacidades físicas e cognitivas (DEPP; VAHIA; JESTE, 2010; JESTE; DEPP; VAHIA, 2010).

Existe uma variabilidade da mensuração do otimismo em muitos estudos causada pela diferença na forma de avaliar tal construto (RASMUSSEN; SCHEIER; GREENHOUSE, 2009). Diversas escalas podem ser utilizadas, porém a mais empregada na grande maioria dos estudos é o Teste de Orientação de Vida-Revisado (TOV-R) (SCHEIER; CARVER; BRIDGES, 1994). Outras escalas que também já foram utilizadas para avaliar otimismo (algumas vezes também pessimismo), como por exemplo a *Attributional Style Questionnaire* (ASQ), *Expanded Attributional Style Questionnaire* (EASQ) (RASMUSSEN; SCHEIER; GREENHOUSE, 2009), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (SUZUKI et al., 2014) e *Self-Efficacy, Optimism and Pessimism* (SWOP-K9) (MACHE et al., 2014a, 2015b).

2.3.3.1 Otimismo na população médica

Entre os médicos, o otimismo ainda é pouco estudado. Muitos estudos foram conduzidos em diversas especialidades médicas visando entender a influência do otimismo no contexto do trabalho e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos estressores (MACHE et al., 2014b, 2015a, 2015b, 2016), assim como as relações do otimismo com burnout em médicos e estudantes de medicina (CHAUKOS et al., 2017; HOJAT et al., 2015) e ainda no contexto de como o otimismo do médico pode influenciar em decisões em cuidados paliativos (CRIPE et al., 2017).

Poucos estudos, entretanto, se importam de um forma mais ampla com variáveis positivas da saúde mental dos médicos e seus recursos psicológicos pessoais, como otimismo, e sua influência no bem-estar dos mesmos (MURRAY; CARDWELL; DONNELLY, 2017). Em relação a médicos idosos, não há estudos que visem especificamente o otimismo neste grupo.

2.4 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é uma importante variável a ser estudada na saúde e pode ser entendida de diversas formas. Por muito tempo, a conceituação do que seria qualidade de vida era pertencente aos campos da filosofia e poesia, porém nas últimas décadas diversos pesquisadores a avaliaram de forma quantitativa, através de instrumentos que podem ser usados em ensaios clínicos e modelos econômicos, a fim de comparar seus resultados em diversas populações e condições clínicas (CICONELLI et al., 1999; KIM et al., 2017).

Desde a década de 60, tal constructo passou a ser incorporado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um importante parâmetro de avaliação do estado de saúde e a ser definido como uma percepção individual da posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais a pessoa está inserida e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Pode ser considerado por alguns como um conceito amplo que incorpora de forma complexa a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e o relacionamento com o ambiente, assim como por outros como um conceito mais pragmático, restrito e com uma visão mais metodológica que permita que tal construto seja traduzido em instrumentos estruturados para sua mensuração (MÜHLAN et al., 2008; THE WHOQOL GROUP, 1998).

Qualidade de vida não pode ser simplesmente usada como sinônimo de estado de saúde, estilo de vida, satisfação com a vida, estado mental ou bem-estar. Deve ser encarado como um conceito subjetivo e multidimensional: subjetivo através da avaliação que o indivíduo faz do próprio estado de saúde baseado no julgamento que faz sobre si mesmo e multidimensional no que concerne aos diversos domínios da natureza humana, tanto físico, como emocional, psíquico, social, econômico, espiritual, dentre tantos outros, sempre com uma visão dinâmica e com componentes subjetivos e objetivos (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; THE WHOQOL GROUP, 1995; VANLEERBERGHE et al., 2017).

Pesquisadores já desenvolveram diversos instrumentos para avaliar o estado de saúde em doenças específicas e em certos grupos populacionais, mas com limitações quando se comparam estados e grupos diferentes (BRAZIER et al., 1992; MÜHLAN et al., 2008). A literatura classifica os instrumentos para avaliarem qualidade de vida como genéricos ou específicos: os genéricos avaliam de forma global os aspectos mais importantes relacionados à qualidade de vida e os específicos de forma individual apenas determinados aspectos, como por exemplo no contexto de doenças específicas (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; MÜHLAN et al., 2008).

Existem vários instrumentos utilizados para mensurar a qualidade de vida em adultos; destes os questionários mais utilizados em adultos são o que avaliam de a qualidade de vida de forma global, o WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of life assesment*) e sua versão reduzida, o WHOQOL-BREF (POWER; HARPER; BULLINGER, 1999; THE WHOQOL GROUP, 1998); e o que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde, o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey*) e sua versão reduzida, o SF-12 (BRAZIER et al., 1992; WARE et al., 1996).

2.5 OS MÉDICOS QUE ENVELHECEM (“*AGING PHYSICIANS”)*

Em concordância com o envelhecimento global, a população médica também está envelhecendo. Muitos dados mostram que médicos acima de 60 ou 65 anos são uma grande parte da força de trabalho e correspondem de 20 a 26,3% do total de médicos em países desenvolvidos (LEE; WESTON, 2012; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018).

No Brasil, apesar das incertezas estatísticas devido à falta de coordenação nas bases de dados, estima-se que existam 48.722 médicos com mais de 65 anos, o que corresponde a 11,8% do total de médicos; se fizermos uma extensão dos números para médicos acima dos 60 anos, temos uma parcela de 20,3% de médicos idosos no Brasil em relação ao total de médicos (SCHEFFER et al., 2018). Na literatura em língua inglesa, na maioria das vezes o termo utilizado para os médicos que estão envelhecendo é “*aging physicians*” (EVA, 2002; LEE; WESTON, 2012).

Sabe-se que os profissionais médicos já em carreira avançada podem ser de grande importância para a comunidade, pois muitas das contribuições de médicos para a ciência são dadas nos anos finais da sua trajetória, em especial pelo refinamento do conhecimento ao longo dos anos, maior sabedoria e melhor julgamento clínico (SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018). No entanto, apesar de os médicos idosos poderem manter-se ativos e preservar muitas das habilidades adquiridas, em especial a capacidade de ensino, possivelmente carregam também um maior risco de erros médicos por problemas físicos e declínio cognitivo (LOBOPRABHU et al., 2009).

Desta forma, torna-se essencial entender tanto de que forma os médicos irão enfrentar os diversos aspectos do envelhecimento ao longo do *lifespan*, como quais as consequências físicas, emocionais e cognitivas do envelhecimento na população médica. Ressalta-se que existem mais evidências em relação aos aspectos cognitivos e estudos que enfoquem quando o médico deve se aposentar, e poucos estudos conduzidos para de avaliar os aspectos emocionais e relacionados a psicologia positiva especificamente na população de médicos idosos (LEE;

WESTON, 2012; LEVINSON; GINSBURG, 2016; SILVER; HAMILTON; WILLIAMS, 2016; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018; WAXMAN, 2016).

2.5.1 Identidade profissional e aposentadoria

Um dos fatores essenciais para o EBS, tanto emocional quanto cognitivo, é a manutenção de atividades mentais estimulantes – desta forma a importância do trabalho na manutenção da saúde mental é de amplo conhecimento. Em especial para os médicos, muitas vezes o trabalho é cultivado com uma forte identidade pessoal que ultrapassa outros aspectos da vida (SILVER; WILLIAMS, 2016). A possibilidade de aposentadoria pode ser difícil para médicos que tenham poucas opções recreacionais ou ocupacionais para satisfazer uma atividade mental satisfatória; além disto, pode haver influência de um senso de insegurança financeira, golpe narcísico da aposentadoria ou sentimentos de sentir-se dispensável em alguns médicos que se aposentam (ADLER; CONSTANTINOU, 2008).

A maioria dos estudos que avaliam os médicos e envelhecimento avaliam aspectos cognitivos, como a relação da idade e declínio cognitivo/demência, aspectos relacionados à segurança da continuidade no trabalho de médicos idosos, bem como aspectos legais/éticos relacionados a tal fato, como obrigatoriedade de uma idade limite para aposentadoria (ADLER; CONSTANTINOU, 2008; LEE; WESTON, 2012; LOBOPRABHU et al., 2009; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018). Poucos, no entanto, focam nos aspectos positivos relacionados à continuidade do trabalho e as consequências deste fato, em especial na realidade brasileira.

Alguns estudos evidenciam que o atraso na aposentadoria e a tendência a inadequada preparação para mudança para uma nova identidade na medicina coincide com o de outras profissões, como advogados e executivos, que também são indivíduos com profissões de maior status social; assim, tais profissionais que têm posições de mais autonomia profissional, tendem a se aposentam mais tarde ou a não de aposentar completamente, em relação a indivíduos com menos status e com menos autonomia (SILVER; WILLIAMS, 2016). Além disto, demora na aposentadoria também tem sido atribuída a diversos fatores como: entrada tardia no

mercado profissional, grande satisfação profissional, grande comprometimento no trabalho e sentimentos de sentir-se valorizado (SILVER; WILLIAMS, 2016).

Várias teorias enfocam nas implicações negativas no bem-estar individual devido à perda do papel do trabalho na vida da pessoa, em especial em indivíduos com alto investimento pessoal no trabalho e cuja autoestima pode estar ligada diretamente ao trabalho. A teoria da identidade afirma que as estruturas sociais ligadas ao trabalho ajudam na maneira que o indivíduo percebe a si mesmo (STRYKER; BURKE, 2000). A aposentadoria na medicina em geral é descrita como um conceito temido e a maioria dos médicos, independente de anos de carreira, demonstraram desinteresse em pensar sobre suas aposentadorias e, em geral, faziam associações negativas às mesmas (SILVER; WILLIAMS, 2016).

Embora alguns estudos mostrem que a transição para a aposentadoria pode estar relacionada à depressão, solidão, menor bem-estar e aversão à mesma pela maioria dos médicos (SILVER et al., 2016; WANG, 2007), outras evidências, no entanto, trazem que a aposentadoria pode ser um período de ajustamento da vida do médico que pode trazer alguns benefícios, com potencial de oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal, evidenciando, na maior parte destes, mais satisfação com a vida (AUSTROM et al., 2003; SILVER; HAMILTON; WILLIAMS, 2016). Em outro estudo, foi reportado que 79% dos investigados afirmavam que sua saúde na aposentadoria era tão boa ou melhor que o período anterior a mesma (AUSTROM et al., 2003).

Alguns estudos que examinaram a saúde mental da população médica evidenciaram que médicos que relataram dificuldades emocionais no período de atividade profissional devido às mais diversas causas, acharam que tais dificuldades tenderam a melhorar após a aposentadoria (LESS et al., 2001; SILVER; HAMILTON; WILLIAMS, 2016; VIRSHUP; COOMBS, 1993). Portanto, apesar dos fatores negativos que podem ser consequências ou causa da aposentadoria, muitas evidências atuais mostram que que a maioria dos médicos podem conseguir se ajustar de forma favorável à aposentadoria (SILVER; HAMILTON; WILLIAMS, 2016).

2.5.2 Cognição em médicos idosos

Já é bem compreendido que a idade é um dos mais importantes fatores de risco para redução da cognição e de aparecimento de comprometimento cognitivo leve e síndromes demenciais (LIVINGSTON et al., 2017; PRINCE et al., 2013; SCHELTENS et al., 2016): a prevalência de demência em algumas populações pode dobrar a cada 5,5 anos (PRINCE et al., 2013). Apesar da forte correlação entre envelhecimento e declínio cognitivo, ainda não há muitos estudos que avaliaram especificamente cognição na população médica (SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018).

Sabe-se que o envelhecimento normalmente pode acarretar uma variedade de alterações cognitivas, que variam muito individualmente, tais quais déficits na memória episódica e semântica, além da redução da velocidade de processamento e da atenção complexa, declínio concomitante da habilidade visuoespacial, abstração do pensamento e menor flexibilidade cognitiva (LOBOPRABHU et al., 2009; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018).

Porém, nem tudo na cognição piora com o envelhecimento. Algumas funções cognitivas, como a inteligência cristalizada (habilidade de resolver problemas baseada em aprendizados e experiência prévios) e sabedoria são mais preservadas e podem, inclusive, melhorar com o envelhecimento, principalmente se comparada a inteligência fluida (resolução de problemas baseada em novas informações e conhecimentos), a qual tende a declinar progressivamente com a idade (SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018).

A população médica pela formação que tem ao longo da vida e alta escolaridade tem uma maior reserva cognitiva cerebral; tal reserva sabidamente é um importante fator protetor para o aparecimento de demências a despeito de insultos vasculares e neurodegeneração relacionados à idade (LIVINGSTON et al., 2017). Isto, entretanto, não torna os médicos isentos dos riscos do declínio cognitivo com o envelhecimento.

Um estudo que avaliou múltiplos domínios cognitivos em 1002 médicos e 581 controles mostrou que o declínio com a idade acontecia levemente mais rápido nos controles, possivelmente pela maior reserva cognitiva dos médicos, porém esta diferença se estreitava cada vez mais em faixas etárias mais avançadas, como no indivíduos acima dos 75 anos (POWELL; WITHLA, 1994). As estatísticas de

transtornos neurocognitivos nos médicos derivam em parte de estudos com aqueles que foram encaminhados para avaliação cognitiva devido a dificuldades profissionais, desta forma sem prevalências acuradas de demência e comprometimento cognitivo leve nesta população. Destes profissionais encaminhados para avaliação, um estudo avaliou que mais de 50% dos médicos que estavam exercendo atividades já estavam comprometidos cognitivamente e 12% tinham franca demência (PEISAH; WILHELM, 2007).

O balanço entre os potenciais benefícios e riscos dos efeitos do envelhecimento cognitivo no exercício da profissão permanecem controversos. Existem evidências que médicos mais velhos estão em um risco maior de erros em julgamentos de algumas situações, tenham piores desfechos clínicos em vários aspectos quando comparados a médicos mais jovens e necessitem de maior assistência na prática clínica quando comparados a grupos de médicos mais jovens, além de um maior risco de processos em conselhos profissionais (LOBOPRABHU et al., 2009; NORTON; FAULKNER, 1999; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018). Entretanto, alguns estudos mostram que dentre aqueles médicos idosos que tem um envelhecimento cognitivo normal, uma maior experiência pode trazer mais acurácia diagnóstica (SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018).

Os médicos idosos podem passar a compensar algumas perdas cognitivas conforme a teoria de Seletividade, Otimização e Compensação descrita por Baltes (1997), com alguns mecanismo descritos na mesma, como por exemplo: passar a atender menos pacientes (seletividade), dedicar-se mais a atualizações profissionais (otimização) e passar mais tempo examinando seus os pacientes (compensação) (LOBOPRABHU et al., 2009).

Desta forma, existem importantes questionamento ainda não respondidos a respeito do comprometimento cognitivo em médicos idosos, por exemplo: como avaliar tal declínio, como conduzir políticas para segurança da prática médica e sobre a necessidade de resguardar a qualidade do cuidado do paciente assistido por esta população (LOBOPRABHU et al., 2009). Assim, conciliar as necessidades e desejos do médico que envelhece com as limitações que podem vir a existir e que reflitam na sua prática é um grande desafio para a sociedade e entidades médicas em todo o mundo. Um grande questionamento é se a idade *per se* deveria ser considerada um fator de risco que mereça um rastreio específico do adequado

funcionamento e adequada capacidade para o trabalho (LOBOPRABHU et al., 2009).

Vários países e entidades médicas ao longo do mundo adotam várias estratégias de rastreio de declínio cognitivo em médicos que envelhecem, ora de forma voluntária, ora de forma para todos os médicos em determinadas situações e faixas etárias ou por recomendação de superiores ou colegas (BROOKS et al., 2016; LOBOPRABHU et al., 2009; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018). Entretanto, nenhuma delas é uniforme e universalmente aceita e parece que a principal variável a ser analisada deve ser a competência e não a idade *per se* (LOBOPRABHU et al., 2009).

Uma série de instrumentos podem ser utilizados para avaliar a cognição em médicos, como por exemplo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), MicroCog, Mini-Cog e Teste do Desenho do Relógio, porém muitos com limitações por não conseguirem avaliar adequadamente indivíduos com alta escolaridade, maior reserva cognitiva basal e níveis mais elevados de inteligência pré-mórbida, algumas vezes com efeito-teto do instrumento e necessidade de pontos de corte mais altos para a escolaridade (BROOKS et al., 2016; LOBOPRABHU et al., 2009; NASREDDINE et al., 2005; O'BRYANT et al., 2009; SOONSAWAT; LAMMANDO; ELLISON, 2018).

Desta forma, pelo que já foi exposto fica evidente que a cognição e a habilidade de exercer as atividades médicas foram o objetivo de muitas das pesquisas nas áreas de saúde mental dos médicos idosos, juntamente com as incapacidades e doenças que acometiam tal população; algo compreensível em virtude das peculiaridades da profissão médica, muitas vezes em situações difíceis e desafiadoras, e do risco de médicos com capacidade reduzida podem apresentar para a saúde da população.

No entanto, talvez por este maior enfoque, não foi tão evidenciada a importância de se avaliar alguns importantes construtos da saúde mental positiva do médico em idades mais avançadas, como resiliência, felicidade e bem-estar, otimismo, nem na forma que o médico avalia o próprio envelhecimento. Tais fatores têm grande relevância, pois podem impactar diretamente no cuidado prestados à população, quando estes profissionais permanecem em atividade em idades mais

avançadas. Além disto, entender esses construtos citados são de grande importância na saúde do médico idoso e entendê-los pode ser essencial para se planejar estratégias de intervenção para um melhor envelhecimento desta população.

