

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: ASSOCIAÇÕES COM SAÚDE, MOBILIDADE E PROPÓSITO DE VIDA

Jéssica Dellalibera dos Santos[□], Meire Cachioni¹, Mônica Yassuda¹, Ruth de Melo¹, Deusivânia Falcão¹, Anita Neri¹, & Samila Batistoni¹

¹Departamento de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) – São Paulo (SP) – Brasil, jessica.dellalibera@usp.br; meirec@usp.br; yassuda@usp.br; ruth.melo@usp.br; deusivania@usp.br; anitalbn@uol.com.br; batistoni@gmail.com

RESUMO: A manutenção da participação social na velhice, mesmo na presença de doenças e incapacidades, tem sido potencialmente explicada pela presença de propósito de vida como um indicador motivacional que confere sentido, direção, metas e significado. Porém tais associações têm sido pouco testadas empiricamente. Buscou-se, portanto, testar um modelo hipotético explicativo da participação social considerando as variáveis sexo, idade, escolaridade, número de doenças e mobilidade e propósito de vida a partir de dados de 109 idosos (78,48±4,30 anos; 63,3 % feminino) participantes da medida de seguimento do estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) no subdistrito de Ermelino Matarazzo (SP). Utilizou-se a estratégia de Análise de Equações Estruturais via *Path Analysis* para testar o modelo explicativo. O modelo resultante revelou associações diretas entre escolaridade, mobilidade e propósito de vida e participação social e indiretas entre idade e participação social, mediadas por propósito de vida. Embora, tanto participação social e propósito de vida tendam a diminuir na velhice, maior propósito ampliou as associações com a manutenção das atividades sociais mesmo com o avanço da idade, independentemente de indicadores de escolaridade ou de mobilidade.

Palavras-chave: participação social, metas, idosos, qualidade de vida

SOCIAL PARTICIPATION OF ELDERLY: ASSOCIATIONS WITH HEALTH, MOBILITY AND PURPOSE OF LIFE

ABSTRACT: The maintenance of social participation in old age, even in the presence of diseases and disabilities, has been potentially explained by the presence of life purpose as a motivational indicator that gives meaning, direction, goals and meaning. But such associations have been little empirically tested. Therefore, we attempted to test a hypothetical model explaining social participation, considering the variables gender, age, schooling, number of diseases and mobility and life purpose from data of 109 elderly (78.48 + 4.30 years, 63 , 3% female) participants in the follow-up measure of the

[□] Av. Arlindo Bétio, 1000 Ermelino Matarazzo - São Paulo – SP – Brasil - CEP: 03828-000. email: jessica.dellalibera@usp.br

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

Fragility in Brazilian Elderly (FIBRA) study in the sub-district of Ermelino Matarazzo (SP). We used the strategy of Analysis of Structural Equations via Path Analysis to test the explanatory model. The resulting model revealed direct associations between schooling, mobility and life purpose and social and indirect participation between age and social participation, mediated by life purpose. Although both social participation and life purpose tend to decrease in old age, greater purpose has broadened associations with maintaining social activities even with advancing age, regardless of educational or mobility indicators.

Keywords: social participation, goals, seniors, quality of life

Recebido em 05 de Fevereiro de 2019/Aceite em 02 de Junho de 2019

Participação social, além de compor os principais paradigmas de envelhecimento bem-sucedido, ativo, saudável e produtivo, constitui-se em um campo de investigação especial por dizer respeito a um fenômeno de natureza complexa e expressão diferenciada ao longo de toda a vida. As manifestações de mudança ou estabilidade nos indicadores de participação social trazem efeitos sobre diversos domínios da vida e, também, sobre a qualidade de vida em geral (Aw et al., 2017, Pinto & Neri, 2016).

Embora a maior parte dos estudos empíricos realizados com idosos reafirmam os benefícios da participação social e suas associações com menor risco de mortalidade, declínio cognitivo, depressão, sintomas de solidão, menor institucionalização e maior qualidade de vida (Bhat, Shah, & Rizvi, 2017, Galenkamp & Deeg, 2016; Lai, Bai, & Guo, 2017; Lee, Park, Kwon, & Cho, 2017; Sugarhood & Summerfield, 2016), o exame de dados de estudos longitudinais aponta para uma tendência normativa de declínio em participação social na velhice, principalmente em suas fases mais avançadas (Pinto & Neri, 2016). Interpretações apressadas e descuidadas de tais evidências muitas vezes conduzem à concepção de velhice como um tempo de desengajamento e afastamento da vida social, com prejuízos para a possibilidade de vivê-la de forma positiva, satisfatória ou adaptativa.

Atualmente, uma compreensão mais complexa e interdisciplinar em Gerontologia considera que os movimentos de engajamento ou desengajamento social, de manutenção ou mesmo de restrição em alguns tipos de atividades sociais são processos dinâmicos entre os indivíduos e as estruturas sociais e ambos importantes ao longo de toda a vida. É preciso identificar nesses movimentos seu caráter adaptativo em termos de bem-estar e qualidade de vida manifestos, assim como de preservação do senso de autonomia e de agência do indivíduo sobre o ambiente. É importante identificar, também, se a manutenção ou restrição em atividades são fruto de condições ambientais (físicas, sociais ou culturais) desfavoráveis e/ou excludentes ou de processos de livre escolha e de oferta de oportunidades para o alcance de metas de vida significativas (Ryff, 2014).

Mesmo na ausência de teorias consolidadas e complexas, a literatura gerontológica provê evidências sobre as relações entre participação social e envelhecimento na busca dos fatores associados/responsáveis pelas alterações ou manutenção do envolvimento em atividades sociais na velhice. O envelhecimento ou o aumento da idade em si não respondem sozinhos pelas alterações em participação social. Embora haja certo consenso entre os estudos de que os mais saudáveis e as mulheres são os mais envolvidos em atividades sociais, há que se considerar a existência de heterogeneidade entre idosos a depender dos níveis e do tipo de atividade investigada. Fatores relacionados à saúde, gênero, raça, idade, preconceito, discriminação, motivações, acesso a meios

de transporte, contexto do bairro, apoio familiar passaram a ser cada mais pesquisados (Cornewell & Cagney, 2017, Fengyan, Chi, & Xingi, 2017; Levasseur et al., 2015; Lin, 2017).

