UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GINA ANDRADE ABDALA

RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS: ESTUDO
POPULACIONAL NA CIDADE DE SÃO PAULO

SÃO PAULO / SP

2013

GINA ANDRADE ABDALA

**RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS:
ESTUDO POPULACIONAL NA CIDADE DE SÃO PAULO**

Tese *corrigida* apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto
PROESA da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo – EE / USP, como
requisito para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Miako Kimura

SÃO PAULO / SP

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Abdala, Gina Andrade

Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos: estudo populacional da cidade de São Paulo / Gina Andrade Abdala. -- São Paulo, 2013.
140 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Miako Kimura

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem 2. Espiritualidade 3. Idosos 4. Qualidade de Vida 5. Religião I. Título.

Folha de Aprovação do Doutorado

Nome: Gina Andrade Abdala

Título: Religiosidade e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Idosos: estudo populacional na cidade de São Paulo [tese]. São Paulo.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EE/USP, como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em : ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a Dr^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A DEUS QUE ME ABRAÇOU NESTA JORNADA E DISSE:

***“Filha minha, atenta para as minhas palavras; aos meus ensinamentos inclina os ouvidos. Não os deixes apartar-se dos teus olhos; guarda-os no mais íntimo do teu coração. Porque são vida para quem os acha e saúde para o teu corpo”* Prov 4:20-22.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, SABEdor e mantenedor de tudo,

À orientadora profa. Dra. Miako Kimura, símbolo da acurácia e perspicácia na psicometria de escalas de qualidade de vida na Escola de Enfermagem da USP, exemplo de pesquisadora criteriosa e prudente,

Ao esposo Emílio Abdala pelo incentivo de sempre,

Aos filhos Samuel e Sammila pela tolerância, amor e compreensão em tudo,

Aos pais Jeremias de Andrade Câmara e Gilca Pereira Câmara pela compreensão da minha ausência em muitos momentos,

Aos irmãos Lana, Jac, Aldo e Alda, pelo cuidado dedicado aos meus pais em minha ausência,

Aos sogros Emílio e Neci Abdala, pelas constantes orações,

À Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) pelo apoio inicial no ingresso ao doutorado,

À União Central Brasileira (UCB) e UNASP/SP pelo apoio final na conquista deste título,

Ao prof. Dr. Harold Koenig, pela inspiração do tema Religiosidade/Espiritualidade e Saúde,

Ao prof. Dr. Gizelton Pereira Alencar da FSP/USP, pela orientação nas aulas de Modelagem de Equações Estruturais,

Às prof^{as}. Dra. Vera C G Santos e Dra. Miako Kimura pela disciplina “Medida de Qualidade de vida: aspectos teóricos metodológicos”,

À prof^a. Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, pelo convite em participar das análises do estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE),

À prof^a Dra Maria Lúcia Lebrão pela garra e dedicação ao estudo SABE,

Aos estatísticos Lucas Petri Damiani e Bernardo dos Santos, inteligentes, meigos e pacientes,

Ao técnico do banco de dados Fernão Dias de Lima, sempre presente para atender,

À Silvana, ex-secretária da pós-graduação da EE, competente e laboriosa,

Ao Pastor Erlo Braun e família pelo carinho e apoio dispensados,

Às amigas do coração Celi Batista, Eunice Garcia e Beth Garcia, por compreenderem minha falta de atenção em muitos eventos,

Às amigas Tania Torres, Vânia Hirle, Jacqueline Ferreira, Marziani Guimarães e suas famílias pela amizade e carinho,

Ao Ministério de Idosos da Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) da FADBA, meus amigos que confiaram em mim na implantação difícil deste programa,

Ao Ministério de Idosos da IASD de Vila Matilde/SP, representado por Geni Branco e família pelo apoio na implantação deste programa em São Paulo,

Ao grupo de pesquisa em Qualidade de Vida da Escola de Enfermagem/USP, pelos momentos de discussão e amadurecimento: Profa. Dra Miako Kimura, Dra Vera Lúcia G. Santos, Dra Acácia Oliveira, Dra. Luciana Costa, Me. Ewerton Naves, Dr. Ramon Penha, Dra. Beatriz Yamada, Dra. Cristiane Marcelino, Daniel Machado e Maria Clara.

Ao grupo de pesquisa Religiosidade/Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS) do UNASP/SP representado por prof^a Dra. Maria Dyrce Dias Meira, prof. Dr. Carlos Antônio Teixeira, Marli Cres, Evelson Silva, Jocimar Wruck, Marziani Guimarães e Daniela Santos,

A todos os idosos com quem tive contato, alguns que já se foram e me ajudaram a entender esta etapa da vida antes de eu mesma chegar nela,

MUITO OBRIGADA!

Epígrafe

“A qualidade de vida é atingida através da harmonia, integração e equilíbrio entre o corpo, mente, espírito e emoções, onde o todo é maior que a soma das partes.”

Brian Luke Seaward

ABDALA GA. Religiosidade e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Idosos: estudo populacional na Cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: Associação entre religiosidade e qualidade de vida tem crescido consideravelmente nos últimos anos. Embora a maioria desses estudos seja de corte transversal e associem-se à qualidade de vida geral, alguns deles demonstraram que a religião ocupa um papel importante nas dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos. **Objetivo:** Testar o efeito mediador da religiosidade entre os fatores sociodemográficos e a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal e de base populacional, desenvolvido como parte do estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE). A amostra foi composta por 911 idosos da cidade de São Paulo, com idade mínima de 60 anos, residentes na comunidade. Análises utilizando a Modelagem de Equações Estruturais (MEE) foram realizadas, a fim de verificar o efeito mediador da religiosidade na relação entre variáveis selecionadas e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos idosos, com modelos separados para homens e mulheres. Para essas análises, utilizou-se o programa SPSS AMOS (IBM, versão 22). As variáveis independentes selecionadas foram: idade, escolaridade, funcionalidade familiar (APGAR familiar) e multimorbidade (mais de duas doenças referidas). A variável de desfecho foi a QVRS, medida pelo SF-12, em seus componentes físico (CF) e mental (CM). As variáveis mediadoras foram a religiosidade organizacional (RO: frequência à igreja ou cultos religiosos), a religiosidade não organizacional (RNO: prática de atividades religiosas privativas, como oração) e a religiosidade intrínseca (RI: significado e importância da religião). Os coeficientes Alfa de Cronbach foram de 0,85 para o CF, 0,80 para o CM, 0,89 para a RI e 0,91 para o APGAR. **Resultados:** Maiores níveis de religiosidade organizacional e intrínseca foram preditores de uma melhor qualidade de vida física e mental para os idosos, assim como maior escolaridade, melhor funcionalidade familiar e menor número de doenças contribuíram diretamente para um melhor desempenho no CF e no CM, independente da RO, RNO e RI. Para as mulheres, a RO mediou a relação entre a idade e os componentes físico ($\beta=2,401$; $p<0,01$) e mental ($\beta=1,661$, $p<0,01$). Para os homens, a RI mediou a relação entre a escolaridade e o componente mental ($\beta=7,158$, $p<0,01$). **Conclusão:** Este estudo ratifica a importância da religiosidade, da escolaridade, da funcionalidade familiar e da multimorbidade como fatores que influenciam a QVRS dos idosos e evidencia o efeito

benéfico da religiosidade organizacional e intrínseca sobre a influência da idade e a escolaridade na qualidade de vida relacionada à saúde desses idosos.

Palavras chave: Religião. Espiritualidade. Qualidade de vida. Idosos. Idosos com 80 anos ou mais.

ABDALA GA. Religiosity and Health Related Quality of Life of elderly people: populational study in Sao Paulo city [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo, 2013.

ABSTRACT

Introduction: The association between religiosity and quality of life has grown considerably in recent years. Although most of these studies are cross-sectional and link to the overall quality of life, some of them have shown that religion occupies an important role in the dimensions of health-related quality of life of elderly people. **Aim:** To test the mediating effect of religiosity between sociodemographic factors and health-related quality of elderly. **Methodology:** This was an observational cross-sectional study developed as part of the Study Health, Well-being and Aging (SABE). The sample consisted of 911 elderly people from Sao Paulo, Brazil, with a minimal age of 60 years, living in the community. A Structural Equation Modeling (SEM) analysis was performed in order to verify the mediating effect of religiosity on the relationship between selected variables and the Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly, with separated models for men and women. For these analyses, SPSS AMOS program (IBM, 22nd version) was utilized. The independent variables were: age, literacy, family function (APGAR) and multimorbidity (more than two diseases mentioned). The outcome variable was HRQoL, measured by SF-12, which contains two components: physical (PC) and mental (MC). The mediators were: organizational religious orientation (ORA: church attendance or religious service), non-organizational religious orientation (NORA: the practice of private religious activities such as prayer) and intrinsic religiosity (IR: meaning and importance of religion). Cronbach's alpha was 0.85 for PC, MC= 0.80, RI = 0.89 and APGAR= 0.91. **Results:** Higher levels of ORA and IR were predictors of better physical and mental quality of life for the elderly, as well as higher level of education, better family functioning and fewer diseases, contributing directly to improve performance in PC and MC, independently of ORA, NORA and IR. For women, ORA influenced as mediator between age and the physical component ($\beta=2.401$; $p<0.01$), as well as the mental component ($\beta=1.661$, $p<0.01$). In the same manner, IR mediated the relationship between literacy and MC in men ($\beta=7.158$, $p<0.01$). **Conclusion:** This study confirms the importance of religion, level of education, family functioning and multimorbidity as factors influencing the HRQoL of elderly, and demonstrates the beneficial effect of organizational and intrinsic religiosity in the relation of age and education on physical and mental health of elderly. **Keywords:** Religion. Spirituality. Quality of life. Aged.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição da população residente por sexo, segundo os grupos de idade, Brasil, 1960/2010.....	24
Figura 2 – Distribuição etária da população de 2000 a 2040, Estimativa Brasil.....	24
Figura 3 – Modelo de QV de Wilson e Cleary (1995).....	30
Figura 4 – Modelo conceitual de QV de Wilson e Cleary revisado por Ferrans et al. (2005).....	31
Figura 5 - Modelo integrado de um PRO (Patient Reported Outcome) com desfecho para QVRS de Valderas e Alonso (2008).....	32
Figura 6 - Desenho gráfico do Estudo SABE. 2013.....	63
Figura 7 - Distribuição geral dos idosos (n=1409), segundo a escolaridade e mini exame do estado mental completo (corte por escolaridade). São Paulo, 2006.....	64
Quadro 1 – Questões relacionadas à religiosidade. Estudo SABE, 2006	69
Quadro 2 – Questões relacionadas à QVRS (SF-12). Estudo SABE, 2006	70
Quadro 3 – Questões relacionadas às covariáveis: sexo, idade, escolaridade, funcionalidade familiar (APGAR) e morbidade. Estudo SABE, 2006	71
Figura 8 - Distribuição dos escores do componente físico do SF-12 de idosos de São Paulo. Estudo SABE, 2006.....	73
Figura 9 - Distribuição dos escores do componente mental do SF-12 de idosos de São Paulo. Estudo SABE, 2006.....	74
Quadro 4 – Símbolos usados para MEE em diagrama de caminhos.....	76
Figura 10 - Diagrama completo de caminhos exibindo relações estruturais teorizadas e a especificação completa de mensuração, segundo o componente físico e mental. Estudo SABE, 2013	77
Quadro 5 - Critérios de medida dos índices de ajuste da modelagem de equações estruturais.....	78
Figura 11 - Distribuição dos idosos segundo a denominação religiosa e o sexo. São Paulo, Estudo SABE, 2006.....	82
Figura 12 - Representação do modelo estrutural e de mensuração usando a MEE com as influências das variáveis sobre o componente físico para	

homens e mulheres. São Paulo, 2006	87
Figura 13- “Síntese” do modelo padrão de MEE para o componente físico, sexo feminino. São Paulo, 2006.....	90
Figura 14- Representação do modelo estrutural e de mensuração usando a MEE com as influências das variáveis sobre o componente mental para homens e mulheres. São Paulo, 2006	91
Figura 15- “Síntese” do modelo padrão de MEE para o componente mental, sexo feminino. São Paulo, 2006.....	94
Figura 16- “Síntese” do modelo padrão de MEE para o componente mental, sexo masculino. São Paulo, 2006.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1-	Resultado dos estudos sobre Religião/Espiritualidade e QV/QVRS de idosos: revisão integrativa de literatura. 2013.....	47
Tabela 2.2-	Estudos sobre Religião/Espiritualidade e “QV” como desfecho.....	52
Tabela 2.3-	Estudos sobre Religião/Espiritualidade e “QVRS” como desfecho.....	55
Tabela 2.4-	Estudos sem associação entre R/E e QVRS como desfecho.....	56
Tabela 5.1-	Distribuição geral dos idosos (n=1.409) segundo “perguntas realizadas com substituto” e o Mini exame do estado mental completo (corte por escolaridade). São Paulo, 2006.....	65
Tabela 6.1-	Características demográficas e socioeconômicas dos idosos segundo o sexo. São Paulo, 2006.....	80
Tabela 6.2-	Características de Saúde dos idosos segundo o sexo. São Paulo, 2006.....	81
Tabela 6.3-	Distribuição dos idosos segundo as dimensões da religiosidade e o sexo. São Paulo, 2006.....	84
Tabela 6.4-	Média e desvio padrão das dimensões dos componentes físico e mental da QVRS segundo a amostra total e o sexo. São Paulo, 2006.....	85
Tabela 6.5	Estimativa e valor de p dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e o componente físico das mulheres, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.....	88
Tabela 6.6	Estimativa e valor de p dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e o componente físico dos homens, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.....	89
Tabela 6.7	Estimativa e valor de p dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e componente mental das mulheres, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.....	92
Tabela 6.8	Estimativa e valor de p dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e o componente mental dos homens, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.....	93

LISTA DE SIGLAS

BVS.....	Biblioteca Virtual em Saúde
HRQoL.....	Health-related quality of life
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA.....	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IR.....	Intrinsic Religiosity
LILACS.....	Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe
MEDLINE.....	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MEE.....	Modelagem de Equações Estruturais
MMSE.....	Mini-mental State Examination
NORA.....	Non-organizational Religious Affiliation
OPAS.....	Organização Pan-Americana de Saúde
ORA.....	Organizational Religious Affiliation
PRO.....	Patient Report Outcomes
PUBMED.....	Pesquisa de Publicações e Artigos Médicos
QV.....	Qualidade de vida
QVRS.....	Qualidade de vida relacionada à saúde
RI.....	Religiosidade Intrínseca
RNO.....	Religiosidade não Organizacional
RO.....	Religiosidade Organizacional
SABE.....	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
SCIELO.....	Scientific Electronic Library Online
SF-12.....	Short Form Health Survey 12
SF-36.....	Short Form Health Survey 36
SIS.....	Sistema de Informação em Saúde
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies
WHOQOL.....	World Health Organization of Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	23
2.2 QUALIDADE DE VIDA (QV) E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (QVRS) – TÓPICOS CONCEITUAIS E MODELOS TEÓRICOS.....	27
2.2.1 QV e QVRS para idosos.....	34
2.3 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) – TÓPICOS CONCEITUAIS.....	36
2.3.1 R/E para idosos.....	40
2.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE R/E E QV/QVRS.....	43
2.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE R/E E QV/QVRS PARA IDOSOS.....	46
2.5.1 Associação entre R/E dos idosos e “QV” como desfecho.....	49
2.5.2 Associação entre R/E dos idosos e “QVRS” como desfecho.....	54
2.5.3 Estudos sem associação entre R/E dos idosos e QVRS.....	55
3. OBJETIVOS.....	58
4. HIPÓTESES.....	59
5 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	60
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	60
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	61
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	61
5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	63
5.5 VARIÁVEIS E MEDIDAS.....	65
5.6 INSTRUMENTOS E FORMULÁRIOS UTILIZADOS NO SABE.....	68
5.7 COLETA DOS DADOS.....	71
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	72
5.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	72
6 RESULTADOS.....	79
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	79
6.1.1 Características sócio-demográficas.....	79
6.1.2 Características de saúde.....	81
6.1.3 Características religiosas.....	81
6.1.4 Avaliação da QVRS dos idosos – componente físico e mental do SF -12	85
6.2 MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS.....	86
6.2.1 Componente físico.....	86
6.2.2 Componente mental.....	91
7 DISCUSSÃO.....	96
8 CONCLUSÃO.....	111

REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICE E ANEXOS.....	130
APÊNDICE A.....	130
ANEXO I.....	134
ANEXO II.....	135
ANEXO III.....	140

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem crescendo nas últimas décadas em ritmo sem precedentes em nível mundial, sendo reconhecido como o principal fenômeno demográfico do século 20 (Nasri, 2008). No Brasil, a mudança no padrão demográfico vem ocorrendo de forma constante e acentuada, com uma proporção de pessoas com 60 anos e mais passando de 8,6% em 2000 para 10,8% em 2010 (IBGE, 2010). Segundo projeção para 2050, a proporção de idosos brasileiros ultrapassará os 22,7% da população total (IBGE, 2008). A projeção para o estado de São Paulo em 2030 é de 19,9% de idosos (IBGE/SEADE, 2013).

Relacionado ao fenômeno do envelhecimento, ocorre o processo de transição epidemiológica, caracterizado pela redução das doenças infecciosas e aumento de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações. Dados divulgados em 2010 indicavam que a proporção de idosos brasileiros com mais de uma doença crônica era de 48,9%, chegando a 54% no grupo de 75 anos ou mais. A dependência para as atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa dos 60 anos para 50% entre os que chegam aos 90 anos ou mais (Brasil, 2010).

Essas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira direcionam para a atenção às necessidades dos idosos, com políticas e práticas voltadas ao envelhecimento ativo e bem sucedido, sendo identificada como prioridade por organizações governamentais e profissionais (Periago, 2005). No Brasil, políticas e programas governamentais específicos para a população idosa vem sendo propostos desde a década de 1970 (Rodrigues, 2001). Atualmente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reeditada em 2006, estabelece as diretrizes para a promoção do envelhecimento saudável, a capacitação de recursos humanos

especializados, a reabilitação e o apoio à pesquisa nessa área (Brasil, 2006).

No planejamento de ações voltadas à população idosa, um dos aspectos mais importantes é o conhecimento das condições de saúde e qualidade de vida, assim como dos múltiplos fatores que as determinam (Brasil, 2006).

Para os idosos, saúde é resultante da interação multidimensional de condições físicas e mentais, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Ramos, 2003). No processo de envelhecer, as pessoas geralmente convivem com a presença de doenças crônicas não transmissíveis associadas às suas possíveis sequelas e complicações, tendendo a mover-se de uma independência funcional para a dependência e a necessidade de cuidados de longa duração. Todas estas alterações físicas, emocionais e psicossociais podem comprometer, em diferentes graus, a percepção de bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

Qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional e subjetivo que tem sido usado com diferentes significados. Na ausência de um consenso conceitual, termos como satisfação com a vida, bem-estar, felicidade, boa vida, valor da vida e estado funcional têm sido usados como sinônimos para o conceito de qualidade de vida em seu sentido mais amplo (Anderson, Burckhardt, 1999; Seidl, Zannon, 2004; Ferrans et al., 2005; Kimura, Silva, 2009).

