



UNIVERSIDADE LA SALLE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO HUMANO

MAGDA JUCÉLIA DE AZEREDO

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE
UM GRUPO DE ENVELHECIMENTO ATIVO E OS FATORES ASSOCIADOS, EM
RELAÇÃO AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE

CANOAS
2023

MAGDA JUCÉLIA DE AZEREDO

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE
UM GRUPO DE ENVELHECIMENTO ATIVO E OS FATORES ASSOCIADOS, EM
RELAÇÃO AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle.

Orientação: Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti
Co-orientação: Prof^a: Dr^a: Lidiane Isabel Filippin

CANOAS

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A993n Azeredo, Magda Jucélia de.

Nível de satisfação com a vida em idosos participantes de um grupo de envelhecimento ativo e os fatores associados, em relação aos idosos institucionalizados e da comunidade / Magda Jucélia de Azeredo – 2023.
55 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) –
Universidade La Salle, Canoas, 2023.

“Orientação: Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti”.

“Coorientador: Profa. Dra. Lidiane Isabel Filippin”.

1. Idosos. 2. Envelhecimento ativo. 3. Isolamento social. 4. Satisfação com a vida. I. Boniatti, Márcio Manozzo. II. Filippin, Lidiane Isabel. III. Título

CDU: **613.98**

MAGDA JUCÉLIA DE AZEREDO

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE
UM GRUPO DE ENVELHECIMENTO ATIVO E OS FATORES ASSOCIADOS, EM
RELAÇÃO AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE

Dissertação de mestrado apresentada como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Desenvolvimento
Humano pelo Programa de Pós-Graduação
em Saúde e Desenvolvimento Humano da
Universidade La Salle.

Orientação: Prof. Dr. Márcio Manozzo
Boniatti

Co-orientação: Prof^a: Dr^a: Lidiane Isabel
Filippin

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Liciane Fernandes Medeiros
Unilasalle

Prof. Dr. Thiago Costa Lisboa
Unilasalle

Prof^a. Dra. Rafaela Cavaleiro do Espírito Santo
HCPA

Envelhecer

Albert Camus

“Envelhecer é o único meio de viver muito tempo.
A idade madura é aquela na qual ainda se é jovem, porém com muito mais esforço.
O que mais me atormenta em relação às tolices de minha juventude, não é havê-las
cometido...é sim não poder voltar a cometê-las.
Envelhecer é passar da paixão para a compaixão.
Muitas pessoas não chegam aos oitenta porque perdem muito tempo tentando ficar
nos quarenta.

Aos vinte anos reina o desejo, aos trinta reina a razão, aos quarenta o juízo.
O que não é belo aos vinte, forte aos trinta, rico aos quarenta, nem sábio aos
cinquenta, nunca será nem belo, nem forte, nem rico, nem sábio...
Quando se passa dos sessenta, são poucas as coisas que nos parecem absurdas.
Os jovens pensam que os velhos são bobos, os velhos sabem que os jovens o são.
A maturidade do homem é voltar a encontrar a serenidade como aquela que se
usufruía quando se era menino.

Nada passa mais depressa que os anos.

Quando era jovem dizia:

“verás quando tiver cinquenta anos”.

Tenho cinquenta anos e não estou vendo nada.

Nos olhos dos jovens arde a chama, nos olhos dos velhos brilha a luz.

A iniciativa da juventude vale tanto quanto a experiência dos velhos.

Sempre há um menino em todos os homens.

A cada idade lhe cai bem uma conduta diferente.

Os jovens andam em grupo, os adultos em pares e os velhos andam sós.

Feliz é quem foi jovem em sua juventude e feliz é quem foi sábio em sua velhice.

Todos desejamos chegar à velhice e todos negamos que tenhamos chegado.

Não entendo isso dos anos: que, todavia, é bom vivê-los, mas não tê-los.”

“Respeitar a pessoa idosa é tratar o próprio futuro com respeito”.

Quero dedicar este Mestrado a quatro pessoas, minha mãe dona Tereza, pela
educação, incentivo, por me dizer: “*vai lá e faz, o tempo passa igual*”, pela

dedicação, cuidado, amor pelos meus filhos e por estar sempre ao meu lado, a minha pequena Augusta, pequena em idade, mas grande em conhecimento e parceria, sempre disponível, autêntica e com a seguinte fala: *“Mãe! Hoje, tu não vais fazer as coisas do teu mestrado? Vamos lá, eu te ajudo”*, ao meu pequeno Bento, que quando iniciei esta caminhada tinha apenas dois anos, foram muitos momentos fora de casa, mas nas partidas e chegadas sempre com um sorriso nos olhos e uma frase que nos aquece o coração: *“Mãe! Eu te amo”*. Por fim e não menos importante, ao meu esposo Alan, por me apoiar em todos os momentos, do início ao fim de maneira incondicional, por suprir a minha ausência com os nossos filhos sempre explicando esta razão, por estar ao meu lado e sonhar comigo. Este Mestrado, dedico a vocês.

AGRADECIMENTOS

A trajetória destes últimos dois anos, é a concretização de um sonho, sonho este, que por muitas vezes foi interrompido por motivos diversos, mas que sempre permaneceu e agora torna-se realidade. Desta forma preciso registrar os meus mais sinceros agradecimentos, pois todos os citados fazem parte desta realização.

A Deus, pelo maravilhoso dom da vida, vida esta muito boa para se viver.

Ao meu pai Seu Idemar (Pico), pelo exemplo de coragem, amor e por ter me ensinado que sempre devemos pensar antes de dizer a palavra “não”.

A minha mãe Dona Tereza (Tete), exemplo de mudança, transformação e acreditar, obrigada por me dar a vida.

Aos meus bens mais preciosos, meus filhos Augusta e Bento. Augusta minha fiel parceira, amiga, cuidadosa, disponível, crítica, minha “*coach*”, sempre com feedbacks. Bento, obrigada pela tua alegria, a tua energia de criança e todos os “Te Amo Mãe”.

Ao meu esposo Alan, pelo incentivo, compreensão, ajuda, orgulho e pelo exemplo de pai que és para os nossos filhos.

A minha madrinha Santa (Tata), por cuidar de mim, pelas orações e boas energias.

A minha colega e amiga Rita Fagundes, que me indicou este mestrado e foi uma parceira do início ao fim.

A minha colega Denise Carvalho, incansável e imprescindível na busca pelos dados, sempre com um sorriso no rosto e uma palavra de otimismo.

A minha amiga Maristela da Silva, pelo apoio profissional e pessoal, por estar ao meu lado e dizer: *“agora já está mais perto do final, logo será Mestre, futuro brilhante”*.

Aos meus colegas do SESC Montenegro, pelo apoio, parceria, horas de conversa e palavras de incentivo.

Aos Diretores, do SENAC RS, Sr: José Paulo da Rosa e do SESC RS, Sr^a: Sandra Lindorfer, por me incentivar, acreditar e me mostrar que é possível, que sou capaz.

A TV Cultura do Vale e sua equipe (Ana Carolina Chini, Augusto Barreto, Estevão Dornelles e Roberto Gehlen), por todo o apoio e parceria na realização do meu produto técnico.

Ao meu orientador Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti, pela disponibilidade, compreensão, sabedoria e tranquilidade, aliás *“fica tranquila Magda, vai dar certo”*, foi a frase que mais ouvi nestes dois anos, és uma referência profissional e pessoal para mim.

A minha Coorientadora Prof^a. Dra. Lidiane Isabel Filippin, pelos ensinamentos, aprendizado e auxílio, és minha referência no que tange o Envelhecimento.

Ao Prof. Dr. Rafael Zanin, talvez tenha aprendido com ele a maior lição deste Mestrado, quando fala: *“hoje eu só quero ser uma pessoa melhor do que ontem”*, levo esta frase para a minha vida.

À Unilasalle pelos valores, princípios, propósito, suporte, as ótimas aulas e os professores diferenciados.

Um agradecimento especial aos integrantes do Grupo Maturidade Ativa do Sesc Montenegro, as ILPIs e a Comunidade do Bairro Centenário de Montenegro, por me permitirem realizar a pesquisa e por dar acesso aos idosos, que foram imprescindíveis e extremamente disponíveis para a coleta de dados.

RESUMO

As condições de vida muito diversificadas nas sociedades tornam o envelhecimento diferente e único nos diferentes contextos, alinhados nas experiências e percepções de cada pessoa idosa, considerando a sua subjetividade, histórias de vida, crenças e valores. O envelhecimento é um processo universal, parte do desenvolvimento humano, que ocorre naturalmente. Portanto, o presente estudo teve por objetivo comparar a satisfação com a vida entre três grupos distintos de idosos: aqueles que vivem na comunidade, os institucionalizados e os participantes de um programa de envelhecimento ativo. Além disso, como objetivo secundário, busca-se explorar os fatores que estão associados a essa medida de bem-estar. Métodos: Estudo transversal realizado no período de setembro de 2022 a maio de 2023. Foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que foram selecionados a partir de três grupos distintos: participantes de um programa de envelhecimento ativo, idosos institucionalizados e idosos da comunidade em geral. A coleta de dados incluiu variáveis sociodemográficas, autoavaliação da saúde geral, tempo de exposição a comportamentos sedentários, religiosidade intrínseca, esperança e isolamento social. O desfecho primário foi satisfação com a vida. Resultados: Foram incluídos 305 idosos no estudo, dos quais 115 (37,7%) eram participantes do programa de envelhecimento ativo, 119 (39,0%) pertenciam à comunidade e 71 (23,3%) estavam institucionalizados. Os idosos institucionalizados apresentaram idade mais avançada, maior tempo de comportamento sedentário, menor nível educacional e pior percepção de saúde em comparação com os idosos dos outros grupos. Na análise de regressão linear múltipla, os fatores que mantiveram associação significativa com a satisfação com a vida foram a esperança, o isolamento social e a autoavaliação de saúde. Conclusão: Este estudo evidenciou que a esperança, o suporte social e a autoavaliação de saúde são os principais determinantes da satisfação com a vida em idosos. Contrariamente à nossa hipótese, o grupo ao qual o idoso pertencia, seja na comunidade, no programa de envelhecimento ativo ou na instituição, não se mostrou um fator determinante significativo. Essa constatação ressalta a necessidade de adotar abordagens personalizadas e centradas na pessoa, que considerem as necessidades e os recursos individuais de cada idoso, independentemente do grupo ao qual pertençam.

Palavras-chave: Idoso. Institucionalizado. Envelhecimento ativo. Esperança., isolamento social. Satisfação com a vida.

ABSTRACT

The very diverse living conditions in societies make aging different and unique in different contexts, aligned with the experiences and perceptions of each elderly person, considering their subjectivity, life stories, beliefs and values. Aging is a universal process, part of human development, which occurs naturally. Therefore, the present study aimed to compare life satisfaction among three different groups of elderly people: those living in the community, those institutionalized and participants in an active aging program. In addition, as a secondary objective, we seek to explore the factors that are associated with this measure of well-being. Methods: Cross-sectional study carried out from September 2022 to May 2023. Elderly aged 60 years or older were included, who were selected from three different groups: participants in an active aging program, institutionalized elderly and elderly of the community at large. Data collection included sociodemographic variables, self-rated general health, time of exposure to sedentary behavior, intrinsic religiosity, hope and social isolation. The primary outcome was life satisfaction. Results: 305 elderly were included in the study, of which 115 (37.7%) were participants in the active aging program, 119 (39.0%) belonged to the community and 71 (23.3%) were institutionalized. The institutionalized elderly were older, had a longer sedentary behavior, had a lower educational level and had a worse perception of health compared to the elderly in the other groups. In the multiple linear regression analysis, the factors that maintained a significant association with life satisfaction were hope, social isolation and self-rated health. Conclusion: This study showed that hope, social support and self-rated health are the main determinants of life satisfaction in the elderly. Contrary to our hypothesis, the group to which the elderly person belonged, whether in the community, in the active aging program or in the institution, did not prove to be a significant determining factor. This finding underscores the need to adopt personalized and person-centered approaches that consider the individual needs and resources of each elderly person, regardless of the group to which they belong.