Diferenças de renda e escolaridade, por exemplo, podem determinar os tipos e níveis de atividades que os idosos realizam, sendo as de maior participação social aqueles que tem maior escolaridade e maior renda (Lin, 2017, Walsh, Scharf, & Keating, 2017). Comprometimentos de saúde também podem afetar em maior ou menor grau a participação social de idosos, como é o caso de doenças, sintomas e sinais específicos como a esclerose múltipla (Kwiatkowski et al., 2014), função renal reduzida (Bowling et al., 2014), acidente vascular cerebral (Woodman, Riazi, Pereira, & Jones, 2014), lesão medular, disfunção intestinal e a incontinência esfinteriana (Craig, Nicholson, Guest, Tran, & Middleton, 2015). Incontinência urinária, além de limitar a mobilidade e participação social, pode levar ao isolamento social do indivíduo (Melo, Falsarella, & Neri, 2014). Um aumento no número de doenças concomitantes – multimorbidade – gera dificuldades de manejo, interações entre as doenças, sobreposição de sintomas e maior uso e interação entre medicações. A polifarmácia, por sua vez, pode interferir na capacidade funcional e em especial na mobilidade diminuindo a participação social dos idosos ou mesmo a incidência de quedas. Por outro lado, com a adoção de hábitos saudáveis como a prática de exercícios físicos, podem manter a saúde e independência dos idosos, tornando-os ativos (Ferreira et al., 2016). A obesidade e a sarcopenia podem ser preditores da redução de mobilidade dos idosos, sendo a sarcopenia mais prevalente em idosos com 80 anos de idade ou mais (Santos et al., 2017).

As condições de saúde também podem interferir na participação social dos idosos, indiretamente via alterações em autonomia e independência (Clares, Freitas, & Borges, 2014). O domínio da funcionalidade física e das capacidades para realização de tarefas da vida diária tem sido os mais frequentemente considerados nas discussões sobre o envelhecimento e a participação social na velhice. A esse respeito, a literatura gerontológica tem se beneficiado dos estudos realizados no âmbito das ciências da reabilitação, principalmente provenientes das áreas da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. Alterações em mobilidade têm sido frequentemente destacadas nesses estudos como responsáveis por restrição em participação social (Santos et al., 2017). Um dos indicadores de alteração em mobilidade são a lentificação da velocidade da marcha, sendo este um dos componentes do fenótipo de fragilidade em idosos (Fried et al., 2001, Hogan, 2018).

Muitas vezes, os fatores que comprometem saúde, mobilidade e participação social estão sinergicamente associados, o que leva a crer que intervenções em uma ou mais destas variáveis por meio de hábitos e comunidades saudáveis, iniciativas e políticas públicas refletirão diretamente no potencial para viver a velhice com qualidade (Clares, Freitas, & Borges, 2014).

Portanto, interessa também compreender como é possível estimular ou preservar a participação de idosos em atividades sociais, mesmo na presença de condições sociais adversas ou da presença de doenças e incapacidades. Em Gerontologia e em Psicologia do Envelhecimento, variáveis de natureza subjetiva e indicadores motivacionais tem sido as chaves para a compreensão do que se convencionou denominar de “paradoxo do envelhecimento” (Carstensen, 2018, Lawton, Kleban, Rajagopal, & Dean, 1992). Essa denominação tende a ser utilizada diante de fenômenos que, à primeira vista, parecem paradoxais como manter o bem-estar na velhice mesmo diante de condições adversas que podem associar-se a esse processo e que pode se aplicar à manutenção de participação social.

Satisfação com a vida e atitudes positivas em relação a velhice são alguns exemplos de variáveis de natureza subjetiva que os estudos sobre a participação social têm encontrado associação para a variação de tipos e níveis de atividades que os idosos realizam (Melo, Falsarella, & Neri, 2014, Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014). Mas, a manutenção de um senso de propósito de vida na velhice tem se destacado como uma variável interveniente entre o envelhecimento e desfechos

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

positivos em saúde, bem-estar e qualidade de vida. Refere-se a um construto psicológico que, em linhas gerais, se refere a necessidade de encontrar um sentido para a própria existência, a partir do alcance de objetivos e metas de curto, médio e longo prazo que pode representar uma fonte motivacional mesmo na presença de alterações normativas ou patológicas do envelhecimento.

Em revisão sistemática de Irving, Davis e Collier (2017) sobre propósito de vida em adultos mais velhos (com idade entre 55 anos ou mais) os pesquisadores identificaram artigos publicados no período de 2004 a 2015 que especificavam os efeitos físicos e psicossociais de propósito de vida em associação com variáveis demográficas. Houve relações entre maior senso de propósito de vida e melhor saúde e bem-estar, havendo potencial de propósito em todo o curso de vida. Em especial, nos adultos mais velhos, os estudos revisados consideram que a presença de propósito potencializa as contribuições dos mesmos com a sociedade por meio da participação em atividades sociais significativas.

Especificamente, os benefícios de uma vida com propósito incluem, do ponto de vista biológico, um melhor funcionamento do sistema imunológico e maior reserva cognitiva e neural, por exemplo, além de aumento de atividade física e maior expectativa de vida, redução de doenças cardiovasculares e depressão. Encontrou-se evidências de associação com risco reduzido de doença de Alzheimer e comprometimento cognitivo leve. Quanto ao bem-estar, propósito de vida é considerada fonte de resiliência em resposta a eventos imprevisíveis, incontroláveis ou estressantes. Do ponto de vista social acarreta em maior otimismo, satisfação com a vida, maior autoestima e estratégias de enfrentamento mais maduras. Também pode diminuir a probabilidade de depressão para adultos mais velhos e moderar o medo de morte ou solidão.