Por tudo isso, tivemos como objetivo neste estudo avaliar o panorama de saúde dos médicos estudados acerca de como eles avaliam o processo do próprio envelhecimento e os possíveis correlatos na saúde mental positiva, saúde física/cognitiva e fatores sociais.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Como determinantes de envelhecimento bem-sucedido, como resiliência, felicidade, otimismo e avaliação subjetiva do EBS, e variáveis da cognição e saúde física se encontram em uma população de médicos idosos?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo geral mensurar variáveis da saúde mental positiva (resiliência, otimismo e felicidade), avaliação subjetiva do envelhecimento bem-sucedido, cognição e variáveis de saúde física de uma população de médicos idosos e verificar as associações entre essas variáveis.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mensurar cognição, resiliência, felicidade, otimismo e avaliação subjetiva do EBS em uma população de médicos idosos;
- Determinar parâmetros da saúde física (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral da saúde) e emocional (vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental);
- Descrever as correlações existentes entre resiliência, felicidade, otimismo, avaliação subjetiva de envelhecimento subjetiva e cognição;
- Traçar um perfil sociodemográfico da população pesquisada e verificar as associações entre sexo, faixa etária, faixa de renda mensal, tipo de especialidade (cirúrgicas e não-cirúrgicas) e horas de trabalho com resiliência, felicidade, otimismo e escala de avaliação subjetiva de EBS.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO

Estudo com desenho observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

Estudo realizado com médicos acima de 65 anos inscritos no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, amostra foi obtida de modo não-probabilístico e por conveniência. Os contatos com os voluntários do estudo foram realizados com dados obtidos por meio um de banco de dados fornecidos pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), com a realização posterior de convite por um contato telefônico, além de envio um texto padronizado pelo correio eletrônico ou mensagem de texto no telefone quando não era possível o contato inicial pelo telefone. Adicionalmente, também foram realizados contatos pelos pesquisadores de forma aleatória com médicos em diferentes hospitais e clínicas das diversas esferas de atenção. Todos os médicos estavam inscritos no CREMEPE e residiam ou trabalhavam na cidade de Recife.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão no estudo foram médicos acima de 65 anos, tanto ativos na profissão médica quanto já aposentados, inscritos no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE).

Foram excluídos do estudo aqueles médicos que tinham o diagnóstico de demência de qualquer tipo, seja informado pelo próprio paciente ou por acompanhante, ou que faziam uso de medicações antidemência (rivastigmina, donepezila, galantamina ou memantina). Foram excluídos também indivíduos com

deficiência física ou cognitiva grave que dificulte o preenchimento dos questionários de auto avaliação.

5.4 COLETA DE DADOS

O período da coleta de dados aconteceu de julho de 2018 até dezembro de 2019. A coleta de dados foi realizada presencialmente em diversos locais de acordo com a conveniência do entrevistado, em residências, consultórios, clínicas, hospitais e demais serviços de saúde. Entrevistas foram realizadas com todos os participantes com aplicação de um teste de triagem cognitiva e questionários autoaplicáveis.

Todas as entrevistas foram presenciais, realizadas pela equipe de pesquisa composta pelo pesquisador principal, 2 médicos residentes em psiquiatrias e 3 estudantes de medicina da UFPE, previamente treinados para a tarefa designada.

5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Em todos os voluntários foi realizada a avaliação de funções cognitivas com a versão brasileira do MoCA (www.mocatest.org) (ANEXO A). Os profissionais e estudantes treinados administraram o teste de acordo com o manual de instruções (ANEXO B).

Foram utilizados também seis instrumentos autoaplicáveis a todos os voluntários, listados a seguir:

- Resiliência: *Connor Davidson Resilience Scale* 10-itens, traduzida para o português (CD-RISC 10) (ANEXO C);
- Felicidade: *Subjective Happiness Scale* (SHS) (ANEXO D);
- Otimismo: Teste de Orientação de Vida-Revisado (TOV-R) (ANEXO E);
- Avaliação do envelhecimento: Escala subjetiva de avaliação do envelhecimento bem-sucedido (ANEXO F);

- Qualidade de vida: Questionário geral para avaliação de qualidade de vida SF-36 (ANEXO G).
- Questionário sócio demográfico, construído pelos pesquisadores (APÊNDICE A)

5.5.1 Connor Davidson Resilience Scale, 10 itens

A escala CD-RISC foi desenvolvida com objetivo de desenvolver uma medida confiável para quantificar a resiliência e estabelecer valores de referência tanto em populações gerais como em amostras clínicas específicas, além de acessar os fatores modificáveis da resiliência em respostas a tratamentos farmacológicos em populações clínicas, inicialmente em uma escala com 25 itens (CD-RISC 25) e cinco fatores diferentes (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

Posteriormente, a CD-RISC 25 reavaliada por uma análise fatorial confirmatória e consolidada em uma versão de 10 itens e unifatorial, a CD-RISC 10 (CAMPBELL-SILLS; STEIN, 2007). A CD-RISC 10 é uma medida de 10 itens, na qual cada item é pontuado em uma escala tipo Likert de 5 pontos que vai de 0 (nem um pouco verdadeiro) até 4 (quase sempre verdadeiro). A pontuação obtida com a soma dos itens, no máximo de 40 pontos e pontuações maiores refletem maiores níveis de resiliência (DAVIDSON; CONNOR, 2017).

Em um estudo com 764 pessoas da comunidade, com média de idade de 47,54 anos, desvio-padrão (DP) de 14,48 e que variou de 18-75 anos, a média do escore foi de 31,8, com os quartis do mais baixo para o mais alto de 0-29, 30-32, 33-36 e 37-40 (CAMPBELL-SILLS; FORDE; STEIN, 2009). Em um estudo para avaliar fatores determinantes de um EBS a CD-RISC 10 foi utilizada em uma amostra de 1006 idosos americanos (idade entre 50 e 99 anos) na comunidade e as médias dos escores de resiliência variaram entre 30,8 a 32,1, dependendo da faixa de idade, que variou entre 5 faixa etárias (50-59 anos até a faixa de 90-99 anos) (JESTE et al., 2013).

A escala de CD-RISC 10 foi validada no Brasil em um estudo com 463 pessoas com média de idade de 28 anos (DP=9,7), a maioria com ensino médio completo e com análise fatorial exploratória que confirmou estrutura unifatorial com

os 10 itens da escala e alfa de Cronbach (α) de 0,82 e pontuação média de 29,07 (DP=5,47) (LOPES; MARTINS, 2011).

5.5.2 Subjective Happiness Scale

A SHS é um índice de felicidade subjetiva que compreende 4 itens de uma escala tipo Likert (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999). São feitas algumas afirmações e perguntas como: “Algumas pessoas são, geralmente, muito felizes. Elas aproveitam a vida aconteça o que acontecer, procurando o máximo. Em que grau essa descrição se aplica a você?”. Então, a pessoa dará uma resposta de 1 (de modo algum) a 7 (muito). O índice geral da escala é realizado através do somatório dos pontos dividido por quatro e a média das respostas compõem um escore composto que varia de 1 a 7; quanto maior o escore, maiores os níveis de felicidade (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999).

Apresenta consistência interna elevada (α entre 0,85 e 0,95 em diferentes estudos), estrutura unitária, boa confiabilidade teste-reteste (entre 0,71 e 0,90), boa correlação com a avaliação de informantes (r=0,65) e sua validade construtiva já foi examinada em diversos estudos (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

A SHS já é validada para uso na população brasileira, em um estudo com 600 sujeitos, com idade que variou entre 18 e 70 anos (M=30,1, DP=10,6) e demonstrou forte evidência de validade e ser apropriada para uso de adultos no Brasil (DAMÁSIO; ZANON; KOLLER, 2014). É uma escala de fácil aplicação e apresenta uma boa correlação com a SWLS (entre 0,61 e 0,69) (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

5.5.3 Teste de Orientação de Vida – Revisado

O TOV-R (SCHEIER; CARVER; BRIDGES, 1994) é um instrumento com 10 itens utilizado para mensuração de traços de otimismo (em inglês, “*dispositional optimism*”) nas quais algumas afirmações como “Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor” e solicitado que os sujeitos avaliem o

quanto concordam com as afirmações em uma escala tipo Likert de 5 pontos que vai de 0 (discordo totalmente) até 4 (concordo totalmente); 3 itens avaliam otimismo, 3 itens avaliam pessimismo (pontuados reversamente) e 4 itens são distratores (não são pontuados) e o escore vai de 0 a 24 pontos (BASTIANELLO; PACICO; HUTZ, 2014; STECA et al., 2017). Na estrutura unidimensional, o escore é contínuo, sem referência a ser otimista ou pessimista e maiores pontuações denotam maior perspectiva otimista individual. Em nosso estudo, foi utilizada a estrutura unidimensional.

O TOV-R já foi utilizado em estudos com amostras de idosos na comunidade com média de 24,3 (DP=3,2) (LAMOND et al., 2008). Em outro estudo que avaliou as normas populacionais em 1792 indivíduos na Noruega, com idades que avariaram de 18 a 94 anos (M=53,2, DP=16,6), foram encontrados médias nos escores de 17,1 (DP=2,9) para o grupo entre 61-70 anos e 16,4 (DP=3,1) para o grupo ≥ 71 anos (SCHOU-BREDAL et al., 2017).

Em relação a sua estrutura, há controvérsias em torno da presença de 1 ou 2 fatores: alguns autores consideram o TOV como uma escala unidimensional bipolar, com otimismo e pessimismo como dois polos opostos em um mesmo *continuum,* enquanto outros autores consideram que há 2 fatores distintos, separando otimismo e pessimismo em duas dimensões (BANDEIRA et al., 2002; CHIESI et al., 2013; OTTATI; NORONHA, 2017). No entanto, a estrutura unidimensional parece ser a preferível a ser utilizada pela maior evidência nos estudos (CHIESI et al., 2013).

O TOV-R já foi adaptado e teve suas propriedades psicométricas analisadas no contexto brasileiro em alguns estudos com estudantes universitários (BANDEIRA et al., 2002; BASTIANELLO; PACICO; HUTZ, 2014). A consistência interna da versão brasileira foi de α=0,68 em um estudo (BANDEIRA et al., 2002) e α=0,8 em outro estudo (BASTIANELLO; PACICO; HUTZ, 2014), enquanto a versão original teve α=0,78 (OTTATI; NORONHA, 2017).

5.5.4 Avaliação Subjetiva do envelhecimento bem-sucedido

Até o presente momento, não existe uma escala propriamente construída com valores psicométricos mesurados para a avaliação subjetiva do EBS. O estudo de

Montross et al. (2006) utilizou 2 perguntas para medir o grau em que os participantes avaliavam seu envelhecimento como bem-sucedido, seguindo por diversos outros estudos desde então (JESTE et al., 2013; LAMOND et al., 2008; PIETRZAK et al., 2014; STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002; VAHIA et al., 2010). Este instrumento atualmente é a medida mais amplamente utilizada em diversos estudos que avaliam subjetivamente o relato dos próprios sujeitos de seu envelhecimento.

Os voluntários foram questionados na primeira pergunta para classificar o grau do próprio EBS em uma escala de 1 a 10 (1=muito mal-sucedido, 10=muito bem-sucedido)(MONTROSS et al., 2006). Participantes adicionalmente foram questionados na segunda pergunta para indicarem o quanto concordavam com a seguinte afirmação “Eu estou envelhecendo bem”, usando uma escala de Likert de 4 itens (discordo totalmente=1, discordo em parte=2, concordo em parte=3, concordo totalmente=4).

Em relação a primeira pergunta, um estudo conduzido com 1395 em idosas na comunidade teve média do escore de 8,2 (DP=1,4) (LAMOND et al., 2008), enquanto outro também com 205 idosos na comunidade, de ambos os sexos, 92% dos entrevistados pontuaram 7 ou mais de na escala de 0 a 10. Outro estudo em 1006 idosos na comunidade avaliou a escala em diferentes faixas etárias, obtendo níveis mais baixos na faixa etária de 50-59 anos (média 7,7; DP=1,8) e níveis maiores na faixa etária de 90-99 anos (média 8,6; DP=1,4) (JESTE et al., 2013). Em relação a segunda afirmação, um estudo considerou que tiveram EBS apenas quem concordou totalmente com a afirmação, enquanto as outras 3 categorias como tendo envelhecimento mal-sucedido; desta forma, metade (50,3%) dos participantes do estudo foram classificados como tendo envelhecimento-bem-sucedido (STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002). Até onde sabemos, não há estudos com esta escala especificamente com médicos idosos, nem na literatura mundial nem no Brasil.

Foi considerado em nosso estudo como tendo EBS quem pontuou igual ou maior que 7 na escala de 1 a 10 da primeira proposição na escala, de acordo com a definição da grande maioria dos estudos já citados que utilizam esta medida.

5.5.5 Montreal Cognitive Assessment

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) é um instrumento de rastreio de fácil aplicação, com duração média de 10 minutos e foi criado para avaliar pacientes com comprometimento cognitivo leve (CCL) com mais sensibilidade que outros instrumentos utilizados, como o Mini Exame do Estado Mental. (NASREDDINE et al., 2005). Desta forma, o MoCA consegue avaliar melhor declínio cognitivo em indivíduos que ainda não tem alterações na funcionalidade e, por isso, não preenchem critérios para uma síndrome demencial.

Ele tem um escore máximo de 30 pontos e cobre 8 domínios cognitivos, com uma boa consistência interna, alfa de Cronbach de 0,83 e um ótima confiabilidade teste-reteste (NASREDDINE et al., 2005). O ponto de corte de 26 pontos (25 pontos ou menos indicam comprometimento cognitivo) é o que melhor contemplou em termos de sensibilidade e especificidade nos estudos iniciais; para detectar indivíduos com comprometimento cognitivo teve uma sensibilidade de 90% e para detectar demência com sensibilidade de 100%. Para corrigir os efeitos da escolaridade, 1 ponto é adicionado para indivíduos com menos de 12 ou menos anos de escolaridade (NASREDDINE et al., 2005). A média de idade no estudo de validação foi de 72,84 (DP=7,03), 75,19 (DP=6,27) e 76,72 (DP=9,83) anos, respectivamente nos grupos controles, CCL e com demência de Alzheimer. A com escolaridade média nos indivíduos com CCL foi relativamente alta, de 12,28 (DP=4,32) anos.

O ponto de corte de 26 pontos tem sido alvo discussões na literatura, e um revisão sistemática recente avaliou que talvez um *cuttoff* de 23 (≤ 22 pontos significa comprometimento cognitivo) pontos seja mais recomendado para diferenciar indivíduos saudáveis dos com comprometimento cognitivo (CARSON; LEACH; MURPHY, 2018).

Na realidade brasileira, um recente estudo com 597 indivíduos entre 50 e 90 anos considerados cognitivamente saudáveis (sem história de transtornos neurológicos/psiquiátricos, sem uso psicofármacos e exclusão de demência através de um questionário de funcionalidade) avaliou adequação dos pontos de corte do MoCA nesta população (APOLINARIO et al., 2018). Foi evidenciado uma forte influência da idade e escolaridade, mas não do sexo. Usando ponto de corte de 26,

86% destes indivíduos seriam considerados comprometidos e com ponto de corte de 23, ainda assim, 67% desta amostra normativa teriam comprometimento cognitivo. O escore médio do MoCA para toda a amostra foi de 20,2 (DP=4,6) e para o subgrupo com curso universitário (7,2% da amostra total) foi de 24,6 (DP=2,8). Desta forma, sugerem-se valores diferentes através de ajustes para idade e escolaridade: por exemplo, um indivíduo com entre 60-69 anos com 20 anos ou mais de escolaridade, um ponto de corte para comprometimento cognitivo mais adequado seria ≤ 23 pontos usando um z-score ≤ -1 (mais sensibilidade) e ≤ 22 pontos usando um z-score ≤ -1,5 (mais especificidade) (APOLINARIO et al., 2018).

Nenhum instrumento é utilizado especificamente para médicos e avaliar cognição em um grupo com alta escolaridade e reserva cognitiva pode ser um desafio. O MoCA já foi avaliado em um estudo que avaliou 124 casos de médicos com problemas cognitivos em um programa específico para saúde médica (*Pshysician Health Programme*), com média de idade relativamente jovem de 51 anos (DP=12,9) e um escore médio de 27 pontos (DP=2,8), com demonstração de um efeito-teto nesta coorte (BROOKS et al., 2016).

5.5.6 O instrumento SF-36

O *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey* (SF-36) é um instrumento genérico de avaliação amplamente utilizado em todo mundo e um dos mais empregado em pesquisas com a finalidade de avaliar de forma genérica a qualidade de vida, composto de 36 questões divididas em 8 domínios, com duração média de 5 a 7 minutos (BRAZIER et al., 1992; CICONELLI et al., 1999). O SF-36 é derivado de um extenso questionário de 149 itens.

Um total de 35 itens contribuem para os domínios avaliados e 1 item não pontuado questiona acerca da mudança de saúde da pessoa no último ano. Em seis das oito dimensões os voluntários são solicitados para pontuar suas respostas em uma escala de 3 ou 6 pontos. Para cada uma das 8 dimensões diferentes, os itens são codificados, somados e transformados em uma escala de 0 (pior estado de saúde) até 100 (melhor estado de saúde) (BRAZIER et al., 1992).

O SF-36 é um instrumento que utilizado em estudos em idosos em vários estudos (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; LAMOND et al., 2008; VANLEERBERGHE et al., 2017) e já traduzido para o português e validado para o uso na população brasileira, com pessoas com média de idade de 49,2 anos (DP 13,28) e reprodutibilidade intra e interobservadores estatisticamente significante (0,4426 < r < 0,8469 e 0,5542 < r < 0,8101, respectivamente) (CICONELLI et al., 1999).

Alguns estudos que avaliam critérios operacionalizados de EBS definido pelos pesquisadores utilizam do SF-36. Por exemplo, no estudo de Montross et al. (2006) foi definido que a pontuação ≥ 73 pontos no domínio de saúde mental (que vai de 0 a 100 pontos) seria considerado como tendo um EBS pelo critério operacionalizado de “satisfação de vida/bem-estar”; neste mesmo estudo, dos 7 critérios utilizados para classificar o EBS, um deles foi a estar “livre de incapacidades” e avaliou que satisfaria tal critério quem pontuasse “sem limitações” nas habilidades de levantar ou carregar mantimentos/ subir um lance de escadas/ curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se/ andar um quarteirão/ tomar banho ou vestir-se.