Keywords: Elderly. Institutionalized. Active aging. Hope. Social isolation. Life satisfaction.

LISTA DE SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EEH	Escala de Esperança de Herth
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBV	Idosos de Bem com a Velhice
ICV	Idosos com Conflito com a Velhice
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SESC/RS	Serviço Social do Comércio no Rio Grande do Sul
SWLS	Escala de Satisfação com a Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.....	13
2.2 QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA	14
2.3 ESPIRITUALIDADE E SATISFAÇÃO COM A VIDA	16
2.4 ESPERANÇA E SATISFAÇÃO COM A VIDA	17
2.5 ISOLAMENTO SOCIAL.....	19
2.6 SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS	21
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 OBJETIVO GERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4 MANUSCRITO ORIGINAL.....	25
5 PRODUTO TÉCNICO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47
APÊNDICE B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SAÚDE	49
ANEXO A - ESCALA DE ESPIRITUALIDADE - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE	51
ANEXO B - ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH).....	53
ANEXO C - ESCALA DE ISOLAMENTO SOCIAL	54
ANEXO D - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA	55

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, a população brasileira vem envelhecendo em ritmo mais acelerado, devido principalmente, à rapidez com que declinaram as taxas de fecundidade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), em 2060 teremos 1 a cada 4 brasileiros acima de 65 anos, e o percentual que hoje é de 9,2% passará a 25,5%. No Rio Grande do Sul, estado com a maior população idosa do Brasil, haverá um incremento no número de idosos que hoje representa 12,7% da população e passará para 29% em 2060. Diante desta realidade, fica claro que existe uma necessidade inegável de estudos voltados a este público, em relação a qualidade de vida, aspectos físicos, mentais e sociais.

Compreender as implicações das mudanças demográficas atuais, bem como a transição epidemiológica, é crucial para que as sociedades estejam preparadas para atender esta população, pois o fato de as pessoas estarem vivendo mais, não significa que elas estão vivendo com melhor saúde e tendo suas necessidades atendidas. Segundo Gato *et al.* (2018), a percepção de maior qualidade de vida dos idosos está associada à idade, estado civil, o autojulgamento de “estar saudável” e a ausência de depressão.

Para Ferreira, Corrêa e Banhato (2010), envelhecimento é um dos processos progressivos, inerente e inevitável, para Soares (2017), envelhecer está entre as experiências humanas mais desafiadoras. A história do mundo, desde sempre, escreveu com tintas carregadas e continua escrevendo a experiência de envelhecer, como uma vivência de crise e de importantes adaptações e Alves (2020) diz que: aos noventa, nós acordamos num território estrangeiro.

As condições de vida muito diversificadas nas sociedades tornam o envelhecimento diferente e único nos diferentes contextos, alinhados nas experiências e percepções de cada pessoa idosa, considerando a sua subjetividade, histórias de vida, crenças e valores (CELICH *et al.*, 2008). O envelhecimento é um processo universal, é parte do desenvolvimento humano, que ocorre naturalmente. Nos países em desenvolvimento, de forma cronológica são considerados idosos os indivíduos a partir de 60 anos, nos países desenvolvidos a partir de 65 anos.

O aumento da sobrevida da população mundial e nacional nas próximas décadas promoverá um aumento considerável da população idosa com grande impacto na gestão da assistência em saúde. Este processo tende a ser doloroso para

muitos idosos, que frequentemente se deparam com o isolamento, a falta de apoio social, a dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a sua morte e dos demais, o abandono familiar, o que também pode desencadear doenças físicas/ psíquicas e índices elevados de sofrimento emocional, depressão, ansiedade e revolta. No entanto é preciso ver o processo de envelhecimento como uma fase normal e produtiva do ser humano, na qual a pessoa pode ter ganhos e perdas. Os ganhos, nem sempre realçados nesta etapa, podem permitir que as perdas não fiquem tão evidentes, mobilizando o sujeito em processo de envelhecimento, buscar um novo sentido nesta etapa do curso da vida (RODRIGUES; SOARES, 2006), permitindo assim, que fatores como, a esperança e a espiritualidade fiquem mais presentes.

Com base neste contexto, o presente estudo teve como objetivo, comparar o nível de satisfação com a vida entre os idosos de um grupo de envelhecimento ativo, em relação aos idosos institucionalizados e da comunidade. Mesmo com inúmeras pesquisas relacionadas ao envelhecimento e a qualidade de vida da população idosa, percebe-se uma carência na literatura, de estudos que demonstrem se há associação entre espiritualidade, esperança, isolamento social e satisfação com vida deste público.

Neste sentido, a pesquisa também contribui para a ciência, na produção de informações científicas e para a sociedade, tornando importante garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas satisfação com a vida, fator este, norteador desta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção apresenta o referencial teórico.

2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Sabe-se que uma das maiores conquistas da humanidade foi o aumento dos anos de vida, além de uma melhoria na saúde da população idosa, mesmo que essas conquistas não estejam nem mesmo próximas do ideal, chegar à velhice, que antigamente era privilégio de poucas pessoas, hoje é comum, mesmo em países subdesenvolvidos. Porém, esta conquista se transformou em um dos grandes desafios para o século XXI.

Em demografia, entende-se por envelhecimento populacional, o processo de crescimento da população idosa conforme sua participação relativa no total da população. O envelhecimento populacional é um fenômeno recente na história da humanidade, sendo acompanhado de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais (REZENDE, 2008).

A demografia brasileira sofreu diversas mudanças nas últimas décadas, especialmente quanto à inversão da pirâmide etária, com os idosos em maior número. Quanto a isso, Leone, Maia e Baltar (2010), observam que a demografia brasileira sofreu alterações que tiveram início nos anos de 1970, com a migração das famílias da zona rural para a zona urbana, acarretando transformações no estilo de vida da população, com a queda na mortalidade infantil e uma diminuição do número de pessoas nas famílias. Com a queda da natalidade, têm início as modificações na estrutura etária da população brasileira.

De acordo com Gato *et al.* (2018) políticas públicas e sociais adequadas a terceira idade podem auxiliar no envelhecimento ativo e saudável, facilitando o alcance de uma melhor saúde, qualidade de vida e bem estar. Envelhecer de modo saudável e bem sucedido, é considerado quando o idoso tem autonomia, é ativo, lúcido, tem interação social, é independente e sem agravos a sua saúde física e mental.

Segundo Rodrigues e Soares (2006) a abordagem do conceito do envelhecimento inclui a análise dos aspectos culturais, políticos e econômicos, valores, preconceitos e símbolos que atravessam a história das sociedades, por isso

é um processo contínuo.

O envelhecimento impacta diretamente a sociedade, porque as doenças físicas e mentais os levam a uma maior dependência, incapacidade e maiores cuidados da família e/ou pessoas que os cercam (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Assim sendo, o envelhecimento biológico decorre da vulnerabilidade crescente do indivíduo e da maior probabilidade de morrer (senescência). Está associado às alterações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos (sistemas circulatório, respiratório, sensorial e neurológico), resultando numa redução gradual da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático. A redução abrupta desta capacidade resulta na diminuição da reserva funcional e conseqüentemente, aumenta a suscetibilidade do idoso a doenças crônicas.

Para Vianna *et al.* (2017), o envelhecimento do ponto de vista biológico, é descrito como uma redução gradativa e contínua da capacidade das células de se adaptarem às diversas influências externas.

Considerando isso, o envelhecimento psicológico refere-se ao processo de tomada de decisão, estímulos que definem a autorregulação do idoso mediante a adaptação ao processo de senescência. Implica no funcionamento cognitivo do indivíduo, bem como na sua personalidade. Já o envelhecimento social, para Araújo, Paúl e Martins (2011), subordina-se aos papéis sociais em relação às expectativas da sociedade sobre os idosos, envolvendo a capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida.

As teorias que investigam o envelhecimento bem-sucedido, consideram o bem-estar um dos fatores de manutenção da qualidade de vida, sendo composto pela disponibilidade de bens materiais, sentido de segurança, dignidade pessoal e oportunidades de atingir os objetivos pessoais (NERI, 2013). No entanto, com o aumento da expectativa de vida, a preocupação com o bem-estar e o envelhecimento bem-sucedido tem crescido, em oposição à visão de envelhecimento exclusivamente relacionada a perdas e declínios. Assim, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de bem-estar e qualidade de vida e deve ser promovido ao longo da vida.

2.2 QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA

O funcionamento cognitivo e o estado emocional são importantes para

promover a participação e o bem-estar na vida adulta. Segundo Gato *et al.* (2018), a percepção de maior qualidade de vida dos idosos está associada à idade, estado civil, o autojulgamento de “estar saudável” e a ausência de depressão.

Embora muitos idosos mantenham suas habilidades cognitivas e emocionais, alguns idosos experimentam um declínio cognitivo, resultando em maiores limitações na realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades de vida diária (AVD). No entanto, o processo de envelhecimento não afeta diretamente o funcionamento emocional e sim, a falta de apoio social pode afetar o estado emocional dos idosos (WALDMAN-LEVI *et al.*, 2020).

Segundo o autor Soares (2017), em sua pesquisa sobre: “O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório”, que abrangeu 186 idosos onde eles tinham mais de 70 anos. Foram identificados "Idosos de bem com a velhice (IBV)" e "Idosos com Conflito com a Velhice (ICV). Conforme o autor, “as hipóteses iniciais da pesquisa foram quase todas confirmadas: os IBV praticam mais atividades físicas e de lazer, estão mais envolvidos com o trabalho remunerado que os ICV, e apresentam maiores médias na Qualidade de Vida e na Satisfação de Vida”.

Soares (2017) relata ainda que, os IBV foram descritos como idosos satisfeitos com a vida porque conseguem lidar com questões ligadas às atividades passadas, presentes e futuras, participam ativamente da sociedade, mantêm um bom nível de relações sociais significativas, apresentam-se preservados no que diz respeito aos aspectos físicos e psicológicos e avaliam de forma mais autoconsciente os momentos de mau humor, depressão, ansiedade e desespero, sem ignorá-los ou negá-los.

Chegar a essa fase da vida com otimismo, autocontrole e autoestima elevada pode trazer maior sensação de segurança em viver a última fase do ciclo vital e impactar positivamente na QV. O envelhecimento é um processo intrínseco, ativo e progressivo, acompanhado de alterações físicas, fisiológicas e psicológicas, que podem trazer dificuldades para o idoso lidar com sua rotina diária. Nesse cenário, o aumento da expectativa de vida torna-se um fenômeno de interesse, devido ao seu impacto na qualidade de vida (QV) nessa fase da vida, assim, é importante que os profissionais de saúde implementem estratégias que estimulem o idoso a viver bem. A sensação de felicidade e alegria, a sensação de estar em paz com a vida e consigo, é saudável principalmente quando se está envelhecendo (TAVARES *et al.*, 2016).