A revisão destacou, também, que os fatores sociais e ambientais se relacionam com o aumento de propósito de vida, tais como o estado civil e a manutenção da independência, trazendo uma melhor atitude com relação ao próprio envelhecimento e melhorando a qualidade do relacionamento.

Propósito de vida então, guarda em si um potencial explicativo para os níveis de participação social de idosos (Ibrahim & Dahlan, 2015) uma vez que, por prover intencionalidade a ações e direção a metas que guiam o comportamento, podem influenciar decisões diárias sobre o uso dos recursos pessoais. Como já mencionado, na velhice, a disponibilidade recursos internos representados por condições fisiológicas, saúde, funcionalidade, cognição e reservas emocionais são mais escassos, necessitando gerenciá-los de forma adaptativa para manutenção dos níveis de bem-estar. O estudo do propósito de vida, de caráter subjetivo, torna-se importante no campo gerontológico a fim de verificar seus possíveis efeitos e relações com variáveis relacionadas ao bem-estar de idosos, potencializando a promoção de comportamentos e qualidade de vida de idosos que tradicionalmente garantem um melhor envelhecimento.

Poucos testes empíricos sobre essas associações estão disponíveis na literatura de pesquisa. Assim, o objetivo do presente estudo é testar um modelo de associações entre indicadores de saúde (número de doenças), mobilidade (alteração em velocidade da marcha), propósito de vida e participação, considerando sexo e idade de idosos residentes na comunidade. Almeja-se verificar as relações diretas ou indiretas existentes entre as variáveis, tendo o propósito de vida como possível mediador dessas associações.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 109 idosos com 73 anos ou mais de idade residentes no subdistrito de Ermelino Matarazzo (São Paulo - Brasil), pertencentes à amostra de seguimento do estudo Rede FIBRA (acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros) – polo Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), coletados nos anos de 2016 e 2017.

Material

Foram utilizados dados referentes às seguintes variáveis e instrumentos do protocolo do estudo FIBRA:

a) Variáveis Sociodemográficas: sexo (1= masculino; 2= feminino), idade (agrupadas em faixas etárias: 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos e ≥ 80 anos), escolaridade (anos de estudo), renda (valores brutos relatados, convertidos em unidades de salários mínimos), estado civil (solteiro/a, casado/a ou vive com companheiro/a, viúvo/a, divorciado/a, separado/a ou desquitado/a) e arranjo de moradia (se mora sozinho ou não). A avaliação foi feita a partir de medidas de autorrelato dos participantes.

b) Número de doenças: Foi utilizada a medida de autorrelato, correspondente à soma de doenças crônicas diagnosticadas no último ano, a partir de nove doenças constantes no protocolo: doenças do coração; derrame, infarto ou isquemia; hipertensão; diabetes; osteoporose; artrite ou artrose; doenças pulmonares e câncer.

c) Mobilidade: Avaliada a partir da indicação do tempo médio (em segundos) que cada participante levou para percorrer um percurso plano e em linha reta, por três vezes, uma distância de 4 metros previamente demarcado com fita adesiva colorida em que pode ser permitido o uso de bengala ou andador. A mobilidade é considerada não-preserveda quando a média do tempo das três medidas consecutivas é superior ao percentil 80 da amostra, havendo distinções entre sexo e altura.

d) Propósito de Vida: Foi utilizada a versão brasileira da Escala de Propósito de Vida (Ryff e Keys, 1995), validada semântica e culturalmente para utilização com idosos brasileiros por Ribeiro, Yassuda e Neri (2018) da Universidade Estadual de Campinas, indicando consistência interna moderada pelo Alfa de Cronbach (0,628). Trata-se de instrumento de 10 itens (“Eu sou uma pessoa ativa na execução dos planos que estabeleci para mim mesmo” e “Às vezes eu me sinto como se já tivesse feito tudo na vida”) com possibilidades de resposta tipo Likert (1= “não concordo de jeito nenhum” a 5= “concordo muitíssimo”)

e) Participação Social: Foram utilizados itens de que, no Inventário de Capacidade Funcional para Atividades Avançadas da Vida Diária, construído a partir de Reuben, Laliberte, Hiris e Mor, (1990) e Baltes, Mayr, Borchelt, Maas e Wilms (1993), correspondem à atividades sociais. Em relação à realização de atividades, este inventário possibilita três opções de resposta: “ainda faz”; “nunca fez” e “deixou de fazer”. Participação social foi indicada pela somatória ponderada de respostas do tipo “ainda faz”, com possibilidade de variação de 0 a 23 pontos. Tal ponderação foi realizada com o auxílio de juízes (pesquisadores sobre a temática) que classificaram as atividades sociais por nível de envolvimento e interação social, segundo taxonomia inspirada em Levasseur Richard, Gauvin e Raymond (2010). O Quadro 1, apresenta as atividades sociais e a ponderação atribuída pelos juízes.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

Quadro 1.

Classificação e ponderação das atividades sociais selecionadas do protocolo.

Atividades Avançadas da Vida Diária	Classificação	Pontuação
1. Fazer visita na casa de amigos ou familiares	Proximal face a face	1,0
2. Receber visitas em sua casa para conversar, realizar atividades de lazer ou fazer refeições	Proximal face a face	1,0
3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	Intermediária	2,0
4. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	Intermediária	2,0
5. Encontrar-se com outras pessoas em lugares públicos, tais como restaurantes, cinemas, teatros, concertos, clubes, etc.	Intermediária	2,0
9. Fazer trabalho voluntário	Distal	3,0
10. Fazer trabalho remunerado	Distal	3,0
11. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	Distal	3,0
12. Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade, centros de convivência ou cursos de atualização, fora de casa.	Distal	3,0
13. Manter contato por telefone ou carta com amigos e familiares.	Proximal mediada por tecnologia	1,5
14. Usar e-mail ou as redes sociais para se comunicar com amigos, familiares e outras pessoas.	Proximal mediada por tecnologia	1,5
Escore total		23,0

Procedimento

O estudo Rede FIBRA teve por objetivo analisar a associação entre fragilidade e variáveis sociodemográficas, econômicas, de saúde, funcionalidade, cognição e variáveis psicossociais (Neri et al., 2013). O primeiro recrutamento dos idosos com 65 anos ou mais ocorreu entre os anos 2008 e 2009 ($n=900$), em sete cidades brasileiras: Campinas (São Paulo), Belém (Pará), Parnaíba (Piauí), Campina Grande (Paraíba), Poços de Caldas (Minas Gerais) e Ivoti (Rio Grande do Sul) e o subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo.