Já o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foi introduzido para estreitar o foco no impacto dos problemas de saúde e das intervenções terapêuticas nas diversas áreas da vida (Minayo, Hatz, Buss, 2000; Seidl, Zannon, 2004; Ferrans et al., 2005). A QVRS reflete a percepção subjetiva de uma pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre as repercussões deste, na capacidade de se viver plenamente (Gill, Feisntein, 1994). QVRS pode ser definida como “o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais, percepções e

oportunidades sociais que são influenciados pela doença, agravos à saúde, tratamentos ou políticas” (Patrick, Erickson, 1993). Ao direcionar o foco para o valor que as pessoas atribuem à vida, o conceito de QVRS representa um importante referencial na assistência à saúde, cujo grande desafio é aumentar os anos de vida e, ao mesmo tempo, proporcionar melhor qualidade à maior sobrevida (Netuveli, Blane, 2008).

A avaliação da QVRS inclui aspectos físicos, mentais e sociais diretamente ligados a sintomas, incapacidades e limitações e é um poderoso instrumento na área de saúde, inclusive de predição de mortalidade em idosos (Otero-Rodriguez et al., 2010).

Diversos fatores (biológicos, psicossociais, demográficos, econômicos e ambientais) têm sido relacionados à QVRS de idosos (Neri, 2009). Ser idoso, do sexo masculino por exemplo, é um fator preditor de melhor QVRS para os homens (Lima et al., 2009; Barricelli et al., 2012). A idade e a funcionalidade familiar revelaram-se preditoras da qualidade de vida de idosos de uma comunidade portuguesa no estudo de Andrade e Martins (2011). No estudo doutoral de Ribeiro (2011) sobre a influência de fatores sociodemográficos e de saúde na QVRS de 1.160 idosos residentes na comunidade, foram encontradas, em ambos os sexos, associações negativas estatisticamente significantes entre número de doenças e QVRS, nos componentes físico e mental do instrumento SF-12. Em um estudo qualitativo com 20 idosos, quanto mais doenças eles possuíam, maior impacto emocional, social e econômico. Porém, para lidar com as doenças, principalmente aquelas associadas com a dor, os idosos se valiam da espiritualidade (Rocha, 2011).

Um aspecto que tem sido destacado em vários estudos sobre envelhecimento, saúde e qualidade de vida é o efeito mediador das crenças e práticas religiosas/espirituais. Um crescente número de estudos vem mostrando correlação positiva entre religião/espiritualidade e saúde física e mental (Koenig et al., 1998;

Meisenhelder, 2003; Kirby, Coleman, Daley, 2004; Daaleman, Perera, Studenski, 2004; Sawatzky, Ratner, Chiu, 2005; Floriano, Dalgalarrrondo, 2007; Cardoso, Ferreira, 2009; Cruz et al., 2009; Daaleman, 2009; Idler, McLaughlin, Kasl, 2009; Lawler-Row, Elliott 2009; Lucchetti et al., 2010; Moreira-Almeida et al., 2010; Krause, 2011; Lucchetti et al., 2011; Tan, Wutthilert, O'Connor, 2011; Vahia et al., 2011; Levin, Chatters e Taylor, 2011).

Comportamentos religiosos e espirituais são comuns na velhice. As situações vivenciadas pelos idosos podem gerar desesperança, estresse e sofrimento, levando a questionamentos sobre a existência de Deus, o significado e o propósito da vida (Lotufo Neto, Lotufo Jr., Martins, 2009). Pessoas idosas tendem a valorizar profundamente as suas crenças religiosas e espirituais, buscando nelas o apoio e as estratégias para lidar com os desafios desta fase da vida (Abdala, 2001, Duarte et al., 2008; Vitorino, 2011; Souza, 2011).

Religiosidade é entendida como o “grau em que o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião”. Ela compreende as seguintes dimensões: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). A primeira (RO) está relacionada com a participação em serviços religiosos nos templos ou igrejas ou outras reuniões religiosas. A RNO envolve a prática de atividades fora de uma instituição religiosa, individualmente ou em pequenos grupos incluindo a oração, meditação, leitura da Bíblia ou outros textos afins, ouvir ou assistir programas religiosos. A RI refere-se a aspectos psicológicos da religião, crenças, conhecimentos e atitudes relacionadas à experiência religiosa, bem como a auto-relatos de experiências e de como a pessoa se considera religiosa (Koenig, McCollough e Larson, 2001).

Diversos fatores pelos quais a religião e a espiritualidade podem afetar positivamente a saúde física e mental têm sido propostos e alguns desses fatores incluem: presença de uma rede

de apoio social mais extensiva; redução de comportamentos não saudáveis, como o uso do fumo, álcool e outras drogas; redução da atividade do sistema nervoso simpático quando em prática da oração e meditação, diminuindo a pressão arterial e a tensão muscular; maior adesão a tratamentos médicos e cuidados preventivos (Lutgendorf et al., 2004; Hussain, 2010, Abdala et al., 2010).

A religiosidade é uma característica marcante da população brasileira. Uma pesquisa brasileira com 3.007 participantes de uma amostra probabilística dessa população revelou que 95% tinham uma religião, 83% consideravam-na muito importante em suas vidas e 37% participavam de um serviço religioso pelo menos uma vez por semana (Moreira-Almeida et al., 2010). Particularmente na população idosa, dados ainda mais expressivos foram encontrados por Souza (2011) em uma amostra representativa de 1.115 idosos da cidade de São Paulo, participantes do estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento). Entre eles, 98% declararam ter uma religião, 92,7% atribuíam importância a ela e 45,4% relataram participar de atividades religiosas pelo menos uma vez por semana. Apesar desse contexto, poucos estudos populacionais analisaram o efeito mediador da religiosidade sobre a saúde e a qualidade de vida dos idosos brasileiros, apontando para a necessidade de mais pesquisas nesta área.

O estudo de Souza (2011), que traçou um perfil comparativo da religiosidade dos idosos de São Paulo nos anos de 2000 e 2006 demonstrou também que, ter uma religião e atribuir importância a ela têm impacto positivo sobre a percepção de saúde. Também, como parte do estudo SABE, Ribeiro (2011) analisou os fatores associados à QVRS de idosos na cidade de São Paulo. Entre diversos potenciais preditores, duas variáveis religiosas foram incluídas (filiação religiosa e importância da religião) mas nenhuma delas esteve associada com os componentes físico e mental do questionário SF-12.

Visando estender os trabalhos de Souza (2011) e Ribeiro (2011), o presente estudo propõe-se a explorar as relações entre fatores sociodemográficos e de multimorbidade e a QVRS dos idosos de São Paulo, mediados pela religiosidade. Portanto, esta pesquisa tem o objetivo geral de testar o efeito mediador da religiosidade num modelo hipotético de qualidade de vida relacionado à saúde de idosos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Serão abordados neste capítulo o processo de envelhecimento, as questões conceituais de qualidade de vida (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS); o que a literatura apresenta sobre QV e QVRS para idosos; os conceitos de religiosidade e espiritualidade e o que estes tópicos representam para eles segundo a literatura. No final do capítulo serão apresentados os resultados de uma revisão dos estudos que analisaram as relações entre religiosidade/espiritualidade e QV/QVRS para idosos.

2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Chegar a uma idade avançada no Brasil deixou de ser uma raridade para se tornar uma realidade. A distribuição etária da população brasileira de 1960 para 2010 demonstra o predomínio da população adulta, um crescimento sistemático e consistente do grupo de idosos e uma diminuição da população jovem (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição da população residente por sexo, segundo os grupos de idade, Brasil (1960-2010).

Fonte- IBGE, 2010.

A previsão para 2040 é de que a pirâmide se inverta e a população de 60 anos e mais supere o número de jovens (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição etária da população de 2000 a 2040, Brasil.

Fonte: IPEA, 2011.

Segundo o DATASUS (2012), o município de São Paulo apresentou em 2012 uma porcentagem de 12,5% de idosos, um pouco maior que o Estado (12,1%) e o Brasil (11,3%).

Esse envelhecimento populacional marcante em São Paulo e no Brasil está trazendo grandes desafios para a saúde pública, principalmente no que tange às doenças crônicas não transmissíveis. Se esses desafios não forem resolvidos, trarão sérios problemas sociais e econômicos nas décadas vindouras.

Apesar da doença, o idoso pode ter seus efeitos minimizados por uma vida ativa e com boa qualidade. Hoje, o maior desafio para as pessoas idosas é manter sua capacidade funcional com a melhor qualidade de vida possível, com ações diferenciadas de saúde e de educação, com cuidados qualificados e atenção multidimensional e integral (Veras et al., 2008).

Embora o envelhecimento populacional tenha se traduzido em maiores cargas de doenças, incapacidades e aumento da procura dos serviços de saúde, as doenças incapacitantes não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção deve ser estimulada e é efetiva mesmo na velhice. Portanto, a ênfase na promoção da saúde deve ser o principal foco para mudar o perfil atual de doenças crônicas (Veras, 2009).

A promoção da saúde no idoso está extremamente ligada à sua capacidade funcional que envolve componentes tais como as condições físicas, mentais e emocionais, necessárias à vida independente na comunidade (Alves, Leite, Machado, 2008).

A capacidade funcional é a “capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”. Acrescenta ainda que os cuidados dados à pessoa idosa deveriam enfatizar o monitoramento das condições de saúde com ações preventivas e diferenciadas de saúde e educação, e que a atenção deve ser multidimensional e integral (Veras, 2009).

Cada pessoa envelhece diferentemente. O processo de envelhecimento varia não somente entre indivíduos, mas também dentro de diferentes sistemas de uma mesma pessoa. Esse envelhecimento pode ser biológico decorrente dos fatores genéticos, radicais livres, reações autoimunes, estresse, doença, hormonal, radiação, nutrientes e meio ambiente, e psicossociológico, decorrente de relacionamento, mobilidade, comportamento frente à velhice, cultura e desenvolvimento das atividades. O foco é alcançar o nível máximo da saúde física, mental, social e espiritual, a despeito das limitações da idade (Eliopoulos, 2001).

Apesar dos avanços na tecnologia do cuidado à saúde, os gestores de políticas públicas alertam para ampliarem as estratégias preventivas, incluindo não apenas estratégias tradicionais de promoção da saúde, mas também o uso de práticas alternativas, desde que comprovadamente efetivas para melhorar a qualidade de vida na velhice (Kalache, 2008).

No estudo SABE de 2000 foram encontradas desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção entre os idosos, indicando necessidade de políticas públicas que levem em conta as especificidades dessa população (Louvison et al., 2008).

Uma outra preocupação é que os custos dos sistemas de saúde tornam-se cada vez maiores, mesmo nos países industrializados, especialmente à medida que aumenta a fração muito velha da população, ou seja, o grupo de indivíduos acima de 80 anos. Nesta faixa etária, ao invés de problemas agudos rapidamente curáveis ou que levam ao óbito, são predominantes as doenças crônicas que duram mais e geram gastos maiores, implicando em maior ônus para os serviços de saúde (Campolina, Ciconelli, 2006).

Como foi observado, o processo de envelhecimento pode acarretar uma decadência física e mental relacionada às condições crônicas de saúde mas, além dos estados emocionais positivos, da

regulação afetiva e do senso de auto-eficácia, outros fatores, como o suporte social, as crenças e os mecanismos de enfrentamento ajudam a minimizar os problemas próprios do envelhecimento (Rabelo e Neri, 2005).

2.2 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE – ASPECTOS CONCEITUAIS E MODELOS TEÓRICOS

Como descritor da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2013), qualidade de vida (QV) é definida como um conceito genérico “que reflete um interesse com a modificação e aprimoramento dos componentes da vida, ex. ambiente físico, político, moral e social; a condição geral de uma vida humana”.

Com esta definição abrangente, o descritor “qualidade de vida” aparece relacionado aos conceitos de estado funcional, estilo de vida, impacto da doença e valor da vida, o que explica a diversidade de áreas em que o conceito é utilizado. Pela expressiva ocorrência desse descritor nos principais recursos informacionais da literatura científica, pode-se inferir o grande interesse pelo tema na atualidade. Exemplo disso é o resultado de uma busca realizada em setembro de 2013, que resultou num total de 120.299 ocorrências com o termo “qualidade de vida”, sendo suas principais fontes, o MEDLINE – uma das maiores bases mundiais de citações biomédicas (108.620), a LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (5.123) e na IBECs – Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (2.310).

Na área da saúde, bem como em outras áreas do conhecimento, aceitam-se dois atributos relevantes na concepção de QV: a multidimensionalidade e a subjetividade.

O aspecto multidimensional decorre do fato de que a vida compreende múltiplas dimensões. No entanto, diante da dificuldade operacional de abarcar a existência humana em sua completude, o número e a natureza das dimensões representadas nas diferentes concepções teóricas de QV podem diferir de acordo com a perspectiva proposta pelos autores e, conseqüentemente, os instrumentos de medida correspondentes devem refletir essa orientação. Apesar das divergências, as seguintes dimensões são frequentemente encontradas em diferentes concepções de qualidade de vida: a física/funcional, a psicológica/emocional, a socioeconômica e a religiosa/espiritual (Kimura, Ferreira, 2007). Gill e Feinstein (1994) são enfáticos em afirmar que é conceitualmente inadequado utilizar o termo qualidade de vida quando ele é definido por apenas uma dimensão.

A característica de subjetividade significa que o conceito de QV está centrado em percepções e experiências pessoais, sendo portanto, a própria pessoa a fonte mais fidedigna do julgamento sobre a qualidade da sua vida (Anderson, Burckhardt, 1999, Paschoal, 2000, Fleck e col., 2008).

Niv e Kreitler (2001) citam estudos mostrando que a avaliação da qualidade de vida por outras pessoas (proxy reports), como por exemplo, membros da família, cuidadores e profissionais de saúde, difere daquela que provém do próprio paciente, em sentido positivo ou negativo, dependendo do aspecto avaliado. Entretanto, em algumas situações específicas de pesquisa e de seguimento de pacientes, tem-se considerado necessário que pessoas próximas forneçam informações no lugar do paciente sobre o impacto de intervenções na qualidade de vida, especialmente quando se trata de estudos envolvendo pessoas com incapacidades cognitiva, mental ou de comunicação verbal. O uso dessa estratégia requer uma postura crítica sobre suas limitações, sobretudo em relação a dados de natureza subjetiva (Sprangers, Aaronson, 1992; Northway, Jenkins, 2003).

QV é, portanto, um conceito multidimensional e subjetivo que remete à noção de bem-estar, de felicidade e satisfação com a vida (Centers for Disease Control and Prevention- CDC, 2000). Neste sentido mais amplo, a Organização Mundial da Saúde define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. O conceito incorpora de maneira complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, a religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais e aspectos significativos do meio ambiente (Fleck et al., 2008).

Já o construto qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode ser definido como "o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial" (Auquier et al., apud Minayo, Hartz, Buss, 2005). O construto QVRS incorpora as experiências das pessoas diante de questões mais diretamente ligadas ao processo saúde-doença e, nesse sentido, amplia a noção tradicional de saúde embasada, principalmente em indicadores de morbidade e mortalidade. Inclui aspectos da qualidade de vida geral, como o estado de saúde, a capacidade funcional e o apoio social, que afetam tanto a saúde física como a mental (CDC, 2000).

Diferentes modelos teóricos de QV e QVRS têm sido propostos nas últimas décadas, especificando presumidas relações de conceitos entre si e com diferentes fatores que podem interferir nessas relações. A proposição desses modelos é de fundamental importância para a construção de modelos operacionais empiricamente testáveis (Levin, Chatters, Taylor, 2011). As figuras apresentadas a seguir representam os modelos teóricos propostos por alguns pesquisadores.

Em 1995, Wilson e Cleary propuseram um modelo de QV (Wilson e Cleary, 1995) no qual, para se chegar à qualidade de vida

global, seria importante considerar quatro aspectos antecedentes: funções biológicas (células, moléculas, órgãos e sistemas), sintomas (envolvendo o organismo como um todo), estado funcional (capacidade de um indivíduo se adaptar e agir conforme o seu ambiente – tanto fisicamente quanto psicologicamente) e a percepção geral de saúde (conceitos de saúde e escores subjetivos de saúde mental). Sobre o desfecho qualidade de vida do seu modelo, os autores argumentam que as medidas de QV geral baseadas em avaliações de satisfação com a vida tendem a ser instáveis, além de não se mostrarem fortemente associadas a condições objetivas de vida, como por exemplo, o estado funcional. de tal forma que pessoas com baixo nível de funcionalidade física não estão necessariamente insatisfeitas com a sua vida, de modo geral. Assim, consideram que o desfecho qualidade de vida do seu modelo seria avaliado de forma mais sensível e estável por questões sobre a satisfação com aspectos específicos da saúde, uma vez que as avaliações de satisfação com a vida, tomadas como medidas de QV geral não se mostram.

Figura 3- Modelo de QV de Wilson e Cleary (1995)

Fonte- Wilson e Cleary (1995).

Baseados no modelo de Wilson e Cleary, Ferrans et al. (2005) propuseram um modelo conceitual para a QVRS cuja intenção foi excluir os aspectos gerais da QV não relacionados com a saúde tais

como atributos políticos, culturais ou sociais (qualidade do ambiente, segurança pública, educação, padrões de vida, transporte, liberdade política ou equipamentos culturais). Porém, nem sempre esta exclusão é justa, pois, a poluição do ar, por exemplo, contribui para doenças respiratórias crônicas e geralmente as doenças crônicas afetam a saúde tornando-se “relacionadas à saúde”. Setas foram adicionadas às dimensões físicas e também da QV global. Estas setas poderiam também ter relações recíprocas mas não estão caracterizadas na figura 4. No modelo original, foram incluídos fatores não clínicos como influência independente na QV. Já neste, os fatores estão categorizados ou nas características do indivíduo ou do meio ambiente. No modelo de Wilson e Cleary algumas setas foram rotuladas com exemplos que restringiam os relacionamentos entre si. Neste modelo, estes rótulos foram omitidos para maior inclusão no modelo (Figura 4).

Figura 4- Modelo de QV de Wilson e Cleary revisado por Ferrans et al. (2005).

Fonte- Ferrans et al. (2005).

Três anos depois, Valderas e Alonso (2008) propuseram um modelo integrado de resultados em saúde baseados no auto-relato do paciente (PRO - Patient Reported Outcome), com desfecho na QVRS. Fundamentaram-se no modelo de Wilson e Cleary (1995), na

Classificação Internacional de Capacidade Funcional (ICF- International Classification of Functioning model, 2013) e no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse modelo enfatiza a resposta da avaliação do paciente proveniente do próprio paciente, sem a interpretação do médico ou de qualquer profissional de saúde (Figura 5).

Figura 5: Modelo integrado de um PRO com desfecho para QVRS de Valderas e Alonso (2008).

Fonte- Valderas e Alonso (2008).

Ciliska, DiCenso e Guyatt (2001) expressam a complexidade da medida de QVRS, preocupando-se com a validade, confiabilidade, responsividade, medidas de utilidade, magnitude do efeito e o *número necessário para tratar* até a importância da

subjetividade na medida dessa qualidade. Propõem o quando e o porquê do uso da QVRS. Eles afirmam que “quando o objetivo é medir como o paciente se sente em relação a algum tratamento ou decisão, é imperativo que se use a QVRS”. O que o paciente valoriza mais? Prolongar a vida melhora a QVRS? Qual o custo benefício para o paciente? A intervenção faz o paciente se sentir melhor?

Num estudo de modelagem de equação estrutural, analisando o construto teórico sobre QVRS que engloba os sintomas, a saúde funcional, a percepção geral de saúde e a qualidade de vida global, Sousa e Kwok (2006) aplicaram instrumentos relacionados com cada nível citado acima em 917 pacientes, chegando à conclusão de que o construto teórico de Wilson e Cleary (1995) é válido e responde aos paradigmas de qualidade de vida subjetiva, tendo como foco o cuidado à saúde com o objetivo de melhorar a QVRS dos pacientes. Esse modelo favorece a abordagem de QVRS como um construto multidimensional e servirá de guia para o desenvolvimento de novas teorias.