5.6 DEFINIÇÃO DE ATIVIDADE MÉDICA

Foi considerada atividade médica qualquer tipo de atividade que envolva prática da medicina, seja no contato direto com paciente em qualquer esfera, seja em atividades de preceptoria dentro de hospitais universitários, ensino na graduação para cursos de medicina ou atividades médicas relacionadas a gerenciamento de serviços de saúde.

Além disto, no questionário sócio demográfico, foi especificada o tipo de atividade exercida, especialidade médica que exercia ou ainda exerce (posteriormente divididas em 2 categorias, especialidades cirúrgicas e não-cirúrgicas) e a carga horária de trabalho semanal a que o profissional é submetido, além de outras variáveis sociodemográficas.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as estatísticas: média, desvio padrão, mediana, percentis 25 e 75, valor mínimo e valor máximo para as variáveis numéricas. Para avaliar associação entre duas variáveis numéricas foi obtido o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman e um teste t-Student específico para a hipótese de correlação nula. Para a comparação entre categorias de variáveis em relação numéricas foram utilizados os testes t-Student ou Mann-Whitney no caso de duas categorias e F (ANOVA) ou Kruskal-Wallis no caso de mais de duas categorias e no caso de diferenças significativas pelo Kruskal-Wallis foram realizadas comparações múltiplas do referido teste. Para verificar associação entre duas variáveis numéricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher

No caso de diferença significativa pelo teste F (ANOVA) foram utilizados testes de comparações múltiplas de Tukey. A escolha dos testes t-Student, F (ANOVA) e da correlação de Pearson ocorreu quando os dados apresentaram distribuição normal e teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman quando a hipótese de normalidade foi rejeitada. A verificação da normalidade foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk e a igualdade de variâncias através do teste F de Levene.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na versão 23.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Estudo foi **r**ealizado conforme à Resolução 466/12 do CNS.

Foi explicado aos voluntários que poderia haver possíveis riscos e benefícios. O possível risco que o(a) participante teria ao participar desta pesquisa seria a sensação de constrangimento em caso de não saber responder corretamente a algum dos questionários, mas esse risco seria minimizado pelo fato de o(a) participante responder as perguntas com privacidade.

O(a) participante poderia ter os seguintes benefício direto: orientação e reflexão quanto ao próprio envelhecimento e variáveis que podem estar relacionadas, avaliando o seu nível de felicidade e bem-esta com a vida. E poderia ter os seguintes benefícios indiretos: contribuir para entendimento do envelhecimento da população em geral do nosso meio, em especial para a classe dos médicos idosos e compreender a influência que o trabalho (ou a ausência dele) pode contribuir na vida do indivíduo.

Todas as informações desta pesquisa foram confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Nada foi pago ou foi cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

O início da coleta só foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética da do Centro de Ciências de Saúde da UFPE (CAAE 68257917.6.0000.5208), em 6 de julho de 2017 (ANEXO H). Todos os voluntários foram explicados sobre a pesquisa e preencheram o Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

6 RESULTADOS

6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Um total de 65 médicos idosos foram entrevistados em nosso estudo. A média de idade dos participantes foi de 71,32 anos (DP=3,83), com idade mínima de 65 anos e idade máxima de 83 anos. Verifica-se que a variabilidade de idade expressa do desvio-padrão (DP) se mostra reduzida, uma vez que foi inferior a 1/3 da média correspondente e a variabilidade das horas de trabalho não foi elevada, pois o DP foi menos da metade da média correspondente (TABELA 1).

Tabela 1 – Estatísticas da idade e de horas de trabalho semanal

Variável	Estatística		
	Média ± DP	Mediana (P25; P75)	(Mínimo; Máximo)
Idade	71,32 ± 3,83	71,00 (68,00; 74,50)	(65; 83)
Horas de trabalho(1)	32,64 ± 15,05	30,00 (20,00; 40,00)	(8; 72)

(1) Não foram considerados os 6 participantes que não trabalhavam na área médica

A maioria dos participantes era do sexo masculino (66,2%). Dentre as faixas etárias, as mais prevalentes foram as de 65 a 69 anos e 70 a 74 anos, respectivamente com 38,5% e 36,9% da amostra e 24,6% tinham idade ≥ 75 anos. Em relação à formação acadêmica, a maioria (70,8%) tinha especialização ou residência como o grau mais elevado de escolaridade e os 29,2% restantes tinham mestrado, doutorado ou pós-doutorado.

No que se referiu ao estado civil, a maioria (70,8%) foi composta por pessoas casadas ou em união estável e o restante eram solteiros, divorciados ou viúvos. A maioria (81,5%) residia com outras pessoas em casa. Com exceção de 6,2% participantes, os 93,8% demais tinham filhos e, do percentual que tinham filhos, 55,4% tinham três ou mais filhos e 26,2% tinham dois filhos (TABELA 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra estudada

Variável	n	%
TOTAL	**65**	**100,0**
Sexo		
Masculino	43	66,2
Feminino	22	33,8
Faixa etária (anos)		
65 a 69	25	38,5
70 a 74	24	36,9
75 a 83	16	24,6
Grau de instrução mais elevado		
Especialização ou residência	46	70,8
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	19	29,2
Estado civil		
Solteiro (a), divorciado (a) ou viúvo (a)	19	29,2
Casado (a) ou união estável	46	70,8
Tem filhos		
Sim	61	93,8
Não	4	6,2
Número de filhos		
Não tinha filhos	4	6,2
Um filho	8	12,3
Dois filhos	17	26,2
Três ou mais	36	55,4
Quem mora com você		
Sozinho (a)	12	18,5
Com outras pessoas	53	81,5

Da extensa relação de especialidades as mais frequentes foram: pediatria (21,5%) e psiquiatria (13,8%) e as demais tiveram frequências que variaram de 1,5% a 7,7%. A maioria (63,1%) das especialidades citadas correspondeu a especialidades não-cirúrgicas. A grande maioria dos médicos ainda trabalhava em atividades relacionadas a medicina (90,8%), apesar de a maioria (86,2%) ter afirmado já estar aposentado de algum vínculo profissional. Em relação a carga de trabalho semanal, no grupo total, mais da metade (55,4%) trabalhava mais de 30 horas semanais e 9,2% não trabalhava em atividades relacionadas à medicina. Mais da metade dos médicos (55,4%) afirmou ter renda até R$ 20.000,00, seguido de 32,3% com renda na faixa mais de R$ 20.000 a 30.000,00 (TABELA 3).

Tabela 3 – Características relacionadas a especialidades médicas, renda mensal, exercício de atividade médica e aposentadoria dos médicos estudados

Variável	N	%
TOTAL	**65**	**100,0**
Especialidade medica que ainda exerce ou exerceu antes de se aposentar (1)		
Psicanalista	3	4,6
Pediatria	14	21,5
Psiquiatria	9	13,8
Urologia	3	4,6
Nefrologia	2	3,1
Obstetrícia/ ginecologia	5	7,7
Medicina do trabalho	5	7,7
Dermatologia	1	1,5
Radiologia	2	3,1
Cardiologia	5	7,7
Anestesiologia	5	7,7
Homeopatia	1	1,5
Patologia	1	1,5
Ortopedia	3	4,6
Professor	3	4,6
Medicina esportiva	2	3,1
Cirurgião plástico	4	6,2
Hematologia	2	3,1
Pneumologia	1	1,5
Gastroenterologia	3	4,6
Mastologia	1	1,5
Endoscopia digestiva	1	1,5
Cirurgia geral	2	3,1
Proctologia	1	1,5
Tipo de especialidade		
Cirúrgica	23	35,4
Não cirúrgica	41	63,1
Não foi possível determinar	1	1,5
Atualmente exerce atividade de trabalho		
Sim	60	92,3
Não	5	7,7
A atividade de trabalho estava relacionada à medicina		
Sim	59	90,8
Não	1	1,5
Não trabalha mais	5	7,7
Está aposentado de algum vínculo profissional		
Sim	56	86,2
Não	9	13,8
Horas de trabalho semanal em atividades médica		
Até 30 horas	23	35,4
Mais de 30 horas	36	55,4
Não trabalhava mais ou não trabalhava em atividade relacionada à medicina	6	9,2
Renda mensal (R$)		
Até 20.000	36	55,4
Mais de 20.000 a 30.000,00	21	32,3
Mais de 30.000,00	8	12,3

(1) Devido à possibilidade da resposta em mais de uma alternativa a soma das frequências pode ser superior ao total da amostra.

Em relação às doenças existentes informadas pelos participantes, as mais frequentes eram: hipertensão arterial (63,1%), diabetes (32.3%), dislipidemia (24,6%) e doenças coronárias (10,8%). Nenhum voluntário tinha demência (critério de exclusão) e as demais doenças tiveram percentuais de 1,5% a 7,7%. Destaca-se que apenas 5 (7,6%) dos entrevistados informaram que não tinham nenhuma doença. Conforma critérios de exclusão estabelecidos, nenhum paciente fazia uso das medicações donepezila, rivastigmina, donepezila e/ou memantina (TABELA 4).

Os dados sociodemográficos relativos a atividades de lazer, atividade física, religiosidade, atividade e satisfação sexual, sono e uso de bebidas alcoólicas podem ser vistos também da tabela 4.

Tabela 4 – Outras características sociodemográficas estudadas na amostra

Variável	N	%
TOTAL	**65**	**100,0**
HAS	41	63,1
Dislipidemia	16	24,6
Diabetes	21	32,3
Doença coronárias	7	10,8
Depressão	5	7,7
Hérnia de disco	4	6,2
Transtorno de ansiedade	1	1,5
Osteoporose	1	1,5
Labirintite	1	1,5
Glaucoma	2	3,1
Artrose	3	4,6
Câncer de próstata e rim	1	1,5
Hiperplasia prostática	1	1,5
Apneia do sono	1	1,5
Asma	2	3,1
Demência	-	-
Realiza atividade de lazer		
Sim	62	95,4
Não	3	4,6
Frequência das atividades de lazer		
Uma vez por semana ou menos	37	56,9
Diariamente	25	38,5
Não faz atividade de lazer	3	4,6
Realiza atividade física		
Sim	49	75,4
Não	16	24,6
Com que frequência		
3 vezes ou mais por semana	19	29,2
Menos de 3 vezes por semana	30	46,2
Não realiza atividade física	16	24,6
Você tem alguma religião		
Sim	45	69,2
Não	9	13,8
Não tenho religião, mas me considero espiritualizado	11	16,9

(Continuação da Tabela 4)

Variável	N	%
Frequência da pratica da religião		
Semanalmente	24	36,9
Menos de uma vez por semana	32	49,2
Não tem religião	9	13,8
Durante o mês passado como você avalia o seu sono		
Muito bom	13	20,0
Bom	39	60,0
Ruim	13	20,0
Muito ruim	-	-
Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve á noite		
Até 6 horas	23	34,8
Mais de 6 a 8 horas	37	56,1
Mais de 8 horas	6	9,1
Como você classifica a satisfação com sua vida sexual		
Satisfeito	42	64,6
Insatisfeito	23	35,4
Frequência de atividade sexual		
Não tenho vida sexual ativa	18	27,7
Menos de uma vez por semana	13	20,0
Uma vez por semana	28	43,1
Mais de uma vez por semana	4	6,2
Faz uso de bebida alcoólica		
Sim	49	75,4
Não	16	24,6
Durante os últimos 3 meses, com que frequência você utilizou bebida alcoólica		
Nunca	16	24,6
Uma ou duas vezes	12	18,5
Semanalmente	29	44,6
Mensalmente	5	7,7
Diariamente	3	4,6
Durante os últimos 3 meses, com que frequência o seu uso de álcool resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?		
Nunca	64	98,5
Uma ou duas vezes	1	1,5
Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de álcool ?		
Não, nunca	60	92,3
Sim, mas não nos últimos 3 meses	3	4,6
Sim, nos últimos 3 meses	2	3,1

(1) Devido à possibilidade da resposta em mais de uma alternativa a soma das frequências pode ser superior ao total da amostra.

6.2 COGNIÇÃO E SAÚDE MENTAL POSITIVA

A pontuação média da cognição foi de 23,93 ± 3,04 na escala de MoCA que vai de 0 a 30, com pontuação mínima de 17 e máxima de 30 pontos. O escore médio

de resiliência entre os médicos foi de 29,66 ± 5,11 pelo CD-RISC 10, uma escala que vai de 0 a 40 pontos, com mínimo de 14 e máximo de 39 pontos. A pontuação média otimismo foi de 17,15 ± 3,55 na escala do TOV-R (mínimo de 10 e máximo 24 pontos) e a de felicidade foi de 5,85 ± 0,74 na escala geral de felicidade (mínimo de 3,5 e máximo de 7 pontos). Os valores médios e demais estatísticas encontram-se na tabela 5. Destaca-se a variabilidade reduzida, uma vez que todos os valores dos DPs foram < 1/3 das médias correspondentes nas pontuações das escalas.

Em relação a avaliação subjetiva do EBS, na primeira pergunta sobre o quanto avaliavam seu envelhecimento, em uma escala de 1 a 10, o escore médio foi de 8,65 ± 1,54, com mínimo de 2 pontos e máximo de 10 pontos; também foi avaliado uma variabilidade reduzida nesta escala, conforme mostra a Tabela 5.

A maioria dos pesquisados (92,3%) tiveram valores ≥ 7 e puderam ser classificados como tendo um EBS. Quando os voluntários foram questionados se o quanto concordavam em uma escala de Likert de 4 itens com a seguinte frase “Eu estou envelhecendo bem”, a grande maioria (63,1%) respondeu “Concordar totalmente”, 35,4% afirmou “Concordar em parte” e apenas 1 participante (1,5%) respondeu “Discordo totalmente”.

Tabela 5 – Perfil de variáveis cognitivas e de saúde mental positiva em médicos idosos

Variável	Estatística						
	Média	DP	Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo
MoCA	23,95	3,04	17,00	22,00	24,00	26,00	30,00
CD-RISC 10	29,66	5,11	14,00	27,50	29,00	33,00	39,00
SHS	5,85	0,74	3,50	5,50	6,00	6,25	7,00
TOV-R	17,15	3,55	10,00	14,00	18,00	20,00	24,00
Avaliação do envelhecimento	8,65	1,54	2,00	8,00	9,00	10,00	10,00

6.3 ASPECTOS EMOCIONAIS E FÍSICOS DA QUALIDADE DE VIDA

Em relação aos domínios do SF-36, na qual em cada um dos 8 domínios os itens são codificados, somados e transformados em uma escala de 0 (pior estado de saúde) até 100 (melhor estado de saúde), a média mais elevada correspondeu ao

domínio Saúde mental (95,26), a menos elevada ocorreu no domínio estado geral da saúde (69,98) e as demais variaram de 73,31 (vitalidade) a 85,13 (limitação dos aspectos emocionais). A variabilidade foi reduzida, pois os DPs foram < 1/3 das médias correspondentes (TABELA 6).

Alguns dados em relação aos aspectos físicos e emocionais devem ser destacados pois, como mencionados anteriormente, foram utilizados como um dos parâmetros nas definições de EBS em alguns estudos anteriores (DEPP; JESTE, 2006; MONTROSS et al., 2006). Em relação aos aspectos emocionais, no domínio de saúde mental 93,8% dos entrevistados pontuaram ≥ 73 pontos. Nos quesitos referentes aos aspectos físicos, 41,5% dos entrevistados pontuaram como sem limitações nas seguintes habilidades de levantar ou carregar mantimentos; subir um lance de escadas; curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se; andar um quarteirão; tomar banho ou vestir-se.

Tabela 6 – Escores dos domínios da escala SF-36

Variável	Estatística						
	Media	DP	Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo
Capacidade funcional	80,85	15,53	35,00	70,00	85,00	92,50	100,00
Limitação dos aspectos físicos	81,92	31,10	0,00	75,00	100,00	100,00	100,00
Dor	74,08	19,55	30,00	61,00	72,00	92,00	100,00
Estado geral de saúde	69,98	17,22	25,00	61,00	72,00	82,00	97,00
Vitalidade	73,31	14,72	30,00	67,50	75,00	85,00	100,00
Aspectos sociais	84,23	20,16	12,50	75,00	87,50	100,00	100,00
Limitação dos aspectos emocionais	85,13	28,89	0,00	83,34	100,00	100,00	100,00
Saúde mental	95,26	12,35	52,00	92,00	96,00	104,00	112,00

6.4 CORRELAÇÕES ENTRE COGNIÇÃO E SAÚDE MENTAL POSITIVA

No estudo das correlações entre as escalas MoCA, CD-RISC 10, TOV-R, SHS e escala de avaliação do envelhecimento, foram constatadas correlações significativas e positivas entre CD-RISC-10 com a SHS e a escala de avaliação do envelhecimento. Também houve correlação positiva entre TOV-R e a SHS. Por último, também foi encontrada correlação entre a SHS com escala de avaliação do

envelhecimento. A correlação mais elevada (0,68) ocorreu entre a escala de avaliação do envelhecimento com felicidade e nas demais variáveis com correlações significativas, as correlações variaram entre 0,28 a 0,33 (TABELA 7).

Tabela 7 – Correlação entre variáveis de cognição e saúde mental positiva

Domínios	Escalas				
	MoCA	CD-RISC10	TOV-R	SHS	Envelhecimento
MoCA					
CD-RISC 10	-0,05 (0,685) (1)				
TOV	0,21 (0,092) (2)	0,19 (0,121)(1)			
SHS	- 0,08 (0,514) (1)	0,33 (0,007)* (1)	0,28 (0,023)* (1)		
Envelhecimento	- 0,19 (0,120) (1)	0,33 (0,008)* (1)	0,25 (0,101) (1)	0,68 (< 0,001)* (1)	

(*) Correlação significativamente diferente de zero a 5 %
(1) Correlação de Spearmam.
(2) Correlação de Pearson

6.5 CORRELAÇÕES DO SF-36 E DEMAIS VARIÁVEIS

Quando se fizeram as correlações entre cada um dos domínios de saúde física (D1 a D4) e de saúde emocional (D5 a D8) do SF 36, com as demais escalas de saúde mental positiva, foram verificadas algumas correlações positivas e estatisticamente significativas, conforme demonstrado na tabela 8.