No ano de 2016 e 2017, ocorreu um estudo de seguimento ($n=475$) apenas em Campinas e Ermelino Matarazzo. No recrutamento realizado em Ermelino Matarazzo ($n=221$), nos domicílios dos idosos, 109 atenderam aos critérios de inclusão (a) ausência de déficits físicos, de linguagem e compreensão que impedissem a participação; (b) pontuação superior à nota de corte no MEEM, fixadas em 17 pontos para os analfabetos; 22 pontos para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 pontos para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 pontos para os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade (Brucki et al., 2003) e (c) presença de um familiar por ocasião da entrevista.) e 65 haviam falecidos. Nos casos em que o idoso pontuava abaixo da nota de corte do teste de rastreio cognitivo ($n=47$), um familiar ou outra pessoa próxima ao idoso foi convidada a responder um protocolo com itens de saúde e funcionalidade física e cognitiva. Também ocorreram perdas amostrais ($n=166$) com: a recusa ou desistência ($n=66$), idoso não encontrado ($n=16$), problemas de

agendamento e/ou disponibilidade do idoso ($n=9$) e, nos casos em que o idoso já havia falecido, a não localização do familiar ($n=75$).

Os dados foram coletados a partir de um protocolo em uma única sessão com duração média de 90 minutos. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista. O estudo de seguimento foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas e registrado na Plataforma Brasil sob o código C.A.A.E.49987615.3.0000.5404, bem como as avaliações secundárias correspondentes à presente pesquisa também foram aprovadas mediante o C.A.A.E.: 01456118.0.0000.5390.

Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva para a caracterização da amostra, a partir das medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Foram estimadas as distribuições percentuais e respectivos intervalos de confiança de 95%. O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparar as distribuições de frequência das variáveis em relação à maior participação social (definida como pontuação acima da mediana da amostra). Para estudar as associações entre as variáveis de interesse, segundo modelo teórico hipotético prévio (Figura 1), foi utilizada a análise de equações estruturais via análise de caminhos (Path Analysis). Os testes e os valores de aceitação foram: Teste qui-quadrado para bondade de ajuste $>0,05$, Razão Qui-Quadrado (X^2 / GL) <2 , SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) $\leq 0,10$, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) $\leq 0,08$, CFI (Comparative fit index) $\geq 0,90$ e TLI (Tucker-Lewis index) $\geq 0,90$. Para analisar a qualidade do ajuste dos dados aos caminhos propostos foram feitos testes de significância para os coeficientes dos caminhos (*path coefficients*). Valores absolutos de $t > 1,96$ indicam que o caminho tem coeficiente estatisticamente significativos. Também foi utilizado o teste de Wald para sugerir modificações nos caminhos propostos, e o teste de multiplicadores de Lagrange para verificar a necessidade de criação de novos caminhos não considerados no modelo inicial. Para todas as análises, utilizou-se o programa computacional *Statistical Analysis System* (SAS) em sua versão 9.2 para o Windows.

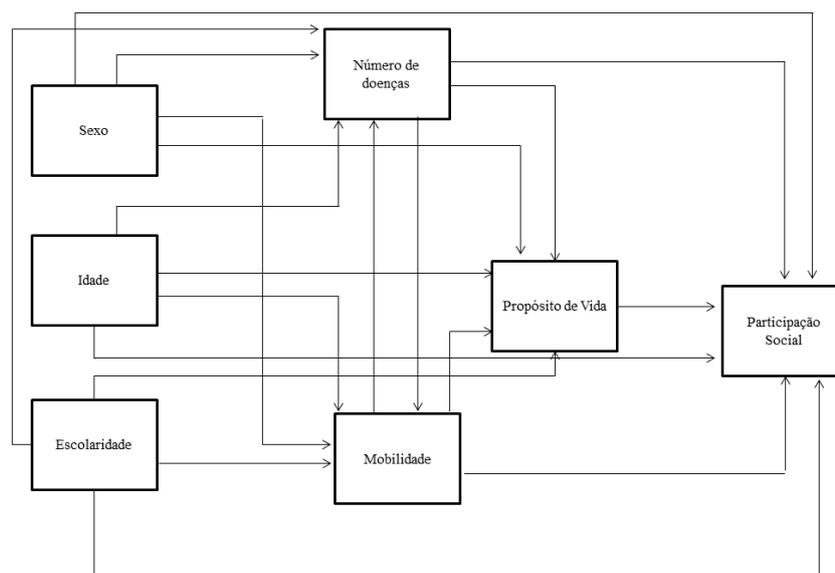


Figura 1.
Modelo Inicial submetido à *Path Analysis*.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta a distribuição da amostra segundo as variáveis de interesse, assim como os cruzamentos destas com maior participação social. Houve predominância de participantes: do sexo feminino, daqueles com idade de 73 a 79 anos, de um a quatro anos de escolaridade, renda familiar entre um e três salários mínimos, de idosos casados ou viúvos e que não residem sozinhos. Com relação ao número de doenças, a média da amostra foi de 2,02 ($\pm 1,39$) e, quanto à mobilidade, representada por velocidade de marcha, os idosos, em maioria, estavam preservados. A pontuação total da amostra foi dividida em tercís para indicar níveis baixos, médios e altos de propósito de vida, ressaltando média para a amostra de 36,3 ($\pm 5,84$).