Nas últimas décadas, a QVRS tem sido aceita como um parâmetro importante na área da saúde, suplementando as medidas tradicionais de morbidade e mortalidade. Está se tornando também uma medida particularmente importante para a população idosa, visando subsidiar ações para melhorar os anos de sobrevida, apesar dos processos patológicos e dos efeitos cumulativos associados ao envelhecimento (CDC, 2000; Kudielka et al., 2005).

Um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da QVRS é o SF-36, por ser de fácil acesso, possível de ser utilizado em diferentes populações e faixas etárias, inclusive em idosos (Garbin et al., 2008; Morales, 2005; Vahia et al., 2011, Barricelli et al, 2012).

2.2.1 Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em idosos

Como foi visto anteriormente, a QV/QVRS são medidas particularmente importantes quando se trata de avaliar a saúde e o bem-estar de idosos e o alvo principal é melhorar os anos de sobrevida. Destacam-se, porém, alguns fatores, considerados preditores de uma melhor ou pior QV/QVRS dos idosos.

Ao analisar a influência de fatores demográficos, socioeconômicos e o impacto de doenças crônicas em várias dimensões da QVRS, 1.958 idosos residentes em quatro áreas do Estado de São Paulo demonstraram que piores condições de QVRS estavam entre aqueles do sexo feminino, com idade mais avançada, menor renda, menor nível de escolaridade e de religião evangélica. Os domínios mais afetados eram a capacidade funcional e os aspectos físicos. Apresentar maior número de doenças crônicas também foi fator de risco associado à QVRS, principalmente nos domínios estado geral de saúde, dor, vitalidade e capacidade funcional (Lima et al., 2009).

Para os idosos, qualidade de vida implica numa multiplicidade de critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, tais como saúde física, mental, duração da vida, função cognitiva, status social, família, amigos, satisfação, atividade e continuidade de papéis familiares e ocupacionais (Neri, 2009). A percepção de saúde, os sintomas, a função física, a função psicológica e social são imprescindíveis para formar o perfil da QVRS de idosos. Existem vários instrumentos que avaliam estas dimensões de forma genérica entre diferentes populações, assim como instrumentos para amostras em condições clínicas específicas. Por exemplo, Saccomann, Cintra e Gallani (2011) usaram um instrumento de QVRS específico para pacientes com insuficiência cardíaca – o Living With Heart Failure Questionnaire (LHFQ). Em 170 idosos

portadores de insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial, a QVRS esteve relacionada ao aspecto físico da saúde. Os instrumentos genéricos e específicos de QVRS ajudam a avaliar o perfil de saúde, facilitando as ações para a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Lima, Portela, 2010).

Entre os vários fatores que interferem na QVRS de idosos, o apoio social da família tem sido destacado como um dos mais importantes. Correlacionando a funcionalidade familiar e a QVRS de 210 idosos em Portugal, Andrade e Martins (2011) concluíram que, além da idade, a funcionalidade familiar (APGAR) revelou-se preditora da qualidade de vida dos idosos, contribuindo para explicar 5,1% da sua variabilidade. Os autores alertam para a atenção que deve ser dada à supervisão da funcionalidade familiar por parte dos profissionais de saúde.

Esses achados corroboram os de Neri (1993) e Xavier et al. (2003), os quais mostraram que as “relações familiares”, “contatos sociais” e “a saúde em geral” foram fatores importantes para a qualidade de vida dos idosos, embora a importância de cada fator pudesse variar de sujeito para sujeito.

Estudando a QVRS dos idosos por meio do Short Form Health Survey (SF-12), Cruz (2012) encontrou que o componente físico da QVRS estava associado à idade, ao sexo, à escolaridade, ao número de medicamentos, ter paz/tranquilidade, ter religião e às dificuldades para as atividades básicas e instrumentais de vida diária (ABVD e AIVD). Já o componente mental da QVRS estava associado à escolaridade, a ter renda suficiente, ao número de medicamentos, a sentir-se amado e nutrido, à funcionalidade familiar (APGAR), à paz/tranquilidade e à satisfação com a vida.

O envelhecimento acarreta aumento na probabilidade de ocorrência de doenças, de declínio da funcionalidade e de afastamento social. Porém, como afirmam Diogo, Neri e Cachioni (2006), a presença de incapacidades pode interferir na QV de idosos, mas não a determina exclusivamente.

2.3 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE – TÓPICO CONCEITUAL

Embora estejam relacionadas entre si, religiosidade e espiritualidade são duas palavras distintas. Segundo a BVS: *religião* é “qualquer doutrina que demanda interpretação, compromisso e fé, que permite uma prática com objetivos éticos, estéticos e emocionais”. A BVS ainda acrescenta que uma “religião se caracteriza por uma filosofia e um corpo de princípios morais que dela derivam e que devem ser seguidos pelos fiéis”; já espiritualidade é “sensibilidade ou ligação a valores religiosos ou coisas do espírito em oposição a interesse material ou mundano”.

Pargament (1997) comenta em seus estudos sobre a psicologia da religião, que o conceito de religiosidade repousa sobre aquilo que é sagrado e sobre a busca de significado, envolvendo expressões de espiritualidade, expressões tradicionais de fé, participação em igrejas estabelecidas, ações políticas e sociais, e atos pessoais de misericórdia e compaixão.

Larson (2003) afirma que religião implica em um sistema de crenças a que um indivíduo adere, enquanto espiritualidade pode ser compreendida como a experiência atual de uma pessoa em relação aos outros, com a natureza e com Deus. Espiritualidade é encontrada através de um relacionamento pessoal com Deus.

Diferenciando espiritualidade de religião, Sulmasy (2006) afirma que espiritualidade é definida como um conjunto de características e qualidades do relacionamento de alguém com o transcendente. Isto inclui atitudes, hábitos e práticas em relação à ideia de transcendência. Até um ateu tem espiritualidade. Em contrapartida, religião é um conjunto específico de crenças sobre o transcendente praticado em comum por uma comunidade de pessoas através de uma linguagem particular usada para descrever

experiências espirituais, associado a práticas, textos, rituais e ensinamentos.

Em seu livro *The Handbook of Religion and Health*, Koenig, McCollough e Larson (2001) subdividem a religiosidade em três aspectos principais: religiosidade organizacional (RO, *ORA* em inglês - *Organizational Religious Affiliation*: pertencer a uma igreja e frequentá-la), religiosidade não organizacional (RNO, *NORA* em inglês - *Non-organizational Religious Affiliation*: engloba comportamentos privados ou informais) e a religiosidade intrínseca (RI, *IR* - *Intrinsic Religiosity* - como o indivíduo percebe a importância da religião em sua vida, chamada também de religiosidade subjetiva).

Para Koenig (2001), o uso dos termos espiritualidade e religiosidade depende do propósito: se na pesquisa ou na prática clínica. Ao fazer uma pesquisa, o autor recomenda usar o termo religião e, no caso de aplicação clínica, o termo espiritualidade. Para o autor, o termo religião é recomendado porque o conceito é tradicional e perpassa por medidas quantificáveis tais como frequência à igreja, prática das atividades espirituais particulares, quão religiosa a pessoa se considera e o quanto a religião é importante para ajudar e entender as dificuldades da vida.

Na aplicação clínica, Koenig (2001) sugere o uso do termo espiritualidade porque é mais inclusivo, abrangendo pacientes de crenças diferentes, inclusive os sem crença. O construto promove diálogo e foca em semelhanças, não em diferenças, desde que o alvo seja o envolvimento terapêutico dos pacientes. Ele afirma que “espiritualidade difere do humanismo, dos valores, da moral e saúde mental pela sua conexão com o transcendente”. Espiritualidade está intimamente conectada ao sobrenatural e religioso, muito embora se estenda além da religião e comece antes dela.

Numa discussão sobre a definição de espiritualidade para a pesquisa, Reinert e Koenig (2013) também enfatizam que a definição de espiritualidade deveria focar no envolvimento religioso,

provendo uma medida uniforme e consistente para avaliar principalmente os resultados da saúde mental.

Na nova edição do seu livro, Koenig, King e Larson (2012) reafirmam a concepção anterior afirmando que religião é um construto tradicional, que pode ser acessado por meio de várias dimensões: afiliação, atitudes e experiências religiosas, misticismo, comprometimento, maturidade, frequência aos serviços, oração ou meditação individual ou coletiva, ouvir programas religiosos em rádio, participação de grupos de oração, etc.... Já a espiritualidade, continuam afirmando os autores, é um construto cujo significado tem mudado ao longo dos anos com o objetivo de incluir não somente pessoas religiosas mas também as não religiosas, incluindo experiências positivas, traços e características de personalidade que mais refletem uma boa saúde mental e social do que propriamente espiritualidade.

Baseado nas informações coletadas do estudo SABE sobre as dimensões da religiosidade (Religiosidade Organizacional, Religiosidade não organizacional e Religiosidade Intrínseca) e a importância do seu uso para aplicação na pesquisa, este estudo adotou o conceito de Koenig, King e Larson (2012) sobre religião, que envolve crenças e práticas relacionadas com o transcendente, que pode ser Deus ou um Ser Supremo. Essa religião pode ser praticada dentro de uma comunidade ou também isoladamente, fora de uma instituição. Poderá ser usado no decurso do relatório a palavra composta Religiosidade/Espiritualidade (R/E) para contemplar os achados bibliográficos na área.

Já na época de Hipócrates existia o postulado de que a mente influencia o corpo e o corpo influencia a mente. Marino (2005) afirma que “é com o cérebro que se desenvolvem os sentimentos religiosos, a crença, a fé, a ética e a moral. É o cérebro que permite meditar, orar ou contemplar a divindade e o mundo do espírito”.

A dimensão espiritual do indivíduo foi reconhecida nas culturas antigas. Durante séculos a religião regulou e controlou a

ciência, a medicina e o cuidado da saúde. Com o passar do tempo, o poder da igreja decaiu e a influência da ciência médica cresceu, levando à separação entre a religião e a medicina (Koenig, McCullough, Larson, 2001)

A humanidade abriu brechas para a importância do conhecimento e da autonomia do ser humano, deixando de lado a metafísica transcendental, caindo dentro de uma crise de sentido. Nas ciências da saúde, essa concepção mecanicista e biologicista do ser humano foi praticamente dominante (Martins, 2009).

Resgatar a visão integral do ser humano, perdida devido à fragmentação proporcionada no mundo da saúde é um desafio para as ciências da saúde. Ver o homem na sua integralidade consiste em considerar também sua dimensão religiosa/espiritual. O mundo da saúde não pode negar a busca humana pela transcendência. Martins (2009, p. 57) afirma que

As ciências médicas apenas atingem o biológico; por si mesmas não ultrapassam essa dimensão, mas a religiosidade atinge a “alma”, o centro e a profundidade da existência humana, faz transcender e leva o enfermo a encontrar o sentido para continuar a viver, apesar do sofrimento.

Apesar da “indiferença, da fragmentação e desintegração despersonalizante” do homem, que rouba sua saúde e o deixa mais vulnerável às doenças, existe uma tentativa de buscar o elo perdido, que tudo liga e re-liga (religião= religare). A saúde, para além da dimensão físico-biológica remete para um “sentido de integridade, totalidade e, por extensão, de plenitude e realização plena do ser humano”. Os autores Pessini e Barchifontaine (2008) afirmam que acreditar faz bem para a saúde. Acrescentam que ter fé e cultivar uma religião é um fator decisivo para viver mais de uma forma saudável.

Uma das maiores objeções para o estudo da religiosidade é o sentimento de que o relacionamento do paciente com Deus é um assunto muito particular que não deveria ser tocado. Porém,

médicos e enfermeiros perguntam sem hesitação sobre movimentos intestinais, problemas menstruais, assuntos íntimos do funcionamento do corpo físico, sem se dar conta de que a vida espiritual do paciente é tão importante quanto seu bem estar físico e emocional (Fish, Shelly, 1978).

Outra lacuna importante para os estudos de R/E é que, geralmente não se encontram questionamentos sobre essas dimensões quando se estuda qualidade de vida. Apenas são mencionadas informações sobre a frequência à igreja, filiação religiosa e a auto-referência da religiosidade e espiritualidade (Hill, Pargament, 2003).

Existem, pelo menos, três razões para essa lacuna: a) assuntos de religião e espiritualidade são menos importantes para psicólogos ou pesquisadores da saúde do que para o público em geral; b) religiosidade e espiritualidade são mal compreendidas como objetos da cientificidade, e c) poucos acreditam na cura através da religiosidade e espiritualidade, contrário ao que os dados apresentam nas pesquisas enaltecidas pela ciência e pela tecnologia racional (Hill, Pargament, 2003).

2.3.1 Religiosidade/Espiritualidade para idosos

A expectativa de vida aumentada para homens e mulheres tem sido um motivo de atenção para uma longevidade com qualidade de vida relacionada à saúde. Além da idade e acesso aos serviços de saúde, fatores psicológicos, sociais e comportamentais também influenciam na duração da vida. Qualquer fator que melhore o enfrentamento do estresse, reduza as emoções negativas e incentive comportamentos saudáveis deve influenciar nos padrões de mortalidade. Um desses fatores pode ser a crença e a prática religiosa (Koenig, 2012).

No estudo de Idler, McLaughlin e Kasl (2009), aqueles que mais frequentavam serviços religiosos eram mais susceptíveis a frequentar reuniões sociais nos feriados, mesmo em se ajustando para o seu estado de saúde. Associações significativas indicaram que idosos com debilidades tinham mais benefícios com o envolvimento religioso, tanto público (organizacional) quanto privado (não organizacional), comparados aos não debilitados.

Os comportamentos religiosos são bastante frequentes na idade avançada e os profissionais da saúde que trabalham com idosos devem estar alerta sobre a importância e a função da religião como estratégia para o enfrentamento do estresse. Teixeira e Lefèvre (2008) afirmam que “a fé em Deus cresce quando as pessoas ficam mais velhas, aumentando assim a leitura da Bíblia e a participação em cultos”.

No estudo sobre Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) realizado em São Paulo no ano de 2000, observou-se que 70,9% dos idosos professavam ser católicos, 18,3% protestantes ou evangélicos e 2,3% responderam que não tinham nenhum credo religioso. A religião foi considerada importante para 88,6% desses idosos, sendo que no grupo mais velho (75 anos e mais) havia mais católicos e no mais jovem (60-74), mais protestantes ou evangélicos. As mulheres idosas relataram ser mais religiosas do que os homens na proporção de quatro para um (Lebrão, Duarte, 2003).

Em estudo sociodemográfico de idosos brasileiros, realizado pela Fundação Perseu Abramo (2007) coordenado por Anita Liberalesso Neri, encontrou-se uma frequência de 73% de idosos católicos (versus 62% não idosos) e 21% evangélicos (versus 26% não idosos); 4% dos idosos acreditavam em Deus mas não tinham religião (9% não idosos) e 3% eram espíritas (1% não idosa). Estes dados mostram a maior participação dos idosos nas diferentes religiões, contrastando com a busca por igrejas evangélicas pelos mais jovens, talvez pela maior facilidade de adaptações e mudanças por parte dos jovens.

Ribeiro (2011), analisando 1.115 idosos do estudo SABE e buscando saber quais fatores estavam associados à QVRS de idosos na cidade de São Paulo, encontrou que, nem a filiação religiosa e nem a importância da religião estiveram associadas aos componentes físico e mental da QVRS.

Já Souza (2011), analisando a religiosidade da mesma população do estudo SABE encontrou que 98% deles declaravam ter uma religião, 92,7% atribuíam importância a ela e 45,4% relataram participar de atividades religiosas pelo menos uma vez por semana. O estudo demonstrou que, ter uma religião e atribuir importância a ela têm impacto positivo sobre a percepção de saúde.

A religiosidade e a espiritualidade são recursos internos para lidar com perdas e o sofrimento. Crenças espirituais e religiosas estão entre as armas mais poderosas para dar sentido ao mundo (Nakamura, Martin, Santos, 2009).

Falando em sentido da vida, ao sobreviver ao holocausto no campo de concentração, Frankl (2008) relata que, após libertado, ele foi “coroadado pelo maravilhoso sentimento de que nada mais precisa ser temido neste mundo, a não ser seu Deus”.

O homem configura-se como um ser autotranscendente, uma vez que busca o sentido para sua vida sempre em direção ao exterior de si mesmo, constituindo-se o norteador de toda existência humana. Não se constitui apenas um fenômeno “na” experiência humana, mas um fenômeno “da” experiência humana (Moreira, Abreu, Oliveira, 2011).

A religiosidade pode se tornar uma estratégia para dar sentido à vida de um idoso, trazendo experiências significativas, fazendo com que ele tenha uma nova atitude frente à experiência do envelhecer, emoções novas, aprendam coisas diferentes, mantenham papéis na sociedade e se integrem uns com os outros.

2.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE R/E E SAÚDE FÍSICA E MENTAL

A verdadeira saúde está no equilíbrio entre a mente, o corpo e o espírito (Koenig, McCullough, Larson, 2001). Edelman e Mandle (2002) revelam um crescente despertar da ciência para essa importante área. Numa revisão bibliográfica sobre “estratégias holísticas de saúde”, estes autores afirmam:

Frequentemente os sistemas de cuidados de saúde vêem os pacientes com uma parte doente (ex.: pedra na vesicular biliar), ou, com uma função doente (ex.: insônia). Dentro do modelo convencional as pessoas são vistas como máquinas com partes e pedaços. Os pacientes/consumidores estão procurando tratamentos alternativos cujos focos sejam o bem-estar e a redução de medicamentos usados. O movimento holístico reflete a teoria do holismo, o indivíduo como um todo, e reconhece que as pessoas são únicas, seres integrais com dimensões biopsicosocial e espiritual, e que cada dimensão influencia as outras dimensões dentro do sistema humano.

Na fase de adoecimento, as pessoas buscam resolver seus problemas de saúde de diversas maneiras, seja no setor informal, popular (crenças populares de cura) ou profissional. Muitas vezes essas escolhas são influenciadas por fatores socioeconômicos, condições de locomoção, tradições e crenças diferentes. Dentre os recursos utilizados, encontram-se as atividades religiosas, praticadas individualmente ou coletivamente.

Existem boas razões para identificar e atender as necessidades espirituais dos pacientes. Muitos deles são religiosos e usam a religião para lidar com o sofrimento e as dificuldades, estratégia conhecida como *coping*¹ religioso. As crenças espirituais

¹Coping: não existe um significado na língua portuguesa para esta palavra, nem nos descritores da Biblioteca Virtual em Saúde mas, coping sugere *enfrentar, adaptar-se a, lidar com*. Coping religioso/espiritual é definido por Koenig et al. (1998) como uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações de vida estressantes.”

podem influenciar decisões médicas, especialmente quando a doença é séria e terminal.

No livro de Benson (1997, p.175), que fala da *fé que cura*, o autor lista uma relação de estudos sobre a influência de fatores religiosos sobre a saúde. Especificamente quanto à redução da pressão arterial, dos cinco estudos publicados naquela época, quatro apresentaram efeitos benéficos sobre a saúde. Quanto à melhoria da QV de pacientes com câncer, 88% tiveram efeitos positivos. Em pacientes com doenças cardíacas, 67% tiveram efeito positivo sobre a saúde desses pacientes.

Ao escrever sobre a espiritualidade no cuidado e na educação em saúde, Vasconcelos (2006) aborda a epidemiologia da religião, constatando que existe associação entre a vivência religiosa e melhoria da saúde. Cita que várias universidades norte-americanas criaram centros de estudos sobre religião e saúde, destacando-se entre eles o *Center for the Study of Religion/Spirituality and Health da Duke University*.