Os valores das correlações variaram de 0,29 a 0,54 e foram mais elevadas entre o domínio vitalidade com avaliação do envelhecimento (0,54) e com felicidade (0,53), entre saúde mental com avaliação do envelhecimento (0,50), saúde mental com felicidade (0,47) entre vitalidade com resiliência (0,42), aspectos sociais com otimismo (0,42) e vitalidade com resiliência (0,42) (TABELA 8).

Tabela 8 – Correlação de Spearman das escalas de saúde mental positiva com os domínios SF-36

Domínios	Escalas				
	MoCA	CD-RISC 10	TOV-R	SHS	Envelhecimento
D1	- 0,11 (0,374)	0,07 (0,575)	- 0,09 (0,941)	0,18 (0,158)	0,23 (0,064)
D2	0,05 (0,673)	0,15 (0,225)	0,42 (0,001)*	0,08 (0,507)	0,25 (0,049)*

(Continuação da tabela 8)

Domínios	Escalas				
	MoCA	CD-RISC 10	TOV-R	SHS	Envelhecimento
D3	- 0,18 (0,161)	0,12 (0,337)	- 0,10 (0,436)	0,06 (0,620)	0,26 (0,040)*
D4	- 0,06 (0,266)	0,15 (0,223)	0,17 (0,167)	0,37 (0,002)*	0,36 (0,003)*
D5	- 0,07 (0,555)	0,42 (0,001)*	0,24 (0,051)	0,53 (< 0,001)*	0,54 (< 0,001)*
D6	- 0,04 (0,752)	0,19 (0,131)	0,42 (0,001)*	0,29 (0,016)*	0,29 (0,019)*
D7	0,20 (0,117)	0,10 (0,418)	0,35 (0,004)*	0,09 (0,477)	0,11 (0,391)
D8	0,05 (0,697)	0,29 (0,020)*	0,30 (0,016)*	0,47 (< 0,001)*	0,50 (< 0,001)*

(*) Correlação significativamente diferente de zero a 5 %
Domínios: D1 Capacidade funcional; D2 Limitação por aspectos físicos; D3 Dor; D4 Estado geral da saúde; D5 Vitalidade; D6 Aspectos sociais; D7 Limitação por aspectos emocionais; D8 Saúde mental.

6.6 CORRELAÇÕES COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Surpreendentemente, o nosso estudo não achou associação estatística entre resiliência, otimismo e felicidade e as seguintes categorias das variáveis de caracterização consideradas mais importantes para serem analisadas no estudo: sexo, faixa etária, tipo de especialização, horas de trabalho e faixas de renda mensal. Também foram realizadas associações das variáveis mencionadas com estado civil, situação com quem mora, número de filhos, atividades de lazer, atividade física, qualidade e horas de sono e uso de bebida alcoólica, todas sem significância estatística (dados não mostrados nas tabelas).

Em relação à avaliação subjetiva do EBS e suas associações com as variáveis sociodemográficas, destaca-se que faixa de renda foi a única variável com diferença significativa ($p<0,05$) das analisadas, conforme demonstrado na tabela 9. Nesta variável se destaca que a média foi menos elevada entre os que tinham faixa de renda até 20 mil reais e mais elevada entre os que tinham renda superior a 30 mil reais, com as comparações múltiplas mostrando diferença significativa entre as faixas de renda até 20 mil reais e mais do que 30 mil reais. Em relação às associações testadas com todas as outras variáveis sociodemográficas citadas no parágrafo anterior, para nossa surpresa, também não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa.

Tabela 9 – Estatísticas da escala do envelhecimento segundo as variáveis de caracterização sociodemográficas

Variável	Média	Desvio padrão	Mediana
Sexo			
Masculino	8,72	1,37	9,00
Feminino	8,50	1,85	9,00
Valor de p	**p (1) = 0,786**		
Faixa etária (anos)			
65 a 69	8,63	1,28	9,00
70 a 74	8,56	1,89	9,00
75 a 83	8,81	1,33	9,00
Valor de p	**p (2) = 0,818**		
Especialização			
Cirúrgicas	8,83	1,80	9,00
Não cirúrgicas	8,59	1,38	9,00
Valor de p	**p (1) = 0,229**		
Horas de trabalho semanal			
Menos de 30	8,30	1,89	9,00
30 ou mais	8,89	1,30	9,00
Valor de p	**p (1) = 0,213**		
Faixa de renda (R$)			
Até 20,000,00	8,28 (A)	1,67	9,00
Mais de 2000,00 a 30.000,00	8,86 (AB)	1,35	9,00
Mais de 30.000,00	9,75 (B)	0,46	10,00
Valor de p	**p (3) = 0,010***		

(*) Diferença significativa a 5%
(1) Através do teste Mann-Whitney
(2) Através do teste Kruskal Wallis com comparações do referido teste
Obs. Se as letras entre parênteses são todas distintas comprova-se diferença significativas entre as categorias correspondentes.

7 DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliadas importantes variáveis do EBS em uma população de médicos idosos, como a resiliência, o otimismo, a felicidade e a avaliação dos próprios participantes do seu envelhecimento, assim como também foram mensuradas a cognição e os aspectos da saúde física e emocional relacionadas à qualidade de vida dos voluntários. Além disto, foram avaliadas as associações de todas as variáveis mencionadas entre si e das mesmas com os dados sociodemográficos.

No nosso estudo foi avaliado que uma grande maioria dos médicos idosos avaliaram de maneira muito positiva seu envelhecimento. Em relação aos níveis de resiliência, felicidade e otimismo, pela escassez de dados em grupos de médicos idosos, as comparações com outros estudos já existentes foram variadas, realizados ora entre idosos na comunidade, ora com população de médicos não-idosos. Para discutir relações das variáveis implicadas em um EBS foram realizadas comparações principalmente com outras populações de idosos em geral, com preocupação maior de dar o enfoque na avaliação que os sujeitos fazem do próprio envelhecimento.

7.1 AVALIAÇÃO DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E SAÚDE MENTAL POSITIVA

O escore médio na avaliação do próprio envelhecimento que foi encontrado em nossos participantes foi de 8,65 na escala de 1 a 10, e pode ser considerada satisfatória em relação a outros estudos que tiveram médias um pouco menor que a nossa, como o que avaliou 1395 idosas na comunidade com uma média de idade semelhante (72,7 *versus* 71,3 do nosso estudo) e teve média de 8,2 nesta escala (LAMOND et al., 2008). Em uma outra pesquisa em idosos da comunidade foi encontrado uma média também de 8,2 na mesma escala, em uma população de idosos na comunidade de ambos os sexos (JESTE et al., 2013).

Em relação à definição do EBS, apesar de nosso estudo não ter definido critérios operacionalizados para classificar objetivamente o EBS dos participantes, como realizado em alguns importantes estudos (MONTROSS et al., 2006; STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002) algumas importantes considerações podem ser feitas.

Em nossa avaliação 92,3% dos participantes puderam ser classificados como tendo um EBS, de acordo com o critério operacionalizado por Montross et al. (2006) (pontuação ≥ 7 na escala tipo-Likert), uma taxa semelhante àquela encontrada neste último estudo de 92% e superior a outra investigação em veteranos de guerra que encontrou uma taxa de 82,1% dos participantes avaliando seu envelhecimento como bem-sucedido (PIETRZAK et al., 2014). O estudo de Strawbridge et al. (2002) encontrou que 50,3% dos participantes avaliaram seu envelhecimento como bem-sucedido (definido pela concordância total com a frase “Eu estou envelhecendo bem”), enquanto no nosso uma parcela maior (63,1%) dos participantes seria considerada como tendo um EBS.

Em relação a resiliência, encontramos uma média de 29,66 pontos na CD-RISC 10. Tal escore seria baixo se comparada a outros artigos publicados com médicos, como que avaliou a média de resiliência de 33,4 pontos na CD-RISC 10 (WARREN et al., 2013), e que avaliou a mesma especificamente entre 133 cirurgiões de várias especialidades, porém com uma média de idade de 48 anos, inferior nossa população de estudo. Em nosso estudo, a média da CD-RIC 10 se avaliada apenas nas especialidades cirúrgicas foi de 30,65 pontos. Ainda comparando com outros valores em médicos, nossa média ficou muito abaixo do estudo que avaliou resiliência em 290 médicos generalistas, com escore médio de 37,82 pontos na CD-RISC 10 (MONTERO-MARIN et al., 2018), porém também em uma população mais jovem que a nossa, com média de idade de 49,01 anos e idade máxima de 61 anos.

Comparando com outras publicações em idosos, um artigo com veteranos de guerra com média de idade de 71 anos, encontrou média de resiliência semelhante a nossa de 30,3 pontos na CD-RISC 10 (PIETRZAK et al., 2014). Em outra investigação utilizando a CD-RISC 10 em idosos na comunidade com idade entre 50 e 99 anos as médias dos escores de resiliência variaram entre 30,8 a 32,1,

dependendo da faixa de idade, com médias ligeiramente maiores que as encontradas em nosso grupo de médicos idosos (JESTE et al., 2013).

No que se refere a estudos na realidade brasileira, não há estudos em médicos com a CD-RISC 10 e o estudo de validação em uma população jovem com média de idade de 28 anos encontrou um escore médio de 29,07 pontos (LOPES; MARTINS, 2011), semelhante a do nosso estudo.

Para comparar a felicidade, assim como em outras variáveis, a ausência de estudos que servissem de parâmetro com médicos idosos foi uma dificuldade. Além disso, há uma falta de uniformidade na avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo, não somente na população médica, como nas populações em geral. Em médicos, alguns estudos avaliaram bem-estar, porém utilizando outras escalas de avaliação (MURRAY; CARDWELL; DONNELLY, 2017).

Utilizando a SHS, um recente estudo em uma população brasileira de psiquiatras, encontrou escore de 5,69 (MACHADO et al., 2016), comparável ao escore de 5,85 encontrado em nosso estudo. Neste último estudo, ter filhos, ter boa qualidade de sono e ter iniciativa para atividade sexual foram relacionados positivamente aos escores de felicidades, algo que não foi verificado em nosso estudo em relação ao número de filhos, qualidade de sono ou satisfação com a vida sexual.

O escore médio na escala de otimismo em nosso estudo foi de 17,15, pontuação que foi variável se comparada a outros estudos com idosos; foi bem abaixo da média em um que avaliou 1395 pessoas idosas na comunidade (LAMOND et al., 2008) e que obteve média de 24,3 na escala de TOV-R, porém foi ligeiramente maior que o escore médio obtido de 16,4 no TOV-R encontrado em um grupo de pessoas ≥ 71 anos em uma população de diferentes faixas etárias (SCHOU-BREDAL et al., 2017).

Nas comparações das pesquisas de otimismo em médicos idosos, os nossos resultados também não puderam ser avaliados adequadamente. Em um estudo observacional com 221 médicos generalistas (MURRAY; CARDWELL; DONNELLY, 2017), foi encontrado no grupo com idade ≥ 55 anos um escore médio no TOV-R de 16,1 inferior ao obtido em nosso estudo, com pontuações maiores em mulheres e no grupo mais velho em relação aos mais jovens. Em nosso estudo também não houve

efeito na associação de sexo e otimismo. Um outro estudo com 134 médicos residentes para avaliar tratamentos em medicina paliativa obteve média na TOV-R de 16,55, porém as características do grupo muito diferentes do nosso dificultam as comparações (CRIPE et al., 2017).

A literatura evidencia que os médicos de uma forma geral são submetidos a diversos fatores estressores ao longo da vida e em risco para adoecimento mental (CLEMONS et al., 2018; ZWACK; SCHWEITZER, 2013). Nossa pesquisa, no entanto, encontrou níveis elevados avaliação de EBS comparados a idosos em geral, o que pode levar a crer que existem fatores que contribuam para que médicos consigam avaliar que envelheceram bem. Nossa investigação nos faz pensar que há fatores, como a resiliência, que fazem que isto aconteça; entretanto, apesar disto ser uma possível explicação os níveis de resiliência quando comparados com outros grupos não foram consistentemente maiores, inclusive bem abaixo de populações de médicos mais jovens, levando a crer que pode haver outros mecanismos envolvidos. Outras razões para um melhor bem-estar em relação ao envelhecimento poderiam ser causas sociais, como satisfação financeira e profissional. Em relação a esta última, podemos pensar que seria o motivo de muitos médicos continuarem trabalhando mesmo já estando aposentados.

A persistência em atividades profissionais pode ter efeitos negativos ou positivos na saúde mental, mas não foi possível fazer comparações em nosso estudo por termos uma proporção muito pequena de médicos que não exerciam a medicina. Um importante questionamento que permanece é se isto reflete a realidade da população médica em geral.

Além disso, quando comparada a um estudo em uma população brasileira de médicos mais jovens que a nossa (MACHADO et al., 2016), evidenciamos que os níveis de felicidade obtido em nossa avaliação foi ainda maior. Isto nos leva a acreditar que apesar das limitações que pode haver com a idade, não necessariamente haverá menores níveis de bem-estar. No entanto o bem-estar subjetivo pode ter diferentes visões, e as relações com envelhecimento e longevidade estão longe de serem totalmente compreendidas. O fato de nossa amostra ter sido obtida por conveniência pode ter deixado a mesma mais homogênea, com uma população mais feliz e com maior sensação de ter envelhecido bem, e talvez não reflita a população de médicos em geral na realidade.

7.2 COGNIÇÃO

A média do escore da cognição mesurada pelo MoCA em nosso estudo foi de 23,95, o que coloca nossa população abaixo do limite do considerado normal (ponto de corte 26 pontos) pelo estudo de validação inicial (NASREDDINE et al., 2005).

Entretanto, estudos recentes sugerem avaliar o ponto de corte de 23 pontos para diferenciar indivíduos saudáveis dos com comprometimento cognitivo (CARSON; LEACH; MURPHY, 2018). Um importante estudo recente de valores da escala de MoCA na população brasileira (APOLINARIO et al., 2018) trouxe valores para diferentes faixas etárias e escolaridades. Por exemplo, para valores em uma escolaridade ≥ 20 anos, como a de nosso estudo usando um z-score ≤ -1 seria considerado comprometimento cognitivo na faixa de 60-69 anos um escore ≤ 23 e na faixa de 70-79 um escore ≤ 22. Portanto, teríamos na nossa amostra um grupo com cognição acima da média dos parâmetros normais da nossa população.

É difícil avaliar os escores de cognição em médicos, uma vez que a maioria dos estudos em médicos idosos são a respeito da capacidade de exercer as atividades profissionais, e grande parte em população de médicos que foram encaminhados para comitês específicos devido a preocupações em relação às suas competências profissionais (BROOKS et al., 2016; TURNBULL et al., 2006). Assim, não há um valor estabelecido para pontos de corte do MoCA especificamente em médicos. Um estudo retrospectivo que utilizou o MoCA em médicos encaminhado um programa de saúde para médicos do governo, teve uma média de pontuação de 27 pontos, acima da encontrada no nosso estudo, porém o estudo foi em uma população relativamente jovem (média idade 51 anos) e, ao contrário do nosso estudo, houve apenas uma pequena influência da idade na cognição (BROOKS et al., 2016).

Desta forma, embora os valores normativos do MoCA como mencionado acima ainda sejam alvo de discussão, se compararmos a cognição obtida em nosso estudo com valores recentemente encontrados na população brasileira (APOLINARIO et al., 2018), já considerando idade e escolaridade elevada, temos uma grupo sem comprometimento cognitivo. É possível que a continuidade de atividades médicas contribua para a manutenção de uma boa reserva cognitiva e

pontuações mais elevadas no MoCA. Porém, pela elevada proporção de médicos que ainda estavam em atividade, pode se esperar que tenha se superestimado a cognição em nossa pesquisa em relação a população geral de médicos idosos.

7.3 DOMÍNIOS DO SF-36

O domínio estado geral de saúde é utilizado como comparativo do SF-36 em muitos estudos (ANDRESEN et al., 1996). Em nosso estudo, a pontuação média no domínio estado geral de saúde foi de 69,98 (DP=17,22), semelhante ao escore 71 (DP=16,3) obtido em um estudo com 205 idosos na comunidade (MONTROSS et al., 2006).

Quando os escores dos domínios do SF-36 são comparados de uma forma geral, estudos como o de Montross et al. (2006) realizaram comparações com valores normativos obtidos em um estudo que utilizou 253 idosos em uma comunidade considerados relativamente saudáveis (ANDRESEN et al., 1996). Considerando esse último estudo, é verificado que todos os domínios do SF-36 em nosso estudo têm médias maiores às encontradas nesta amostra referida.

Em nossa população avaliada, 41,5% dos participantes foram considerados como “livres de incapacidade” de acordo com critérios de um estudo anterior que avaliou este critério operacional para classificar os indivíduos como tendo um EBS (MONTROSS et al., 2006); neste estudo utilizado como referência, realizados em idosos na comunidade, foi obtido que 28% dos indivíduos estavam livres de incapacidade, um percentual muito inferior ao obtido em nosso estudo. Além disso, nosso estudo também obteve uma média 80,85 (DP=15,3) no domínio de capacidade funcional, o qual foi maior que a média de idosos na comunidade em alguns estudos (ANDRESEN et al., 1996; JESTE et al., 2013). No estudo de Jeste et al. (2013), que utilizou várias faixas etárias para comparação, com médias progressivamente menores nas faixas mais avançadas, obteve uma média de 48,0 (DP=10,1) na faixa etária dos 60-69 anos, bem inferior à do nosso estudo.