2.3 ESPIRITUALIDADE E SATISFAÇÃO COM A VIDA

Conforme Pirutinsk, Carp e Rosmarin (2017), em todas as sociedades e culturas são encontradas as crenças em seres, forças ou poderes que não são materiais, e sim espirituais, que transcendem a experiência física. O autor concorda que a espiritualidade é definida como pensamentos, sentimentos e comportamentos em compreender o transcendente da vida e suas relações, a busca ao sagrado e divino, para a descoberta das percepções e essência.

As crenças religiosas, práticas de devoção e atividades ligadas a grupos religiosos são mais comuns entre os idosos do que em qualquer faixa etária, assim como ocorre o diálogo espiritual, solitário e introspectivo, como reflexão e contemplação da inefável finitude da vida. Para as pessoas idosas, as questões relacionadas à religiosidade têm significado muito especial, principalmente entre aqueles que vivenciam problemas de saúde, seja por doença ou pelos agravos decorrentes desta (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

A compreensão do papel da religião e espiritualidade na vida das pessoas idosas faz-se necessária, pois pode ser um suporte importante para o enfrentamento das adversidades, uma vez que, no avanço da idade, se têm múltiplos desafios, dentre eles, as modificações fisiológicas próprias do envelhecimento (senescência), comprometimento do estado de saúde, as perdas e mudanças dos papéis sociais, a dependência diante das limitações físicas e até mesmo, perdas e lutos de entes familiares. Então, frente essas perdas o conforto espiritual é uma estratégia de enfrentamento favorável (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Para Rocha e Ciosak (2014), os idosos utilizam suas crenças religiosas e estratégias baseadas na fé, como uma das principais formas de enfrentar o adoecimento e a condição da cronicidade das doenças, dependendo da sua crença espiritual, o significado dado à experiência do processo de doença, faz com que o enfrentamento e as estratégias para lidar com essas situações sejam mais fáceis ou com menos sofrimento.

As crenças espirituais e religiosas podem fornecer relações que envolvem comunicação, apoio, ajuda e compartilhamento dos eventos da vida, promovendo um senso de comunhão e conexão com Deus, relacionando-se de forma positiva para dar significado e sentido à existência. É possível que, nessa fase da vida possam substituir aspectos organizacionais da religião por experiências espirituais internas (HAUGAN,

2015).

Sobre o senso comum, Soares (2017), relata que ele nos faz crer que a adesão à religiosidade é maior entre pessoas da terceira idade, o autor também se preocupou em analisá-la. Então, três dimensões foram investigadas: a Religiosidade Intrínseca, que engloba os hábitos e comportamentos religiosos que não dependem de outras pessoas ou instituições para o seu exercício, a Religiosidade Organizacional, que é mais associada aos encontros sociais religiosos do que à prática religiosa em si e a Religiosidade Não-Organizacional, praticada no âmbito privado.

Conforme os autores do Geridades (2021), quando se sabe mais sobre o que é religiosidade e espiritualidade, é mais simples entender os impactos desses conceitos na satisfação com a vida dos idosos, por exemplo: religiosidade e espiritualidade para saúde mental. Geralmente, as pessoas da terceira idade já passaram por muitos momentos difíceis na vida e perdas importantes. Portanto, a religiosidade e a espiritualidade podem ser formas de lidar com essas questões com maior tranquilidade. Nesse contexto, idosos que aplicam essas concepções em suas vidas podem ter menos variação de humor e menor probabilidade de depressão, condições muito comuns nessa fase da vida.

Religiosidade e espiritualidade para saúde física. A saúde física também é beneficiada pela religiosidade e espiritualidade, pessoas idosas que praticam os conceitos podem apresentar menor declínio funcional (limitações e mobilidade). Além disso, conforme estudos, ela diminui a morbidade e mortalidade. Religiosidade e espiritualidade para convívio social, em relação ao convívio social, ambas podem unir as pessoas, contribuindo para o senso de pertencimento, isso acontece porque os indivíduos tendem a se sentir mais acolhidos em um grupo. No caso dos idosos, essa questão é essencial, já que é comum a sensação de solidão, principalmente por fatores que envolvem o preconceito com essas pessoas. Essas diversas dimensões desses conceitos podem melhorar o estado de bem-estar, favorecendo a saúde física e mental.

2.4 ESPERANÇA E SATISFAÇÃO COM A VIDA

A esperança serve como um fator de proteção a eventos estressantes pelo qual indivíduos que apresentam esperança elevada demonstram melhor ajustamento psicológico, baixos sintomas depressivos e maior habilidade para resolver problemas.

Assim, demonstram um maior nível de perseverança, para alcançar suas metas e experimentar emoções positivas, enquanto aqueles que apresentam um baixo nível de esperança, tendem a ver as situações de forma negativa, o que pode ocasionar vivências de tristeza e depressão (FONSECA *et al.*, 2015).

Considera Snyder (2002) que um indivíduo esperançoso identificará metas significativas e planejará maneiras funcionais de atingir essas metas, afirmando que a esperança consiste tanto em traços individuais quanto em relações sociais. A esperança também é descrita como uma forma de pensar sobre a capacidade percebida de uma pessoa para se engajar em objetivos desejados que motivam a si mesmo na vida. A sensação de esperança é um dos fatores adicionais, que podem estar relacionado ao bem-estar psicológico e físico dos idosos. O autor menciona ainda a esperança disposicional, que se refere à disposição do indivíduo para ser direcionado a metas e planejamento destas metas.

Mais recentemente, alguns estudos também examinaram o efeito potencial da esperança disposicional como mecanismo de recurso, distinguindo-o de outros construtos como autoeficácia, otimismo e autoestima. Eles examinaram especificamente o papel mediador da esperança na associação entre vulnerabilidade, resiliência e bem-estar subjetivo (afeto positivo e negativo) em idosos. Todos os achados contribuem para entender melhor a natureza complexa desta relação, apresentando resultados que definem a esperança disposicional com um papel significativo desempenhado ao longo do curso de vida dos indivíduos e, em particular, entre os adultos mais velhos. Especificamente, a esperança pode desempenhar um papel muito importante no processo para obter uma vida melhor e um envelhecimento bem-sucedido (OLIVER; TOMÁS; MONTORO-RODRIGUEZ, 2017).

Esperança neste modelo teórico, inclui duas dimensões: a capacidade cognitiva de definir objetivos e o interesse motivacional para planejar a realização bem-sucedida de tais objetivos.

O componente motivacional para a esperança é o pensamento de iniciativa, o qual depende dos processos cognitivos complexos do indivíduo, em que está presente a sua capacidade de perceber caminhos e direcionar suas ações, de modo que se alcance o objetivo final (BARROS-OLIVEIRA, 2010).

Para Hernandez e Overholser (2021), manter a esperança em meio à mudança, perda e doença é considerado um determinante da saúde mental e física, uma fonte de enfrentamento associada a maior qualidade de vida. A esperança pode ser definida

como um estado motivacional positivo, distinto do otimismo e, na medida em que a esperança envolve o pensamento explícito sobre as maneiras de alcançar os objetivos de uma pessoa, ela enfatiza a expectativa confiante, porém incerta, de alcançar um bom futuro que seja realista e pessoalmente significativo. A esperança está associada à sensação de melhora das pessoas e melhores resultados de tratamento tanto em psicoterapia, quanto em reabilitação física. A falta de esperança também aumenta o risco de morte por doença física. Em um estudo longitudinal de 8 anos de idosos confinados em casa com múltiplas doenças médicas, a esperança foi significativamente associada negativamente à mortalidade, após o controle de sintomas depressivos. Indivíduos que relataram ser “raramente” esperançosos tiveram 1,74 vezes mais chances de morrer no período de 8 anos em comparação com indivíduos que se sentiram esperançosos.

Para Oliveira *et al.* (2018), a esperança pode atuar também como um indicador da qualidade de vida em contextos adversos, uma vez que esta primeiro afeta o processo de saúde/doença positivamente, impulsionando o sujeito a enfrentar suas inseguranças com mais eficácia e menos angústia. Na velhice, a esperança dá impulso para que o indivíduo tenha ação, do contrário, este se entregaria às suas mazelas, atraindo mais doenças e síndromes geriátricas.

2.5 ISOLAMENTO SOCIAL

O que é isolamento social? O isolamento social é caracterizado como ausência ou limitação na quantidade de interações sociais. É distinto do conceito relacionado e subjetivo de solidão que ocorre quando há uma discrepância percebida entre o nível de interação social desejado e alcançado por um indivíduo. O isolamento social pode ser definido como uma medida objetiva que reflete a falta de contatos ou vínculos de um indivíduo com outras pessoas, como familiares, amigos, conhecidos e vizinhos (COTTERELL; BUFFEL; PHILLIPSON, 2018).

Para Boldy e Grenade (2011) isolamento social e solidão são conceitos separados, mas intimamente relacionados – o isolamento social é uma avaliação objetiva da extensão da rede de um indivíduo, enquanto a solidão está relacionada à avaliação subjetiva de um indivíduo de sua situação social.

Segundo Bezerra, Nunes e Moura (2021) dentre os fatores que têm se destacado como um potencial problema de saúde pública encontra-se o isolamento

social. Este pode ser definido como um estado no qual indivíduos experimentam cada vez menos envolvimento social do que gostariam com outras pessoas. Isso interfere na sua qualidade de vida. Refere-se à objetiva separação de outros indivíduos, ocasionando ausência ou poucas interações sociais no cotidiano. Este fenômeno, embora possa ser experimentado em qualquer fase da vida, é mais prevalente entre pessoas idosas, com estimativa em torno de 10% a 43%, a depender do percurso histórico e das condições de vida. A vivência do isolamento pode ocorrer conjuntamente com a sensação subjetiva de solidão ou mesmo pode gerá-la como consequência. Esta realidade tem demonstrado ser um grande problema.

Fatores de risco para o isolamento social: A maioria das pessoas experimenta sentimentos de solidão ou isolamento em algum momento de suas vidas, embora tais humores possam ser transitórios sem consequências duradouras. No entanto, para algumas pessoas, eles podem persistir com efeitos nocivos na saúde física e mental (BEZERRA; NUNES; MOURA, 2021).

Os idosos são mais vulneráveis ao isolamento social, devido a transições ao longo da vida, como aposentadoria, viuvez e migração das gerações mais jovens. Estudos anteriores mostraram que a proporção de idosos socialmente isolados nos países ocidentais é entre 10% e 35% (NICHOLSON; SHELLMAN, 2013).

Para Cotterell, Buffel e Phillipson (2018) combater o isolamento social tem sido associado a uma série de problemas de saúde na meia idade e na velhice. Indivíduos socialmente isolados apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, depressão, demência e morte prematura, ele afeta tanto os indivíduos quanto a comunidade em geral. Problemas de saúde decorrentes do isolamento e da solidão, levam a um aumento do uso de serviços de saúde e assistência social. Os mecanismos subjacentes ao impacto do isolamento social na saúde permanecem obscuros, mas acredita-se que incluam influências nos comportamentos de saúde, como: sono, exaustão e a própria conexão social.