Verificou-se maior frequência de participação social entre os idosos com menor idade, com preservação da mobilidade e com escores médios e altos de propósito de vida.

Quadro 2.

Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas, de saúde e de propósito de vida e cruzamentos com participação social.

Variáveis	<i>n</i> (%)	Média (DP)	Participação Social <i>n</i> (%)
Sexo			
Masculino	40 (36,7)		19 (37,2)
Feminino	69 (63,3)		32 (62,8)
Idade (Anos)		78,4(4,30)	
70-79	71 (65,1)		38 (74,5)
>=80	38 (34,9)		13 (25,5)
Escolaridade		3,8 (2,90)	
0	15 (13,8)		5 (9,8)
1-4	66 (60,5)		32 (62,7)
5-8	22 (20,2)		13 (25,5)
>=9	6 (5,5)		1 (2,0)
Renda Familiar		2,6 (1,52)	
<=1	12 (12,3)		3 (6,4)
1-3	59 (60,2)		31 (66,0)
1-5	21 (21,4)		9 (19,1)
>5	6 (6,1)		4 (8,5)
Estado Civil			
Casado	51 (46,8)		24 (47,0)
Solteiro	5 (4,5)		
Divorciado	3 (2,8)		27 (53,0)
Viúvo	50 (45,9)		
Arranjo de Moradia (Mora Sozinho)			
Sim	18 (16,5)		8 (15,7)
Não	91 (83,5)		43 (84,3)
Número de Doenças		2,02 (1,39)	
0	14 (12,9)		8 (15,7)
1-2	60 (55,0)		29 (56,9)
>=3	35 (32,1)		14 (27,4)
Preservação da Mobilidade		7,61(4,00)	
Sim	85 (78,0)		47 (92,1)*
Não	24 (22,0)		4 (7,9)
Propósito de vida		36,34(5,84)	
<=34	33 (31,4)		8 (15,7)
35-39	40 (38,1)		23 (45,1)*
>=40	32 (30,5)		20 (39,2)*

* $p < 0,05$; teste qui-quadrado

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

Os quadros 3 e 4 apresentam os resultados da análise de equações estruturais (*Path Analysis*) para o modelo hipotético inicial. Foram utilizados dados de 103 sujeitos com dados completos nas variáveis do modelo. Verificou-se que foi obtido valor aceitável para apenas um critério de adequação de ajuste (CFI). Pela estimação dos coeficientes dos caminhos (betas), observou-se que apenas três caminhos foram significativos, a saber: do Propósito de vida para a participação social, de mobilidade para a participação social e de sexo para doenças. Por meio dos resultados do teste de Wald houve sugestão de retirada dos 13 caminhos não havendo sugestão de novos caminhos segundo o teste de multiplicadores de Lagrange.

Após a 1ª revisão da análise de caminhos, verificou-se que foram obtidos valores aceitáveis para todos os critérios de adequação de ajuste, sem aumento significativo da estatística qui-quadrado. Pela estimação dos coeficientes dos caminhos, observou-se que os caminhos do Propósito de vida para a participação social, de mobilidade para a participação social e de sexo para doenças mostraram-se significativos com o retorno ao modelo do caminho idade e propósito de vida e da escolaridade para o propósito de vida, não significativos anteriormente à revisão.

Quadro 3.

Parâmetros estimados para o modelo hipotético inicial e o modelo final resultante da *Path Analysis*.

	Modelo Inicial*	Modelo Final*
Qui-quadrado	0,0000	5,7242
Qui-quadrado DF	-1	10
P-valor	.	0,8379
Relação qui-quadrado	.	0,5724
Goodness of Fit Index (GFI)	1,0000	0,9845
GFI Adjusted for Degrees of Freedom (AGFI)	.	0,9565
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	0,0000	0,0422
RMSEA Estimate	0,0000	0,0000
Bentler's Comparative Fit Index (CFI)	0,9725	1,0000
Bentler Bonett's (1980) Non-normed Index (NNFI)	.	1,2473

*valores aceitáveis: valor p qui-quadrado > 0,05; razão qui-quadrado <2,0; GFI >=0,85; AGFI >=0,80; SRMR <=0,10; RMSEA <=0,08; CFI >=0,90; NNFI >=0,90

Quadro 4.

Estimação dos coeficientes padronizados da *Path Analysis* para o modelo hipotético inicial e o modelo final resultante.

Caminho de/para	Modelo Inicial		Modelo Final	
	Beta	Valor de t*	Beta	Valor de t*
Propósito /Participação Social	0.246	2.79	0.271	3.08
Doenças/ Participação Social	0.059	0.65		
Mobilidade/ Participação Social	0.312	3.55	0.332	3.76
Sexo/Participação Social	0.022	0.24		
Idade/Participação Social	-0.128	-1.42		
Escolaridade/ Participação Social	0.167	1.89	0.181	2.05
Doenças/Propósito de vida	-0.040	-0.39		
Mobilidade/ Propósito de vida	0.109	1.11		
Sexo/ Propósito de vida	0.062	0.60		
Idade/ Propósito de vida	-0.164	-1.64	-0.196	-2.02
Escolaridade/ Propósito de vida	0.047	0.47		
Mobilidade/Doenças	0.027	0.04		
Sexo/Doenças	0.334	3.52	0.333	3.56
Idade/Doenças	0.055	0.35		
Escolaridade/Doenças	-0.077	-0.59		
Doenças/Mobilidade	-0.051	-0.06		
Sexo/Mobilidade	-0.001	-0.01		
Idade/Mobilidade	-0.167	-1.55		
Escolaridade/Mobilidade	-0.127	-1.07		

*valores de $|t| > 1,96$ são considerados significativos para $P < 0,05$.

Modelo inicial: R^2 para PartSoci: 0,2506; R^2 para Doenças: 0,1193; R^2 para Mobil: 0,0360. Resíduos (residual terms) E (PartSoci): 0,866; E (propôs): 0,972; E (Doenças): 0,939; E (Mobil): 0,982. Modelo final: R^2 para PartSoci: 0,2136; R^2 para Propós.: 0,0385; R^2 para Doenças: 0,1107; R^2 para Mobil. Resíduos (residual terms) E (PartSoci): 0,887; E (propôs): 0,981; E (Doenças): 0,943.