Desta forma, nossa amostra parece ter representado uma população mais saudável e com uma boa capacidade funcional que amostras de idosos em geral, talvez devido a maior parte dos médicos ainda estarem em atividade. É provável

ainda que nossa amostra reflita uma população mais saudável que a de médicos idosos de forma em geral. Porém, mesmo assim ainda foi bem acima da média de 59,3 (DP=2,4) obtida em 144 indivíduos considerados com boa saúde (escore de comorbidades de 0) no estudo de Andresen et al. (1996).

O estudo de Montross et al. (2006) operacionalizou vários critérios para um EBS; um dos critérios utilizados era satisfação na vida e bem-estar, que foi definido por uma pontuação de no mínimo 73 no domínio saúde mental no SF-36. Em nosso estudo, 93,8% dos voluntários pontuaram ≥ 73 pontos e seriam classificados como tendo um EBS, um percentual alto se comparado ao de 79% encontrado no estudo de referência. No domínio de saúde mental, obtivemos uma média de 95,26 (DP=12,35), que também ficou acima dos valores médios que variaram de 79,7 e 89,6 nos 4 grupos de idosos no estudo de comparação (MONTROSS et al., 2006).

Em um outro estudo com 1395 idosas na comunidade, foram obtidos escores médios de 84,1 no domínio de saúde mental e de 74,0 no domínio de capacidade funcional no SF-36, ambos menores que os obtidos em nosso estudo (LAMOND et al., 2008).

Assim, em relação a populações de idosos em geral, os médicos idosos avaliados tiveram medidas de qualidade de vida, tanto em aspectos emocionais, quanto em aspectos de saúde física/funcionalidade consistentemente maiores, refletindo melhores condições de saúde de forma global. No entanto, esses estudos citados acima foram realizados em populações de comunidade, que provavelmente têm características diferentes em relação a população unicamente de médicos avaliada em nosso estudo, o que dificulta comparações mais fidedignas.

7.4 CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS

No estudo das correlações entre as escalas CD-RISC 10, TOV-R, SHS e escala de avaliação do envelhecimento, foram constatadas algumas correlações significativas e positivas, que serão discutidas a seguir no que diz respeito a comparação de nossos resultados com outros estudos semelhantes: primeiramente nas correlações entre as medidas mencionadas acima entre si, posteriormente entre

as mesmas e os domínios do SF-36, e por último enfocaremos nas associações com as variáveis sociodemográficas.

A correlação mais elevada foi entre felicidade com maiores escores de avaliação subjetiva do EBS (r=0,68), sugerindo que, talvez, médicos mais felizes tendem a avaliar melhor o próprio envelhecimento. Este resultado está de acordo com a tendência atual de que qualquer medida para avaliar envelhecimento, deve estar refletida em uma sensação de bem-estar individual, muito além da simples ausência de doenças e incapacidades.

Um estudo que avaliou o bem-estar de uma forma mais ampla através de várias variáveis diferentes (porém não mediu diretamente felicidade geral pela SHS) comparou indivíduos que eram classificados pelos pesquisadores como tendo um EBS de acordo com os critérios de Rowe e Kahn (1997) com os indivíduos que classificavam a si mesmo como tendo um EBS (18,8% *versus* 50,3%, respectivamente) (STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002); quando comparados os resultados do bem-estar nestes 2 grupos, em 14 das 15 medidas utilizadas para avaliar o bem-estar, níveis significativamente ainda maiores foram encontrados naqueles indivíduos classificados com um EBS pela própria avaliação em comparação com o bem-estar dos indivíduos classificados pelos critérios de Rowe e Kahn.

Correlações positivas também foram encontradas entre resiliência e felicidade (r=0,33) e resiliência e a escala de avaliação do envelhecimento (r=0,33), sugerindo que possivelmente médicos mais resilientes tendem a ser mais felizes e pontuar maiores escores na avaliação do seu envelhecimento; entretanto, por ser um estudo transversal, as relações podem ser inversas: médicos mais felizes tornam-se mais resilientes e médicos que avaliam melhor seu envelhecimento tornam-se mais capazes de lidar com eventos estressores, muitas vezes em decorrência do próprio envelhecimento. Nesta direção, alguns estudos também têm demonstrado a correlação entre resiliência e uma avaliação mais positiva do próprio envelhecimento, como o de Montross et al. (2006) e o de Lamond et al. (2008), que também acharam correlação positiva entre resiliência e maior grau de concordância em um EBS (respectivamente com r=0,28 e r=0,42), porém ambos utilizando a escala CD-RISC 25. Um outro estudo mais recente utilizando a CD-RISC 10 também

avaliou uma correlação positiva e significativa entre maior resiliência e maior escore de avaliação do EBS (JESTE et al., 2013).

No que concerne ao otimismo, houve uma correlação positiva entre maiores escores de otimismo e maiores graus de felicidade, porém não houve correlação entre maior otimismo com maior resiliência, ao contrário do que sugere alguns estudos que avaliam uma forte correlação entre estas 2 variáveis (quem tem uma visão mais positiva da vida conseguir lidar melhor com adversidades) (LAMOND et al., 2008). Parece que em nossa população, a resiliência, juntamente com maiores níveis de bem-estar, foi mais importante na avaliação de um EBS e ocorreu independentemente do nível de otimismo. Neste sentido, nosso estudo por ser transversal não nos permite avaliar de forma mais precisa a relação de causa e efeito como em estudos longitudinais, mas podemos deduzir que talvez a maior resiliência em médicos tenha um papel independente do otimismo, talvez devido a característica de uma maior resiliência na classe médica (MCCAIN et al., 2018), que tanto pode ser adquirida ao longo do tempo na prática médica como ocorrer na escolha da medicina por indivíduos mais resilientes desde o início da carreira (MCLUCKIE et al., 2018).

Não houve em nosso estudo também correlação de maior otimismo com melhor avaliação do envelhecimento, ao contrário do que demonstrou outros estudos que demonstraram que maior nível de otimismo tinha correlação positiva com melhor auto avaliação do envelhecimento. (JESTE; DEPP; VAHIA, 2010; JESTE et al., 2013). As causas para a ausência de correlação de maiores níveis de otimismo com uma melhor avaliação do envelhecimento não seriam esperadas, como evidenciada em estudos mencionados, mas poderiam ser explicadas por algumas razões, que incluem questões metodológicas pela amostra relativamente pequena. As comparações dos níveis de otimismo de nossa população com outros estudos foram conflitantes e, desta forma, outra explicação seria que uma melhor avaliação do envelhecimento não seria, necessariamente, mediada por uma atitude mais positiva em relação a vida e sim mais influenciada por efeitos na qualidade de vida, que foram consistentemente maior em nossa amostra, tanto em aspectos emocionais e físicos. Assim, parece um grande desafio separar os efeitos de alguns construtos da saúde de uma forma mais ampla, parecendo em alguns casos, acontecer de maneira retórica e meramente didática.

Em relação aos correlatos entre a avaliação do EBS com os domínios do SF-36, nosso estudo encontrou correlações positivas entre todos os 8 domínios, exceto na capacidade funcional e limitação por aspectos emocionais, com as correlações mais elevadas com a energia/vitalidade (r=0,54) e saúde mental (r=0,50) e menor correlação na limitação por aspectos físicos (r=0,25). Um importante estudo que avaliou a avaliação do envelhecimento em idosos na comunidade (MONTROSS et al., 2006), encontrou correlações entre todos os domínios, exceto na dor, com correlações entre energia/vitalidade (r=0,33) e saúde mental (r=0,30) menores que nosso estudo.

A falta de correlação com a capacidade funcional, baixa correlação com limitação por aspectos físicos e as elevadas correlações com energia/vitalidade e saúde mental, estão de acordo com o que se acredita pelos estudos atuais, que os idosos podem avaliar bem seu envelhecimento, apesar de limitações físicas e incapacidade funcional, talvez por uma maior resiliência.

Neste sentido, também observamos que as correlações positivas com os domínios do SF-36 e resiliência foram justamente nos domínios mais correlacionados com uma avaliação positiva com EBS: energia/vitalidade (r=0,42) e saúde mental (r=0,29). Outro estudo semelhante em idosas em comunidade, também encontrou correlação nos escores de resiliência mensurados pela CD-RISC 25 e o domínio de saúde mental (r=0,49). Assim, como mencionado anteriormente de acordo com outros estudos, a resiliência em nosso estudo pareceu ser um dos fatores mediadores da avaliação do idoso de um melhor grau de envelhecimento.

Em relação às correlatos com as variáveis sociodemográficas, em nosso estudo não houve associação nem correlação da idade nem do gênero com avaliação de um envelhecimento mais bem-sucedido, resultado que diferiu de alguns estudos longitudinais em que idade mais jovem predizia um envelhecimento mais bem-sucedido (JESTE; DEPP; VAHIA, 2010) e outros estudos que encontraram que idades mais avançadas foram correlacionadas a maiores níveis de avaliação positiva do envelhecimento (JESTE et al., 2013). Nosso está em conformidade com o de Montross et al. (2006), que também não avaliou associação com sexo ou idade. Outo estudo que avaliou 2025 veteranos com média de 71 anos, embora tenha sido metodologicamente diferente por ter operacionalizado vários

fatores além avaliação subjetiva como correlatos do EBS, também não avaliou correlação do gênero sexual e idade com EBS (PIETRZAK et al., 2014).

Em nosso estudo, a idade não teve associação em diferentes faixas etárias nem correlação como medida contínua (dado não demonstrado nas tabelas) com otimismo ou resiliência, e tais achados em relação a idade são um importante ponto a ser discutido, uma vez que ao contrário das variáveis físicas e cognitivas que inevitavelmente vão declinar com a idade, o envelhecimento pode ter efeito positivo em alguns casos.

Em relação a resiliência e envelhecimento, no nosso estudo a idade não afetou os escores de resiliência, em conformidade, por exemplo, com estudo de Jeste et al. (2013) que não demonstrou diferenças dos escores de resiliência em diferentes idades, usando o CD-RISC 10 em 1006 idosos na comunidade com idade entre 50 e 99 anos. Um grande estudo com 1395 idosas, porém, demonstrou um efeito inversa e fracamente relacionado a idade utilizando a CD-RISC 25 (LAMOND et al., 2008).

No que concerne a falta de correlação do otimismo com idades mais avançadas, o nosso resultado está em consonância com alguns estudos anteriores (JESTE et al., 2013; STECA et al., 2017) e em discordância com o resultado de outro estudo que demonstrou efeito negativo no grupo de maior faixa etária, porém de tamanho de efeito pequeno e sem efeito linear nas diferentes faixas etárias (SCHOU-BREDAL et al., 2017).

Nosso estudo avaliou que a renda mensal dos participantes estaria associada a uma melhor avaliação do EBS, embora tal associação não tenha sido realizada em outros estudos (MONTROSS et al., 2006). Tal associação pode ser associada ao acaso, porém alguns estudos evidenciaram que pode haver correlação com os escores de auto avaliação do envelhecimento e renda, embora pequena em alguns estudos (JESTE; DEPP; VAHIA, 2010; VAHIA et al., 2010). Uma possível explicação seria o fato de uma maior renda poderia ter influência na forma que os pesquisados avaliam envelheceram, uma vez que a renda, em especial em médicos pode ser vista e valorizada como relacionada a um maior sucesso profissional.

7.5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nosso estudo tem pontos fortes que podem ser importantes para pesquisas posteriores na área. Em primeiro lugar, e talvez como ponto mais importante, deve-se salientar que não há estudos que avaliem especificamente o EBS, nem muitas das variáveis utilizadas, como resiliência, otimismo, felicidade e avaliação subjetiva do envelhecimento especificamente em médicos idosos. Desta forma, este estudo pode ser utilizado como parâmetros para futuras comparações. Além do mais, a avaliação da cognição em comparação com medidas da psicologia e psiquiatria positiva e demais aspectos da saúde mental, traz um novo olhar sobre a avaliação de aspectos cognitivos nos médicos além do enfoque atual da capacidade ou não para exercer a profissão como é empregado atualmente, principalmente em especialidades médicas como cirurgia e anestesia.

Em segundo lugar, no que concerne ao método de coleta de dados, apesar de muitos estudos empregarem métodos não-presenciais, como por correspondência e que permitem uma maior facilidade e número de participantes, foi escolhida a forma presencial em todos instrumentos, pois apesar da dificuldade na realização das mesmas e como consequência um menor tamanho da amostra, existem muitas evidências que demonstram que realizar avaliação por meio de correspondência, em especial idosos e pessoas com comorbidades médicas, pode dificultar a aplicação dos mesmos (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; O'MAHONEY et al., 1998).

Em terceiro lugar, foi possível uma avaliação de diversos aspectos da saúde emocional, física, cognitiva e de qualidade de vida que possibilitou uma visão mais holística do médico e mais global de sua saúde física e mental, de acordo com o conceito mais amplo de saúde da pessoa conforme utilizado nos últimos anos pela OMS. Assim, uma vez que muitos médicos idosos continuam em atividades profissionais, conforme dados da nossa pesquisa, importantes *insights* acerca da necessidade de cuidar de quem cuida podem ser desencadeados, uma vez que se sabe que o bem-estar e a saúde emocional e física do médico têm um impacto direto nos indicadores objetivos da qualidade de saúde prestada à população.

Apesar disto, nosso estudo também tem algumas limitações. Em primeiro lugar, em relação à amostra, o estudo foi realizado com um número pequeno de

participantes e foi de obtida de forma aleatória por conveniência. Assim, como é comum em estudos de amostra por conveniência, há um possível viés de seleção de médicos mais saudáveis fisicamente e mais dispostos emocionalmente a participarem da pesquisa, deixando a amostra mais homogênea e reduzindo a validade externa dos resultados. Com o intuito de minimizar estas limitações, foram realizados esforços para realizar uma análise estatística rigorosa que pudesse avaliar de maneira fidedigna os dados encontrados.

Em segundo lugar, ainda em relação a amostra, ressalta-se que devido fato que muito dados de telefones e correio eletrônico não estarem atualizado, não foi possível obter uma taxa de resposta por não se saber se as pessoas teriam recebido o convite. Além do mais, no Brasil ainda não é comum a realização de pesquisas científicas na população em geral (por exemplo, não há pesquisas pagas em voluntários no Brasil como há nos EUA e em outros países), e em especial em determinadas populações específicas como os médicos, que dificultou um número maior de indivíduos pesquisados e, embora não foi determinada a taxa de resposta, foi avaliada resistência de alguns indivíduos em fazerem parte da pesquisa, mesmo com a garantia de sigilo e disponibilidade de coleta em locais convenientes para o pesquisado. Além disto, apesar de ser garantidos o sigilo e a privacidade na realização dos questionários, alguns voluntários podem ter se sentido desconfortáveis para responder os questionários, ocasionando um viés na resposta do voluntário.

Em terceiro lugar, não foi realizada a operacionalização do conceito do EBS, possibilitando uma comparação da proporção de indivíduos que poderiam ter sido classificados como tendo tido um EBS utilizando medidas mais objetivas, como os critérios de Rowe e Kahn (1997), com a avaliação dos próprios sujeitos de seu envelhecimento. Porém, entendemos que a avaliação dos próprios sujeitos acerca do próprio envelhecimento é um importante instrumento a ser avaliado, mesmo isoladamente, e comparada com outras variáveis individuais do envelhecimento, como fatores psicológicos e sociodemográficos.

Uma outra limitação, que é inerente ao tipo desenho de estudo transversal utilizado, é que não se pode fazer algumas inferências baseadas em correlações encontradas tal relações de causalidade, como por exemplo, se maior resiliência leva a uma melhor avaliação do envelhecimento ou se o sujeito que faz uma

avaliação positiva do envelhecimento terá por conseguinte maior resiliência para enfrentar dificuldades, como doenças e incapacidades. Assim, estudos longitudinais são necessários para esta avaliação mais precisa.

Para finalizar, uma questão inerente a carência de pesquisas na área e que dificultou muito nossas comparações é que, exceto para a cognição, as variáveis pesquisadas não tinham sido verificadas na população avaliada pois, até o presente momento, não é de nosso conhecimento que existam estudos que avaliem as variáveis resiliência, felicidade e otimismo especificamente em médicos idosos, nem que mensurassem a avaliação que tais médicos fazem acerca dos seus processos de envelhecimento. Desta forma, pudemos fazer comparações limitadas. Para minimizar essa limitação e dar força aos nossos resultados, fizemos comparações claras e com tentativa de se obter todas as evidências existentes até o momento provenientes de pesquisas em outros grupos de médicos não-idosos ou com dados oriundos de estudos em idosos na comunidade.

8 CONCLUSÕES

Nosso estudo avaliou uma população médica com média de idade de 71,32 anos, maior parte (66,2%) do sexo masculino e de áreas não cirúrgicas (63,1%). A grande maioria (90,8%) ainda exercia atividades profissionais, embora 86,2% já estivessem aposentados de algum vínculo profissional. Assim, sugere-se que pode ser comum que na classe médica a manutenção de atividades laborativas mesmo em idades avançadas.

Foi constatado que obtivemos uma população relativamente saudável, tanto em aspectos emocionais quanto físicos, comprovado pelos escores na escala de qualidade de vida. Verificou-se, além disto, que os médicos idosos tiveram altos escores de avaliação subjetiva do envelhecimento, com a grande maioria concordando que tinha envelhecido de maneira satisfatória, de forma consistente se comparado com vários estudos que avaliaram idosos em comunidade. Em relação com tal avaliação do sujeito a respeito do próprio envelhecimento, avaliamos que escores mais elevados tiveram uma relação com maiores níveis de felicidade, maior grau de resiliência e faixas de renda mais elevadas.

No contexto da literatura mundial, ressaltamos que apesar de haver muitas pesquisas nos idosos em geral, é essencial que os correlatos de um EBS sejam avaliados adequadamente em algumas populações específicas, como a de médicos idosos. Além disto, é muito importante que estudos longitudinais, tanto em populações de idosos em geral como em grupos individualizados como de médicos, sejam realizados para se entender a causalidade das relações entre variáveis da saúde mental, física e cognitiva com o EBS. Assim, compreendendo tais relações causais podem ser realizadas intervenções tanto para melhorar aspectos psicológicos que possam estrar comprometidos, como no planejamento de estratégias de prevenção de estados emocionais desfavoráveis e de transtornos mentais.