Sabe-se que períodos prolongados de isolamento social têm consequências negativas significativas para a saúde e reduzem a qualidade de vida, um efeito particularmente pronunciado em populações mais velhas. Apesar dos conhecidos efeitos oriundos do isolamento social, um componente-chave da resposta à pandemia de COVID-19, foram as ordens de permanência em casa ou abrigo no local. Relativamente pouco se sabe sobre os efeitos potenciais que esses períodos

de isolamento social podem ter sobre os idosos, e menos ainda se sabe sobre os potenciais fatores de risco ou fatores de proteção que modulam esses efeitos (NEWMAN-NORLUND *et al.*, 2022).

2.6 SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS

Um forte indicador de qualidade de vida que pode ser percebido e considerado como um guia norteador para políticas de saúde na velhice, é a satisfação com a vida (SV). De acordo com Sposito *et al.* (2013), essa trata-se de um estado subjetivo que envolve a avaliação individual da própria vida como um todo, incluindo aspectos relacionados à saúde, família, amigos, trabalho, moradia, relações sociais, entre outros.

Considerando isso, a satisfação é um fenômeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo, o qual define, com maior precisão a experiência de vida em relação às várias condições de vida do indivíduo. Dessa forma, a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio.

Satisfação com a vida do idoso é a chave do bem-estar subjetivo e do envelhecimento saudável. Muitos estudos relacionados estão focados nos fatores afetados, incluindo estado de saúde, nível econômico, suporte social, modo de pensão, previdência social e suporte intergeracional, mas poucos são baseados na perspectiva macro do envelhecimento saudável (TIAN; CHEN, 2022).

O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Satisfação reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Segundo Albuquerque e Tróccoli (2004), a literatura conceitua de maneira semelhante os termos “envelhecimento bem sucedido”, “envelhecimento ativo” e “qualidade de vida na velhice”, sob o foco de satisfação com a vida. Ademais, Paschoal (2002), cita que a satisfação de vida, de forma indireta, refletiria a qualidade de vida e seria também uma dimensão chave nas avaliações de estado de saúde na

velhice.

Sob outra perspectiva, Ferrans e Powers (1992) evidenciam que a satisfação é um dos parâmetros importantes para avaliação da qualidade de vida, salientando ainda, que a satisfação com a vida inclui aspectos de interação familiar e social, desempenho físico e exercício profissional.

Para Sposito *et al.* (2013), a qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido muitas vezes associadas a questões de dependência-autonomia, sendo importante distinguir os “efeitos da idade”. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas. A descrição do julgamento cognitivo é um reflexo individual de cada pessoa, baseados na combinação de saúde física e mental, papéis sociais e fatores ambientais, associados à capacidade funcional, ou seja, a diminuição da funcionalidade ocasionada pelo envelhecimento pode refletir diretamente na satisfação com a vida.

Conforme Kim *et al.* (2021), foi realizado um estudo avaliando se a mudança positiva na satisfação com a vida de 2006/2008 e 2010/2012, estava associada a melhores resultados em 35 indicadores de saúde física, comportamental, psicossocial e bem-estar em 2014/ 2016. Os dados são de 12.998 participantes do Estudo de Saúde e Aposentadoria da Universidade de Michigan – uma coorte prospectiva e nacionalmente representativa de adultos americanos com mais de 50 anos. Os resultados mostram que maior satisfação com a vida está associada a uma melhor saúde física, psicológica e comportamental, mostrando um risco de mortalidade reduzido em 26%, um risco de depressão 46% menor, um risco 25% menor de limitações de funcionamento físico, um risco 12% menor de dor crônica, um risco 14% menor de aparecimento de problemas de sono, uma probabilidade 8% maior de atividade física frequente, melhor bem-estar psicológico em vários indicadores, incluindo maiores: afeto positivo, otimismo, propósito na vida e domínio - bem como menores: desesperança, afeto negativo, restrições percebidas e solidão.

Esses resultados sugerem que a satisfação com a vida é um alvo valioso para políticas que visam melhorar vários indicadores de bem-estar psicossocial, comportamentos de saúde e resultados de saúde física.

Com o aumento geral da sobrevivência da população e inúmeras pesquisas relacionadas à satisfação com a vida em idosos, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e

satisfação pessoal (GHORBANSHIROUDI *et al.*, 2011).

3 OBJETIVOS

Esta seção apresenta o objetivo geral e objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o nível de satisfação com a vida entre os idosos de um grupo de envelhecimento ativo, em relação aos idosos institucionalizados e da comunidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) verificar se há associação entre espiritualidade e satisfação com a vida;
- b) identificar se há associação entre esperança e satisfação com a vida;
- c) verificar se há associação entre isolamento social e satisfação com a vida.

4 MANUSCRITO ORIGINAL

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE MATURIDADE ATIVA E OS FATORES ASSOCIADOS, EM RELAÇÃO AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE

Magda Jucélia de Azeredo

Márcio Manozzo Boniatti

Lidiane Isabel Filippin

RESUMO: Objetivo: Comparar a satisfação com a vida entre três grupos distintos de idosos: aqueles que vivem na comunidade, os institucionalizados e os participantes de um programa de envelhecimento ativo. Além disso, como objetivo secundário, busca-se explorar os fatores que estão associados a essa medida de bem-estar. Métodos: Estudo transversal realizado no período de setembro de 2022 a maio de 2023. Foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que foram selecionados a partir de três grupos distintos: participantes de um programa de envelhecimento ativo, idosos institucionalizados e idosos da comunidade em geral. A coleta de dados incluiu variáveis sociodemográficas, autoavaliação da saúde geral, tempo de exposição a comportamentos sedentários, religiosidade intrínseca, esperança e isolamento social. O desfecho primário foi satisfação com a vida. Resultados: Foram incluídos 305 idosos no estudo, dos quais 115 (37,7%) eram participantes do programa de envelhecimento ativo, 119 (39,0%) pertenciam à comunidade e 71 (23,3%) estavam institucionalizados. Os idosos institucionalizados apresentaram idade mais avançada, maior tempo de comportamento sedentário, menor nível educacional e pior percepção de saúde em comparação com os idosos dos outros grupos. Na análise de regressão linear múltipla, os fatores que mantiveram associação significativa com a satisfação com a vida foram a esperança, o isolamento social e a autoavaliação de saúde. Conclusão: Este estudo evidenciou que a esperança, o suporte social e a autoavaliação de saúde são os principais determinantes da satisfação com a vida em idosos. Contrariamente à nossa hipótese, o grupo ao qual o idoso pertencia, seja na comunidade, no programa de envelhecimento ativo ou na instituição, não se mostrou um fator determinante significativo. Essa constatação ressalta a necessidade de adotar abordagens

personalizadas e centradas na pessoa, que considerem as necessidades e os recursos individuais de cada idoso, independentemente do grupo ao qual pertençam.

Palavras-chave: Idoso. Institucionalizado. Envelhecimento ativo. Esperança. Isolamento social. Satisfação com a vida.

ABSTRACT: Objective: To compare life satisfaction among three different groups of elderly people: those living in the community, those institutionalized and those participating in an active aging program. In addition, as a secondary objective, we seek to explore the factors that are associated with this measure of well-being. Methods: Cross-sectional study carried out from September 2022 to May 2023. Elderly aged 60 years or older were included, who were selected from three different groups: those living in the community, those institutionalized and those participating in an active aging program. Data collection included sociodemographic variables, self-rated general health, time of exposure to sedentary behavior, intrinsic religiosity, hope and social isolation. The primary outcome was life satisfaction. Results: 305 elderly were included in the study, of which 115 (37.7%) were participants in the active aging program, 119 (39.0%) belonged to the community and 71 (23.3%) were institutionalized. The institutionalized elderly were older, had a longer sedentary behavior, had a lower educational level and had a worse perception of health compared to the elderly in the other groups. In the multiple linear regression analysis, the factors that maintained a significant association with life satisfaction were hope, social isolation and self-rated health. Conclusion: This study showed that hope, social support and self-rated health are the main determinants of life satisfaction in the elderly. Contrary to our hypothesis, the group to which the elderly person belonged, whether in the community, in the active aging program or in the institution, did not prove to be a significant determining factor. This finding underscores the need to adopt personalized and person-centered approaches that consider the individual needs and resources of each elderly person, regardless of the group to which they belong.

Keywords: Elderly. Institutionalized. Active aging. Hope. Social isolation. Life satisfaction.

1 INTRODUÇÃO

A população mundial está enfrentando um processo de envelhecimento acelerado, com projeções indicando que, até 2050, uma em cada quatro pessoas terá mais de 60 anos[1]. O Brasil não é exceção a essa tendência, prevendo-se um aumento significativo no percentual de pessoas acima de 65 anos nas próximas décadas, passando de 9% para 25%[2]. No entanto, é fundamental compreender as implicações dessas mudanças demográficas e da transição epidemiológica para garantir que as necessidades dessa população sejam atendidas adequadamente. Embora as pessoas estejam vivendo mais, isso não significa necessariamente que estejam vivendo com melhor saúde ou com sua qualidade de vida satisfatoriamente atendida. A percepção de uma maior qualidade de vida entre os idosos pode estar associada a diversos fatores como idade, estado civil, autorrelato de "estar saudável" e ausência de depressão[3].

Infelizmente, o processo de envelhecimento pode ser doloroso para muitos idosos, que frequentemente enfrentam desafios como isolamento social, falta de apoio, dificuldades em lidar com o próprio envelhecimento, o falecimento de entes queridos e o abandono familiar. Esses fatores podem desencadear doenças físicas e psicológicas, além de aumentar os índices de sofrimento emocional, depressão, ansiedade e revolta[4, 5]. Nesse contexto, é de extrema importância avaliar a satisfação com a vida e compreender os fatores que estão associados a ela. Ao conhecer esses fatores, será possível desenvolver estratégias e políticas adequadas para promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar entre os idosos. A presente pesquisa tem como objetivo comparar a satisfação com a vida entre três grupos distintos de idosos: aqueles que vivem na comunidade, os institucionalizados e os participantes de um programa de envelhecimento ativo. Além disso, como objetivo secundário, busca-se explorar os fatores que estão associados a essa medida de bem-estar.

2 MÉTODOS

Esta seção apresenta o método usado

2.1 DELINEAMENTO E PERÍODO

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de setembro de 2022 a maio de 2023.

2.2 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que foram selecionados a partir de três grupos distintos: participantes do programa de envelhecimento ativo "Programa Maturidade Ativa" da Unidade Operacional do Sesc Montenegro, idosos institucionalizados em cinco Instituições de Longa Permanência (ILPIs) e idosos da comunidade em geral da cidade de Montenegro/RS. Para a inclusão dos idosos da comunidade, foi selecionado o bairro da cidade com o maior número de idosos cadastrados. Os critérios de exclusão foram a incapacidade de comunicação devido a déficit auditivo grave e/ou problemas cognitivos, bem como a recusa em participar da pesquisa.

2.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em um estudo anterior conduzido por Oliveira *et al.* [6]. Considerou-se um escore médio de $27,0 \pm 6,8$ na escala de satisfação com a vida para idosos da comunidade e $29,0 \pm 6,7$ para idosos ativos, com um nível de significância de 5% e poder de estudo de 80%. Dessa forma, foi determinado que seriam necessários 107 idosos em cada grupo para a pesquisa.

2.4 COLETA DE DADOS

Para caracterizar o perfil da amostra, foram aplicados questionários sociodemográficos que coletaram informações sobre idade, sexo, raça, religião, escolaridade, estado civil e situação ocupacional.