Dentre as inúmeras associações positivas entre religiosidade e saúde, Levin (in Vasconcelos, 2006, p.74) cita que as pessoas que relatam uma afiliação religiosa apresentam taxas mais baixas de doenças cardíacas, câncer e hipertensão; as três principais causas de morte em idosos nos Estados Unidos. O fato de ir à igreja expõe a pessoa a um compartilhamento dos fatores que envolvem a fé, alimentando o bem estar e fortalecendo a capacidade de enfrentamento. Frequentar um serviço religioso é uma das variáveis mais comuns nos estudos que avaliam o impacto da religiosidade sobre a saúde do paciente (Mattews, Clark, 1998. p.156, 186).

Segundo o relatório de pesquisas feitas sobre a efetividade de programas de saúde em organizações relacionadas com a fé nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, constatou-se a existência de um acervo considerável de literatura multidisciplinar que descreve atividades de promoção da saúde nas áreas de educação, hipertensão arterial, diabetes, controle de peso,

prevenção de câncer, tabagismo, nutrição e saúde mental (DeHaven et al., 2004).

A religião frequentemente promove estilo de vida e comportamentos saudáveis (Dalgalarondo, 2007). O autor afirma que “devido ao forte papel de assistência social das religiões no Brasil, a exploração deste tema no contexto brasileiro seria de grande relevância para a saúde pública”.

É pertinente considerar a influência da religiosidade sobre a saúde das pessoas, pois estudos têm demonstrado que ela favorece mudanças no regime alimentar, a abstenção de bebidas alcoólicas, maior prática de atividades físicas, melhoria nos hábitos de sono, além de proporcionar maior socialização, auto-estima e emoções positivas (perdão, amor, contentamento) e funcionar como mecanismo de coping em momentos de dificuldades (Schunemann, 2002; Fraser, 2003).

A religião influencia não só a saúde física mas também a saúde mental (Moreira-Almeida et al., 2006). Cada vez mais as pessoas estão buscando valorizar a religião e seus benefícios na terapia psicológica, principalmente psicoterapeutas. Valer-se da religião não implica torná-la um instrumento da saúde, mas incluí-la como terapia coadjuvante para o cuidado da pessoa que recorre à psicoterapia (Bruscagin et al., 2008).

A espiritualidade parece favorecer uma ótica positiva frente à vida funcionando como um pára-choque contra o estresse diante de situações perturbadoras e eventos traumáticos. A pessoa com bem-estar espiritual proveria significados para essas experiências e as redirecionaria para rumos positivos e produtivos para si e para os outros (Marques, 2003) As implicações da associação significativa entre espiritualidade e saúde são amplas. Se ambas mantêm uma relação significativa, a espiritualidade será um recurso promissor de promoção e manutenção da saúde física e mental, levando dessa forma, a uma melhor QV.

Em seus estudos sobre a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB), Panzini et al. (2011) afirmam que muitas culturas valorizam essas dimensões para a qualidade de vida, porém nem todos os instrumentos as contemplam, havendo negligência de análise deste atributo, seja como desfecho ou como variável preditiva de desfechos em saúde.

Em um *survey* nacional brasileiro sobre envolvimento religioso e fatores sociodemográficos, encontrou-se que 95% dos brasileiros (18 anos e mais) possuíam alguma religião, 83% deles consideravam a religião muito importante em sua vida e 37% frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana. As filiações religiosas mais frequentes foram o Catolicismo (68%), Protestantismo/Evangélicas (23%); Espiritismo/Kardecismo (2,5%). Maior idade e sexo feminino associaram-se a maiores níveis de religiosidade subjetiva e organizacional, mesmo após o controle de outras variáveis sociodemográficas (Moreira-Almeida et al., 2010).

2.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE R/E E QV/QVRS DE IDOSOS

Para o desenvolvimento deste tópico realizou-se uma revisão da literatura com a seguinte questão norteadora: Existe relação entre R/E e a QV/QVRS dos idosos? Foram utilizados os seguintes descritores (DeCs – Descritores em Ciências da Saúde): religião OR espiritualidade AND “qualidade de vida” AND idosos OR idosos de 80 anos ou mais. Estes descritores foram usados separadamente e em várias combinações, possibilitando uma maior abrangência da pesquisa.

Os recursos informacionais investigadas foram Biblioteca Virtual em Saúde: LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), SciELO (Scientific Electronic Library Online),

Medline e PubMed. O período de abrangência para a busca de literatura foi de 2004 a 2012, excluindo-se as revisões de literatura, teses e dissertações. Os critérios de inclusão foram: pertinência do tema à questão de pesquisa, disponibilidade de textos completos, sujeitos da amostra com 60 anos ou mais e textos em inglês, português e espanhol. Foram encontradas 651 publicações. Destas, 528 foram rejeitadas devido às limitações apresentadas: não se limitavam à uma amostra de idosos (60 e mais); não mencionavam a variável religião ou espiritualidade ou não a tinham como foco a QV ou QVRS. Dos 123 artigos analisados, apenas cinco foram aceitos (Tabela 2.1).

Tabela 2.1- Resultados da revisão da literatura sobre Religião/espiritualidade e QV/QVRS de idosos. São Paulo, 2013:

Recursos Informacionais	Descritores	Total	Filtros do portal por critérios de exclusão	Artigos revisados	Segunda rejeição	Aceitos
Biblioteca Virtual em Saúde (OMS e PAHO): Lilacs, Medline, IBECs, SCIELO	Religião OR espiritualidade AND Qualidade de vida AND idoso OR idoso com 80 e mais	131	- Língua diferente= 3 - Fora do período de janeiro 2004-dezembro 2012 = 13, - idade < 60 anos = 8, - Ausência do artigo na íntegra= 49 Total= 73	58	- Revisão de literatura= 1 - Idade< 60 anos=18 - Tema diferente: (Yoga, terapias alternativas, cuidados paliativos) = 37 Total = 56	2
Pubmed	Religião OR espiritualidade AND Qualidade de vida AND Idoso	520	- Fora do período de 2004-2012= 127 - Ausência do texto na íntegra= 328 Total = 455	65	- Repetidos= 12 - Língua diferente= 1 - Idade <60 anos= 18 - Revisão de literatura=2 - Tema diferente= 29 Total = 62	3
TOTAL		651	528	123	118	5

Fonte - dados primários.

Nos cinco artigos aceitos, foram procurados novos estudos a partir das referências citadas, conforme modelo de Polit e Beck (2006). Foram encontradas mais oito publicações, totalizando 13 estudos sobre a questão norteadora. Estes estudos foram agrupados segundo o desfecho de QV ou QVRS de idosos. Apenas dois estudos analisavam associação entre R/E e QVRS. Os demais (n=9) focavam a QV geral (todos com associação positiva). Dois estudos não apresentaram associação entre essas variáveis (um com desfecho em QV e um em QVRS).

Segundo os critérios de Stetler et al. (1998) para classificação dos níveis de evidência, todos os estudos desta revisão integrativa foram de nível “4”, caracterizados pelos estudos descritivos–observacionais ou qualitativos, que proporcionam o menor nível de evidência.

As variáveis religiosas/espirituais analisadas foram: afiliação religiosa, frequência aos cultos religiosos (Religiosidade Organizacional - RO), crenças espirituais particulares, atividades religiosas (RNO), significado da vida, envolvimento religioso e sua importância na vida (RI). Os instrumentos mais utilizados nas pesquisas foram: Spiritual Religious Personal Beliefs (SRPB-WHOQOL 100), National Opinion Research Center (NORC), Brief Multidimensional Measure of Religious/Spirituality Scale (BMMRS), Hoge's Intrinsic Religious Motivation Scale.

A medida de qualidade de vida geral mais utilizada foi baseada numa avaliação global da satisfação com a vida (6 vezes) seguida do WHOQOL BREF (3 vezes) e do WHOQOL 100 (2 vezes). Para QVRS foram utilizados os instrumentos: SF-36 (2 vezes) e o EUROQOL (1 vez).

Fazendo uma análise destes estudos foi observado que os conceitos de religião e espiritualidade frequentemente se sobrepõem, dificultando a comparação dos resultados. Foi observado também que as variáveis sociodemográficas consideradas preditoras de uma melhor QVRS desses idosos foram:

idade, escolaridade, raça, renda, APGAR familiar e comorbidades, todos com $p < 0,05$. (Daaleman, Perera, Studenski, 2004; Barricelli et al., 2012).

A diversidade das formas de avaliação das variáveis de religiosidade analisadas dificulta a comparação dos resultados, assim como o desenho descritivo–observacional de todos os estudos dificulta a construção de evidências sobre a influência da R/E na QV e na QVRS de idosos. Nos itens a seguir, será apresentada uma breve descrição dos estudos selecionados nesta revisão, de acordo com os desfechos QV e QVRS.

2.5.1 Associação entre R/E e QV de idosos

Foram encontrados nove estudos que demonstravam associação entre religião/espiritualidade e qualidade de vida em geral, avaliada principalmente como uma avaliação global de satisfação com a vida.

Em uma amostra de conveniência de 489 idosos residentes na comunidade, no Nepal, explorando se a participação em atividades religiosas (fazer orações) e a saúde mental, fazer orações esteve relacionada à satisfação com a vida e à depressão ou seja, aumentava a sociabilidade e diminuíam os níveis de depressão em homens que oravam mais (Gautam, Saito, Kai, 2007).

Outro estudo com 50 idosos em São Paulo mostrou que a religião foi considerada como extremamente/muito importante para a satisfação de suas vidas, trazendo conforto, segurança e força para superar os problemas, perdas e luto (Moraes, Witter, 2007).

Particularmente, pertencer a uma igreja evangélica (em comparação com os católicos) foi significativamente associada à pior QV em diversas áreas para 82 idosos da comunidade, provavelmente indicando que os idosos mais pobres, com piores

condições de vida estão buscando uma igreja como uma tentativa (consciente ou não) para minimizar seus sofrimentos (Floriano, Dalgalarrrondo, 2007).

Em outro grande estudo com uma amostra probabilística de 2.143 idosos em São Paulo (estudo SABE), pertencer a uma religião (97,6%) e valorizá-la (88,6%) representam importantes mecanismos de apoio aos idosos, ajudando-os a lidar com dificuldades, contribuindo para uma maior satisfação com a vida e para diminuir o desamparo e desesperança. Envolvimento religioso parece ter um efeito significativo sobre o bem-estar físico e emocional das pessoas, especialmente viúvas e doentes terminais (Duarte et al., 2008).

Com o objetivo de investigar a associação entre envolvimento religioso e bem-estar subjetivo, uma pesquisa em que 256 idosos do Rio de Janeiro foram investigados indicou que somente a religiosidade “subjetiva” teve uma relação positiva e significativa com a satisfação com a vida (Cardoso, Ferreira, 2009).

Outro estudo analisando 499 idosos em New Haven, NC/EUA informou que as pessoas com relação religiosa profunda tem mostrado uma maior sociabilidade (62%), melhor saúde (51%), escores de depressão mais baixos (63%) e eram mais propensos a considerar a vida mais excitante (49%) em comparação com os menos religiosos. As pessoas com deficiência física se beneficiavam mais da religiosidade tanto pública quanto subjetiva em relação aos não deficientes (Idler, McLaughlin, Kasl, 2009).

Após o controle das variáveis de confusão em uma amostra de conveniência de 110 pacientes ambulatoriais em um cenário de reabilitação em São Paulo, a religiosidade foi inversamente correlacionada com os sintomas depressivos e de classificação da dor, e foi positivamente correlacionada com a qualidade de vida e funcionamento cognitivo [...] (Lucchetti et al., 2011).

A espiritualidade, medida pela fé, crenças e auto atualização esteve associada com os domínios da qualidade de vida

especialmente no domínio familiar ($r=0,20$ e $p<0,05$) e também com a saúde e funcionalidade ($r=0,29$, $p<0,05$) (Tan, Wutthilert, O'Connor, 2011).

Já no estudo de Park, Roh e Yeo (2012), maior religiosidade (medida por escalas multidimensionais tais como BMMRS, DSE etc) estava relacionada à maior satisfação com a vida, sendo que o apoio social mediava esta relação (Tabela 2.2).

Tabela 2.2-Estudos sobre religião/espiritualidade e QV

Autores, título do artigo, fonte e ano de publicação	Desenho do estudo e objetivo principal	Amostra M=masculino F=feminino	Variáveis de religiosidade/espiritualidade (R/S) e QV	Principais resultados e conclusões
Gautam R, Saito T, Kai I. Leisure, religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. BMC Public Health 2007;7:299. Nepal. South Asia.	Corte transversal. Obj.: avaliar se a participação em atividades religiosas de lazer está relacionada à depressão e à satisfação com a vida.	Amostra de conveniência de 489 idosos vivendo em comunidade. Adults. M=247, F=242.	Escala de Depressão Geriátrica e Satisfação com a vida + atividades religiosas.	Dentre as atividades religiosas, fazer orações ($B = -2.75$; $p < 0.005$) esteve relacionado à menor depressão em homens idosos. Para as mulheres, somente assistir televisão e ouvir o rádio esteve relacionado à menor depressão ($B = -2.68$; $p < 0.005$). A variável socializar-se com os outros esteve relacionada à satisfação com a vida nos homens visitar os amigos e assistir televisão e ouvir rádio para as mulheres.
Moraes NAS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. Boletim de Psicologia, 2007, v.LVII, n. 127: 215-238. São Paulo.	Corte transversal. Obj.: investigar vários aspectos da qualidade de vida (intrínseca e extrínseca) na opinião de idosos.	50 idosos (65-86). M=25, F=25	WHOQOL abreviado e outro elaborado para a pesquisa. Importância da religião e sua prática).	A QV, como medida do WHOQOL-bref, foi positivamente avaliado pelos 50 sujeitos entre 65 e 86 anos. A religião foi considerada como extremamente importante para a vida deles ($\chi^2 = 7,82$; $p \leq 0,05$; $gl=3$). Os autores sugerem que a religião promove força para suportar os problemas, perdas e lutas. O contato com o Divino é importante, pois traz segurança e dá conforto espiritual.
Florianio PJ, Dalgalarondo P. Saúde Mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J.Bras.Psiquiatr 2007; 56(3):162-70. São Paulo.	Corte transversal. Obj.: avaliar as relações entre as dimensões da vida sociocultural: apoio social, religião, saúde mental e QV em idosos.	Amostra sistemática de 82 idosos da comunidade M=35, F=47	WHOQOL -bref, filiação religiosa, frequência à igreja e envolvimento pessoal.	Pertencer a uma igreja evangélica estava associado significativamente com uma pior QV nos 4 domínios do WHOQOL-bref. Numa regressão logística, os evangélicos apresentaram maior risco para menor QV social, ambiental, física e psicológica do que os católicos (6,8, 5 e 3 vezes respectivamente). Idosos com menores escolaridade e renda tenderam a ter pior QV.
Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do Município de São Paulo. Saúde Coletiva 2008; 5(24):173-77. São Paulo.	Corte transversal. Obj.: identificar crenças religiosas e sua importância associando às variáveis sociodemográficas e condições de saúde.	Amostra probabilística de 2143 idosos. M=887, F=1256.	Crença religiosa, importância da religião na vida, satisfação com a vida, desamparo e desesperança.	Pertencer a uma religião (97,6%) e valorizá-la (88,6%) representa um importante mecanismo de apoio para os idosos no enfrentamento de seus problemas diários, contribuindo para uma maior satisfação com a vida (82,3%) e menos sentimento de desamparo (87,5%) e desesperança (80,1%).

Continua...

Continuação

Autores, título do artigo, fonte e ano de publicação	Desenho do estudo e objetivo principal	Amostra M=masculino F=feminino	Variáveis de R/S e QV	Principais resultados e conclusões
Cardoso MCS & Ferreira MC. Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. Psicologia e Ciência e Profissão 2009; 29 (2), 380-393. Rio de Janeiro.	Corte transversal. Obj.: investigar associação entre envolvimento religioso e bem-estar subjetivo.	Amostra: 256 idosos M=59 F=197.	Satisfação com a vida, afetos positivos e negativos + envolvimento religioso	Somente a religiosidade subjetiva teve uma associação positiva e significativa com a satisfação com a vida ($B=0,25$, $t=3,75$ e $p<0,001$). Os idosos protestantes apresentaram um nível mais elevado de afetos positivos em relação aos católicos. O r de Pearson foi $r=0,20$ e $0,27$ ($p<0,001$). Quanto maior a religiosidade subjetiva, maior a satisfação com a vida.
Idler EL, McLaughlin J, Kasl S. Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. Journal of Gerontology: Social Sciences 2009; 64B(4), 528-537. New Haven, NC-USA.	Corte transversal de uma coorte prospectiva. Obj.: comparar se existe diferença entre QV entre aqueles que estão envolvidos com a religião ou não.	Amostra de 499 idosos (EPESE). M=247, F=252.	Envolvimento religioso público, indicadores de saúde psicossociais da QV.	Respondentes com uma religiosidade mais profunda eram mais propensos a ver os amigos (62%), tinham melhor saúde referida (51%), menos sentimentos de depressão (63%), e achavam a vida mais entusiasmante (49%) comparada com os menos religiosos. O estudo mostrou ainda que os idosos com deficiência física se beneficiavam mais da religiosidade tanto pública quanto subjetiva do que os não deficientes.
Lucchetti G et al. Religiousness affects Mental Health, Pain and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting J. Rehabil Med 2011; 43:316-22. SP.	Corte transversal. Obj.: avaliar associação entre religiosidade, saúde mental, hospitalização, dor, deficiências e QV em idosos.	Amostra de conveniência: 110 pacientes. M=29, F=81.	Prática religiosa privativa e social + importância na vida + Whoqol + GDS-15 (escala de depressão).	Numa análise de regressão logística ou linear, depois de controlar variáveis confundidoras, a religiosidade estava inversamente relacionada com sintomas depressivos ($OR=3.587$ $95\%CI=1.045-12.312$, $p=0.042$) e níveis de dor ($B=-1.065$, $p=0.045$); e positivamente relacionada com QV ($OR=0.373$ $CI=0.149-0.933$, $p=0.035$) e função cognitiva ($B=2.029$, $p=0.018$).
Tan H et al. Spirituality and quality of life in older people with chronic illness in Thailand. Progress in Palliative Care 2011;19(4):177-84. Tailândia.	Corte transversal. Obj.: determinar correlação existente entre espiritualidade e os domínios de QV	Amostra de conveniência: 100 idosos (60+) M= 20, F= 80.	Bem estar espiritual (JAREL)= fé/crença, satisf vida, auto atualização + escala de QV de Ferrans e Powers.	A espiritualidade esteve associada com os domínios da qualidade de vida especialmente no domínio familiar ($r=0,20$ e $p<0,05$) e também com a saúde e capacidade funcional ($r=0,29$, $p<0,05$).
Park J et al. Religiosity, Social Support, and Life Satisfaction among Elderly Korean Immigrants. The Gerontologist 2012;52(5):641-9. New York-EUA.	Corte transversal. Obj.: investigar o efeito mediador do apoio social entre religiosidade e satisfação com a vida	200 idosos residentes na comunidade M= 115 e F=85.	Medidas multidimensionais breves de R/E (BMMRS, DSE, PRP, VB, RSCS e RS) + SWLS	Maior religiosidade estava relacionada à maior satisfação com a vida e o apoio social explicava o relacionamento positivo entre religiosidade e satisfação com a vida. (β para efeito indireto= $0,04$, $p=0,028$).