O conceito do que o próprio individuo faz do próprio envelhecimento é multidimensional e engloba a saúde física, funcional, psicológica e social e pode variar de acordo com diferentes populações estudadas. No entanto, embora vários estudos já avaliaram tais questões em diversas populações, muitas vezes com

resultados diferentes, ainda pouco se sabe na realidade brasileira: não é claro de uma forma geral quais fatores estão mais relacionados a uma sensação de envelhecimento mais bem-sucedido. Adicionalmente, menos ainda se sabem quais fatores contribuem em tal importante variável na população de médicos idosos.

Devido a tudo isto, é primordial que futuras investigações no Brasil consigam avaliar de forma mais sistemática o EBS avaliado tanto pelos pesquisadores de maneira operacionalizada, quanto em relação a avaliação que os próprios indivíduos fazem acerca do próprio envelhecimento. Desta maneira, serão de fundamental importância e irão contribuir substancialmente para uma melhor compreensão do atual panorama local do envelhecimento.

Finalmente, concluímos que é inegável a importância que se realizem grandes estudos populacionais em idosos em geral, mas ao se avaliar tal questões em grupos específicos, como a população médica, tem-se a uma oportunidade ainda melhor para que se consigam realizar intervenções que sejam mais específicas e individualizadas. Tal conhecimento é condição *sine qua non* para não somente compreender o envelhecimento neste grupo, mas também para promover o EBS entre os médicos. Consequentemente certamente haverá benefícios para a saúde não somente destes profissionais, mas para a saúde de toda a população. Assim, pudemos contribuir para traçar alguns fatores a serem analisados para que possamos alcançar o tão desejado, ainda que por vezes ainda utópico, *envelhecimento bem-sucedido*.

REFERÊNCIAS

ADLER, R. G.; CONSTANTINOU, C. Knowin - or not knowing - when to stop: cognitive decline in ageing doctors. **Medical Journal of Australia**, v. 189, n. 11–12, p. 622–624, 2008.

AGRONIN, M. E. From Cicero to Cohen : Developmental Theories of Aging, From Antiquity to the Present. **The Gerontologist**, v. 54, n. 1, p. 30–39, 2014.

ANDRESEN, E. M. et al. Test-Retest Performance of a Mailed Version of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey Among Older Adults. **Med Care**, v. 34, n. 12, p. 1165–1170, 1996.

APOLINARIO, D. et al. Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Memory Index Score (MoCA-MIS) in Brazil: Adjusting the nonlinear effects of education with fractional polynomials. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 33, n. 7, p. 893–899, 2018.

AUSTROM, M. G. et al. Predictors of life satisfaction in retired physicians and spouses. **Soc Psychiatr Epidemiol**, v. 38, n. 3, p. 134–141, 2003.

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (Eds.). **Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. v. 70p. 1–34.

BALTES, P. B.; LINDENBERGER, U.; STAUDINGER, U. M. Life Span Theory in Developmental Psychology. In: LERNER, R. M.; DAMON, W. (Eds.). **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development**. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 2006. p. 659–664.

BANDEIRA, M. et al. Validação transcultural do teste de orientação da vida (TOV-R). **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 251–258, 2002.

BASTIANELLO, M. R.; PACICO, J. C.; HUTZ, C. S. Optimism , self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version Of The Revised Life Orientation Test (LOT-R). **Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 523–531, 2014.

BEBBINGTON, P. The World Health Report 2001. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 36, n. 10, p. 473–474, 2001.
BLAZER, D. Successful Aging. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 13, n. 1, 2006.

BONANNO, G. A.; WESTPHAL, M.; MANCINI, A. D. Resilience to loss and potential trauma. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 7, p. 511–535, 2011.

BRAZIER, J. E. et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. **BMJ**, v. 305, n. 6846, p. 160–164, 1992.

BROOKS, E. et al. Challenging cognitive cases among physician populations : case vignettes and recommendations. **Occupational Medicine**, v. 67, n. 1, p. 68–70, 2016.

BURSCH, B. et al. Adaptation and Evaluation of Military Resilience Skills Training for Pediatric Residents. **Journal of medical education and curricular development**, v. 4, p. 1–7, 2017.

CAMPBELL-SILLS, L.; FORDE, D. R.; STEIN, M. B. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. **Journal of Psychiatric Research**, v. 43, n. 12, p. 1007–1012, 2009.

CAMPBELL-SILLS, L.; STEIN, M. B. Psychometric Analysis and Refinement of the Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. v. 20, n. 6, p. 1019–1028, 2007.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciencia & Saude coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2919–2925, 2011.

CARD, A. J. Physician burnout: Resilience training is only part of the solution. **Annals of Family Medicine**, v. 16, n. 3, p. 267–270, 2018.

CARSON, N.; LEACH, L.; MURPHY, K. J. A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 379–388, 2018.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; SEGERSTROM, S. C. Optimism. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 7, p. 879–889, 2010.

CHAUKOS, D. et al. Risk and Resilience Factors Associated with Resident Burnout. **Academic psychiatry**, v. 41, n. 2, p. 189–194, 2017.

CHEN, K. C. et al. A survey of the perception of well-being among emergency physicians in Taiwan. **Tzu Chi Medical Journal**, v. 29, n. 1, p. 30–36, 2017.

CHIESI, F. et al. The Accuracy of the Life Orientation Test – Revised (LOT – R) in Measuring Dispositional Optimism: Evidence From Item Response Theory Analyses. **Journal of Personality Assessment**, v. 95, n. 5, p. 523–529, 2013.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143–150, 1999.

CLEMONS, M. et al. A prospective intervention to improve happiness and reduce burnout in oncologists. **Supportive care in cancer**, 2018.

CLONINGER, C. R. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. **World psychiatry**, v. 5, n. 2, p. 71–76, 2006.

CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H. Personality and the perception of health and happiness. **Journal of Affective Disorders**, v. 128, n. 1–2, p. 24–32, 2011.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76–82, 2003.

CRIPE, L. D. et al. Physicians in Postgraduate Training Characteristics and Support of Palliative Sedation for Existential Distress. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 34, n. 8, p. 697–703, 2017.

DAMÁSIO, F.; ZANON, C.; KOLLER, S. H. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. **Universitas Psychologica**, v. 13, n. 1, p. 17–24, 2014.

DAVIDSON, J. R. T.; CONNOR, K. M. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual. p. 1–139, 2017.

DAVYDOV, D. M. et al. Resilience and mental health. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 5, p. 479–495, 2010.

DEPP, C. A.; JESTE, D. V. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 6–20, 2006.

DEPP, C.; VAHIA, I. V.; JESTE, D. Successful Aging: Focus on Cognitive and Emotional Health. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 6, p. 527–550, 2010.

DIENER, E.; CHAN, M. Y. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 3, n. 1, p. 1–43, 2011.

DUFFRIN, C.; LARSEN, L.; CAROLINA, N. The effect of primary care fellowship training on career satisfaction , happiness and perceived stress. **Postgraduate Medical Journal**, v. 90, n. 1065, p. 377–382, 2014.

DYRBYE, L. N. et al. Physician satisfaction and burnout at different career stages. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 88, n. 12, p. 1358–1367, 2013.

EVA, K. W. The aging physician: changes in cognitive processing and their impact on medical practice. **Academic Medicine**, v. 77, n. 10, p. S1–S6, 2002.

FERRAZ, R.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. L. Happiness: a review. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 234–242, 2007.

FLETCHER, D.; SARKAR, M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. **European Psychologist**, v. 18, n. 1, p. 12–23, 2013.

FOX, S. et al. A systematic review of interventions to foster physician resilience.

Postgraduate Medical Journal, v. 94, n. 1109, p. 162–170, 2018.

FRIBORG, O. et al. A new rating scale for adult resilience : what are the central protective resources behind healthy adjustment ? **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 12, n. 2, p. 65–76, 2003.

GERSTORF, D.; SMITH, J.; BALTES, P. B. A Systemic – Wholistic Approach to Differential Aging : Longitudinal Findings From the Berlin Aging Study. **Psychology and Aging**, v. 21, n. 4, p. 645–663, 2006.

GILTAY, E. J. et al. Dispositional Optimism and All-Cause and Cardiovascular Mortality ina Prospective Cohort of Elderly Dutch Men and Women. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, n. 11, p. 1126–1135, 2004.

GURGEL, L. G. et al. Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 4, p. 487–496, 2013.

HAVIGHURST, R. J. Successful Aging. **The Gerontologist**, v. 1, n. 1, p. 8–13, 1961.

HOJAT, M. et al. Underlying construct of empathy , optimism, and burnout in medical students. **International Journal of Medical Education**, v. 6, p. 12–16, 2015.

HUPPERT, F. A.; WHITTINGTON, J. E. Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. **Br J Health Psychol**, v. 8, n. 1, p. 107–122, 2003.

JENSEN, P. M. et al. Building physician resilience. **Canadian family physician**, v. 54, n. 5, p. 722–729, 2008.

JESTE, D. V. et al. Positive psychiatry: Its time has come. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 76, n. 6, p. 675–683, 2015.

JESTE, D. V.; DEPP, C. A.; VAHIA, I. V. Successful cognitive and emotional aging. **World Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 78–84, 2010.

JESTE, D. V et al. Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. **Am J Psychiatry**, v. 170, n. 2, p. 188–196, 2013.

KALISCH, R.; MÜLLER, M. B.; TÜSCHER, O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. **The Behavioral and brain sciences**, v. 38, p. 1–79, 2015a.

KALISCH, R.; MÜLLER, M. B.; TÜSCHER, O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. **The Behavioral and brain sciences**, v. 38, p. e92, 2015b.

KIM, P. J. et al. Comparison of Completion Rates for SF-36 Compared With SF-12 Quality of Life Surveys at a Tertiary Urban Wound Center. **Journal of Foot and Ankle Surgery**, v. 56, n. 5, p. 1031–1035, 2017.

KOBAU, R. et al. Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 8, p. 1–9, 2011.

LAMOND, A. J. et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. **Journal of Psychiatric Research**, v. 43, n. 2, p. 148–154, 2008.

LAPA, T. A. et al. Burnout syndrome and wellbeing in anesthesiologists : the importance of. **Minerva Anestesiologica**, v. 83, n. 2, p. 191–199, 2017.

LAURENCE, C. O. et al. Personality characteristics and attributes of international medical graduates in general practice training: Implications for supporting this valued Australian workforce. **The Australian Journal of Rural Health**, v. 24, n. 5, p. 333–339, 2016.

LEBARES, C. C. et al. Burnout and Stress Among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 226, n. 1, p. 80–90, 2018.

LEE, L.; WESTON, W. The aging physician. **Canadian Family Physician**, v. 58, n. 1, p. 17–18, 2012.

LEE, N. et al. Improving resident well-being and clinical learning environment through academic initiatives. **Journal of Surgical Research**, v. 215, p. 6–11, 2017.

LEIGH, J. P. et al. Physician Career Satisfaction Across Specialities. **Archives of internal medicine**, v. 162, n. 14, p. 1577–1584, 2002.

LESS, E. et al. Emotional impact of retirement on physicians. **Tex Med**, v. 97, n. 9, p. 66–71, 2001.

LEVINSON, W.; GINSBURG, S. Is it time to retire? **JAMA**, v. 317, n. 15, p. 1570–1571, 2016.

LIM, M. L. et al. Resilience , stressful life events , and depressive symptomatology among older Chinese adults. **Aging & Mental Health**, v. 19, n. 11, p. 1–10, 2015.

LIU, B. et al. Does happiness itself directly aff ect mortality ? The prospective UK Million Women Study. **The Lancet**, v. 387, p. 874–881, 2016.

LIVINGSTON, G. et al. The Lancet Commissions Dementia prevention , intervention , and care. **Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2672–2734, 2017.

LOBOPRABHU, S. M. et al. The aging physician with cognitive impairment: Approaches to oversight, prevention, and remediation. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 17, n. 6, p. 445–454, 2009.

LOPES, V. R.; MARTINS, M. C. F. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de

Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 36–50, 2011.

LUTHAR, S. S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: CICCHETTI, D.; COHEN, D. J. (Eds.). **Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation**. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc., 2006. p. 740–795.

LUTHAR, S. S.; CICCHETTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. **Child development**, v. 71, n. 3, p. 543–562, 2000.

LUTHAR, S. S.; ZELAZO, L. B. Research on resilience: An integrative review. In: LUTHAR, S. S. (Ed.). **Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 510–550.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The Benefits of Frequent Positive Affect : Does Happiness Lead to Success? **Psychological Bulletin**, v. 131, n. 6, p. 803–855, 2005.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. A measure of subjective happiness : Preliminary reliability and construct val idation. **Social Indicators Research**, v. 46, n. 2, p. 137–155, 1999.

MACHADO, L. et al. Happiness and health in psychiatry: What are their implications? **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 42, n. 4, p. 100–110, 2015.
MACHADO, L. et al. Happiness and Defense Styles in Psychiatrists. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 204, n. 3, p. 181–187, 2016.

MACHADO, L.; CANTILINO, A. A systematic review of the neural correlates of positive emotions. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 39, n. 2, p. 172–179, 2017.

MACHE, S. et al. Exploring the impact of resilience, self-efficacy, optimism and organizational resources on work engagement. **Work**, v. 47, n. 4, p. 491–500, 2014a.

MACHE, S. et al. Surgeons' work engagement: Influencing factors and relations to job and life satisfaction. **Surgeon**, v. 12, n. 4, p. 181–190, 2014b.

MACHE, S. et al. An Evaluation of a Multicomponent Mental Competency and Stress Management Training for Entrants in Surgery Medicine. **Journal or Surgical Education**, v. 72, n. 6, p. 1102–1108, 2015a.

MACHE, S. et al. Managing work-family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors. **BMJ Open**, v. 5, n. 4, p. e006871, 2015b.

MACHE, S. et al. Evaluation of self-care skills training and solution-focused counselling for health professionals in psychiatric medicine: a pilot study. **International journal of psychiatry in clinical practice**, v. 20, n. 4, p. 239–244, 2016.

MARTIN, P. et al. Defining successful aging: A tangible or elusive concept? **Gerontologist**, v. 55, n. 1, p. 14–25, 2015.

MARUTA, T. et al. Optimists vs Pessimists: Survival Rate Among Medical Patients Over a 30-Year Period. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 75, n. 2, p. 140–143, 2000.
MCCAIN, R. S. et al. A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. **Postgraduate Medical Journal**, v. 94, n. 1107, p. 43–47, 2018.

MCFARLAND, D. C.; ROTH, A. Resilience of internal medicine house staff and its association with distress and empathy in an oncology setting. **Psycho-oncology**, v. 26, n. 10, p. 1519–1525, 2017.

MCLUCKIE, A. et al. The Relationship Between Psychological Distress and Perception of Emotional Support in Medical Students and Residents and Implications for Educational Institutions. **Academic Psychiatry**, v. 42, n. 1, p. 41–47, 2018.

MILLS, J.; MCKIMM, J. Resilience: why it matters and how doctors can improve it. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 77, n. 11, p. 630–633, 2016.

MONEY, S. R. Surgical personalities, surgical burnout, and surgical happiness. **Journal of Vascular Surgery**, v. 66, n. 3, p. 683–686, 2017.

MONTERO-MARIN, J. et al. Mindfulness, resilience, and burnout subtypes in primary care physicians: The possible mediating role of positive and negative affect. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 1895, 2015.

MONTERO-MARIN, J. et al. Impact of a Blended Web-Based Mindfulness Programme for General Practitioners: a Pilot Study. **Mindfulness**, v. 9, n. 1, p. 129–139, 2018.

MONTROSS, L. P. et al. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 43–51, 2006.

MÜHLAN, H. et al. Short forms of subjective quality of life assessments from cross-cultural studies for use in surveys with different populations. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, v. 15, n. 3, p. 142–153, 2008.

MURRAY, M. A.; CARDWELL, C.; DONNELLY, M. GPs' mental wellbeing and psychological resources: a cross-sectional survey. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 661, p. e547–e554, 2017.

NASREDDINE, Z. S. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. **J Am Geriatr Soc**, v. 53, n. 4, p. 695–699, 2005.

NEDROW, A.; STECKLER, N. A.; HARDMAN, J. Physician resilience and burnout: can you make the switch? **Family practice management**, v. 20, n. 1, p. 25–30, 2013.

NORTON, P. G.; FAULKNER, D. Longitudinal Study of Performance of Physicians' Office Practices: Data from the Peer Assessment Program in Ontario, Canada. **Journal on Quality Improvement**, v. 25, n. 5, p. 252–258, 1999.

O'BRYANT, S. E. et al. Detecting Dementia with the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Highly Educated Individuals. **Arch Neurol**, v. 65, n. 7, p. 963–967, 2009.

O'MAHONEY, P. G. et al. Is the SF-36 suitable for assessing health status of older stroke patients? **Age and Ageing**, v. 27, n. 1, p. 19–22, 1998.

OLSON, K.; KEMPER, K. J.; MAHAN, J. D. What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? **Journal of evidence-based complementary & alternative medicine**, v. 20, n. 3, p. 192–198, 2015.

ONG, A. D. et al. Psychological Resilience , Positive Emotions , and Successful Adaptation to Stress in Later Life. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 91, n. 4, p. 730–749, 2006.

OTTATI, F.; NORONHA, A. P. P. Factor structure of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R). **Acta Colombiana de Psicología**, v. 20, n. 1, p. 32–39, 2017.

PANAGIOTI, M.; GERAGHTY, K.; JOHNSON, J. How to prevent burnout in cardiologists? A review of the current evidence, gaps, and future directions. **Trends in Cardiovascular Medicine**, v. 28, n. 1, p. 1–7, 2018.

PEISAH, C.; WILHELM, K. Physician don ' t heal thyself: a descriptive study of impaired old doctors. **International Psychogeriatrics**, v. 19, n. 5, p. 974–984, 2007.