A autoavaliação da saúde geral foi obtida por meio da pergunta: "De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) Sr.(Sra.) considera seu estado de saúde?". As respostas foram agrupadas nas categorias excelente, muito bom e bom, que representam uma autoavaliação positiva da saúde, enquanto as

categorias regular e ruim foram consideradas uma autoavaliação negativa da saúde[6, 7].

O tempo de exposição a comportamentos sedentários foi avaliado por meio de duas perguntas: 1) Quanto tempo você passa sentado em um dia da semana? e 2) Quanto tempo você passa sentado em um dia de final de semana?

Para verificar a espiritualidade, utilizou-se a Escala de Religiosidade da Universidade de Duke, conforme Lucchetti *et al.*[8]. Essa escala avalia dimensões centrais da religiosidade, como a religiosidade organizacional (frequência a instituições, templos ou igrejas), a religiosidade não organizacional (atividades privadas, como preces, leituras e práticas meditativas) e a religiosidade intrínseca (envolvimento subjetivo, dedicação e vivência dos ideais religiosos/espirituais). A escala consiste em 5 questões, sendo que as duas primeiras avaliam a religiosidade organizacional e não organizacional, respectivamente, com pontuação de 1 a 6. As três últimas questões compõem o escore da religiosidade intrínseca, que pode variar de 3 a 15 pontos. Um escore igual ou maior que 10 pontos indica uma alta religiosidade intrínseca.

A fim de identificar a esperança, foi aplicada a Escala de Esperança de Herth[9], um instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa por Sartore e Grossi[10]. Essa escala busca avaliar a esperança em diferentes aspectos, permitindo a identificação de variações nos níveis de esperança. A escala consiste em 12 itens afirmativos com uma escala tipo Likert de 4 pontos. O escore total varia de 12 a 48, sendo que escores mais altos indicam um nível mais elevado de esperança.

O isolamento social foi verificado por meio do Índice de Isolamento Social, conforme Peng e Roth[11]. Esse índice avalia se o participante mora com companheiro/cônjuge, tem contato físico e/ou digital com filhos, familiares e amigos, e participa de grupos sociais. O escore varia de 0 a 8, sendo que escores mais altos indicam um maior índice de isolamento social.

As informações relacionadas à satisfação com a vida foram adquiridas por meio da Escala de Satisfação com a Vida, conforme Diener *et al.*[12]., validada no Brasil por Gouveia *et al.*[13]. Essa escala avalia o conceito de satisfação com a vida, medindo a avaliação global que os indivíduos fazem de suas vidas, não se tratando de uma medida de afeto positivo ou negativo. Os participantes indicaram seu nível de concordância com cada um dos 5 itens usando uma escala de 7 pontos que varia de 7 (concordo totalmente) a 1 (discordo totalmente).

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram apresentadas na forma de média e desvio padrão ou de mediana e intervalo interquartil e comparadas com o teste t-Student ou o teste U de Mann-Whitney, conforme indicado. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado. A correlação entre duas variáveis contínuas foi realizada por correlação de Spearman. As variáveis com plausibilidade biológica para associação com satisfação com a vida foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla. Colinearidade foi verificada através do cálculo do fator de inflação da variância (*variance inflation factor, VIF*). Em todas as análises, foi adotado como nível para significância estatística um valor de $p < 0,05$.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade La Salle por meio do número 5.560.877. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS

Foram incluídos 305 idosos no estudo, dos quais 115 (37,7%) eram participantes do programa de envelhecimento ativo, 119 (39,0%) pertenciam à comunidade e 71 (23,3%) estavam institucionalizados. As características dos idosos incluídos estão detalhadas na Tabela 1. Os idosos institucionalizados apresentaram idade mais avançada, maior tempo de comportamento sedentário, menor nível educacional e pior percepção de saúde em comparação com os idosos dos outros grupos. Observou-se uma maior proporção de mulheres entre os idosos participantes do programa de envelhecimento ativo, enquanto o grupo da comunidade tinha uma maior proporção de idosos casados em comparação com os demais grupos.

Em relação à escala de esperança, observou-se que os idosos da comunidade (39,0; 36,0 - 44,0) apresentaram um escore significativamente maior em comparação com os idosos participantes do programa de envelhecimento ativo (37,0; 35,0 - 41,0) ($p = 0,016$) e com os idosos institucionalizados (31,0; 29,0 - 38,0) ($p < 0,001$). Além

disso, houve uma diferença estatisticamente significativa entre os idosos do programa de envelhecimento ativo e os idosos institucionalizados ($p < 0,001$).

No que se refere ao isolamento social, verificou-se que os idosos participantes do programa de envelhecimento ativo (1,0; 0,0 - 1,0) apresentaram um índice significativamente menor de isolamento social em comparação com os idosos da comunidade (1,0; 0,0 - 2,0) ($p = 0,021$) e os idosos institucionalizados (6,0; 5,0 - 7,0) ($p < 0,001$). Além disso, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os idosos da comunidade e os idosos institucionalizados ($p < 0,001$).

Na análise univariada, observou-se uma associação significativa entre o grupo de idosos (comunidade, programa de envelhecimento ativo ou institucionalizados) e a satisfação com a vida, conforme ilustrado na Figura 1. Além disso, foram encontradas correlações fortes e moderadas entre a esperança e o isolamento social, respectivamente, com a satisfação com a vida (Figura 2). Na análise de regressão linear múltipla, os fatores que mantiveram associação significativa com a satisfação com a vida foram a esperança, o isolamento social e a auto-percepção de saúde (Tabela 2). Não verificamos colinearidade significativa entre as variáveis independentes que permaneceram no modelo final.

4 DISCUSSÃO

Nossos resultados revelaram que a esperança, o isolamento social e a auto-percepção de saúde foram os principais fatores associados à satisfação com a vida em idosos. É interessante destacar que as características individuais dos idosos nos três grupos analisados (comunidade, programa de envelhecimento ativo e institucionalizados) mostraram-se consideravelmente distintas. Essas características parecem desempenhar um papel mais significativo na determinação da satisfação com a vida do que o próprio grupo ao qual os idosos pertencem.

Nós encontramos uma correlação forte entre esperança e satisfação com a vida em idosos. Alinhado a esses resultados, Chokkanathan S[14] também verificou uma relação significativa entre esperança e bem-estar entre idosos. De fato, níveis mais elevados de esperança têm sido consistentemente associados a uma redução nos sintomas depressivos e a uma maior satisfação com a vida em pesquisas anteriores[15, 16]. Essas evidências sustentam a importância da esperança como um

fator influente na percepção geral de bem-estar e satisfação com a vida na população idosa.

A associação positiva entre suporte social e satisfação com a vida em idosos já foi verificado em estudos anteriores[17–19]. Nossos resultados reforçam essa importância das interações sociais para a qualidade de vida dos idosos. Verificamos que os idosos institucionalizados apresentaram um nível significativamente maior de isolamento social em relação aos outros grupos. Outros autores já destacaram que as instituições de idosos podem promover a solidão entre seus residentes devido à necessidade de viver entre estranhos, o medo devido ao isolamento da família e o fardo de ter que se adaptar a um novo ambiente[20, 21], contribuindo para uma redução das interações sociais. Por outro lado, os idosos participantes do programa de envelhecimento ativo mostraram um nível ainda menor de isolamento social em comparação aos idosos da comunidade. Esses resultados ressaltam o papel benéfico que programas de envelhecimento ativo podem desempenhar ao estimular as interações sociais e, conseqüentemente, contribuir para a satisfação com a vida dos idosos. Diante disso, proporcionar suporte social e promover a participação em atividades que estimulem o contato social emergem como ações potencialmente eficazes para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos.

A autoavaliação de saúde também se mostrou um fator importante em relação à satisfação com a vida dos idosos. Esses resultados estão em consonância com estudos anteriores que demonstraram que a presença de doenças crônicas desempenha um papel determinante na satisfação com a vida[22–24]. Portanto, é importante considerar e abordar as necessidades de saúde dos idosos, proporcionando um suporte adequado e estratégias de manejo de doenças crônicas, a fim de promover a satisfação com a vida nessa população.

Nossa hipótese inicial era que os idosos institucionalizados apresentariam uma menor satisfação com a vida em comparação aos idosos da comunidade e aos participantes do programa de envelhecimento ativo. No entanto, nossos resultados revelaram que outros fatores desempenham um papel mais determinante nessa satisfação. É possível encontrar idosos institucionalizados que estão satisfeitos com suas vidas, desde que esses outros fatores estejam presentes. Esses achados ressaltam a importância de direcionar intervenções específicas para esses idosos, abordando os fatores-chave que influenciam sua satisfação com a vida, como intervenções psicológicas e para promover maior interação social.

Intervenções psicológicas, como terapia comportamental e mindfulness, podem ser eficazes para melhorar as emoções positivas e fortalecer a esperança, levando a uma maior satisfação geral[25]. Além disso, programas que visam promover interações sociais podem desempenhar um papel importante nesse contexto. Iniciativas como universidades da terceira idade e programas de envelhecimento ativo podem proporcionar um ambiente propício para a participação em atividades sociais, fortalecendo os laços comunitários e estimulando o engajamento em experiências enriquecedoras[26–29]. Essas abordagens multifacetadas, que combinam intervenções psicológicas e programas de interação social, têm o potencial de melhorar a satisfação com a vida dos idosos.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, a amostra foi composta por idosos de uma única cidade, e os idosos da comunidade foram selecionados apenas de um bairro específico, o que restringe a generalização dos nossos achados para outras regiões e contextos. Além disso, alguns idosos institucionalizados foram excluídos do estudo devido à incapacidade de responder, o que pode introduzir um viés de seleção e afetar a representatividade da amostra. Por fim, a sobreposição de alguns indicadores da escala de satisfação com a vida com indicadores da escala de esperança pode gerar confusão na associação entre ambas as medidas, o que deve ser considerado ao interpretar os resultados.

Em conclusão, este estudo evidenciou que a esperança, o suporte social e a autoavaliação de saúde são os principais determinantes da satisfação com a vida em idosos. Surpreendentemente, o grupo ao qual o idoso pertencia, seja na comunidade, no programa de envelhecimento ativo ou na instituição, não se mostrou um fator determinante significativo. Esses resultados destacam a importância de considerar as características individuais e os aspectos psicossociais na avaliação da satisfação com a vida em idosos, em vez de se concentrar exclusivamente no contexto de residência. Essa constatação ressalta a necessidade de adotar abordagens personalizadas e centradas na pessoa, que considerem as necessidades e os recursos individuais de cada idoso, independentemente do grupo ao qual pertençam. Ao reconhecer e atender a esses fatores determinantes, podemos desenvolver intervenções mais eficazes para promover a satisfação com a vida e o bem-estar dos idosos, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento mais gratificante.