2.5.2 Associação entre R/E e QVRS de idosos

Dois estudos foram encontrados com associação entre religião/espiritualidade e QVRS em idosos (Tabela 2.3).

Em um estudo com 277 pacientes de uma coorte em Chapel Hill-EUA, a espiritualidade, avaliada pelo Índice de Bem Estar Espiritual-SIWB foi um preditor de QVRS em idosos, mas não a religiosidade. Os resultados mostraram, ainda, que quanto mais alto o nível de espiritualidade, mais conforto e força eles encontravam através da fé e da crença em Deus (Daaleman, Perera, Studenski, 2004).

A religião/espiritualidade influenciou positivamente a saúde mental de 60 idosos ativos (Barricelli et al., 2012). O estudo teve como objetivo identificar se a orientação religiosa está relacionada à QVRS desses idosos. Eles descobriram que a religiosidade intrínseca estava relacionada com a saúde geral dos homens ($p < 0,05$).

Tabela 2.3.- Estudos sobre religião/espiritualidade e QVRS

Autores, título do artigo, fonte e ano de publicação	Desenho do estudo e objetivo principal	Amostra M=masculino F=feminino	Variáveis de R/E e QVRS	Principais resultados e conclusões
Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients Ann Fam Med 2004;2:49-53. Chapel Hill-NC-USA	Corte transversal. Obj: examinar a interação entre religião/espiritualidade e o estado de saúde referido em idosos.	277 idosos de um estudo de coorte. M=144, F=133	Escala de NORC – com 5 itens de medida de religiosidade e o SIWB + Euroqol	A qualidade de vida e a espiritualidade estiveram associadas com o estado de saúde referido ($p < 0,01$), mas não com a religiosidade ($p = 0,12$). Ajustando todas as covariáveis, a espiritualidade permaneceu independentemente associada com uma boa saúde referida ($p = 0,01$). A espiritualidade é um fator explicativo para o estado de saúde subjetivo em idosos.
Barricelli ILFOBL et al. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. Rev. Bras.Geriatr. Gerontol. 2012;15(3):505-15.RJ.	Corte transversal. Obj.: identificar formas de orientação religiosa e sua possível relação com QV em idosos ativos.	Amostra de 60 idosos ativos (61-85) M=11 F=49.	Escala de Hoge-Motivação religiosa intrínseca + SF-36	Entre as mulheres, não foram encontradas relações significativas entre orientação religiosa (intrínseca e extrínseca) e os domínios do SF-36. Entre os homens, a relação foi significativa apenas na dimensão "estado geral de saúde" para aqueles com melhor religiosidade intrínseca ($p < 0,05$).

2.5.3 Estudos sem associação entre R/E e QVRS de idosos

Outros dois estudos com 2.368 idosos investigados no Canadá e EUA não demonstraram qualquer associação entre religiosidade/espiritualidade e QVRS em idosos, mas, igualmente, não sugeriram qualquer forma de associação negativa (Molzahn, 2007 e Vahia et al., 2011).

Em um deles, a partir de uma análise secundária de uma comunidade canadense, uma amostra de conveniência de 426 idosos mostrou que os mais fortes preditores de QVRS global foram o apoio social e satisfação com a saúde, mas não a espiritualidade (Molzahn, 2007).

Enfim, a espiritualidade não foi associada com a auto-avaliação de envelhecimento bem sucedido. No entanto, maior

espiritualidade estava correlacionada com maior resiliência e elevado otimismo nas análises bivariadas (Vahia et al., 2011). Ver tabela 2.4.

Tabela 2.4- Estudos sem associação entre R/E e QV/QVRS

Autores, título do artigo, fonte e ano de publicação	Desenho do estudo e objetivo principal	Amostra M=masculino F=feminino	Variáveis de religiosidade/espiritualidade e QV/QVRS	Principais resultados e conclusões
Molzahn AE. Spirituality in Later Life: Effect on Quality of Life. Journal of Gerontological Nursing 2007; 33(1): 32-39. British Columbia, Canada.	Corte transversal Obj.: examinar os efeitos da espiritualidade na QV de idosos controlados pela idade, sexo, apoio social e o estado de saúde.	Amostra de conveniência de 426 idosos da comunidade. M=115, F=311.	WHOQOL-100 (espiritualidade e QV) e aspectos sociodemográficos.	Os resultados mostraram que a espiritualidade não foi um fator significativo para uma melhor QV ($r=0.19$), porém, os fatores preditores mais fortes para a QV foram apoio social ($t = 9,87$; $p < 0,001$) e satisfação com a saúde ($t = 6,854$; $p < 0,001$).
Vahia IV, Depp CA, Palmer BW, Fellow I, Goshan S, Thompson W et al. Correlates of Spirituality in Older Women. Aging Ment Health 2011;15(1): 97–102- California/USA	Corte transversal. Obj.: avaliar associação entre espiritualidade otimismo, depressão, qualidade de vida relacionada à saúde.	1942 mulheres idosas da comunidade 60 a 91 anos. F=1942.	SF-36 + 2 itens da escala Brief Multid. Measure of Relig/Spirit e 3 itens da escala Hodge's Intrinsic Rel Motivation .	Em análise de regressão múltipla, espiritualidade não esteve associada com nenhum dos indicadores de envelhecimento bem sucedido (perguntas sobre resiliência, vida estressante, eventos da vida, otimismo, atitudes frente ao envelhecimento, componentes físico e mental do SF-36). A espiritualidade esteve significativamente associada com alta resiliência, baixa renda e escolaridade e baixa possibilidade de problemas conjugais.

2.5.4 Breve conclusão deste capítulo

Há uma escassez de pesquisa sobre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos. Embora a QVRS dos idosos esteja associada a alguns fatores sociodemográficos como a idade, a escolaridade, o relacionamento familiar e a multimorbidade, algumas dimensões da religiosidade/espiritualidade podem contribuir para um melhor estado

geral de saúde dos idosos (Daaleman, Perera, Studenski, 2004; Barricelli et al., 2012).

A religião influencia não só a saúde física mas também a saúde mental (Moreira-Almeida et al., 2006) e valer-se da religião não implica torná-la um instrumento da saúde, mas incluí-la como terapia coadjuvante para o cuidado da pessoa que recorre à psicoterapia (Bruscagin et al., 2008).

Ela impactua no bem estar durante as doenças crônicas e traz significado e propósito para a vida do idoso (Lucchetti, 2011; Lotufo Neto et al., 2009). A religião pode funcionar como apoio social, redução de comportamentos ilícitos, promover o estado emocional positivo, reduzir o cuidado de saúde pelos profissionais e os serviços e ser usada como “coping” (Abdala et al., 2010, Souza, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL:

- Testar o efeito mediador da religiosidade entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Comparar a religiosidade, nas dimensões organizacional, não organizacional e intrínseca, entre homens e mulheres idosos.
- Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde entre homens e mulheres idosos.
- Verificar se existem diferenças entre os sexos, em relação à influência de fatores sociodemográficos e clínicos (idade, escolaridade, funcionalidade familiar e multimorbidade) na qualidade de vida relacionada à saúde de idosos.
- Verificar o efeito mediador das diferentes dimensões da religiosidade na relação entre os fatores selecionados e a qualidade de vida relacionada à saúde em homens e mulheres idosos.

4 HIPÓTESES

- Mulheres idosas têm maior religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca) do que os homens.
- Mulheres idosas têm pior qualidade de vida relacionada à saúde do que os homens.
- Idosos com idade mais avançada, menor escolaridade, melhor funcionalidade familiar e menor número de doenças crônicas têm maiores níveis de religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca).
- Idosos com maiores níveis de religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca) terão melhor QVRS física e mental.
- A influência da idade, da escolaridade, da funcionalidade familiar e da multimorbidade na QVRS física e mental dos idosos será mediada pela religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca).

5. CASUÍSTICA E MÉTODO

O estudo tem como referência as recomendações da iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies), que visa contribuir para uma descrição mais precisa e completa de pesquisas observacionais (Malta et al.,2010).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido como parte do estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento).

O SABE foi inicialmente concebido como um estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 1997 até 2003, com o objetivo de coletar informações sistemáticas sobre as condições de vida e saúde das pessoas idosas. Foi planejado para compreender as demandas de saúde que poderão emergir de uma população que se tornou rapidamente idosa e pela necessidade de prevenir problemas de saúde pública decorrentes das consequências negativas do processo de envelhecimento na região (Palloni, Peláez, 2003).

Sete cidades da América Latina e do Caribe estavam envolvidas no início do estudo: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai). Estas cidades foram escolhidas por representarem diferentes estágios do envelhecimento na região. Enquanto Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai apresentavam estágios muito avançados do processo de envelhecimento, Chile, México e Brasil estavam ligeiramente atrás, mas podendo superar os primeiros ainda nos anos seguintes (Palloni, Peláez, 2003).

Atualmente, o estudo SABE em São Paulo é coordenado pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e financiado pelo Ministério da Saúde e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo no. 67/2000 (Lebrão, Laurenti, 2005). A pesquisa teve início em 2000 com uma amostra representativa de 2.143 pessoas com 60 anos e mais, passando a ser longitudinal em 2006 (Ribeiro, 2011). O presente trabalho foi desenvolvido com base nos dados dessa segunda onda.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O Estudo SABE está sendo desenvolvido no município de São Paulo. Segundo dados oficiais de julho de 2013, o município conta com uma população de 11.446.275 habitantes, dos quais, 1.470.719 (12,85%) correspondem aos habitantes com 60 anos e mais (IBGE/ SEADE, 2013).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é composta pelos habitantes de São Paulo com 60 anos e mais de idade, residentes na comunidade.

Em 2000, a amostra de 2.143 idosos era formada por dois segmentos: o primeiro, resultante de sorteio, correspondente à amostra probabilística formada por 1.568 idosos de 263 setores censitários sorteados mediante amostragem por conglomerados, sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. O segundo segmento, formado por 575 residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores, correspondendo ao

acrécimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária (Lebrão, Duarte, 2008).

A complementação da amostra de pessoas com 75 anos e mais foi realizada por meio da localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados.

A amostra de 2006 também era composta por dois segmentos: o primeiro, com 1.115 participantes, correspondente aos idosos remanescentes da amostra de 2000 formando a coorte A06. A diferença de 1.028 idosos entre os dois tempos foi devida aos óbitos (649), institucionalizações (11), mudanças para outros municípios (51), não localizados (139) e recusas (178). O segundo segmento, denominado coorte B06, correspondia a 298 idosos na faixa etária de 60 a 64 anos, que foram acrescentados à coorte A06. Para compor essa nova coorte de idosos mais jovens utilizou-se um processo de amostragem semelhante ao de 2000. Dessa forma, a amostra final de 2006 foi composta por 1.413 idosos (Lebrão, Duarte, 2003) (Veja Figura 6).

Figura 6- Desenho gráfico do Estudo SABE. 2013.

Fonte– Estudo SABE, 2013.

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Do total de 1.413 idosos participantes do Estudo SABE em 2006, quatro foram perdidos e 498 foram excluídos por apresentarem declínio cognitivo e/ou por terem os instrumentos de auto-relato respondidos por um informante substituto ou auxiliar. Dessa forma, a amostra final foi composta por 911 idosos com dados considerados fidedignos para fins do presente estudo.

Para avaliar o declínio cognitivo, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), uma escala cognitiva que auxilia na investigação e monitoração da evolução de possíveis déficits cognitivos em pessoas com risco de demência (Bertolucci et al 1994). Considerando a influência do nível de escolaridade no escore da escala, Herrera et al. (2002) propuseram pontos de corte para os escores, baseados em população de idosos não institucionalizados.

Esses pontos de corte foram adotados no presente estudo para exclusão de idosos, sendo eles: escore ≤ 19 para idosos analfabetos; ≤ 23 para idosos com 1 a 3 anos de escolaridade; ≤ 24 para idosos com 4 a 7 anos de escolaridade e ≤ 28 para aqueles com 8 anos e mais (Figura 7).

Figura 7- Distribuição geral dos idosos (n=1.409) segundo a escolaridade e mini mental completo (corte por escolaridade), São Paulo, 2006.

Fonte: Estudo SABE, 2006.

O segundo critério de exclusão referiu-se aos casos em que os questionários de auto-relato foram respondidos por terceiros e não pelos próprios idosos, sujeitos da pesquisa. A exclusão por esse critério levou em conta a possibilidade de vieses na interpretação das informações provenientes de respondentes proxy, quando se trata da avaliação de fenômenos subjetivos, como a QVRS (Andresen et al, 2001; Sneew et al, 2002; Pickard et al, 2005; Arons et al, 2013).

Na Tabela 5.1 observa-se que 105 idosos foram excluídos pelos dois critérios adotados, 7 apenas pelo critério respondente proxy e 386 apenas por declínio cognitivo, restando na amostra 911

idosos (65% da amostra total) sem declínio cognitivo e que responderam os instrumentos.

Tabela 5. 1- Distribuição dos idosos segundo critérios de exclusão. São Paulo, 2006.

Declínio cognitivo	Questionários respondidas por informante substituto		TOTAL n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sem declínio	7 (0,8)	911 (99,2)	918 (100)
Com declínio	105 (21,4)	386 (78,6)	491 (100)
TOTAL	112 (7,9)	1297 (92,1)	1409 (100)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

5.5 VARIÁVEIS E MEDIDAS

1. As **variáveis dependentes** analisadas neste estudo foram os **Componentes Físico (CF) e Mental (CM)** da QVRS obtidos a partir do questionário Short-Form Health Survey (SF-12) (Ware, Kosinski, Keller, 1996), incluído no Projeto SABE em 2006 (Anexo II, p.135). O SF-12 é originado do MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (Ware, Sherbourne, 1992), um instrumento genérico de avaliação subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde que foi traduzido e validado para o português por Ciconelli et al. (1999). É formado por 12 itens derivados do SF-36, englobando oito dimensões: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Das oito dimensões, as quatro primeiras formam o componente físico (CF) e as demais, o componente mental (CM). O escore total de cada componente resulta de um processo de ponderação dos itens dos domínios e da transformação em valores que variam de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). Os

escores dos CF e CM são interpretados separadamente, não havendo um índice global que os sintetize (Ware et al, 1996; Ware et al, 2007).

O SF-12 tem mostrado evidências de confiabilidade e validade tanto na população geral (Silveira et al, 2013), como em amostras com patologias específicas (D'Amorim, 2001; Camelier, 2004; Andrade et al, 2007). No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,85 para o CF e de 0,80 para o CM, indicando a confiabilidade das medidas.

2. Variáveis independentes:

Idade: medida em anos completos e em faixas etárias: 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos e mais.

Funcionalidade familiar: avaliada pelo instrumento APGAR familiar, traduzido e validado em português por Duarte (2001). É composto por cinco questões destinadas a refletir o grau de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, em relação a cinco componentes básicos na unidade familiar (Duarte, 2001). O acrônimo APGAR provém das iniciais dos cinco componentes em língua inglesa **A**daptability (Adaptação intrafamiliar), **P**artnership (Companheirismo/participação), **G**rowth (Crescimento/desenvolvimento), **A**ffection (Afetividade) e **R**esolve (Resolução/compromisso com a família). Neste estudo, família foi entendida como quaisquer pessoas com quem o idoso vivia habitualmente e, no caso de morar sozinho, a referência foram as pessoas com as quais o idoso mantinha laços afetivos mais fortes. De acordo com Duarte (2001), escores de 0 a 8 foram categorizados como boa funcionalidade familiar, de 9 a 12, como moderada disfunção familiar e de 13 a 20, como elevada disfunção familiar (Duarte, 2001). O alfa de Cronbach para o APGAR

familiar foi de 0,91, o que evidencia a alta confiabilidade da medida.

Escolaridade: medida em anos de estudo e em categorias: analfabeto; 1-3 anos; 4-7 anos, 8 anos ou mais de estudo.

Multimorbidade: medida pelo número de doenças referidas e em categorias: nenhuma doença, 1 a 2, 3 a 4 e 5 a 6 doenças. É considerada multimorbidade a presença de duas ou mais condições crônicas (Van Den Akker, Buntinx, Knottnerus, 1996). As doenças foram auto-referidas e incluíram: Hipertensão, Doença Cardíaca (ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos); Acidente Vascular Cerebral (embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral), Diabetes, Doença Pulmonar Crônica, Doença Osteoarticular e Osteoporose.

3. **Variáveis mediadoras** – os efeitos mediadores de três dimensões da religiosidade foram analisados neste estudo. As dimensões foram avaliadas por meio de sete questões extraídas de um inquérito populacional realizado no México, o Hispanic Established Population for Epidemiologic Studies of the Elderly (HEPESE) (Wong et al., 2006) (Apêndice A, p.128), baseando-se no conceito de religiosidade de Koenig, Meador, Parkerson (1997) e no instrumento Índice de Religiosidade de Duke-Durel validado no Brasil (Taunay et al., 2012). A Religiosidade Organizacional (RO) foi avaliada por uma questão (com que frequência o (a) Sr (a) vai à igreja ou a serviços religiosos?), assim como a Religiosidade Não Organizacional (RNO) (com que frequência o (a) Sr (a) reza ou realiza suas práticas religiosas?). A dimensão intrínseca da religiosidade (RI) foi formada por cinco itens: - qual a importância da religião em sua vida?; - quanto a sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades na vida?; - quanto a religião ajuda a

entender as dificuldades?; - a sua religião dá sentido à sua vida?; - utilizando a sua própria definição de pessoa religiosa, o quanto o (a) Sr (a) se considera religioso (a)?. Os cinco itens da RI mostraram alta consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,89), indicando a confiabilidade da medida.

As variáveis acima descritas fazem parte do Questionário SABE apresentado em CD ROM no Anexo I (p.134).

Além dessas variáveis, a título de caracterização da amostra, foram analisadas as Atividades Básicas de Vida Diária - ABVD (Katz et al., 1963) e Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD (Lawton, Brody, 1969). As respostas foram categorizadas segundo Lucchetti et al. (2011-a). de acordo com o grau de limitação para essas atividades: sem limitações (6 respostas “não”), limitação moderada (5-3 respostas “não”) e limitação severa (2 ou menos respostas “não”) (Lucchetti et. al, 2011) (Quadro 3, Apêndice A, p. 130).

5.6 INSTRUMENTOS E FORMULÁRIOS UTILIZADOS NO ESTUDO SABE

O instrumento utilizado no Estudo SABE (ANEXO I, p.134) foi elaborado por um comitê regional de cada país participante, além dos especialistas nas temáticas específicas do estudo (Oliveira et al., 2008). No início do estudo, em 2000, o instrumento foi submetido a dois pré-testes até à obtenção de sua forma final, composto por onze seções. Em 2006, foram realizadas algumas alterações, sendo incluídas as seções M (maus tratos) e N (avaliação da sobrecarga dos cuidadores) (Ribeiro, 2011). As

questões utilizadas na presente investigação estão dispostas em forma de quadros com seus respectivos códigos (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1 – Questões relacionadas à religiosidade. Estudo SABE, 2006.

Questões	Classificação da religiosidade	Código
Qual a importância da religião em sua vida?	Religiosidade intrínseca – RI	A.11b
Com que frequência o(a) Sr.(a) vai à igreja ou ao serviço religioso?	Religiosidade organizacional-RO	A.11c
Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades?	Religiosidade intrínseca – RI	A.11d
Quanto sua religião o(a) ajuda a entender as dificuldades da vida?	Religiosidade intrínseca – RI	A.11e
Sua religião dá sentido à sua vida?	Religiosidade intrínseca – RI	A.11f
Utilizando sua própria definição de pessoa religiosa, o quanto o(a) Sr.(a) se considera religioso(a)?	Religiosidade intrínseca – RI	A.11g
Com que frequência o(a) Sr.(a) reza (ora) ou realiza suas práticas religiosas?	Religiosidade não Organizacional-RNO	A.11h

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Quadro 2 – Questões relacionadas aos componentes físico e mental do SF-12 e seus respectivos componentes. Estudo SABE, 2006.