PHELAN, E. A; LARSON, E. B. "Successful aging"--where next? **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 50, n. 7, p. 1306–1308, 2002.

PIETRZAK, R. H. et al. Successful Aging Among Older Veterans in the United States. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 6, p. 551–563, 2014.

POWELL, D.; WITHLA, D. **Profiles in Cognitive Aging**. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

POWER, M.; HARPER, A.; BULLINGER, M. The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. **Health Psychology**, v. 18, n. 5, p. 495–505, 1999.

PRINCE, M. et al. The global prevalence of dementia : A systematic review and metaanalysis. **Alzheimer's & Dementia**, v. 9, n. 1, p. 63–75, 2013.

RASMUSSEN, H. N.; SCHEIER, M. F.; GREENHOUSE, J. B. Optimism and Physical Health : A Meta-analytic Review. **Ann Behav Med**, v. 37, n. 3, p. 239–256, 2009.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Human Aging: Usual and Successful. **Science**, v. 237, p. 143–149, 1987.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful Aging. **The Gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 433–440, 1997.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Psiquiatria Geriátrica. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. (Eds.). **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 1334–1351.

SANTOS, S. S. C. Envelhecimento: Visão de Filósofos da Antiguidade Oriental e Ocidental. **Rev RENE**, v. 2, n. 1, p. 88–94, 2001.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCHEIER, M. F.; CARVER, C. S.; BRIDGES, M. W. Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety , Self-Mastery , and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 67, n. 6, p. 1063–1078, 1994.

SCHELTENS, P. et al. Alzheimer's disease. **Lancet**, v. 6736, n. 15, p. 1–13, 2016.

SCHOU-BREDAL, I. et al. Population-based norms of the Life Orientation. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 17, n. 3, p. 216–224, 2017.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An introduction. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5–14, 2000.

SHANAFELT, T. D. et al. Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population between 2011 and 2014. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 90, n. 12, p. 1600–1613, 2015.

SILVER, M. P. et al. A systematic review of physician retirement planning. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 1, p. 67, 2016.

SILVER, M. P.; HAMILTON, A. D.; WILLIAMS, S. A. Life after Medicine: A Systematic Review of Studies of Physicians' Adjustment to Retirement. **Archives of Community Medicine and Public Health**, v. 2, n. 1, p. 001–007, 2016.

SILVER, M. P.; WILLIAMS, S. A. Reluctance to Retire: A Qualitative Study on Work Identity, Intergenerational Conflict, and Retirement in Academic Medicine. **Gerontologist**, v. 00, n. 00, p. 1–11, 2016.

SMITH, B. W. et al. The Brief Resilience Scale : Assessing the Ability to Bounce Back. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 15, n. 3, p. 194–200, 2008.

SOOD, A. et al. Stress Management and Resiliency Training (SMART) program

among Department of Radiology faculty: a pilot randomized clinical trial. **Explore (NY)**, v. 10, n. 6, p. 358–363, 2014.

SOONSAWAT, A.; LAMMANDO, M. A.; ELLISON, J. M. Cognitively Impaired Physicians : How Do We Detect Them? How Do We Assist Them? **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 631–640, 2018.

STAINTON, A. et al. Resilience as a multimodal dynamic process. **Early Intervention in Psychiatry**, p. 1–8, 2018.

STECA, P. et al. Measuring dispositional optimism in patients with chronic heart failure and their healthcare providers : the validity of the Life Orientation Test-Revised. **Patient Preference and Adherence**, v. 11, p. 1497–1503, 2017.

STRAWBRIDGE, W. J.; WALLHAGEN, M. I.; COHEN, R. D. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. **Gerontologist**, v. 42, n. 6, p. 727–733, 2002.

STRYKER, S.; BURKE, P. J. The Past, Present, and Future of an Identity Theory. **Social Psychology Quarterly**, v. 63, n. 4, p. 284–297, 2000.

SULS, J.; BUNDE, J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. **Psychological Bulletin**, v. 131, n. 2, p. 260–300, 2005.

SUZUKI, M. et al. A Study of Remitted and Treatment-Resistant Depression Using MMPI and Including Pessimism and Optimism. **PloS One**, v. 9, n. 10, p. e109137, 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, p. 551–558, 1998.

TURNBULL, J. et al. Competence and Cognitive Difficulty in Physicians: A Follow-up Study: **Academic Medicine**, v. 81, n. 10, p. 915–918, 2006.

VAHIA, I. V et al. Subthreshold Depression and Successful Aging in Older Women. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 212–220, 2010.

VAN DER WERFF, S. J. A. et al. Structural brain correlates of resilience to traumatic stress in Dutch police officers. **Psychoneuroendocrinology**, v. 85, p. 172–178, 2017.

VANLEERBERGHE, P. et al. The quality of life of older people aging in place: a literature review. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 11, p. 2899–2907, 2017.

VEENHOVEN, R. Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, n. 3, p. 449–469, 2008.

VIRSHUP, B.; COOMBS, R. H. Physicians' adjustment to retirement. **The Western journal of medicine**, v. 158, n. 2, p. 142–4, 1993.

WAGNILD, G. A Review of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 17, n. 2, p. 105–113, 2009.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, n. 2, p. 165–178, 1993.

WANG, M. Profiling Retirees in the Retirement Transition and Adjustment Process : Examining the Longitudinal Change Patterns of Retirees ' Psychological Well-Being. **Journal of Applied Psychology**, v. 92, n. 2, p. 455–474, 2007.

WARE, J. E. et al. A 12-Item Short-Form Health Survey of Scales and Preliminary Construction Tests of Reliability and Validity. **Medical care**, v. 34, n. 3, p. 220–233, 1996.

WARREN, A. M. et al. Does caring for trauma patients lead to psychological stress in surgeons? **The journal of trauma and acute care surgery**, v. 75, n. 1, p. 179–184, 2013.

WAXMAN, B. P. The aging psychiatrist: Lessons from our colleagues in surgery and anaesthesia. **Australasian Psychiatry**, v. 24, n. 2, p. 155–156, 2016.

WILLCOX, B. J. et al. Midlife risk factors and healthy survival in men. **Journal of the American Medical Association**, v. 296, n. 19, p. 2343–2350, 2006.

WINDLE, G.; BENNETT, K. M.; NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 8, 2011.

WONG, A. V.-K.; OLUSANYA, O. Burnout and resilience in anaesthesia and intensive care medicine. **BJA EDUCATION**, v. 17, n. 10, p. 334–340, 2017.

YANG, Y. Is adjustment to retirement an individual responsibility? Socio-contextual conditions and options available to retired persons: the Korean perspective. **Ageing and Society**, v. 32, p. 177–195, 2012.

ZWACK, J.; SCHWEITZER, J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. **Academic medicine**, v. 88, n. 3, p. 382–389, 2013.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Programa de pós-graduação em neuropsiquiatria e ciências do comportamento

Estudo comparativo de variáveis do envelhecimento bem-sucedido em médicos idosos e sua relação com a persistência do exercício da profissão médica

Pesquisador responsável:
Rodrigo C. C. da Silva (mestrando)
Orientador:
Dr. Amaury Cantilino

Questionário sociodemográfico

Sexo:
( ) Masculino ( ) Feminino
Idade: _____ anos

Grau de instrução (pode marcar mais de uma):
( ) Especialização ( ) Residência
( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Cidade e Estado onde reside:_____

Estado Civil:
( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) União Estável ( ) Divorciado(a)
( ) Viúvo(a)

Você tem filhos(as)?
( ) Sim ( ) Não

Quantos(as) filhos(as)?
( ) Não se aplica ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais

Quem mora com você (podes marcar mais de um, se for o caso)?
( ) Esposa(o) ( ) Filhos(as) ( ) Sogra(o) ( ) Pais ( ) Sozinho
( ) Outros: _____

Especialidade (s) médica(s) que ainda exerce ou exerceu antes de aposentar:

_____

Você atualmente exerce atividades de trabalho?
( ) Sim ( ) Não

Se estiver exercendo atividade de trabalho, esta atividade de trabalho, está **relacionada a medicina**?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Você já está aposentado de algum vínculo profissional?
( ) Sim ( ) Não
Em caso afirmativo, há quanto tempo: há _____ anos

Quantas horas de trabalho você trabalha em atividades médicas **por semana**, em média (pode somar as horas de uma semana de trabalho usual)?

_____ horas semanais

Se estiver trabalhando, é no serviço público ou na rede privada?
( ) Público ( ) Privado ( ) Ambos

Se estiver trabalhando, qual seu tipo de trabalho (pode marcar mais de uma opção, se for o caso):
( ) Serviço ambulatorial
( ) Serviço de Emergência
( ) Unidade de terapia intensiva
( ) Enfermaria/centro cirúrgico/setores diagnóstico/outros setores hospitalares/clínicas
( ) Preceptoria de residência médica
( ) Docência
( ) Atividades Científicas e pesquisa

Qual nível da atenção à saúde do(s) serviço(s) em que trabalha (pode marcar mais de uma)?
( ) Atenção primária ( ) Atenção secundária ( ) Atenção terciária

Renda mensal pessoal (não incluir salário do(a) companheiro(a)):
( ) Até R$10.000,00 ( ) Entre R$10.000,00 e R$20.000,00
( ) Entre R$20.000,00 e R$30.000,00 ( ) Mais de R$30.000,00

Você possui alguma das doenças listadas abaixo:
( ) Hipertensão arterial ( ) Diabetes ( ) Dislipidemia ( ) Coronariopatias
( ) Demência ( ) Depressão ( ) Transtornos de ansiedade
( ) Outras: _____

Você faz uso das seguintes medicações: **Donepezila/Rivastigmina/Galantamina/Memantina**?
( ) Sim ( ) Não

Você realiza atividades de lazer?
( ) Sim ( ) Não

Quais?
( ) Esportes ( ) Artes ( ) Leituras não científicas ( ) Gastronomia ( ) Viagens

Com que frequência?
( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente
( ) Pelo menos 1 vez por semestre ( ) Pelo menos 1 vez por ano

Altura: _____ metros
Peso: _____ Kg

Realiza atividade física?
( ) Sim ( ) Não

Com que frequência?
( ) Esporadicamente ( ) Menos de 3 vezes por semana

( ) 3 vezes por semana ( ) Mais de 3 vezes por semana
( ) Diariamente

Você tem alguma religião?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho religião, mas me considero espiritualizado

Você se considera praticante?
( ) Sim, semanalmente ( ) Sim, mensalmente
( ) Sim, embora não frequente nenhuma igreja ou templo
( ) Sim, mas frequento a igreja apenas em datas religiosas
( ) Não

Durante o **mês passado**, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?
( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Muito Ruim

Durante **o mês passado**, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (Isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama)
( ) Menos de 4 horas ( ) Entre 4 e 6 horas
( ) Entre 6 e 8 horas ( ) Entre 8 e 10 horas ( ) Mais de 10 horas

Como você classificaria a satisfação com sua vida sexual?
( ) Muito satisfeito(a)
( ) Moderadamente satisfeito(a)
( ) Moderadamente insatisfeito(a)
( ) Insatisfeito(a)
( ) Não tenho atividade sexual, mas gostaria de ter
( ) Não tenho atividade sexual e não tenho vontade de ter

Frequência de atividade sexual:
( ) Diariamente ( ) 3 vezes por semana ( ) 1 vez por semana
( ) 1 vez por mês ( ) Esporadicamente ( ) Não tenho vida sexual ativa

Você faz uso bebidas alcoólicas?
( ) Sim ( ) Não

Durante os últimos **3 meses**, com que frequência você utilizou bebidas alcoólicas?
( ) Nunca ( ) 1 ou 2 vezes ( ) semanalmente
( ) mensalmente ( ) diariamente ou quase diariamente

Durante os últimos **3 meses**, com que frequência o seu uso de álcool resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?
( ) Nunca ( ) 1 ou 2 vezes ( ) semanalmente
( ) mensalmente ( ) diariamente ou quase diariamente

Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de álcool?
( ) NÃO, nunca ( ) SIM, mas não nos últimos 3 meses ( ) SIM, nos últimos 3 meses

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **ESTUDO COMPARATIVO DE VARIÁVEIS DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM MÉDICOS IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM A PERSISTÊNCIA DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA**, que está sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva, residente na R. Piauí, nº183/103, CEP 52061-040, telefone para contato (81)988570237 (inclusive ligações a cobrar), e-mail para contato: rodrigocm.silva@yahoo.com.br. Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Camila Twany Nunes de Souza, telefone para contato (81)996312785 e está sob a orientação de: Amaury Cantilino da Silva Junior, Telefone: (81)3463-4706, e-mail cantilino@yahoo.com.br.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivo avaliar através de questionários de autoavaliação algumas variáveis psicológicas, como felicidade, resiliência, otimismo, bem-estar subjetivo e saúde física, em médicos idosos, realizando uma comparação entre os médicos que estão exercendo as atividades médicas com aqueles que não exercem mais tais atividades. Verificaremos também os dados sociodemográficos dos referidos médicos idossos, tais como sexo, idade, grau de instrução, naturalidade, nacionalidade, estado civil, presença e quantidade de filhos(as), carga horária de trabalho (se em atividade), especialidade(s) médica exercida e tipo de atividade exercida (se em atividade), renda mensal, presença de atividades de lazer e engajamento em grupos sociais, pessoas com quem mora, religião, uso e frequência do uso de álcool, uso de drogas ilícitas, realização de atividade física e atividade sexual.
- O(a) senhor(a) irá participar desta pesquisa respondendo sozinho cinco tipos de questionários (Escala Geral de Felicidade de Lyubomirsky & Lepper; Connor Davidson Resilience Scale – CD-RISC 25 traduzida para o português para o Brasil; Teste de Orientação de Vida-R para otimismo; Escala de bem-estar subjetivo; Questionário geral para avaliação de qualidade de vida SF-36;) e em uma escala de 1-10 o quanto o mesmo considera que teve um envelhecimento bem-sucedido. Para respondê-las você levará em média 20 a 30 minutos.
- O possível risco que o(a) senhor(a) terá ao participar desta pesquisa será o de sensação de constrangimento em caso de não saber responder corretamente a algum dos questionários, mas esse risco será minimizado pelo fato de o(a) senhor(a) responder as perguntas com privacidade.
- O(a) senhor(a) poderá ter os seguintes benefício direto: orientação e reflexão quanto ao próprio envelhecimento e variáveis que podem estar relacionadas, avaliando o seu nível de felicidade e bem-

esta com a vida. E poderá ter os seguintes benefícios indiretos: contribuir para entendimento do envelhecimento da população em geral do nosso meio, em especial para a classe dos médicos idosos e compreender a influência que o trabalho (ou a ausência dele) pode contribuir na vida do indivíduo.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados no computador pessoal do pesquisador principal e em arquivo sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

_____

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **ESTUDO COMPARATIVO DE VARIÁVEIS DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM MÉDICOS IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM A PERSISTÊNCIA DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA,** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____
Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C – SUBMISSÃO DE ARTIGO DE REVISÃO

Elsevier Editorial System(tm) for
Personality and Individual Differences
Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: Resilience among physicians: from medical practice to retirement and aging.
A systematic review of observational studies.

Article Type: Review Article

Section/Category: Review Article (<10,000 words)

Keywords: Psychological resilience; physicians; observational study; systematic review

Corresponding Author: Dr. Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva Silva, M.D.

Corresponding Author's Institution:

First Author: Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva Silva, M.D.

Order of Authors: Rodrigo Cavalcanti Machado da Silva Silva, M.D.; Rodrigo Marques; Leonardo M Tavares; Amaury Cantilino

Abstract: Psychological resilience has received significant attention over recent years and clarification of the research in this area must proceed by conceptual unification. Physicians present substantially higher rates of psychological distress and psychiatric disorders, and in this context resilience plays an important role in mental health. Research based in systematic reviews of observational studies is still lacking in this population. The aim of this review was to identify in quantitative literature evidences of measures and definitions of resilience among physicians and to investigate differences across medical specialties. Four databases (Medline/Pubmed, Web of Science, PsycINFO and Cohrane Central) were searched according to the PRISMA statement. The search yieald a total of 1472 studies and 16 observational studies met the eligibility criteria. The majority of participants were aged under 50 years and the most commonly evaluated specialties were general practitioners, followed by surgeons. Burnout was the most correlated measure, evaluated in 50% of the studies, most demonstrating an inverse correlation with resilience. The study of physician resilience is still in its infancy. Future research should be concerned with how it may be measured, its relation with other constructs and how we may increase resilience in specific populations.

Title page with author details

Resilience among physicians: from medical practice to retirement and aging.
A systematic review of observational studies.

Rodrigo C. M. Silva[1], MD, Rodrigo C. Marques[2], MD, Leonardo M. Tavares[3], PhD and Amaury Cantilino[4], PhD.

1. Rodrigo C. M. Silva, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil
2. Rodrigo C. Marques, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil
3. Leonardo M. Tavares, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil
4. Amaury Cantilino, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil

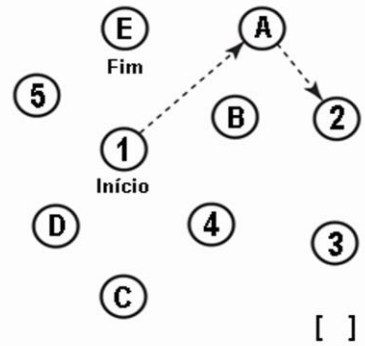
Corresponding authir: Rodrigo C M Silva, 183, Piauí St, apt 103, Poço, Recife, Pernambuco, Brazil, 52061-040; telephone: +55 81 988570237; e-mail: rodrigo.sil@ufpe.br

ANEXO A – MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

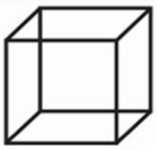
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Versão Experimental Brasileira

Nome:_____ Data de nascimento: __/__/__
Escolaridade:_____ Data de avaliação: __/__/__
Sexo:_____ Idade:_____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA — Pontos



Copiar o cubo



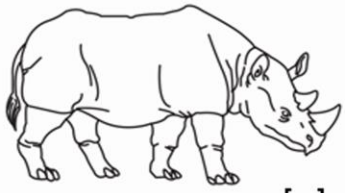
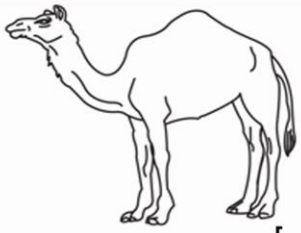
[ ] [ ]

Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)

[ ] Contorno [ ] Números [ ] Ponteiros

__/5

NOMEAÇÃO

[ ] [ ] [ ]

__/3

MEMÓRIA — Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos.