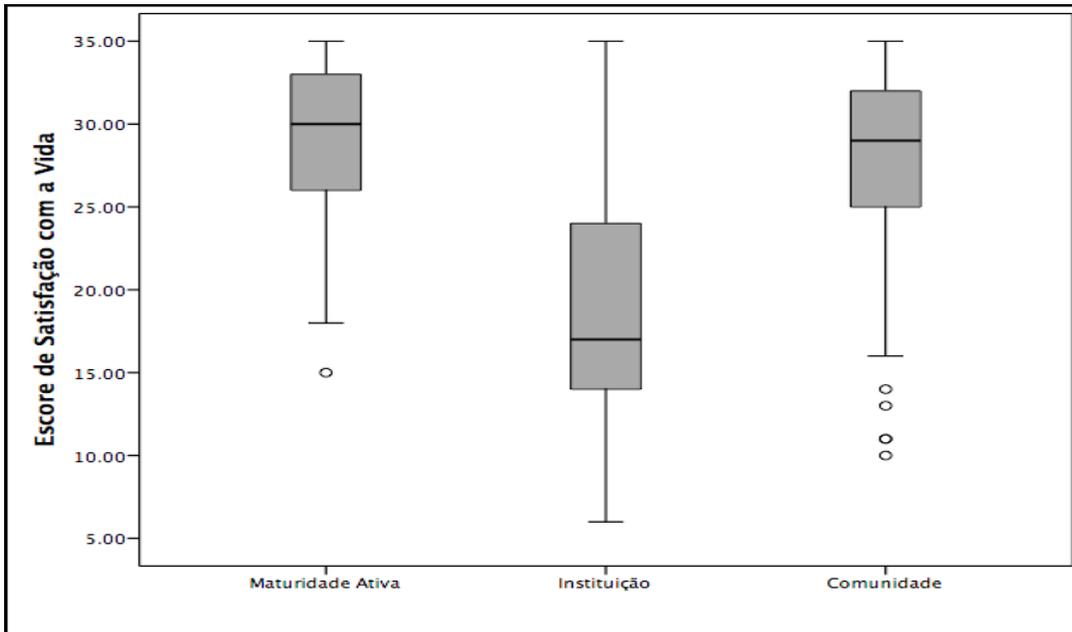
Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde dos idosos

Variáveis	Maturidade Ativa (N = 115)	Comunidade (N = 119)	Instituição (N = 71)
Idade, anos	70,0 (65,0 - 76,0) ^a	68,0 (64,0 - 73,0) ^b	79,0 (69,0 - 85,0) ^c
Sexo, feminino	107 (93,0) ^a	81 (68,1) ^b	47 (66,2) ^b
Raça			
Branca	103 (89,6) ^a	112 (93,8) ^{a,b}	70 (98,6) ^b
Parda	3 (2,6) ^a	2 (1,7) ^a	1 (1,4) ^a
Preta	9 (7,8) ^a	4 (3,4) ^{a,b}	0 ^b
Religião			
Sem religião	1 (0,9) ^a	0 ^a	1 (1,4) ^a
Católica	100 (87,0) ^a	85 (71,4) ^b	57 (80,3) ^{a,b}
Protestante	3 (2,6) ^a	15 (12,6) ^b	7 (9,9) ^b
Espiritismo	7 (6,1) ^a	11 (9,2) ^a	0 ^b
Outros	4 (3,5) ^a	8 (6,7) ^a	6 (8,4) ^a
Estado civil			
Casado	33 (28,7) ^a	67 (56,3) ^b	9 (12,7) ^c
Solteiro	8 (7,0) ^a	11 (9,2) ^a	17 (23,9) ^b
Divorciado	14 (12,2) ^a	11 (9,2) ^a	8 (11,3) ^a
Viúvo	57 (49,6) ^a	28 (23,5) ^b	36 (50,7) ^a
Outro	3 (2,6) ^a	2 (1,7) ^a	1 (1,4) ^a
Escolaridade			
Analfabeto	0 ^a	1 (0,8) ^a	3 (4,2) ^b
Ens Fund incompl	20 (17,4) ^a	22 (18,5) ^a	50 (70,4) ^b
Ens Fund compl	30 (26,1) ^a	24 (20,2) ^a	10 (14,1) ^a
Ens Medio compl	48 (41,7) ^a	44 (37,0) ^a	6 (8,5) ^b
Ens Sup compl	17 (14,8) ^a	28 (23,5) ^a	2 (2,8) ^b
Situação ocupacional, ativo	41 (35,7) ^a	60 (50,4) ^b	2 (2,8) ^c
Tempo sentado em um dia de semana, horas	3,0 (2,0 - 4,0) ^a	4,0 (3,0 - 5,0) ^a	9,0 (4,0 - 10,0) ^b
Tempo sentado em um dia de final de semana, horas	4,0 (3,0 - 6,0) ^a	4,0 (3,0 - 6,0) ^a	10,0 (4,0 - 10,0) ^b
Religiosidade intrínseca alta	114 (99,1) ^a	115 (96,6) ^{a,b}	64 (90,1) ^b
Percepção de saúde positiva	102 (88,7) ^a	111 (93,3) ^a	24 (33,8) ^b

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: Dados expressos em mediana e intervalo interquartil ou número absoluto e porcentagem. Letras diferentes (a, b, c) nas colunas indicam diferença significativa ($p < 0,05$).

Figura 1 - Escore na escala de satisfação com a vida estratificado pelo grupo (programa de envelhecimento ativo – Maturidade Ativa, instituição ou comunidade)

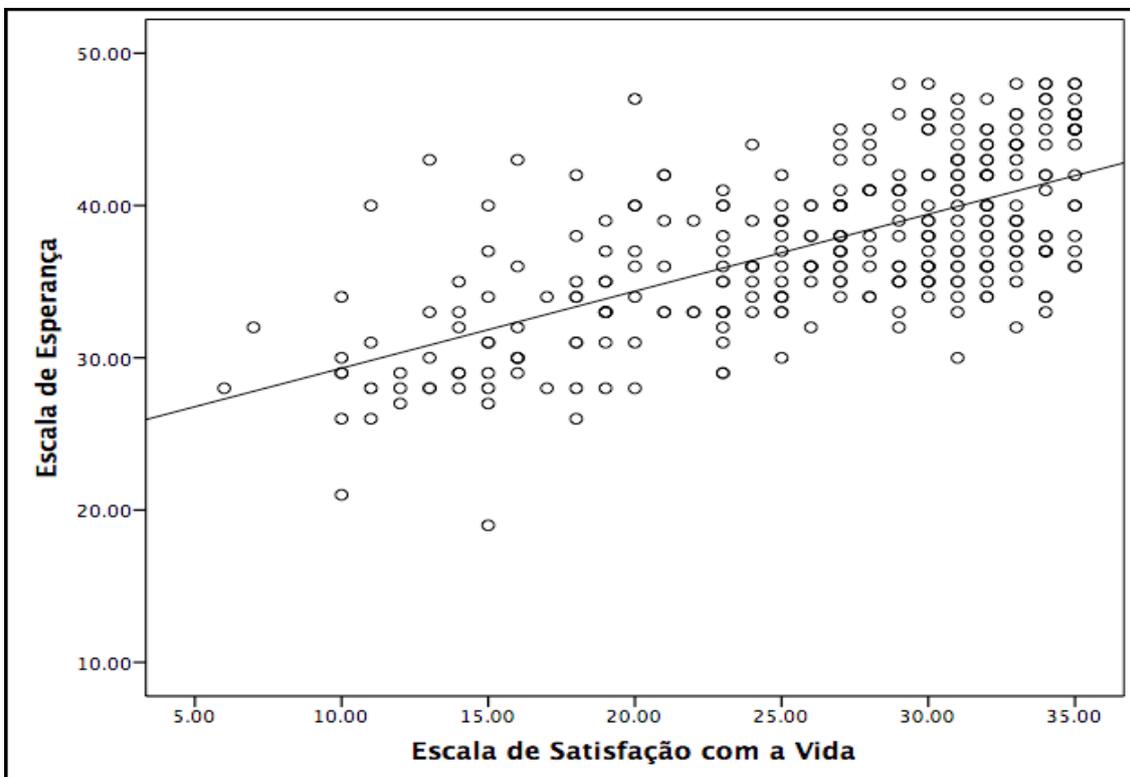


Fonte: dados da pesquisa.

Nota: $p < 0,001$ para a comparação entre idosos da Maturidade Ativa e institucionalizados e entre idosos da comunidade e institucionalizados;

$p = 0,405$ para a comparação entre idosos da Maturidade Ativa e da comunidade

Figura 2 - Correlação entre escala de satisfação com a vida e esperança

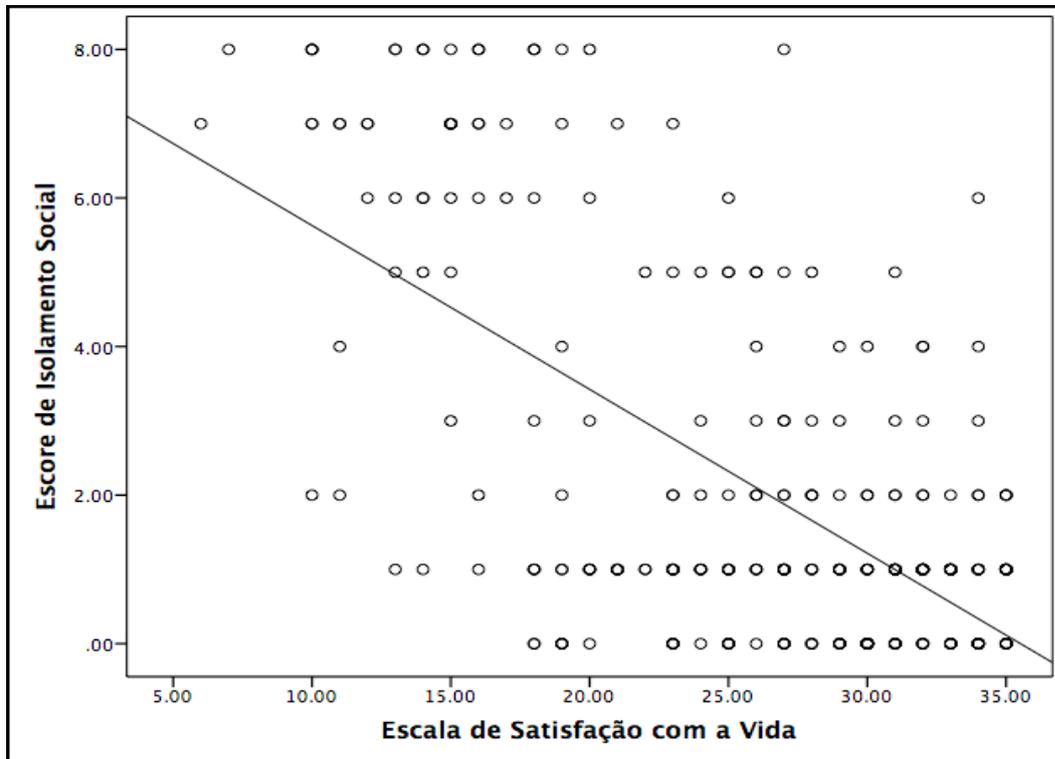


Fonte: dados da pesquisa.

Nota: $\rho 0,621$

$p < 0,001$

Figura 3 - Correlação entre escala de satisfação com a vida e índice de isolamento social



Fonte: dados da pesquisa.