Pelos resultados do modelo final da análise de equações estruturais (*Path Analysis*), verificou-se associações diretas entre propósito de vida, mobilidade e escolaridade e relações indiretas com idade, mediadas por propósito de vida. A análise identificou um caminho não associado à participação social entre sexo e número de doenças. As variáveis associadas à participação social explicaram 21,36% da variabilidade (R^2). Explicaram também 3,85% da variabilidade do propósito de vida e 11,1% da variabilidade do número de doenças (Figura 2).

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

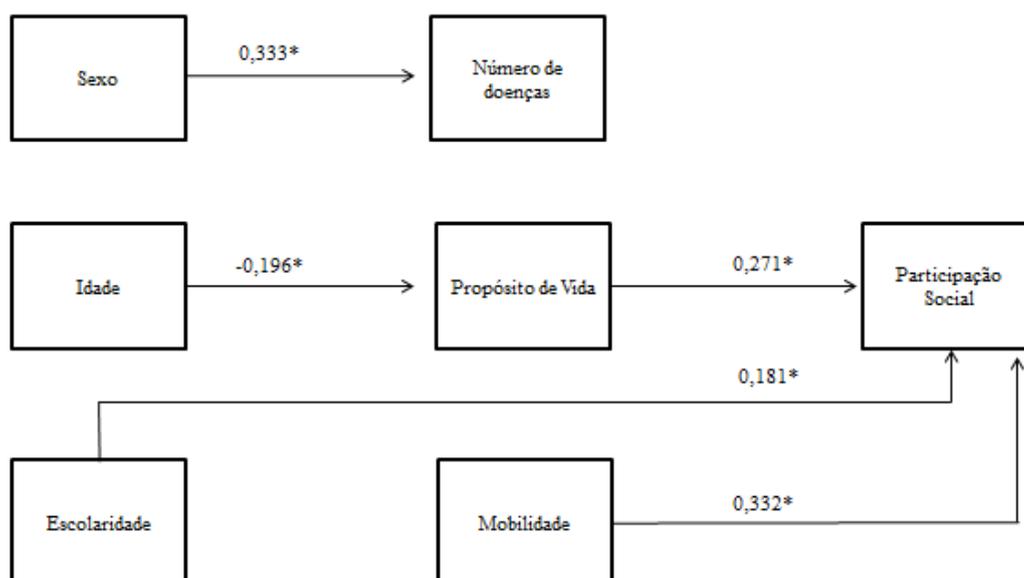


Figura 2.
Modelo de associações resultante da *Path Analysis*.

DISCUSSÃO

A partir da análise descritiva do perfil da amostra, verificou-se que as características encontradas na amostra estudada, no que diz respeito ao sexo e a idade, condizem com os achados de importantes pesquisas gerontológicas brasileiras e internacionais em que o sexo feminino é prevalente assim como de idosos com menos idade. À luz dos efeitos de coorte e das características da região de Ermelino Matarazzo, considerado um subdistrito da cidade de São Paulo com alto Índice de Vulnerabilidade Social (SEADE, 2018), compreende-se a baixa escolaridade (de 1 a 4 anos de escolaridade) e a baixa renda (de 1 a 3 salários mínimos) dos entrevistados. Além disso, o número de moradores em cada domicílio nesta amostra é de dois ou mais, sendo uma característica comum da região periférica de São Paulo e acarretando particularidades nesta amostra de idosos com relação ao papel em que eles ocupam na família.

A aplicação da escala de Propósito de vida resultou, em média, em pontuações moderadas. Uma vez que a escala varia de 0 a 50 pontos, os tercis da amostra foram encontrados entre as pontuações 35 e 39 pontos. O estudo de Ribeiro, Yassuda, e Neri (2018), com amostra ≥ 80 anos de idade do estudo de seguimento FIBRA ($n=187$) encontrou média de idade de 83,81 ($\pm 3,60$), com predominância do sexo feminino (66,8%) ocorrendo, também, maior pontuação no escore de propósito de vida nos idosos com menor idade, neste caso, na faixa etária que compreendeu 80 a 84 anos.

Ryff (2018) documenta que o propósito de vida tende a ser menor, principalmente na transição da meia-idade para a velhice, chamando a atenção para a realidade contemporânea de que viver mais não se traduz necessariamente vida significativa. Entretanto, a variabilidade entre os idosos permite identificar benefícios do propósito de vida, pois os com maior propósito demonstraram, em estudos prospectivos, serem mais longevos, por exemplo (Cohen, Bavishi, & Rozanski, 2016).

Embora a amostra tenha sido fruto de medidas transversais de seguimento do FIBRA, com exclusão de idosos física e cognitivamente incapazes e, conseqüentemente de idosos mais velhos, houve variabilidade nos indicadores de saúde e mobilidade permitindo comparações com indicadores de participação social. Associações com alta participação revelaram maior frequência

entre os de menos idade, com mobilidade preservada e com níveis médios e altos propósito de vida. A baixa frequência de participação entre os mais velhos em relação aos mais novos é dado recorrente na literatura, mas que, segundo a gerontologia atual, não significa necessariamente um desengajamento social como tendência normativa. Estratégia de seleção de situações e parceiros sociais para otimização do bem-estar é descrito como recurso adaptativo frente as mudanças do envelhecimento e no gerenciamento de recursos físicos, cognitivos e emocionais (Carstensen, 2018, Pinto & Neri, 2017).

A esse respeito, o modelo resultante da Path analysis auxilia-nos a compreender que o aumento da idade, por si, não leva necessariamente à diminuição em participação social. Do modelo, interpreta-se, pelo valor e valência dos betas, que idosos com menor escolaridade e com maior alteração em mobilidade (representada por alteração em velocidade da marcha) tendem a revelar menor participação social, assim como aqueles com menor propósito de vida. Aumento de idade foi mediado por propósito de vida, que quando aumentado, relaciona-se a maior participação social.