COMPONENTES	DIMENSÕES	ITENS DO SF-12
FÍSICO	Capacidade funcional (CF)	Devido à sua saúde, você teria dificuldade para realizar atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa? (D.29a)
		Devido à sua saúde você teria dificuldade de subir vários lances de escada? (D.29b)
	Limitação por aspectos físicos (LAF)	Devido à sua saúde física, realizou menos tarefas do que gostaria? (D.29c)
		Devido à sua saúde física, esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? (D.29d)
	Dor (DOR)	Durante as últimas quatro semanas (último mês), quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?. (D.29g)
	Saúde geral (SG)	O(a) Sr.(a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim? (C.01)
MENTAL	Limitação por aspectos emocionais (LAE)	Durante as últimas quatro semanas (último mês) você realizou menos tarefas do que gostaria como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (D.29e)
		Durante as últimas quatro semanas (último mês), você não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (D.29f)
	Vitalidade (VIT)	Quanto tempo você tem se sentido com muita energia durante as últimas quatro semanas (último mês)? (D.29i)
	Saúde Mental (SM)	Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo durante as últimas quatro semanas? (D.29h)
		Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido durante as últimas quatro semanas?(D.29j)
	Aspectos Sociais (AS)	Quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc durante as últimas quatro semanas? (D.29k)

Fonte: Estudo SABE, 2006

Quadro 3 – Questões relacionadas às variáveis: sexo, idade, escolaridade, funcionalidade familiar (APGAR) e multimorbidade. Estudo SABE, 2006.

Questões sociodemográficas e de saúde	Código
Sexo (homem, mulher)- C.18 FILTRO	Sexo
Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem? Idade2006	Idade
Escolaridade em anos de estudo. A06anos2006.	Escolaridade
Funcionalidade familiar – N23a a N23e – APGAR familiar	APGAR
Multimorbidade (número de doenças referidas) – ndoe (C04 a C10)	Ndoe
Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD (D11, D12a1, D14a, D15a, D16a, D17a) Respostas foram categorizadas segundo Lucchetti et al. (2011)	ABVDcat
Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD (D19a, D20a, D21a, D22a, D25a). Obs. Foram excluídas três variáveis devido ao contexto brasileiro em que os idosos (masculino) não cozinham ou realizam tarefas domésticas (D18, D23a, D24a). Respostas foram categorizadas segundo Lucchetti et al. (2011)	AIVDcat

Fonte: Estudo SABE, 2006

5.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em 2006. Os idosos eram entrevistados em seus domicílios por uma equipe de entrevistadores especialmente capacitada para atuação no Projeto SABE. Os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face, de acordo com o instrumento constituído por 11 blocos temáticos (disponível em www.fsp.usp.br/sabe).

Cada entrevista teve duração de aproximadamente duas horas. Cabe informar que a autora deste estudo acompanhou a coleta de dados de uma entrevistadora a fim de observar o

procedimento. Quando havia alguma intercorrência familiar ou do próprio idoso, a entrevistadora marcava um outro horário mais apropriado, mas observou-se um esforço para o término das investigações no mesmo dia.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto SABE desenvolvido em 2006 (Protocolo número 1345) foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 14/3/2006, sob o parecer COEP/83/06 (Anexo III, p.140).

O Estudo contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo- FAPESP e com auxílio financeiro do Ministério da Saúde.

5.9 ANÁLISE DE DADOS

Os dados de interesse para este estudo foram extraídos do banco de dados do Projeto SABE, organizado no Programa SPSS, versão 17,0. Foram realizados testes de aderência à distribuição normal para as variáveis contínuas, utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. A distribuição mostrou-se levemente desviada para a direita tanto no componente físico ($p < 0,01$) (Figura 8) quanto no mental ($p < 0,01$) (Figura 9).

Hair Jr et al. (2009, p.87) afirmam que “não normalidade pode ter sérios efeitos em pequenas amostras (com menos de 50 casos), mas o impacto diminui efetivamente quando a amostra atinge 200 casos ou mais”, como neste estudo em que a amostra foi de 911 idosos .

Quando as suposições estatísticas não são atendidas, isso não caracteriza necessariamente “um problema fatal que impede qualquer análise”. Cita algumas maneiras de transformar essas violações (calculando a raiz quadrada, o logaritmo ou o inverso) e então usar o valor transformado na análise; neste estudo, foram investigados os resíduos e estes apresentaram normalidade.

Figura 8- Distribuição dos escores do componente físico do SF-12 de idosos do município de São Paulo. Estudo SABE, 2006.

Fonte- Estudo SABE, 2006.

Figura 9- Distribuição dos escores do componente mental do SF-12 de idosos do município de São Paulo. Estudo SABE, 2006.

Fonte- Estudo SABE, 2006.

Como a amostragem deste estudo foi feita por estratificação e submetida a uma ponderação, a análise descritiva dos dados foi feita com esta ponderação, utilizando o programa SPSS versão 17.

Segundo Battisti (2008), amostragem complexa pode conter uma ou mais das seguintes características: “estratos, conglomerados e probabilidades desiguais de seleção. Caso estas características não sejam incorporadas na análise dos dados, as estimativas e os erros-padrões ficam incorretos”. Para a análise da MEE, foi utilizada a amostragem simples no programa SPSS AMOS (IBM, versão 22), sendo a inferência preditora reduzida somente à população estudada.

Realizou-se uma análise descritiva dos dados sociodemográficos, de saúde, qualidade de vida e religiosidade por

meio do teste qui-quadrado e os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráfico.

Na segunda parte do capítulo de resultados, foi realizada a Modelagem de Equações Estruturais (MEE) para evidenciar a relação dessas variáveis. A MEE é uma técnica multivariada que permite ao pesquisador examinar simultaneamente uma série de relações entre as variáveis medidas e os construtos latentes (Hair Jr et al., 2009).

A MEE é baseada na combinação dos princípios da análise fatorial e da regressão múltipla, permitindo examinar simultaneamente uma série de relações de dependência e inter-relações (Polit, Beck, 2006). A regressão múltipla também poderia fazer esta análise, mas ocorre a falta de controle nas medidas de erros e há uma dificuldade de analisar as variáveis mediadoras num mesmo desfecho, sendo necessário diferentes conjuntos de equações (Li, 2011. p. 245-247).

Este modelo é uma metodologia estatística usada por cientistas sociais, comportamentais e educacionais, tanto quanto biólogos, economistas, pesquisadores da área de marketing e da área clínica. Provê também aos pesquisadores um método compreensível para a quantificação e teste das teorias substantivas por meio do Caminho de Análise (Pathway Analysis), muito útil para as variáveis observáveis (Raykov, Marcoulides, 2006).

Para a utilização da análise de MEE, é necessário seguir seis estágios importantes. São eles (Hair Jr et al, 2009):

1. Definição de construtos individuais – responde a pergunta: quais itens devem ser usados como variáveis medidas?
2. Desenvolvimento e especificação do modelo de medida – fazer com que variáveis medidas com construtos esboquem um diagrama de caminhos para o modelo de mensuração
3. Planejamento de um estudo para produzir resultados empíricos – avaliar a adequação do tamanho amostral.

Escolher o método de estimação e a abordagem de dados perdidos.

4. Avaliação da validade do modelo de medida – avaliar GOF e validade dos construtos do modelo de mensuração.
5. Especificação do modelo estrutural – converter modelo de mensuração para estrutural.
6. Avaliação da validade do modelo estrutural – avaliar a GOF e significância, direção e tamanho das estimativas paramétricas estruturais.

Os modelos de equações estruturais ajudam a organizar e a estimar relações que usualmente não são realizadas de forma separada como em uma regressão logística, em que se admite apenas um desfecho e não é permitido identificar desfechos intermediários ao longo do caminho causal; por isso, a necessidade de se usar essa modelagem complexa de equações estruturais (Alencar, 2009).

Para a modelagem de equação estrutural, Gosling e Gonçalves (2003) alertam para a necessidade de se ter amostras grandes e cada vez maiores à medida que os modelos se tornam complexos. A MEE usa alguns símbolos para identificar o diagrama de caminhos e são representados da seguinte maneira (Quadro 4):

Quadro 4 – Símbolos usados pela MEE em diagramas de caminhos.

Ou		Variável latente
Ou		Variáveis observáveis
Ou		Caminho unidirecional
Ou		Interferência ou erro em variável latente
Ou		Medida de erro em variável observável
Ou		Correlação entre variável

Fonte – Rayvoc e Marcoulides (2006, p. 9).

Para a construção do modelo teórico da MEE, segundo a revisão da literatura, foram consideradas as variáveis explicativas/preditivas: idade, escolaridade, APGAR, número de doenças. Para as dependentes: as dimensões do componente físico (CF) e componente mental (CM) da QVRS (SF-12) e as variáveis mediadoras: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (Figura 10).

Figura 10 – Diagrama completo de caminhos exibindo relações estruturais teorizadas e a especificação completa de mensuração, segundo o componente físico e mental. Estudo SABE, 2013.

Fonte – Dados primários. Estudo SABE, 2006.

Legenda – Modelo de mensuração: RO= religiosidade organizacional, RNO = religiosidade não organizacional, escolar = escolaridade, idadecat= idade categorizado, apgarcat = apgar categorizado, ndoeat= número de doenças categorizado, VIT = vitalidade, LAE= limitação por aspectos emocionais, AS= aspectos sociais, SM= saúde mental, CF= capacidade funcional, DOR = dor, LAF = limitação por aspectos físicos, SG = saúde geral. **Modelo estrutural:** RI = religiosidade intrínseca, CFlat= componente físico, CMlat= componente mental (Hair Jr et. al, 2009; Brei, Liberali Neto, 2006).

Utilizou-se o método de máxima verossimilhança e analisados as estimativas não padronizadas.

A partir deste modelo teórico, devido à complexidade dos construtos na análise de MEE, dois modelos foram gerados, separados por componente (físico e mental) da QVRS. As figuras foram desenhadas no programa CmapTools (CmapTools, 2012) no capítulo de resultados.

Utilizou-se o método de máxima verossimilhança, comumente empregado para a estimação de parâmetros em modelos de equações estruturais, sendo uma alternativa aos usuais mínimos quadrados usados em uma regressão múltipla. O intervalo de confiança (IC) adotado foi de 90%, usualmente utilizado na MEE (Hair Jr et al., 2009). Foram analisadas as estimativas não padronizadas para melhor interpretação no capítulo dos resultados.

Os índices de ajuste de bondade (GOF – *goodness of fit*) utilizados foram a Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA); o Índice de Ajuste Comparativo (CFI), o Índice de Tucker-Lewis (TLI). Foram adotados os valores de referência apresentados no Quadro 5, segundo Hair et al. (2009, p.573) e Campana, Tavares, Silva (2009).

Quadro 5- Valores de referência dos índices de ajuste da modelagem de equações estruturais.

Estatística	Valores de referencia (no.de variáveis de 12 a 30 e n> 250)
CFI e TLI	Acima de 0,92
RMSEA	Valores <0,07 com CFI ≥ 0,92

Fonte – Hair Jr et al. (2009, p.573).

Outros autores consideram valores um pouco diferentes dos citados acima. Por exemplo, para o RMSEA, os valores podem estar entre 0,05 e 0,08 aceitando-se até 0,10 para um modelo ajustado (Garso, 2009).

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

6.1.1 Características sócio-demográficas

A Tabela 6.1 apresenta a distribuição dos idosos nas variáveis selecionadas, de acordo com o sexo. Observa-se que, no total, a população alvo deste estudo se mostrou feminilizada, com 58,9% de mulheres. A idade variou de 60 a 94 anos, sendo a média geral de 68,6 (dp=6,6). Considerando a idade por sexo, a média das mulheres foi de 68,9 anos (dp=6,6) e a dos homens, de 68,6 (dp=6,6). Em relação à faixa etária, observou-se que os homens foram predominantes somente na faixa de 60-69 anos, com 66,9% contra 59,8% de mulheres. Já estas representaram uma porcentagem maior nas faixas de 70-79 anos (32,7%) e de 80 ou mais (7,5%) enquanto que os homens totalizaram 26,4% e 6,7% respectivamente ($p < 0,001$) (Tabela 6.1).

Quanto à escolaridade, a proporção de mulheres analfabetas foi maior (18,9%) do que a de homens (11,7%), ocorrendo o inverso na categoria “oito anos ou mais de estudo”: 17,3% para os homens contra 14,1% para as mulheres ($p < 0,001$). Quanto à renda, as mulheres apresentaram porcentagens maiores entre os idosos “sem renda” (6,8%), os que recebem “até um salário mínimo” (29,4%) e entre os que recebem “mais que um até dois salários” (26,6%). Os homens estão com porcentagens maiores entre os idosos que recebem “mais que dois a três” (20,6%), “mais que três a cinco salários” (24,5%) e “mais de cinco salários mínimos” (20,9%).

No quesito “com quem vive o idoso”, aqueles que vivem sozinhos somam 45,4%. Dentre estes, 60,8% são mulheres.

Diferenças entre os sexos também foram observadas em relação ao APGAR familiar: os homens representaram 90,6% na categoria “boa funcionalidade familiar” e 3,9% na “elevada disfunção familiar” indicando melhores resultados em relação às mulheres ($p<0,001$) (Tabela 6.1).

Tabela 6.1- Características demográficas e socioeconômicas dos idosos segundo o sexo. São Paulo, 2006.

Características sociodemográficas	Feminino %	Masculino %	Total %
Sexo	58,9	41,1	100,0
Faixa etária ($p<0,01$)			
60-69	59,8	66,9	62,7
70-79	32,7	26,4	30,1
80+	7,5	6,7	7,2
Escolaridade ($p<0,01$)			
Analfabeto	18,9	11,7	15,9
1 a 3 anos estudo	25,4	24,4	25,0
4 a 7 anos estudo	41,6	46,6	43,6
8 anos e mais	14,1	17,3	15,4
Renda ($p<0,01$)			
Sem renda	6,8	0,5	4,4
Até 1 sm	29,4	8,6	21,3
>1 a 2 sm	26,6	24,8	25,9
>2 a 3 sm	15,4	20,6	17,4
>3 a 4 sm	12,0	24,5	16,9
>5 sm	9,8	20,9	14,1
Com quem vive o idoso ($p<0,01$)			
Sozinho	60,8	39,2	45,4
Acompanhado	39,2	60,8	54,6
APGAR familiar ($p<0,01$)			
Elevada disfunção familiar	6,8	3,9	5,6
Moderada disfunção familiar	4,0	5,5	4,6
Boa funcionalidade familiar	89,2	90,6	89,8

Fonte- Estudo SABE, 2006.

Nota - asterisco – sm= salário mínimo

6.1.2 Características de saúde

A Tabela 6.2 mostra que os homens apresentaram melhor desempenho do que as mulheres quanto às Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária (ABVD e AIVD) assim como menor número de doenças referidas ($p<0,001$).

As doenças mais referidas entre eles foram: a hipertensão arterial (64,7% para as mulheres e 57,3% entre os homens), o diabetes (com uma prevalência de 21,6% nas mulheres e 19,5% nos homens) e as doenças articulares (41,6% para as mulheres e 18,7% para os homens).

Tabela 6.2- Características de saúde dos idosos segundo o sexo. São Paulo, 2006.

Características de Saúde	Feminino %	Masculino %	Total %
Limitação para ABVD ($p<0,01$)			
Sem limitação	79,5	92,7	84,9
Moderada	19,1	6,8	14,1
Severa	1,4	0,4	1,0
Limitação para AIVD ($p,0,01$)			
Sem limitação	71,4	86,4	77,5
Moderada	22,7	10,3	17,7
Severa	5,9	3,3	4,8
Número de doenças referidas ($p<0,01$)			
Nenhuma	16,2	20,8	18,1
1-2	61,2	63,1	61,9
3-4	20,8	15,1	18,5
5-6	1,8	1,1	1,5

Fonte- Estudo SABE, 2006.

6.1.3 Características religiosas

Entre os idosos deste estudo, foi predominante a religião católica (66,2%), seguida da evangélica (22,3%) e da religião

espírita/kardecista (5,4%). Um menor percentual declarou ser protestante (1,0%), budista (0,6%) ou que não professava qualquer religião (1,7%).

Associando sexo e denominação religiosa (Figura 11), verificou-se uma proporção maior de homens católicos (72,9%) do que de mulheres (61,6%) e mais mulheres evangélicas (26,3%) do que homens (16,6%). Essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,001$).

Figura 11- Distribuição dos idosos segundo denominação religiosa e sexo. São Paulo, 2006.

Fonte- Estudo SABE, 2006.

A Tabela 6.3, a seguir, mostra os dados referentes às dimensões da religiosidade: organizacional (RO= frequência com que vai à igreja), não organizacional (RNO = frequência com que reza ou pratica a religião) e intrínseca (RI = importância da religião na vida, quanto a religião dá forças nas dificuldades, ajuda a entender estas dificuldades, dá sentido, quão religioso o idoso se considera). Os resultados na amostra total e comparados por sexo foram os seguintes:

- Em relação à RO, a proporção dos idosos que nunca frequentava a igreja ou que a frequentava poucas vezes foi ligeiramente maior (50,5%) do que a dos que a frequentavam quase toda semana ou mais de uma vez por semana (49,5%). Diferença significativa foi observada entre os sexos ($p < 0,001$), sendo que 56,8% das mulheres estavam nas categorias de maior frequência à igreja contra 39,0% dos homens.
- Quanto à prática de atividades religiosas privativas (RNO), 86,4% dos idosos concentraram-se nas categorias “uma vez por dia” e “várias vezes ao dia”. A diferença entre os sexos foi significativa ($p < 0,001$): 93,4% das mulheres praticavam essas atividades pelo menos uma vez ao dia contra 76,3% dos homens
- Quanto aos aspectos da RI, quase a totalidade dos idosos (92,4%) considerou que a religião é importante para a sua vida. A grande maioria declarou que a religião dá forças para enfrentar as dificuldades (88,5% - muito/completamente); ajuda a entender as dificuldades (86,0% - muito/completamente) e dá sentido à vida (85,9% - muito/totalmente); 55,1% dos idosos consideraram-se muito religiosos e 33,2%, um pouco religiosos. Em todos os aspectos da RI, as mulheres foram proporcionalmente mais frequentes do que os homens no extremo mais positivo das categorias de avaliação.

Tabela 6.3- Distribuição dos idosos segundo as dimensões da religiosidade e o sexo. São Paulo, 2006.