Nota: rho -0,454

$p < 0,001$

Tabela 2. Regressão linear múltipla dos fatores associados à satisfação com a vida

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	IC 95% do <i>B</i>	<i>p</i>	VIF
	<i>B</i>	Erro Padrão	Beta			
Esperança	0,521	0,061	0,403	0,402 – 0,640	<0,001	1,486
Isolamento social	-0,956	0,149	-0,330	-1,250 – (-0,662)	<0,001	1,801
Percepção de saúde positiva	2,559	0,830	0,151	0,926 – 4,192	0,002	1,628

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: Ajustado para idade, sexo, tempo de comportamento sedentário em dia de semana, tempo de comportamento sedentário em dia de final de semana, religiosidade intrínseca, nível educacional e grupo (programa de envelhecimento ativo, comunidade ou institucionalizado).

r^2 0,55

REFERÊNCIAS

1. United Nations Publications (2019). World Population Prospects 2019: Highlights. UN
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018) Projeções da população: Brasil e unidades da Federação, revisão 2018.
3. Gato JM, Zenevycz LT, Faganello Madureira VS, *et al* (2018) Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. *Av Enferm* 36:302–310
4. Kim SN, Lee SB (2013) Spiritual well-being, social support, life satisfaction and depression in the community dwelling elderly. *J East-west Nurs Res* 19:186–194
5. Özdemir AA, Kavak Buda F, Dural G, Gültekin A (2022) The Relationship Between Spiritual Well-Being, Life Satisfaction and Hope in Elderly Individuals in Turkey. *J Relig Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01517-5>
6. Oliveira DV de, Ribeiro CC, Pico RER, *et al* (2019) Is life satisfaction associated with the purpose in life of elderly hydrogymnastics practitioners? *Motriz* 25.: <https://doi.org/10.1590/s1980-6574201900030009>
7. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, *et al* (2010) Self-rated health among adults in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 44:901–911
8. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, *et al* (2012) Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J Relig Health* 51:579–586
9. Herth K (1992) Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 17:1251–1259
10. Sartore AC, Grossi SAA (2008) [Herth Hope Index--instrument adapted and validated to Portuguese]. *Rev Esc Enferm USP* 42:227–232
11. Peng S, Roth AR (2022) Social Isolation and Loneliness Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study of U.S. Adults Older Than 50. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 77:e185–e190
12. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S (1985) The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess* 49:71–75
13. Gouveia VV, Milfont TL, da Fonseca PN, Coelho JAP de M (2009) Life satisfaction in Brazil: Testing the psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Soc Indic Res* 90:267–277
14. Chokkanathan S (2023) Family Environment, Loneliness, Hope, and Subjective Well-Being of Asian Older Adults. *Int J Aging Hum Dev* 914150231171839

15. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F (2001) The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 56:P364–73
16. Chan JYC, Chan F, Ditchman N, *et al* (2013) Evaluating Snyder's hope theory as a motivational model of participation and life satisfaction for individuals with spinal cord injury: A path analysis. *Rehabil Res Pol Educ* 27:171–185
17. Papi S, Cheraghi M (2021) Multiple factors associated with life satisfaction in older adults. *Prz Menopauzalny* 20:65–71
18. Didino D, Frolova EA, Taran EA, Gorodetski K (2016) Predictors of life satisfaction among older adults in Siberia. *In: The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences. Cognitive-crcs*
19. Doerwald F, Albrecht BM, Stalling I, Bammann K (2021) Domain-specific life satisfaction among older adults with and without children: The role of intergenerational contact. *PLoS One* 16:e0257048
20. Custers AFJ, Westerhof GJ, Kuin Y, Riksen-Walraven M (2010) Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging Ment Health* 14:731–739
21. Sok SR, Cheon BK, Gu MK, Kim OS (2019) Comparisons of Health Promoting Behavior, Depression, and Life Satisfaction Between Older Adults in Rural Areas in South Korea Living in Group Homes and at Home. *J Nurs Res* 27:e21
22. Tavares AI (2022) Health and life satisfaction factors of Portuguese older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 99:104600
23. Puvill T, Lindenberg J, de Craen AJM, *et al* (2016) Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study. *BMC Geriatr* 16:194
24. Bužgová R, Kozáková R, Bobčíková K, Zeleníková R (2023) Predictors of life satisfaction in elders living at home in the Czech Republic. *PLoS One* 18:e0283772
25. (2020) An investigation of the effect of positive thinking training and pray on depression in elderly women referring to imam Reza specialty and subspecialty clinic in Shiraz, Iran. *Int J Pharm Res* 12.: <https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.01.022>
26. Nadasen K (2007) "We are too busy being active and enjoying ourselves to feel the aches and pains": perceived health benefits of line dancing for older women.

Qual Ageing 8:4–14

27. Russell H (2008) Later life: A time to learn. *Educ Gerontol* 34:206–224
28. Escolar Chua RL, de Guzman AB (2014) Effects of third age learning programs on the life satisfaction, self-esteem, and depression level among a select group of community dwelling Filipino elderly. *Educ Gerontol* 40:77–90
29. Zadworna M (2020) Healthy aging and the University of the Third Age - Health behavior and subjective health outcomes in older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 90:104126

5 PRODUTO TÉCNICO

O produto técnico deste trabalho será um Microlearning do Envelhecimento e Fatores Associados.

Microlearning é uma palavra de origem inglesa, “*micro*” se refere ao tempo reduzido dos módulos, que duram de dois a cinco minutos e “*learning*” significa aprendizado, então nada mais é do que a fragmentação dos conteúdos em pequenas doses. Assim, um assunto muito extenso pode ser dividido em tópicos e cada tópico vira uma pílula de conhecimento de curta duração, todas as partes juntas devem representar o conteúdo integral. Ele pode ser em um formato ou formato variado: vídeo, podcast, foto, texto, infográfico, game, entre outros, assim ficando menos cansativo e permitindo que o assunto seja consumido na íntegra. É preciso, porém, que cada formato escolhido siga o princípio da brevidade. O material produzido pode ser disponibilizado e utilizado de qualquer dispositivo, como computadores, tablets e smartphones.

O Microlearning do Envelhecimento e Fatores Associados, foi realizado na forma de vídeos em torno de quatro a cinco minutos cada vídeo. Foram produzidos oito vídeos, dispostos no seguinte formato: Vídeo 1: Envelhecimento Parte I, Vídeo 2: Envelhecimento Parte II, Vídeo 3: Qualidade de Vida da População Idosa, Vídeo 4: Espiritualidade, Vídeo 5: Esperança, Vídeo 6: Isolamento Social, Vídeo 7: Satisfação com a Vida e Vídeo 8: Apresentação dos Dados e Resultados da Pesquisa Realizada com Idosos da Cidade de Montenegro.

Estes vídeos (material), foram entregues às instituições participantes da pesquisa, ficarão disponíveis no banco de capacitações e treinamentos do Sesc/RS, para que todo novo colaborador (Facilitador de Trabalho com Grupos – Profissional que trabalha com a Terceira Idade no Sesc) contratado possa ter acesso a estas informações. Para as direções das ILPIs e coordenação da secretaria municipal de saúde, com o mesmo objetivo, sempre no ingresso de um novo colaborador, que ele tenha acesso a este material.

Para produção dos vídeos foi feita uma parceria com a TV local (TV Cultura do Vale), utilizando os estúdios de gravação. No momento de apresentação da proposta do Microlearning do Envelhecimento e Fatores Associados, a direção da TV manifestou interesse em disponibilizar os vídeos (material produzido) para o Programa Momento Saúde. Este programa acontece semanalmente e tem por finalidade tratar

exclusivamente de assuntos voltados à saúde, de forma breve, objetiva e com conteúdo bastante informativo.

<https://drive.google.com/drive/folders/1vSF7TLxaRu8iVUoIRIcOFpooOq9YnGED?usp=sharing>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo comparar a satisfação com a vida entre três grupos distintos de idosos: aqueles que vivem na comunidade, os institucionalizados e os participantes de um programa de envelhecimento ativo. Além disso, como objetivo secundário, busca-se explorar os fatores que estão associados a essa medida de bem-estar.

Considerando todos os achados podemos dizer que, a esperança, o suporte social e a autoavaliação de saúde são os principais determinantes da satisfação com a vida em idosos. Contrariamente à nossa hipótese, o grupo ao qual o idoso pertencia, seja na comunidade, no programa de envelhecimento ativo ou na instituição, não se mostrou um fator determinante significativo. Esses resultados evidenciam que ao invés de se concentrar exclusivamente no contexto de residência destes idosos, é de extrema importância considerar as características individuais e o aspectos psicossociais na avaliação da satisfação com a vida deste público.

Essa constatação ressalta a necessidade de adotar abordagens personalizadas e centradas na pessoa, que considerem as necessidades e os recursos individuais de cada idoso, independentemente do grupo ao qual pertençam.

Esta pesquisa também contribuiu para a ciência, na produção de informações científicas e para a sociedade. Portanto, reconhecer e atender a esses fatores determinantes, podemos desenvolver intervenções mais eficazes para promover a satisfação com a vida e o bem-estar dos idosos, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida e uma maior longevidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TRÓCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 153-164, out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- ALVES, Leonardo Marcondes. Erik Erikson: os estágios psicossociais do desenvolvimento. **Ensaios e Notas**, 2020. Disponível em: <https://ensaiosnotas.com/2020/06/13/erik-erikson-os-estagios-psicossociais-do-desenvolvimento/>. Acesso em: 28 mar. 2022.
- ARAÚJO, Isabel; PAÚL, Constança; MARTINS, Manuela. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 869-875, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400011>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- BEZERRA, Patricia Araújo; NUNES, José Walter; MOURA, Leides Barroso de Azevedo, Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2021, v. 34, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02661>. Acesso em: 02 fev. 2022.
- BOLDY, D.; GRENADE, L. Loneliness and social isolation among older people: the views of community organisations and groups. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 35, n.6, p. 583, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2011.00795.x>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem estar subjetivos em idosos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 380-393, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200013&lng=en&tlng=en. Acesso em: 11 set. 2021.
- CELICH, K. L. S. *et al.* A dimensão espiritual no envelhecimento com qualidade de vida. *In.* BETTINELLI, Luiz Antonio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; PASQUALOTI, Adriano. **Envelhecimento Humano: múltiplas abordagens**. Passo Fundo: UPF Editora, 2008. p. 176-188.
- COTTERELL, Natalie; BUFFEL, Tine; PHILLIPSON, Christopher. Preventing social isolation in older people. **Maturitas**. v. 113, p. 80-84, jul. 2018. Disponível em: [doi:10.1016/j.maturitas.2018.04.014](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014). Acesso em: 15 maio 2022.
- FERRANS, C.E.; POWERS, M. J. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. **Research and Nurse Health**, v. 15, n. 2, p. 29-38, fev. 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1579648/>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- FERREIRA, M. E. C.; CORRÊA, J. C.; BANHATO, E. F. C. **Os desafios de envelhecer no século XXI**. São Paulo: Residencial Santa Rita, 2010.

FONSECA, Patrícia Nunes *et al.* Esperança em idosos: uma explicação baseada nos valores humanos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 1, p. 9-25, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/48522/34918>. Acesso em: 12 mar. 2022.

GATO, J. M. *et al.* Saúde Mental e Qualidade de Vida de Pessoas idosas. **Avances en Enfermería**, Colômbia, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-302.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GERIDADES. Entenda os impactos da religiosidade e espiritualidade na qualidade de vida de idosos. **Geridades**, nov. 2021. Disponível em: <https://geridades.com.br/2021/11/29/entenda-os-impactos-da-religiosidade-e-espiritualidade-na-qualidade-de-vida-de-idosos/2021>. Acesso em: 03 maio 2022.

GHORBANSHIROUDI, Shohreh *et al.* The relationship between Emotional Intelligence and Life Satisfaction and determining their communication skill test effectiveness. **Indian Journal of Science and Technology**, v. 4, n. 11, p. 1560-1564, 2011. Disponível em: <https://indjst.org/articles/the-relationship-between-emotional-intelligence-and-life-satisfaction-and-determining-their-communication-skill-test-effectiveness>. Acesso em: 12 fev. 2022.