Para a amostra estudada, a Path analysis revelou um caminho paralelo, não relacionado à explicação da participação social. A tendência da amostra a ser composta pelo sexo feminino associou-se à presença de maior número de doenças, relação essa recorrente em estudos gerontológicos que apontam maior número de comorbidades (Camarano, Pasinato, & Lemos, 2011).

Apesar da possível mediação do propósito de vida ainda são necessários estudos que identifiquem se a diminuição do propósito de vida com a idade é fruto de alterações desenvolvimentais ou de influências contextuais, uma vez que a velhice na sociedade é ainda carente de papel social, oportunidades, pouco proveito do capital social, ou impõe tantas barreiras físicas, atitudinais que podem interferir no senso de propósito, no estabelecimento de objetivos e metas (Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010). Por sua vez, outros autores têm investigado as relações bilaterais entre propósito de vida e participação social, ressaltando o fato de o envolvimento e as interações sociais são fontes importantes para encontrar-se propósito ou mesmo redefini-lo ao longo da vida (Hupkens, Machielse, Goumans, & Derkx, 2016).

Este estudo pretendeu, a partir da lógica da atuação do propósito de vida na presença de variáveis sociodemográficas e de saúde, investigar empiricamente a possível atuação desse construto de frequência crescente na literatura sobre o envelhecimento, sem, contudo, desconsiderar a multicausalidade do fenômeno. O propósito de vida pode servir como uma ferramenta importante no auxílio da manutenção da participação social, uma vez que pode atuar tanto individualmente, no sentido de cada idoso encontrar metas para si promovendo o bem-estar, quanto servir de exemplo para as gerações futuras. Podemos considerar que este estudo pode implicar no investimento em intervenções psicossociais, no desenvolvimento de iniciativas e políticas públicas para o aumento ou manutenção da participação social, a partir do desenvolvimento de estratégias que se utilizem destas e de outras variáveis a serem estudadas, aplicadas em intervenções em equipamentos dos campos da saúde, educação e/ou da assistência social, como é o caso dos serviços primários em saúde, Universidades Abertas à Terceira Idade e Centros de Convivência para Idosos.

Contudo, limites à generalização dos dados podem ser destacados. Na ausência de instrumentos, inventários ou medidas mais específicas de participação social, a mensuração da mesma foi indicada por um inventário destinado a avaliação de capacidade funcional para atividades avançadas de vida diária. Embora as atividades sociais contidas na medida sejam recorrentes na literatura gerontológica (como fazer visitas, ir a atividades religiosas, culturais ou voluntariado), foram selecionadas de um bloco de questões não inicialmente planejado para investigar participação social em si.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

Futuros trabalhos deverão aperfeiçoar os instrumentos de medida, assim como lançar mão de estratégias de recrutamento de idosos em contextos diversos para ampliar a compreensão do fenômeno. Deverão testar também a inclusão de outras variáveis no modelo proposto a fim de aumentar o poder explicativo do mesmo, incluindo medidas prospectivos que identifiquem efeitos das mesmas à longo prazo.

REFERÊNCIAS

- Aw, S., Koh, G., Oh, Y. J., Wong, M. L., Vrijhoef, H. J. M., Harding, ... Hildon, Z. J. L. (2017). Explaining the continuum of social participation among older adults in Singapore: from 'closed doors' to active ageing in multi-ethnic community settings. *Journal of Aging Studies*, 42, 46-55. doi: 10.1016/j.jaging.2017.07.002
- Baltes, M. M., Mayr, U., Borchelt, M., Maas, I., & Wilms, H. U. (1993). Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, 13, 657-680. doi: 10.1017/S0144686X00001392
- Bhat, S. A., Shah, S. A., & Rizvi, T. (2017). Social participations and quality of life in physically disabled persons: a co-relational study. *International Education and Research Journal*, 3(6), 279-281. Recuperado de <http://ierj.in/journal/index.php/ierj/article/view/1213>.
- Bowling, B., Muntner, P., Sawyer, P., Sanders, P. W., Kutner, N., Kennedy, R., & Allman, R. M. (2014). Community mobility among older adults with reduced kidney function: a study of life-space. *American Journal of Kidney Diseases*, 63(3), 429-436. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.07.022
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R. C., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3B), 777-781. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014
- Camarano, A. A., Pasinato, M. T., & Lemos, V. R. (2011). Cuidados de longa duração para a população idosa. In Neri, A. L. (org.). *Qualidade de vida na velhice: um enfoque multidisciplinar* (2nd ed.) (pp. 127-149). Campinas: Alínea.
- Carstensen, L. L. (2018). Integrating cognitive and emotion paradigms to address the paradox of aging. *Cognition and Emotion*, 32(1), 119-125. doi: 10.1080/02699931.2018.1543181.
- Clares, J. W. B., Freitas, M. C., & Borges, C. L. (2014). Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade dos idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 237-242. doi: 10.1590/1982-0194201400040
- Cohen, R., Bavishi, C. M. P. H., & Rozanski, A. (2016). Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 122-133. doi: 10.1097/PSY.0000000000000274
- Cornewell, E. Y., & Cagney, K. A. (2017). Aging in activity space: results from smartphone-based GPS-tracking of urban seniors. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(5), 864-875. doi: 10.1093/geronb/gbx063
- Craig, A., Nicholson, P. K., Guest, R., Tran, Y., & Middleton, J. (2015). Adjustment following chronic spinal cord injury: determining factors that contribute to social participation. *British Journal of Health Psychology*, 20, 807-823. doi: 10.1111/bjhp.12143
- Fengyan, T., Chi, I., & Xingi, D. (2017). The relationship of social engagement and social support with sense of community. *The Journals of Gerontology: Series A*, 72, 102-107. doi: 10.1093/gerona/glw187
- Ferreira, L. M. B. M., Jerez-Roig, J., Andrade, F. L. J. P., Oliveira, N. P. D., Araújo, J. R. T., & Lima, K. C. (2016). Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos

- institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 995-1003. doi: 10.1590/1981-22562016019.160034
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology: Series A*, 59(3), 255-263. doi: 10.1093/gerona/59.3.M255
- Fried, L. P., Tangerm, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBrunie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Series A*, 56(3), 146-156. doi: 10.1093/gerona/56.3.M 146
- Galenkamp, H., & Deeg, D. J. H. (2016). Aumento da participação social das pessoas idosas: existem diferentes barreiras para aqueles em situação de saúde precária? Introdução à seção especial. *European Journal of Aging*, 13(2), 87-90. doi: 10.1007/s10433-016-0379-y
- Hogan, D. B. (2018). Models, definitions and criteria for frailty. In Ram, J., & Conn, M. (eds.). *Conn's handbook of models for human aging* (2nd ed.) (pp. 35-44). Cambridge: Academic Press.
- Hupkens, S., Machielse, A., Goumans, M., & Derkx, P. (2016). Meaning in life of older persons: na integrative literature review. *Nursing Ethics*, 25(8), 973-991. doi: 10.1177/0969733016680122
- Ibrahim, S. A. S., & Dahlan, A. (2015). Engagement in occupational activities and purpose in life amongst older people in the community and institutions. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 202, 263-272. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.08.230
- Irving, J., Davis, S., & Collier, A. (2017). Aging with purpose: systematic search and review of literature pertaining to older adults and purpose. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85, 1-35. doi: 10.1177/0091415017702908
- Kwiatkowski, A., Marissal, J. P., Pouyfaucou, M., Vermersch, P., Hautecouer, P., & Dervaux, B. (2014). Social participation in patients with multiple sclerosis: correlations between disability and economic burden. *BioMed Central Neurology*, 14, 115. doi: 10.1186/1471-2377-14-115
- Lai, D. W. L., Bai, X., & Guo, A. (2017). Mediating effect of social participation on the relationship between incontinence and depressive symptoms in older chinese women. *Health & Social Work*, 42, 94-101. doi: 10.1093/hsw/hlx018
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D., & Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7(2), 171-184. doi: 10.1037/0882-7974.7.2.171
- Lee, H., Park, S., Kwon, E., & Cho, J. (2017). Socioeconomic Disparity in Later-Year Group Trajectories of Depressive Symptoms: Role of Health and Social Engagement Change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 588. doi: 10.3390/ijerph14060588
- Levasseur, M., Dubois, M. F., Filliatrault, J., Vasiliadis, H. M., Lacasse-Bédard, J., Tourigny, A., ... Eymard, C. (2018). Effect of personalised citizen assistance for social participation (APIC) on older adults' health and social participation: study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial (RCT). *BioMed Journal Open*, 8(3). doi: 10.1136/bmjopen-2017-018676
- Levasseur, M., Généreux, M., Bruneau, J. F., Vanasse, A., Chabot, E., Beaulac, C., & Bédard, M. M. (2015). Importance of proximity to resources social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BioMed Central Public Health*, 15, 503-522. doi: 10.1186/s12889-015-1824-0
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS

- activities. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2141-2149. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Lin, W. (2017). A study on the factors influencing the community participation of older adults in China: based on the CHARLS2011 data set. *Health & Social Care in the Community*, 25, 1160-68. doi: 10.1111/hsc.12415.
- Melo, D. M., Falsarella, G. R., & Neri, A. L. (2014). Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17, 471-84. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13172.
- Neri, A. L., Yassuda, M. S., Araújo, L. F., Eulálio, M. C., Cabral, B. E., Siqueira, M. E. C., ... Moura, J. G. A. (2013). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 778-792. doi: 10.1590/S0102-311X2013000400015
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2016). Participação social e envelhecimento. In Freitas, E., & Py, L. (eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1547-1555). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 260-273. doi: 10.1590/1981-22562017020.160077
- Reuben, D. B., Laliberte, L., Hiris, J., & Mor, V. (1990). Hierarchical exercise scales to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 855-861. doi: 10.1111/j.1532-5415.1990.tb05699.x
- Ribeiro, C. C., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2018). Semantic-cultural validation and internal consistency analysis of the Purpose in Life Scale for brazilian older adults. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(3), 244-249. doi: 10.1590/1980-57642018dn12-030004
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83, 10-28. doi: 10.1159/000353263
- Ryff, C. D. (2018). Well-Being with soul: science in pursuit of human potencial. *Perspectives on Psychological Science*, 13 (2), 242-248. doi: 10.1177/1745691617699836
- Ryff, C. D., Keyes, D., & Corey, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: 10.1037%2F0022-3514.69.4.719
- Santos, V. R., Gomes, I. C., Bueno, D. R., Christofaro, D. G., Freitas Jr., I. F., & Gobbo, L. A. (2017). Obesidade, sarcopenia, obesidade sarcopênica e mobilidade reduzida em idosos brasileiros com 80 anos ou mais. *Einstein*, 15, 435-440. doi: 10.1590/S1679-45082017AO4058
- Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). (2018). *Perfil dos municípios paulistas*. Recuperado de www.perfil.seade.gov.br.
- Sugarhood, P., Eakin, P., & Summerfield-Mann, L. (2016). Participation in advanced age: enacting values, an adaptive process. *Ageing & Society*, 37(8), 1654-1680. doi: 10.1017/S0144686X16000568
- Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciências e saúde coletiva*, 19, 3429-3440. doi: 10.1590/1413-81232014198.13952013
- Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14, 81-98. doi: 10.1007/s10433-016-0398-8

Jéssica Dellalibera dos Santos, Meire Cachioni, Mônica Yassuda, Ruth de Melo,
Deusivânia Falcão, Anita Neri, & Samila Sathler Batistoni

Woodman, P., Riazi, U., Pereira, C., & Jones, F. (2014). Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experiences and views of community-dwelling stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 36, 2031-2043. doi: 10.3109/09638288.2014.887796