	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho
1ª tentativa					
2ª tentativa					

Sem Pontuação

ATENÇÃO — Leia a seqüência de números (1 número por segundo)

O sujeito deve repetir a seqüência em ordem direta [ ] 2 1 8 5 4
O sujeito deve repetir a seqüência em ordem indireta [ ] 7 4 2

__/2

Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

__/1

Subtração de 7 começando pelo 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto

__/3

LINGUAGEM — Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. [ ]

O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. [ ]

__/2

Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [ ]_____ (N ≥ 11 palavras)

__/1

ABSTRAÇÃO — Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [ ] trem - bicicleta [ ] relógio - régua

__/2

EVOCAÇÃO TARDIA

	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
OPCIONAL	Pista de categoria						
	Pista de múltipla escolha						

__/5

ORIENTAÇÃO — [ ] Dia do mês [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia da semana [ ] Lugar [ ] Cidade

__/6

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org
Versão experimental Brasileira: *Ana Luisa Rosas Sarmento*
Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman
(UNIFESP-SP 2007)

TOTAL
Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade __/30

ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO MOCA

A Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) foi desenvolvida como um instrumento breve de rastreio para deficiência cognitiva leve .O mesmo acessa diferentes domínios cognitivos: Atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, habilidades viso-construtivas, conceituação, cálculo e orientação. O tempo de aplicação do MoCA é de aproximadamente 10 minutos. O escore total é de 30 pontos; sendo o escore de 26 ou mais considerado normal.

1. Alternância de trilha

Aplicação: O examinador instrui o sujeito : "Por favor, desenhe uma linha indo de um número para uma letra em ordem ascendente. Comece aqui {aponte para (1)} e desenhe uma linha de 1 para A, daí para 2 e assim por diante. Termine aqui {aponte para (E)}."

Pontuação: Atribua 1 ponto se o sujeito desenhar satisfatoriamente o seguinte padrão 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E, sem desenhar nenhuma linha que ultrapasse o alvo. Qualquer erro que não for imediatamente auto-corrigido, recebe 0 de pontuação.

2. Habilidades Viso-Construtivas (Cubo)

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções, apontando para o cubo: "Copie este desenho o mais precisamente que você puder, no espaço abaixo"

Pontuação: Um ponto é atribuído para a execução correta do desenho.

- O desenho deve ser tridimensional
- Todas as linhas são desenhadas
- Nenhuma linha é adicionada
- As linhas são relativamente paralelas e seu comprimento é semelhante (prismas retangulares são aceitos).
- O ponto não é atribuído se algum dos critérios acima não for atingido.

3. Habilidades Viso-Construtivas (Relógio)

Aplicação: Indique o terceiro espaço à direita e dê as seguintes instruções:"Desenhe um relógio.Coloque todos os números e marque a hora 11:10"

Pontuação: Um ponto é atribuído para cada um dos três critérios a seguir:

- Contorno (1 ponto): o mostrador do relógio deve ser um círculo somente com uma mínima distorção aceitável (ex:discreta imperfeição ao fechar o círculo);
- Números (1 ponto): todos os números do relógio devem estar na ordem correta e localizados em quadrantes aproximados no mostrador do relógio; números romanos são aceitos; os números podem ser colocados do lado de fora do contorno do círculo.
- Ponteiros (1 ponto): devem haver 2 ponteiros indicando a hora correta; o ponteiro das horas deve ser claramente menor do que o ponteiro dos minutos;os ponteiros devem estar centralizados no mostrador do relógio com sua junção no centro do relógio.
- O ponto não é atribuído se algum dos critérios acima não for atingido

4 . Nomeação

Aplicação: Começando à esquerda, aponte para cada figura e diga :"Me diga o nome desse animal"

Pontuação: Cada ponto é dado para as seguintes respostas: (1) camelo ou dromedário, (2) leão, (3) rinoceronte

5 . Memória

Aplicação: O examinador lê uma lista de palavras no intervalo de uma por segundo dando as seguintes instruções:"Este é um teste de memória. Eu lerei uma lista de palavras que você deverá lembrar-se agora e mais tarde.Ouça com atenção.Quando eu terminar, me diga todas as palavras que você puder lembrar. Não importa a ordem que você as diga." Marque no espaço reservado para cada palavra o desempenho do sujeito na primeira tentativa. Quando o sujeito indicar que terminou (lembrou-se de todas as palavras),ou que não se lembra de mais nenhuma palavra,leia a lista pela segunda vez com as seguintes instruções:"Eu lerei a mesma lista pela segunda vez. Tente se lembrar e me diga todas as palavras que você puder, incluindo palavras ditas da primeira vez." Marque no espaço reservado para cada palavra o desempenho do sujeito na segunda tentativa. Ao final da segunda tentativa, informe o sujeito que lhe será pedido para resgatar essas palavras novamente,dizendo:"Eu lhe pedirei para resgatar essas palavras novamente no final do teste."

Pontuação: Não são dados pontos para as tentativas 1 e 2.

6 . Atenção

Span de dígitos direto

Aplicação: Dê as seguintes instruções :"Eu lhe direi alguns números e quando eu terminar, me repita na ordem exata que eu os disse." Leia a seqüência de 5 números no intervalo de um dígito por segundo.

Span de dígitos indireto

Aplicação: Dê as seguintes instruções :"Agora eu lhe direi mais alguns números porém, quando eu terminar você deverá repeti-los para mim na ordem inversa." Leia a seqüência de 3 números no intervalo de um dígito por segundo.

Pontuação: Atribua um ponto para cada seqüência repetida corretamente, (N.B.:A resposta correta para a tentativa inversa é 2-4-7).

Vigilância

Aplicação: O examinador lê as lista de letras no intervalo de uma por segundo, após dar as seguintes instruções: "Eu lerei uma seqüência de letras. Toda a vez que eu disser a letra A, bata a mão uma vez. Se eu disser uma letra diferente, não bata a sua mão."

Pontuação: Dê um ponto se houver de zero a um erro (um erro é uma batida na letra errada ou uma falha na batida da letra A).

Sete Seriado

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções: "Agora eu lhe pedirei para que você subtraia sete a partir de 100, e então siga subtraindo sete da sua resposta até eu lhe disser que pare." Dê esta instrução 2 vezes se necessário.

Pontuação: Este item é pontuado com 3 pontos. Não atribua ponto (0) para uma subtração incorreta, 1 ponto para uma subtração correta, 2 pontos para duas a três

subtrações corretas e 3 pontos se o participante fizer com sucesso quatro ou cinco subtrações corretas . Conte cada subtração correta de 7, começando de 100.Cada subtração é avaliada independentemente; ou seja, se o participante responde com número incorreto mas continua a subtrair corretamente7 daquele número, dê um ponto para cada subtração correta. Por exemplo, o participante pode responder "92-85-78-71-64" quando o 92 é incorreto, mas todos os números subseqüentes são subtraídos corretamente. Este é um erro e o item deve receber a pontuação de 3.

7 . Replicação de sentença

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções: "Eu vou ler uma sentença para você. Repita depois de mim, exatamente como eu disser: Eu somente sei que João é quem será ajudado hoje." Após a resposta, diga: :"Agora eu vou ler outra sentença. Repita-a depois de mim, exatamente como eu disser[pausa]: o gato sempre se esconde debaixo do sofá quando o cachorro está na sala."
Pontuação: Atribua 1 ponto para cada sentença repetida corretamente.A repetição deve ser exata.Esteja atento para erros que são omissões (omitir "somente", "sempre") e substituições/adições("João é quem ajudou hoje)

8 . Fluência Verbal

Aplicação: O examinador dá a seguinte instrução: "Diga-me quantas palavras você puder pensar que comecem com uma certa letra do alfabeto que eu lhe direi em um minuto. Você pode dizer qualquer tipo de palavra que quiser, exceto nomes próprios (como Beto ou Bauru), números, ou palavras que começam com os mesmos sons porém com diferente sufixo, por exemplo, amor,amante, amando.Eu direi para parar após 1 minuto. Você está pronto?[pausa] Agora , me diga quantas palavras você pode pensar que começam com a letra F.[tempo de 60 segundos]. Pare".
Pontuação: Atribua 1 ponto se o sujeito gerar 11 palavras ou mais em 60 segundos. Grave a resposta do sujeito no espaço ou ao lado.

9 . Abstração

Aplicação: O examinador pede ao sujeito que explique o que cada par de palavras tem em comum, começando com o exemplo: "Diga-me em que uma laranja e uma banana são parecidas". Se o sujeito responde de maneira concreta, então somente diga uma vez adicional:"Me diga de outra forma em que estes 2 itens são parecidos".Se o sujeito não der a resposta apropriada (fruta), diga, "sim, e elas são ambas frutas" não dê nenhuma outra instrução ou esclarecimento.
Após o ensaio, diga :"Agora me diga em que um trem e uma bicicleta são parecidos". Após a resposta, aplique a segunda tentativa dizendo : "Agora me diga em que uma régua e um relógio são parecidos" . Não dê nenhuma instrução adicional ou dica.
Pontuação: Somente os últimos pares de itens são pontuados . Dê 1 ponto para cada par de itens corretamente respondidos. As seguintes respostas são aceitas; trem-bicicleta=meios de transporte, meios de viajar, você viaja em ambos; régua-relógio=instrumentos de medida, usados para medir. As seguintes respostas não são aceitas: trem-bicicleta=eles têm rodas; régua-relógio=eles têm números.

10 . Evocação Tardia

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções:"Anteriormente eu li algumas palavras para você, as quais eu pedi que você se lembrasse. Me diga quantas dessas

palavras você pode lembrar.” Faça uma marca (√) para cada uma das palavras lembradas corretamente espontaneamente sem nenhuma pista, no espaço alocado.
Pontuação: Atribua 1 ponto para cada palavra lembrada livremente sem nenhuma pista.

Opcional

Após a tentativa de evocação livre, dê dicas para o sujeito com a lista de categoria semântica abaixo para qualquer palavra não lembrada.Faça uma marca(√) no espaço alocado.Se o sujeito lembrar da palavra com a ajuda da categoria ou da pista de múltipla escolha, dê dica para todas as palavras não lembradas dessa maneira. Se o sujeito não lembrar da palavra após a pista da categoria, dê a ele a tentativa de múltipla escolha, usando a seguinte instrução como exemplo, “Qual das seguintes palavras você acha que era, nariz, rosto ou mão?”
Use a seguinte categoria e/ou pista de múltipla escolha para cada palavra, quando apropriado:
ROSTO pista de categoria: parte do corpo múltipla escolha: nariz, rosto, mão
VELUDO pista de categoria: tipo de tecido múltipla escolha: jeans, algodão ,veludo
IGREJA pista de categoria: tipo de construção múltipla escolha: igreja,escola,hospital
MARGARIDA pista de categoria: tipo de flor múltipla escolha: rosa,margarida,tulipa
VERMELHO pista de categoria: uma cor múltipla escolha:vermelho,azul,verde
Pontuação: Não são atribuídos pontos para palavras lembradas com pista. A pista é usada somente como proposta para informação clínica e pode dar ao avaliador do teste informação adicional sobre o tipo de distúrbio de memória.Para déficits de memória com falha de resgate,o desempenho pode ser melhorado com a pista.Para déficits de memória com falha de registro, o desempenho não melhora com a pista.

11 . Orientação

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções:“Diga-me a data de hoje”. Se o sujeito não der a resposta correta,então diga imediatamente:” Me digao ano,mês,data exata e o dia da semana]”.Então diga: “Agora me diga o nome deste lugar e em que cidade fica”.
Pontuação: Atribua 1 ponto para cada item corretamente respondido.O sujeito deve dizer a data e local exatos (nome do hospital, setor, consultório). Não são atribuídos pontos se o sujeito comete erro de um dia para outro dia e a data.

Resultado Total : some todos os resultados listados à margem direita.Adicione 1 ponto para o indivíduo que possui 12 anos de escolaridade formal ou menos para um máximo possível de 30 pontos. O resultado total final de 26 ou acima é considerado normal.

ANEXO C – ESCALA DE RESILIÊNCIA CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL (CD-RISC-10)

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-10BRASIL (CD-RISC-10BRASIL) ©

*Quanto as afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no **mês passado**?*
Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro (0)	Raramente verdadeiro (1)	Às vezes verdadeiro (2)	Frequentemente verdadeiro (3)	Quase sempre verdadeiro (4)
1. Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eu costumo me recuperar bem de uma doença,acidentes e outras dificuldades.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	☐	☐	☐	☐	☐

Solano JP, Bracher E, Pietrobon R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson – www.cd-risc.com; mail@cd-risc.com. Direitos reservados.
Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2012, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

ANEXO D – ESCALA GERAL DE FELICIDADE DE LYUBOMIRSKY & LEPPER

Escala Geral de Felicidade de Lyubomirsky & Lepper

Para cada uma das seguintes afirmações e/ou perguntas, circule o número de pontos da escala que considerar mais apropriado a você.

1- Em geral, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa não muito feliz						Uma pessoa muito feliz

2- Comparando com a maioria dos meus amigos, eu me considero:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz						Mais feliz

3- Algumas pessoas são, geralmente, muito felizes. Elas aproveitam a vida, aconteça o que acontecer, procurando obter o máximo. Em que grau essa descrição se aplica a você?

1	2	3	4	5	6	7
De modo algum						Muito

4- Algumas pessoas, geralmente, não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que grau essa descrição se aplica a você?

1	2	3	4	5	6	7
Muito						De modo algum

ANEXO E – TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (TOV-R)

TESTE DE ORIENTAÇÃO DA VIDA (TOV-R)
INSTRUÇÕES
Marque com um X as questões abaixo a respeito de você, indicando o seu grau de acordo, segundo a seguinte
escala:

Discordo totalmente	**Discordo**	**Neutro**	**Concordo**	**Concordo totalmente**
0	**1**	**2**	**3**	**4**

Seja o(a) mais sincero(a) possível e procure não deixar sua resposta a uma questão influenciar suas respostas
às outras questões. Não há respostas certas nem erradas.

1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor. 0 1 2 3 4
2. É fácil para mim relaxar. 0 1 2 3 4
3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer. 0 1 2 3 4
4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. 0 1 2 3 4
5. Eu gosto muito da companhia de meus amigos e amigas. 0 1 2 3 4
6. É importante para mim manter-me em atividade. 0 1 2 3 4
7. Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria. 0 1 2 3 4
8. Eu não me zango facilmente. 0 1 2 3 4
9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo. 0 1 2 3 4
10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas ruins. 0 1 2 3 4

ANEXO F – ESCALA DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

ESCALA DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

1- Para a seguinte questão, nesta escala de 1 a 10, o quanto você avalia o seu envelhecimento?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito mal sucedido									**Muito bem sucedido**

2- O quanto você concorda com a seguinte frase:
"Eu estou envelhecendo bem"

Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
1	2	3	4

ANEXO G – VERSÃO BRASILEIRA DO SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	**1**	**2**	**3**
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	**1**	**2**	**3**
c) Levantar ou carregar mantimentos	**1**	**2**	**3**
d) Subir vários lances de escada	**1**	**2**	**3**
e) Subir um lance de escada	**1**	**2**	**3**
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	**1**	**2**	**3**
g) Andar mais de 1 quilômetro	**1**	**2**	**3**
h) Andar vários quarteirões	**1**	**2**	**3**
i) Andar um quarteirão	**1**	**2**	**3**

j) Tomar banho ou vestir-se	**1**	**2**	**3**

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como conseqüência de sua saúde física?

	Sim	**Não**
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	**1**	**2**
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	**1**	**2**
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	**1**	**2**
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	**1**	**2**

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	**Não**
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	**1**	**2**
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	**1**	**2**
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	**1**	**2**

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	**Muito leve**	**Leve**	**Moderada**	**Grave**	**Muito grave**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva-mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CCS/UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO COMPARATIVO DE VARIÁVEIS DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM MÉDICOS IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM A PERSISTÊNCIA DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA

Pesquisador: RODRIGO CAVALCANTI MACHADO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68257917.6.0000.5208

Instituição Proponente: Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.159.344

Apresentação do Projeto:

O projeto de mestrado "ESTUDO COMPARATIVO DE VARIÁVEIS DO ENVELHECIMENTO BEMSUCEDIDO
EM MÉDICOS IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM A PERSISTÊNCIA DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA" aborda o envelhecimento como um tema cada vez mais importante dentro da psiquiatria e os estudos dos aspectos positivos do envelhecimento como bem-estar subjetivo,otimismo e resiliência como aspectos importantes a serem investigados como fatores determinantes de um envelhecimento bem-sucedido. Cada vez mais idosos conseguem envelhecer preservando aspectos funcionais da saúde física e cognitiva e conseguem manter-se ativos,durante todo o processo de envelhecimento. Algumas profissões, como a área médica, permitem seu exercício mesmo após aposentadoria, seja pelo perfil ativo em geral desempenhado pelo médico ao longo de sua vida produtiva, seja pela necessidade de experiência em determinadas áreas de atuação ou por necessidade financeira individual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Avaliar as diferenças entre médicos idosos que continuam exercendo atividade médica daqueles

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

O tipo de amostragem será não-probabilística, do tipo conveniência ou necessidade e todos os participantes preencherão um Termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente à coleta de dados, serão realizadas análises estatísticas para avaliação de resultados obtidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Após a adequação do projeto em relação as solicitações, recomendamos a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.