Dimensões da Religiosidade	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
RO- Frequência com que vai à igreja (p<0,01)			
Nunca	7,4	12,5	9,5
Várias vezes ao ano	20,1	36,4	26,8
1 ou 2 vezes por mês	15,7	12,0	14,2
Quase toda semana	25,1	18,6	22,4
Mais de 1 x por semana	31,7	20,4	27,1
RNO- Frequência com que reza ou pratica outras atividades privativas (p<0,01)			
Quase nunca ou nunca	2,2	6,9	4,1
Somente em ocasiões especiais	0,7	9,7	4,4
Várias vezes por semana	3,8	7,1	5,1
1 x ao dia	35,9	41,9	38,4
Várias vezes ao dia	57,5	34,4	48,0
RI- Importância da religião na vida (p<0,01)			
Nada importante	1,7	5,0	3,1
Regular	3,0	6,7	4,5
Importante	95,2	88,3	92,4
RI- Quanto a religião dá forças para enfrentar as dificuldades (p<0,01)			
Nada	1,7	6,6	3,7
Não muito	4,3	12,8	7,8
Muito	50,9	51,0	51,0
Completamente	43,1	29,6	37,5
RI- Quanto a religião ajuda entender as dificuldades (p<0,01)			
Nada	2,1	8,3	4,7
Não muito	7,2	12,3	9,3
Muito	50,0	52,5	51,0
Completamente	40,7	26,9	35,0
RI- Religião dá sentido à vida p<(0,01)			
Nunca	2,2	8,8	5,0
Às vezes	6,9	12,2	9,1
Muito	42,0	47,9	44,4
Totalmente	48,9	31,0	41,5
RI- Quão religioso se considera (p<0,01)			
Nada	2,6	5,1	3,6
Não muito	6,0	11,0	8,1
Um pouco	27,9	40,9	33,2
Muito	63,5	43,1	55,1

Fonte: Estudo SABE, 2006.

6.1.4 Avaliação da QVRS dos idosos – componentes físico e mental do SF-12.

Na avaliação da QVRS dos idosos (Tabela 6.4), obteve-se a média geral de 45,1 (dp=9,6) para o componente físico (CF) e de 54,2 (dp=8,7), para o componente mental (CM), com medianas de 48,3 e 56,9, respectivamente.

Na comparação entre os sexos, verificou-se que a média das mulheres foi significativamente menor que a dos homens, tanto no CF como no CM (teste t de Student; $p < 0,001$).

Tabela 6.4- Média e desvio padrão das dimensões dos componentes físico e mental da QVRS, segundo o sexo. São Paulo, 2006.

Dimensões dos Componentes Físico e Mental da QVRS		Média total (dp)	Masculino	Feminino
Componente Físico		45,1 (9,62)	47,6 (7,90)	43,4 (10,3)
(p<0,01)				
Capacidade Funcional		68,7 (33,8)	77,4 (30,2)	62,8 (34,8)
Dor		81,6 (26,8)	88,2 (21,1)	77,0 (29,4)
Limitação por Aspectos Físicos		78,5 (39,7)	85,4 (34,1)	73,8 (42,6)
Saúde Geral		69,9 (18,1)	70,7 (17,2)	69,2 (18,6)
Componente Mental		54,3 (8,7)	55,0 (7,8)	53,7 (9,1)
(p<0,01)				
Vitalidade		70,0 (26,6)	74,4 (25,4)	67,0 (26,9)
Limitação por Aspectos Emocionais		86,7 (31,8)	89,6 (28,2)	84,7 (34,0)
Aspectos Sociais		87,8 (15,3)	91,3 (21,6)	85,4 (27,3)
Saúde Mental		76,9 (20,5)	79,7 (18,6)	75,0 (21,6)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

6.2 MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

Para melhor compreensão, os resultados dos componentes físico e mental do SF-12 serão apresentados separadamente, segundo o sexo e as dimensões de religiosidade (RO, RNO e RI). As linhas coloridas (azul e rosa) representam significância estatística com $p < 0,05$ e IC= 90%. Somente as relações estatisticamente significantes foram relatadas no texto. As relações não significantes não foram inseridas no modelo para não dificultar a visualização.

6.2.1 Componente físico

Na aplicação da modelagem de equações estruturais, a idade influenciou na RO ($\beta = -0,034$, $p < 0,01$) e esta influenciou no componente físico (CF) das mulheres ($\beta = 2,401$; $p < 0,01$). A estimativa do modelo foi TLI= 0,613; CFI= 0,731; RMSEA= 0,08 ($p \leq 0,05$, IC=90%). Assume-se como ideal, os valores do RMSEA entre 0,05 e 0,08 aceitando-se valores até 0,10 (Garso, 2009) significando que o modelo está ajustado (Figura 12).

Figura 12 – Representação do modelo estrutural e de mensuração usando a MEE com as influências das variáveis sobre o componente físico para homens e mulheres. São Paulo, 2006.

Fonte- Estudo SABE, 2006

Nota- Todo o modelo foi rodado porém, não foram colocadas as setas não significantes para não dificultar a visualização. As linhas azuis representam os homens e as linhas rosas representam o sexo feminino.

Para melhor interpretação dos resultados, foram observadas as estimativas não padronizadas (Tabela 6.5 e 6.6).

Tabela 6.5 – Estimativas e valor de *p* dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e o componente físico das mulheres, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.

Variáveis		Variáveis	Estimativa não padronizada	Estimativa padronizada	Valor de p
RI	<---	Idade	0,002	0,043	0,341
RI	<---	Escolaridade	-0,003	-0,025	0,583
RI	<---	APGAR	-0,005	-0,066	0,142
RI	<---	nº doenças	0,004	0,013	0,778
RO	<---	Idade	-0,034	-0,201	***
RNO	<---	Escolaridade	-0,027	-0,12	0,004
RNO	<---	APGAR	-0,016	-0,091	0,033
RNO	<---	nº doenças	0,003	0,004	0,919
RO	<---	nº doenças	-0,043	-0,036	0,381
RO	<---	APGAR	-0,007	-0,023	0,579
RO	<---	Escolaridade	-0,021	-0,055	0,19
RNO	<---	Idade	-0,002	-0,017	0,688
CFlat	<---	RI	0,043	0,001	0,99
CFlat	<---	RNO	-1,757	-0,051	0,245
CFlat	<---	RO	2,401	0,122	0,006
CFlat	<---	nº doenças	-9,610	-0,411	***
CFlat	<---	APGAR	-0,803	-0,135	0,002
CFlat	<---	Escolaridade	1,055	0,137	0,002
CFlat	<---	Idade	-0,221	-0,066	0,137
consider	<---	RI	1	0,515	
Sentido	<---	RI	1,665	0,852	***
Ajuda	<---	RI	1,687	0,883	***
Forças	<---	RI	1,504	0,844	***
Import	<---	RI	0,463	0,56	***
CF	<---	CFlat	1	0,758	
Dor	<---	CFlat	0,841	0,764	***
LAF	<---	CFlat	1,11	0,691	***
SG	<---	CFlat	0,326	0,471	***

Fonte – Estudo SABE, 2006.

Legenda – RI= religiosidade intrínseca, RO= religiosidade organizacional, RNO= religiosidade não organizacional, CFlat= Componente físico latente, consider= se o idoso se considera uma pessoa religiosa, sentido= a religião traz sentido para a vida, ajuda= a religião ajuda nas dificuldades, forças= a religião dá forças para enfrentar as dificuldades, import= a religião é importante na vida, CF= capacidade funcional, Dor= dor, LAF= limitação por aspectos físicos, SG= saúde geral, APGAR= funcionalidade familiar.

Nota- variáveis em negrito = $p \leq 0,05$.

Tabela 6.6 – Estimativa e valor de p dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e o componente físico dos homens, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.

Variáveis		Variáveis	Estimativa não padronizada	Estimativa padronizada	Valor de p
RI	<---	Idade	-0,003	-,0045	0,408
RI	<---	Escolaridade	-0,014	-0,109	0,044
RI	<---	APGAR	-0,004	-0,032	0,552
RI	<---	nº doenças	0,041	0,082	0,128
RO	<---	Idade	-0,012	-0,078	0,137
RNO	<---	Escolaridade	-0,034	-0,119	0,022
RNO	<---	APGAR	-0,006	-0,02	0,709
RNO	<---	nº doenças	0,162	0,15	0,004
RO	<---	nº doenças	0,076	0,06	0,253
RO	<---	APGAR	-0,019	-0,055	0,297
RO	<---	Escolaridade	-0,032	-0,096	0,068
RNO	<---	Idade	0,008	0,058	0,266
CFlat	<---	RI	3,168	0,076	0,213
CFlat	<---	RNO	-0,95	-0,049	0,405
CFlat	<---	RO	0,527	0,032	0,583
CFlat	<---	nº doenças	-8,108	-0,39	***
CFlat	<---	APGAR	-0,429	-0,075	0,202
CFlat	<---	Escolaridade	1,186	0,216	***
CFlat	<---	Idade	-0,203	-0,08	0,175
consider	<---	RI	1	0,647	
Sentido	<---	RI	1,449	0,892	***
Ajuda	<---	RI	1,427	0,919	***
Forças	<---	RI	1,403	0,919	***
Import	<---	RI	0,684	0,703	***
CF	<---	CFlat	1	0,697	
Dor	<---	CFlat	0,561	0,576	***
LAF	<---	CFlat	0,985	0,633	***
SG	<---	CFlat	0,38	0,486	***

Fonte – Estudo SABE, 2006.

Legenda – RI= religiosidade intrínseca, RO= religiosidade organizacional, RNO= religiosidade não organizacional, CFlat= Componente físico latente, consider= se o idoso se considera uma pessoa religiosa, sentido= a religião traz sentido para a vida, ajuda= a religião ajuda nas dificuldades, forças= a religião dá forças para enfrentar as dificuldades, import= a religião é importante na vida, CF= capacidade funcional, Dor= dor, LAF= limitação por aspectos físicos, SG= saúde geral, APGAR= funcionalidade familiar.

Nota- variáveis em negrito = $p \leq 0,05$.

Para se obter o efeito total indireto da idade e o componente físico, mediado pela RO nas mulheres, multiplicam-se os valores obtidos no caminho indireto. Portanto, o efeito final foi: idade $\rightarrow$ RO $\rightarrow$ CF = $-0,034 \times 2,401 = -0,0813$ ($p \leq 0,05$). Em outras palavras, para cada ano a mais da pessoa idosa, havia uma diminuição de

0,034 na religiosidade organizacional, porém esta aumentava em 2,401 o desempenho no componente físico da QVRS delas.

As dimensões dos componentes físicos de maiores cargas no modelo foram a dor (0,76) e a capacidade funcional (0,76) (Figura 13).

Figura 13 – “Síntese” do modelo padrão de MEE para o componente físico, sexo feminino. São Paulo, 2006.

Fonte- Estudo SABE, 2006

Não houve relação estatisticamente significativa entre os fatores sociodemográficos e multimorbidade com o CF dos homens, tendo a religiosidade como mediadora.

Porém, vale acrescentar que, ter maior escolaridade ($\beta = 1,186$; $p = 0,04$) e um menor número de doenças ($\beta = 8,108$, $p < 0,01$), influenciaram diretamente para um melhor desempenho no componente físico dos homens, independentemente da religiosidade (organizacional, não organizacional ou intrínseca), mostrando que essas variáveis precisam de atenção especial ao se falar de qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos.

Para a melhoria do componente físico das mulheres, independentemente das dimensões da religiosidade, os efeitos dessas variáveis foram: ter maior número de anos estudados ($\beta =$

1,055, $p=0,04$), ter melhor funcionalidade familiar ($\beta= 8,03$; $p<0,01$) e menor número de doenças ($\beta= 9,61$; $p<0,01$).

6.2.2 Componente mental

Assim como no componente físico, a idade também esteve relacionada à RO das mulheres ($\beta= -0,034$; $p< 0,01$) e esta ao CM delas ($\beta= 1,663$, $p< 0,01$). O efeito indireto da idade para o CM das mulheres apresentou um $\beta= 0,056$ ($p< 0,01$). O modelo estimativo foi TLI= 0,613; CFI= 0,731; RMSEA= 0,08 ($p\leq 0,05$, IC=90%).

Na aplicação global da MEE no componente mental, a escolaridade apresentou influência direta na religiosidade intrínseca ($\beta= -0,014$, $p= 0,04$) e esta no componente mental dos homens ($\beta= 7,158$, $p< 0,01$) (Figura 14).

Figura 14- Representação do modelo estrutural e de mensuração usando a MEE com as influências das variáveis sobre o componente físico para homens e mulheres. São Paulo, 2006.

Fonte- Estudo SABE, 2006

Nota- Todo o modelo foi rodado porém, não foram colocadas as setas não significantes para não dificultar a visualização. As linhas azuis representam os homens e as linhas rosas representam o sexo feminino.

Tabela 6.7 – Estimativa e valor de p dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e componente mental das mulheres, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.

Variáveis		Variáveis	Estimativa	Valor de p
RI	<---	Idade	0,002	0,341
RI	<---	Escolaridade	-0,003	0,584
RI	<---	APGAR	-0,005	0,145
RI	<---	nº doenças	0,004	0,778
RO	<---	Idade	-0,034	***
RNO	<---	escolaridade	-0,027	0,004
RNO	<---	APGAR	-0,015	0,033
RNO	<---	nº doenças	0,003	0,919
RO	<---	nº doenças	-0,043	0,38
RO	<---	APGAR	-0,007	0,586
RO	<---	Escolaridade	-0,021	0,187
RNO	<---	Idade	-0,002	0,688
CFlat	<---	RI	1,361	0,565
CFlat	<---	RNO	-0,871	0,412
CFlat	<---	RO	1,661	0,007
CFlat	<---	nº doenças	-4,2	***
CFlat	<---	APGAR	-1,102	***
CFlat	<---	escolaridade	0,491	0,037
CFlat	<---	Idade	-0,095	0,364
consider	<---	RI	1	
Sentido	<---	RI	1,664	***
Ajuda	<---	RI	1,686	***
Forças	<---	RI	1,503	***
Import	<---	RI	0,463	***
VIT	<---	CFlat	1	
LAE	<---	CFlat	1,145	***
AS	<---	CFlat	1,026	***
SM	<---	CFlat	0,888	***

Legenda – RI= religiosidade intrínseca, RO= religiosidade organizacional, RNO= religiosidade não organizacional, CFlat= Componente mental latente, consider= se o idoso se considera uma pessoa religiosa, sentido= a religião traz sentido para a vida, ajuda= a religião ajuda nas dificuldades, forças= a religião dá forças para enfrentar as dificuldades, import= a religião é importante na vida, VIT= vitalidade, LAE= limitação por aspectos emocionais, AS= aspectos sociais, SM= saúde mental, APGAR= funcionalidade familiar.

Nota- variáveis em negrito = $p \leq 0,05$.

Tabela 6.8 – Estimativa e valor de p dos parâmetros para as relações entre idade, escolaridade, APGAR, multimorbidade e o componente mental dos homens, mediados pela RO, RNO e RI. São Paulo, 2006.

Variáveis		Variáveis	Estimativa	Valor de p
RI	<---	Idade	-0,003	0,405
RI	<---	Escolaridade	-0,014	0,044
RI	<---	APGAR	-0,005	0,519
RI	<---	nº doenças	0,041	0,128
RO	<---	Idade	-0,012	0,137
RNO	<---	Escolaridade	-0,034	0,022
RNO	<---	APGAR	-0,006	0,691
RNO	<---	nº doenças	0,162	0,004
RO	<---	nº doenças	0,076	0,253
RO	<---	APGAR	-0,02	0,283
RO	<---	Escolaridade	-0,032	0,068
RNO	<---	Idade	0,008	0,266
CFlat	<---	RI	7,158	***
CFlat	<---	RNO	-1,154	0,195
CFlat	<---	RO	0,344	0,646
CFlat	<---	nº doenças	-4,363	***
CFlat	<---	APGAR	-1,066	***
CFlat	<---	Escolaridade	0,507	0,047
CFlat	<---	Idade	0,015	0,9
consider	<---	RI	1	
Sentido	<---	RI	1,446	***
Ajuda	<---	RI	1,425	***
Forças	<---	RI	1,399	***
Import	<---	RI	0,683	***
VIT	<---	CFlat	1	
LAE	<---	CFlat	0,883	***
AS	<---	CFlat	0,711	***
SM	<---	CFlat	0,756	***

Legenda – RI= religiosidade intrínseca, RO= religiosidade organizacional, RNO= religiosidade não organizacional, CFlat= Componente mental latente, consider= se o idoso se considera uma pessoa religiosa, sentido= a religião traz sentido para a vida, ajuda= a religião ajuda nas dificuldades, forças= a religião dá forças para enfrentar as dificuldades, import= a religião é importante na vida, VIT= vitalidade, LAE= limitação por aspectos emocionais, AS= aspectos sociais, SM= saúde mental, APGAR= funcionalidade familiar.

Nota- variáveis em negrito = $p \leq 0,05$.

Analisando o efeito total da relação entre a idade, RO e CM das mulheres obteve-se o seguinte resultado: $-0,034 \times 1,661 = -0,564$. Pode se inferir que o efeito total foi de 0,564 desta relação entre idade e religiosidade organizacional.

As dimensões do componente mental de maiores cargas foram a saúde mental (0,75) e a vitalidade (0,66) (Figura 15).

Figura 15- “Síntese” do modelo padrão de MEE para o componente mental, sexo feminino. São Paulo, 2006.

Fonte: Estudo SABE, 2006

Ao observar o modelo simples entre a escolaridade e o CM dos homens, mediado pela religiosidade intrínseca, encontrou-se o seguinte efeito direto e indireto: Escolaridade->RI->CM $(-0,014 \times 7,158) + (0,507) = -0,1002 + 0,507 = 0,4067$. Os indicadores de religiosidade intrínseca mais fortes foram o “quanto a religião dá forças para as dificuldades da vida” (0,92) e o “quanto ela ajuda e enfrentar estas dificuldades” (0,92). Quanto ao componente mental, as dimensões de maiores cargas foram a “saúde mental” (0,72) e a “vitalidade” (0,69) (Figura 16).

Figura 16- “Síntese” do modelo padrão de MEE para o componente mental, sexo masculino. São Paulo, 2006.

Fonte: Estudo SABE, 2006

Vale acrescentar que, tanto a escolaridade (ter maior número de anos estudados; $\beta = 0,507$, $p = 0,04$) quanto o APGAR familiar (ter melhor funcionalidade familiar; $\beta = 1,06$, $p < 0,01$) e um menor número de doenças ($\beta = 4,363$, $p < 0,01$), influenciaram diretamente para um melhor desempenho no componente mental dos homens, independentemente da religiosidade (organizacional, não organizacional ou intrínseca), mostrando que estas variáveis precisam de atenção especial ao se falar de qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos.

Para a melhoria do componente mental nas mulheres, independentemente das dimensões da religiosidade, os efeitos dessas variáveis foram: ter maior número de anos estudados ($\beta = 0,491$, $p = 0,04$), ter melhor funcionalidade familiar ($\beta = 1,102$; $p < 0,01$) e menor número de doenças ($\beta = 4,2$; $p < 0,01$).

7. DISCUSSÃO

Caracterização da religiosidade e da QVRS nos idosos

No presente estudo, pôde-se observar que as mulheres idosas são mais religiosas do que os homens em todas as dimensões da religiosidade, principalmente na frequência à igreja (56,8% de maior frequência contra 39% dos homens).

A religiosidade é uma característica feminina. Apesar das diferenças culturais de cada país e as diferentes formações religiosas que cada um recebe, usualmente, a literatura aponta para uma diferença entre os sexos, mostrando que as mulheres são mais abertas para expressar seus sentimentos religiosos, comentar, participar e se envolver nas tarefas da igreja. Elas também são mais íntimas com Deus na hora da morte, enquanto os homens são mais passivos (Neuger, in Kimble, McFadden, 2003).

Traçando um mapa das religiões no Brasil, encontrou-se também os mesmos resultados, havendo uma migração maior de homens para a “não religiosidade”. O autor afirma que isso se deve às questões centrais referente a mulher como: a contracepção, o divórcio e o aborto que são tabus para a Igreja Católica. Enquanto os homens “abandonaram” a religião, as mulheres trocaram de crença (Neri, 2011).

Apesar de estarem com níveis mais elevados de religiosidade que os homens, as mulheres apresentaram piores escores nos componentes físico e mental da QVRS.