HAUGAN, Goril. The FACIT-Sp spiritual well-being scale: an investigation of the dimensionality, reliability and construct validity in a cognitively intact nursing home population. **Scandinavian Journal Caring Science**, Escandinávia, v. 4, n. 11, p. 152-164, Mar. 2015. Disponível em: doi:10.1111/scs.12123. Acesso em: 29 mar. 2022.

HERNANDEZ, S. C.; OVERHOLSER, J. C. A systematic review of interventions for hope/hopelessness in older adults. **Clinical Gerontologist**, v. 44, n. 2, p. 97-111, Mar./Apr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000 a 2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 02 jan. 2022.

KIM, Eric S. *et al.* Life Satisfaction and Subsequent Physical, Behavioral, and Psychosocial Health in Older Adults. **Milbank Q.**; v. 99, n. 1, p: 209-239. Feb. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33528047/>. Acesso em: 14 mar. 2023.

LEONE, Eugenia Troncoso; MAIA, Alexandre Gori; BALTAR, Paulo Eduardo. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 59-77, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-06182010000100003>. Acesso em: 14 abr.2022.

NERI, Anita Liberalesso. Teorias psicológicas do envelhecimento: Percurso histórico e teorias atuais. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 102-118.

NEWMAN-NORLUND, Roger D. *et al.* Effects of social isolation on quality of life in elderly adults. **PLoS One**, v. 17, n. 11, e0276590, Nov. 2022.

NICHOLSON, Nicholas R.; SHELLMAN, Juliette. Decreasing social isolation in older adults: effects of an empowerment intervention offered through the CARELINK program. **Research in Gerontological Nursing**. v.6, n. 2, p. 89-97, abr. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23330943/>. Acesso em: 10 maio 2022.

BARROS-OLIVEIRA, José H. Felicidade, otimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. **Psychologica**, Coimbra, v. 1, n. 52, p. 123-148, 2010.

OLIVEIRA, Leticia Maria de. A esperança de vida dos idosos: Avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 1, p. 167-172, jan.-mar. 2018.

OLIVER, A.; TOMÁS, J. M.; MONTORO-RODRIGUEZ, J. Dispositional hope and life satisfaction among older adults attending lifelong learning programs. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 72, p. 80-85, May 2017.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Autonomia e independência. *In*: Papaléo Neto Mateus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu, 2002. p.313-323.

PIRUTINSK, S.; CARP, S.; ROSMARIN, D.H. A paradigm to assess implicit attitudes towards god: the positive/negative god associations task. **Journal Religion and Health**, v. 56, n. 1, p. 305-319, Feb. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-016-0303-y>. Acesso em: 12 fev. 2022.

REZENDE, C. B. **A Velhice na Família: estratégias de sobrevivência**. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Franca, 2008. Disponível em: https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/Cristiane_Barbosa.pdf Acesso em: 10 jan. 2022.

RIBEIRO, Mariana dos Santos *et al.* Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 869-877, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809. Acesso em: 12 abr. 2019.

ROCHA, Ana Carolina Albiero Leandro da; CIOSAK, Suely Itsuko. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 87-93, dez 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800087&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2022.

RODRIGUES, L. de S.; SOARES, G. A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Espírito Santo, n. 4, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1901>. Acesso em: 03 maio 2022.

SNYDER, C.R. Teoria da esperança: arco-íris na mente. **Psychological Inquiry**, v. 13, p. 249-275, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01. Acesso em: 04 dez. 2021.

SOARES, Esny Cerene. **O idoso de bem com a velhice**: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-06092017-101953/pt-br.php>. Acesso em: 03 maio 2022.

SPOSITO, Giovana *et al.* A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciência & Saúde Coletânea**, v. 18, n. 12, p. 3475-3482, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3YffnVDDfNKbbBPkf447jkn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos *et al.* Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CxVzN3sV5tZnBWM6kQrp5hH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 maio 2022.

TIAN, Hua; CHEN, Jie. Study on Life Satisfaction of the Elderly Based on Healthy Aging. **Journal of Healthcare Engineering**, v. 2022, Oct. 2022.

VIANNA, Mayara Sousa *et al.* Competência para o autocuidado na administração de insulina por idosos septuagenários ou mais de idade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25 p. 1-9, 2017.

WALDMAN-LEVI, A *et al.* Emotional Functioning and Sense of Hope as Contributors to Healthy Aging. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 40, n. 4, p. 253-260, maio 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1539449220920728>. Acesso em: 13 dez. 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Nível de Satisfação com a Vida em Idosos”, por ter o perfil da população necessária para que a mesma se realize. O objetivo desse estudo é comparar o nível de satisfação com a vida entre os idosos do grupo Maturidade Ativa, em relação aos idosos institucionalizados e da comunidade.

Para participar do mesmo, é necessário preencher um questionário, com tempo médio previsto para o preenchimento de 15 a 30 minutos. Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, não terá nenhum comprometimento por esta decisão, ou seja, sua participação não é obrigatória. Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

O estudo apresenta risco considerado mínimo, podendo ser pelo constrangimento eventual que você possa ter pelas perguntas apresentadas no questionário e sentimento de cansaço ao respondê-las, sendo que este, o participante poderá solicitar um tempo de descanso e retornar a pesquisa logo após. Para minimizar estes riscos, será mantida em sigilo sua identificação, bem como um ambiente de privacidade para a aplicação dos questionários. Caso ainda se sinta constrangido, pode deixar de responder e desistir da pesquisa a qualquer momento, retirando o seu consentimento.

Como benefícios pela sua participação, os resultados finais da pesquisa serão apresentados aos participantes em forma de devolutiva, através de um “Workshop sobre Envelhecimento Saudável”. Este resultado, deverá ser apresentado de forma clara e objetiva, assim como o esclarecimento de possíveis dúvidas que surgirem ao final.

Não serão fornecidas quaisquer informações que permitam identificar quem foram os participantes da pesquisa. Os seus dados serão sempre tratados confidencialmente. Você não será identificado por nome, e os resultados deste estudo serão usados para fins científicos. Os dados da pesquisa serão armazenados em arquivo digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de 5 anos após a pesquisa.

O presente documento em uso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade La Salle, e será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com o pesquisador responsável. Caso você tenha

dúvidas ou solicite esclarecimento, entre em contato com a pesquisadora Magda Jucélia de Azeredo, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade LaSalle (por meio do e-mail mazeredo@sesc-rs.com.br ou do telefone 51-999943456) ou com o pesquisador orientador da pesquisa Prof. Dr Márcio Manozzo Boniatti, professor da Universidade La Salle - Canoas (por meio do e-mail marcio.boniatti@unilasalle.edu.br ou do telefone 51-999729424), ou também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade La Salle (através do e-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br ou através do telefone (51) 3476-8452, ou pelo endereço: Av. Victor Barreto, 2288 - Centro, Canoas - RS, 92010-000 - 3º andar do prédio 6), nos seguintes horários de funcionamento: Segundas-feiras, Quartas-feiras e sextas-feiras: 14h às 18h; Terças-feiras: 14h às 19h e Quintas-feiras: 10h às 13h e das 14h às 19h.

Em caso de concordância com as considerações expostas, favor assinar este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado. Desde já agradeço sua colaboração.

(Assinatura da/o Participante) (Pesquisador Responsável)

Canoas, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SAÚDE

1) Nº do Participante: _____

2) Idade: _____ Anos

3) Sexo:

() Masculino () Feminino

4) Cor ou Raça:

() Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela

5) Religião:

() Sem religião () Católica () Protestante () Espiritismo () Afro-brasileiro () Outros

6) Escolaridade:

- () Não sabe ler nem escrever
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo
- () Pós- graduação

7) Estado Civil:

() Casado (a) () Solteiro (a) () Divorciado (a) () Viúvo (a) () Outro

8) Situação Ocupacional:

() Ativo (a) () Não ativo (a)

9) Aposentadoria:

() Sim () Não

10) Renda Mensal:

- Sem renda 1 Sal. 2 sal. 3 sal. 4 sal. 5 sal.
 acima de 5 sal. acima de 10 sal.

11) Auto- Avaliação de Saúde:

De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como o (a) Sr. (Sra) considera seu estado de saúde:

- Excelente
 Muito Bom
 Bom
 Regular
 Ruim

12) Possui alguma doença psiquiátrica diagnosticada como ansiedade ou depressão?

Se sim, escreva qual (is) doença (s). Se não, deixe a pergunta em branco.

13) Tempo de Exposição a Comportamento Sedentário:

1. Quanto tempo você passa sentado em um dia da semana?

2. Quanto tempo você passa sentado em um dia de final de semana?

**ANEXO A - ESCALA DE ESPIRITUALIDADE - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA
UNIVERSIDADE DUKE**

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas.

Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO B - ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu estou otimista quanto à vida				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos				
3. Eu me sinto muito sozinho (a)				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor				
10. Eu sei onde eu quero ir				
11. Eu acredito no valor de cada dia				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade				

ANEXO C - ESCALA DE ISOLAMENTO SOCIAL

Índice de isolamento social:

1. Você mora com companheiro (a) / esposo (a)? () Sim () Não

2. Tem contato físico (face-a-face) **mais de uma vez por mês:**

a) Com filhos () Sim () Não

b) Familiares () Sim () Não

c) Amigos () Sim () Não

3. Tem contato digital (por telefone, por email, por redes sociais) **mais de uma vez por mês:**

a) Com filhos () Sim () Não

b) Familiares () Sim () Não

c) Amigos () Sim () Não

4. Você participa de grupos sociais como clubes sociais/esportivos, organizações não-religiosas, grupos comunitários ou igreja? () Sim () Não

Cada resposta NÃO = 1 ponto

Cada resposta SIM = 0 ponto

Isolamento físico: Perguntas 1, 2 e 4.

Pontuação 0 a 5. Quanto maior a pontuação, maior o isolamento físico.

Isolamento digital: Pergunta 3.

Pontuação 0 a 3. Quanto maior a pontuação, maior o isolamento digital.

ANEXO D - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

Instruções: Abaixo estão cinco afirmações com as quais você pode concordar ou discordar. Usando o 1- 7 abaixo, indique sua concordância com cada item colocando o número apropriado na linha que precede aquele item. Por favor, seja aberto e honesto em suas respostas.

• 7 - Concordo totalmente • 6 - Concordo • 5 - Concordo ligeiramente • 4 - Não concordo nem discordo • 3 - Discordo ligeiramente • 2 - Discordo • 1 - Discordo totalmente

_____ Na maioria dos aspectos, minha vida está próxima do meu ideal.

_____ As condições da minha vida são excelentes.

_____ Estou satisfeito com minha vida.

_____ Até agora eu consegui as coisas importantes que eu quero na vida.

_____ Se eu pudesse viver minha vida de novo, não mudaria quase nada.

_____ **SOMA**

Embora a pontuação deva ser mantida contínua (soma das pontuações em cada item), aqui estão alguns pontos de corte para serem usados como referências.

31 - 35 Extremamente Satisfeito

26 - 30 Satisfeito

21 - 25 Pouco Satisfeito

20 - Neutro

15 - 19 Ligeiramente Insatisfeito

10 - 14 Insatisfeito

5 - 9 Extremamente Insatisfeito