Em estudo com 1942 mulheres da Califórnia/USA, usando o SF-36, Vahia et al. (2012) também encontraram um escore semelhante no componente físico das mulheres (43,4; $\pm 11,3$) e um escore um pouco maior para o componente mental delas (56,6; $\pm 7,3$). Num estudo com 254 mulheres e 349 homens em tratamento

de hemodiálise, os resultados da QVRS revelou menores escores nas mulheres, em todas as dimensões. Esses achados foram observados independentemente da idade e comorbidades. Em outro estudo com 929 homens e 1029 mulheres no sudeste do Brasil, também elas apresentaram escores menores que os homens em todas as dimensões da QVRS. Em outros estudos também se pode comprovar esta diferença em detrimento às mulheres (Ware et al., 2007; Ribeiro, 2011).

As mulheres também convivem mais com as incapacidades físicas e pior qualidade de vida no domínio físico, principalmente as menos escolarizadas (Parahyba, Veras, Melzer, 2005) e as mais idosas (Soares et al., 2010). Há uma maior necessidade do apoio familiar e atividades sociais para a mulher idosa (Baldin, Fortes, 2008).

Uma possível explicação para esta diferença nos escores das dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres seria as alterações hormonais, depressão, falta de suporte social e a grande responsabilidade que repousa sobre a mulher mesmo em idade avançada, como cuidar da casa, dos filhos e ainda dos netos, gerando maior carga de estresse físico e mental.

Além disso, as mulheres também têm maior percepção e conhecimento dos sinais e sintomas das doenças tornando-as mais frequentes aos serviços de saúde, referenciando suas queixas.

Discussão da Modelagem de Equação Estrutural — Componente Físico: sexo feminino e masculino

Ao testar o modelo de como as variáveis sociodemográficas e de multimorbidade afetam a QVRS dos idosos, tendo a religiosidade como mediadora, observou-se que a idade foi um fator preditivo negativo para o componente físico da QVRS das mulheres idosas.

No entanto, a religiosidade organizacional funcionou como uma variável mediadora nesta relação, predizendo uma melhor qualidade de vida no componente físico das mulheres. É bom lembrar que nesta população, 49,5% frequentam seus cultos religiosos de “quase toda semana a mais que uma vez por uma semana”, tendo as mulheres as maiores proporções.

Existem pelo menos três maneiras pelas quais a religiosidade pode afetar a saúde física: através de regras de convivência, desestimulando comportamentos prejudiciais à saúde como o uso de álcool, drogas, comportamento violento ou sexual de risco. Outra maneira é através da rede de suporte social que a participação em comunidades religiosas promove e por fim, as crenças religiosas ajudam a lidar com as doenças adversas, fornecendo o *coping* religioso (Koenig, McCollough, Carson, 2001; Koenig 1998; Moreira-Almeida, 2006). Apesar do efeito negativo da idade sobre a saúde física, a frequência a cultos religiosos, ao oferecer uma rede de de suporte social, parece ter feito a diferença para as mulheres deste estudo.

Num estudo sobre o que é qualidade de vida para idosos, vivenciar a espiritualidade foi um dos temas escolhidos por 8,22% de 365 idosos de Botucatu, dentre 11 diferentes respostas. Esta vivência envolvia ter religião e fé como uma “adesão a um conjunto de dogmas e doutrinas que constituem a anuência pessoal aos desígnios e manifestações relativas à religião” (Vecchia et al., 2005, p.149).

A frequência à igreja promove maior apoio social e é uma atividade regular para muitos idosos (Floriano, Dalgalarrodo, 2007).

Lotufo Neto (2009, p.164) afirma que um dos aspectos psicossociais saudáveis que a religiosidade promove é o apoio social, facilitando a convivência, “sensação de pertencer, incorporar e participar, sanciona continuidade nos relacionamentos, padrões familiares e outros sistemas de apoio”. O apoio social “modera o

estresse e a raiva e enfatiza estilos mais reflexivos de lidar com as situações e adaptar-se aos problemas” (Lotufo Neto, 2009, p. 164).

Com isso, o apoio social se correlaciona com saúde, favorecendo a aderência a programas promotores de saúde; comunhão regular evitando a solidão, depressão e morte; processamento cognitivo para lidar com o estresse inibindo o impacto das emoções deletérias como a ansiedade e a anomia através das vias psiconeuroendócrinas (Lotufo Neto, 2009, p.165).

Molzahn (2007), no seu estudo com 426 idosos de uma comunidade no Canadá, observou que a espiritualidade não foi um fator significativo para levar a uma melhor qualidade de vida ($r=0.19$), porém, os fatores preditores mais fortes para a qualidade de vida foram apoio social ($t = 9,87$; $p < 0,001$) e satisfação com a saúde ($t = 6,854$; $p < 0,001$). No entanto, esse fatores são influenciados pelo convívio proporcionado pela adesão a uma comunidade religiosa (Lotufo Neto, 2009).

Em outro estudo, maior religiosidade estava relacionada com maior satisfação com a vida e o apoio social mediava o relacionamento positivo dessas variáveis, entre 200 idosos coreanos imigrantes em Nova York (Park, Roh e Yeo, 2012).

Porém, quando esta frequência aos cultos é interrompida pela institucionalização, ainda assim, a importância que o idoso direciona para a religiosidade/espiritualidade o ajuda a preencher o vazio ocasionado pela distância do familiar. Em estudo com 30 idosos institucionalizados, lúcidos, sem qualquer declínio cognitivo ou síndrome demencial, apenas 20% deles frequentavam o culto uma ou mais vezes por semana e 40% referiram ir a um culto religioso uma vez ou menos por ano. No entanto, 90% deles realizavam suas atividades religiosas individuais pelo menos uma vez ao dia. Essa pesquisa demonstra que a religiosidade não organizacional os ajudava no *enfrentamento* de suas debilidades associadas à hospitalização, além de receber acolhimento e humanização do convívio social (Duarte, Wanderley, 2011).

A religiosidade do idoso não se limita pela ida à igreja ou culto público, mas pelo significado referente às práticas religiosas particulares. O estudo de Duarte e Wanderley (2011) inferiu que as limitações físicas, o medo de quedas, sair sozinho e a violência foram as principais causas da não frequência a estes cultos. Considerando essas limitações e a importância atribuída à religiosidade na qualidade de vida dos idosos, os autores sugerem uma formação adequada de enfermeiros e profissionais de saúde com uma visão holística para lidar com idosos institucionalizados ou incapacitados de irem à igreja, apesar de o desejarem.

Neste estudo acima não houve relação mediadora da religiosidade com o componente físico dos homens, mas, maior escolaridade ($\beta = 1,186$; $p < 0,01$) e um menor número de doenças ($\beta = 8,108$, $p < 0,01$) estiveram associados a um melhor componente físico da QVRS dos homens. A mesma evidência se comprovou para as mulheres; maior escolaridade ($\beta = 1,055$, $p < 0,01$) e menor número de doenças ($\beta = 9,610$; $p < 0,01$) estiveram associados a uma melhor saúde física.

Num inquérito populacional com 1998 adultos americanos, encontrou-se que a escolaridade afetou negativamente os pontos de vista religiosos e o literalismo bíblico, porém não afetou a crença em Deus e na vida após a morte; a escolaridade afetou positivamente a participação religiosa, atividades devocionais e a ênfase na importância da religião na vida diária; o nível educacional também afetou positivamente a mudar de filiação religiosa, particularmente para a denominação Protestante, mas não a desfiliação. A escolaridade está positivamente associada ao questionamento do papel da religião na sociedade secular mas não com o apoio para controlar as opiniões públicas relativa aos líderes religiosos; e os efeitos da educação sobre as crenças religiosas e a participação variam de acordo com as tradições religiosas. O autor acrescenta que a educação influencia nas atividades e crenças religiosas dos

americanos, destacando a complexidade dos efeitos da educação sobre a religiosidade (Schawadel, 2011).

Discussão da Modelagem de Equação Estrutural – Componente mental: sexo feminino e masculino

Ao observar o mesmo modelo em relação ao componente mental de QVRS, observou-se que a idade também funcionou como fator preditor negativo para esse componente nas mulheres. No entanto, a religiosidade organizacional funcionou como uma variável mediadora nesta relação, predizendo uma melhor saúde mental.

Num estudo com 499 idosos da Carolina do Norte/USA investigados sobre envolvimento religioso público e fatores sociais da qualidade de vida constatou que idosos com uma religiosidade mais profunda eram mais propensos a ver os amigos (62%), tinham melhor saúde referida (51%), menos sentimentos de depressão (63%), e achavam a vida mais entusiasmante (49%) em comparação com os menos religiosos. O estudo mostrou ainda que os idosos com deficiência física se beneficiavam mais da religiosidade, tanto relacionada à prática pública quanto à subjetiva, comparada aos “não deficientes” (Idler, McLaughlin, Kasl, 2009).

Ao verificar a influência da religiosidade na saúde mental de 6961 idosos vivendo em comunidade na cidade de São Paulo, Baptista (2004) averiguou que idosos que não mudavam (melhoravam) seu comportamento religioso, tiveram 20% a mais de risco para problemas de saúde mental em relação aos que se tornavam mais religiosos. Assim, a religiosidade parece ser um fator psicossocial de extrema importância para a saúde mental dos idosos.

Numa revisão sistemática de mais de 850 artigos publicados sobre R/E e saúde mental, a maioria dos estudos, com boa evidência científica constatou que níveis maiores de envolvimento

religioso estavam associados positivamente a indicadores de bem estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado). Estavam associados também a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e ao uso/abuso de álcool/drogas (Moreira-Almeida, Lotufo Neto, Koenig, 2006).

Em um estudo com 1980 idosos de baixa renda em São Paulo, encontrou-se uma forte associação entre frequência religiosa e menor prevalência de transtornos mentais comuns, que não foi explicada pelo suporte social. O autor infere que os próprios profissionais de saúde mental não valorizam o papel da religião na vida das pessoas, se tornando “relapsos” quanto às suas próprias religiões e convicções (Corrêa et al., 2011).

Pertencer a uma religião (97,6%) e valorizá-la (88,6%) representa um importante mecanismo de apoio para os idosos no enfrentamento de seus problemas diários, contribuindo para uma maior satisfação com a vida (82,3%) e menos sentimento de desamparo (87,5%) e desesperança (80,1%) (Duarte et al., 2008).

Em contrapartida, numa análise de inferência estatística, constatou-se que a espiritualidade/religiosidade não influenciou na saúde mental de idosos institucionalizados. No entanto, ela foi sugerida como um apoio social, ajudando no *coping* com a dor, sofrimento, perdas, ausência da família, falta de autonomia, solidão e sentimentos de abandono (Lira, 2010).

No presente estudo, a escolaridade esteve inversamente relacionada à religiosidade intrínseca e esta positivamente relacionada ao componente mental dos homens, ou seja, a RI melhorava a relação da escolaridade com o CM deles.

Usando dois inquéritos populacionais em 2001 e 2004, McFarland (2009) encontrou que os homens com maior envolvimento religioso obtiveram mais benefícios na saúde mental do que as mulheres. Da mesma forma, no estudo de Barricelli et al. (2012), em que 60 idosos ativos foram avaliados com a Escala de

Hoge - motivação religiosa intrínseca e o instrumento de QVRS (SF-36), não foram encontradas relações significativas entre a orientação religiosa e a qualidade de vida das mulheres idosas ativas, porém foi encontrada relação estatisticamente significativa para os homens idosos ativos na dimensão “saúde geral” para aqueles com melhor religiosidade intrínseca ($p < 0,05$).

No estudo de Cardoso e Ferreira (2009), os autores apuraram que, quanto maior o envolvimento religioso subjetivo maior era a satisfação com a vida em idosos.

Moraes e Witter (2007) pesquisaram sobre a importância da religião e a sua prática, relacionada com a QV (WHOQOL-bref), e constataram que esta foi positivamente avaliada pelos 50 indivíduos entre 65 e 86 anos estudados. A religião foi considerada como extremamente importante para a vida deles. Os autores sugerem que a religião promove força para suportar os problemas, perdas e lutas. O contato com o Divino é importante, pois traz segurança e dá conforto espiritual.

Daaleman, Perera, Studenski (2004), examinando a interação entre religião e espiritualidade em 277 idosos de uma coorte na cidade de Kansas/USA, encontraram que a religião (medida por 5 itens da escala NORC) não apresentou relação com a QVRS, mas a espiritualidade (SIWB) e a qualidade de vida estiveram associadas ($p < 0,01$) com o estado de saúde referido / saúde geral (SG), mesmo ajustando para as covariáveis idade, raça, escolaridade e depressão. Os autores relataram que a espiritualidade é um fator explicativo para o estado de saúde subjetivo em idosos.

Há uma necessidade de abordar os aspectos espirituais, levando o cliente a abrir-se não só para Deus mas também para o próximo. É preciso que os profissionais da saúde deem atenção aos aspectos biopsicossociais e espirituais da pessoa idosa (Peixoto, 2002; Huf, 2002).

A variável escolaridade (ter maior número de anos estudados) influenciou diretamente num melhor desempenho do componente

mental dos idosos, em ambos os sexos, mostrando que é necessário considerar este fator ao estudar qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos.

Em se tratando da escolaridade por exemplo, Lobo (2012) comenta em seu estudo sobre a influência do nível educacional na religiosidade e sintomatologia depressiva que o maior envolvimento religioso das pessoas com menor nível de escolaridade se deve ao fato de a baixa escolaridade estar associada a um conjunto de variáveis sócio-culturais que colocam dificuldades e limitações ao indivíduo e que o levam a recorrer à religiosidade por ser um recurso acessível para lidar com essas dificuldades. A baixa escolaridade pode só estar relacionada com maior envolvimento religioso quando surge associada a uma série de outros factores-psicossociais.

Outros fatores que apresentaram efeito direto nos componentes físico e mental dos idosos foram o APGAR familiar (ter menor disfunção familiar) e um menor número de doenças.

Comentando sobre a funcionalidade familiar (APGAR), Taylor (2007) afirma que pessoas resistem ao sofrimento físico extremo graças à fé que elas possuem. O autor enfatiza o apoio que as famílias dão no importante papel de reabilitação quase inacreditável devido à fé que elas têm, ajudando positivamente na restauração.

Apesar das transformações ocorridas no contexto familiar desde o século XX, perpetuando no século XXI, a função social da família permite a incorporação de valores éticos, sociais e religiosos na vida social; espaço privilegiado para se aprender a convivência humana (Loro, 2010).

Num estudo com 400 idosos na região metropolitana de Porto Alegre, Moraes e Souza (2005) afirmam que a família funciona como um dos principais suportes sociais para o envelhecimento bem sucedido em mulheres.

O papel da família como variável mediadora está sendo considerado essencial na predição de uma melhor qualidade de vida nos idosos. Num estudo com 210 pessoas idosas em Portugal,

encontrou-se que a qualidade de vida é mais elevada entre aqueles com melhor funcionalidade familiar; sendo importante ponderá-la quando se planejam ações de promoção da qualidade de vida para idosos (Andrade e Martins, 2011).

Quanto à multimorbidade, que pode interferir nas idas à igreja pela impossibilidade do idoso realizar estas atividades sozinho, também foi um fator preditor de uma pior QVRS em idosos. Ela funciona como uma variável supressora de QVRS, impedindo no seu bom desempenho (Koenig, 2011).

Ribeiro (2011) em sua tese sobre a influência de fatores sociodemográficos e de saúde na QVRS de idosos, nesta mesma população em São Paulo, encontrou uma associação negativa estatisticamente significativa entre número de doenças e QVRS em ambos os sexos, corroborando este estudo sobre o efeito inverso da multimorbidade de idosos e a sua QVRS.

Em um estudo qualitativo com 20 idosos 25% dos idosos possuíam pelo menos uma doença crônica, 15% possuíam duas, 40% possuíam três, 15% possuíam uma e 5% possuíam cinco doenças. A presença destas doenças trazia um impacto emocional, e socio econômico, mas também produzia a *resiliência* (capacidade de se tornar *elástico*, suportando o sofrimento com maior resistência). Para o enfrentamento das doenças principalmente aquelas associadas com a dor, os idosos se valiam da espiritualidade (Rocha, 2011, p.40).

Enfim, considerando a ausência do efeito mediador da religiosidade não organizacional, existem alguns artigos publicados que corroboram estes achados. Ausência de relações também podem acontecer, de acordo com as convicções religiosas de cada um. Alguns consideram Deus como um ser tirano, transformando-o num super ego exigente e criando a expectativa de punição. Outros confundem o conceito de Deus (cognitivo) com a imagem de Deus (aspecto afetivo, emocional). Muitas vezes, conceitos teológicos como “Deus é amor mas também é justiça”, sustentam ideias

contraditórias, o que pode confundir uma pessoa numa hora de crise (Lotufo Neto, Lotufo Jr e Martins, 2009, p.166).

A religião pode ser associada à resultados “negativos e usos impróprios de serviços de saúde, como fanatismo, asceticismo, mortificações e tradicionalismo opressivo”, evidenciando a necessidade de pesquisas futuras. Alves et al (2010, p. 2.105) ao estudar sobre a influência da religiosidade na saúde salientam que, se os indivíduos recebem benefícios da religião, esta deveria ser motivada na prática assistencial, respeitando a fé individual de cada um.

Ao analisar a prevalência de transtornos mentais em 253 pacientes internados num hospital geral aferiu-se que ser muito religioso ou ser pouco ou nada religioso estava associado com maior prevalência de transtornos mentais, especialmente transtorno bipolar, o que pode ser explicado pela busca exarcebada ou afastamento da religiosidade com estados mentais alterados (Soeiro et al., 2008).

Pargament et al. (1998) alertam para alguns sinais de inefetividade do envolvimento religioso no *coping*. Em seu estudo com 245 participantes, o grupo mostrou que muito embora a religião seja frequentemente uma fonte de integração, certas expressões religiosas aparentam ser “parte do problema no enfrentamento” da doença ou outras questões existenciais em vez de “parte da solução”. Os autores sugerem estudos longitudinais para estabelecer causalidade nestas questões importantes. Sugerem que uma abordagem ideal seria avaliar como uma pessoa é capaz de integrar sua religião com as demandas da vida. Algumas demonstrações religiosas podem ser consideradas “bandeiras vermelhas” de advertência aos problemas, outras podem ser “bandeiras amarelas” alertando para um cuidado especial e outras podem representar “bandeiras verdes” indicando que a religião facilita o processo do *coping*.

Na literatura estudada registra-se casos de artigos com ausência de associação entre religiosidade e saúde. Nestes casos é sugerido avaliar se as variáveis sociodemográficas e de saúde estão sendo ajustadas. Exemplo disso é o estudo do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) de Gillum e Ingram (2006) em que 14.475 pessoas de 20 anos ou mais foram entrevistadas. Foi observado inicialmente que aqueles que frequentavam a igreja 52 vezes ou mais por ano possuíam valores mais altos de pressão arterial. Porém, ao ajustar pelas variáveis sociodemográficas e de saúde, o resultado foi inversamente proporcional, ou seja quanto mais se frequentava os cultos religiosos menor era a pressão sistólica desses indivíduos.

Outro estudo com ausência de relacionamento revelou que a religiosidade não esteve associada com o envelhecimento bem sucedido das 1942 mulheres porém, maior espiritualidade esteve relacionada à maior *resiliência* ($p < 0,001$) e a elevado otimismo ($p < 0,001$) (Vahia et al., 2011).

Limitações, contribuições e recomendações

Algumas limitações foram encontradas na investigação do presente estudo tais como:

- O método de análise estatística por meio da MEE foi útil para esclarecer os objetivos propostos, mas é importante lembrar que esta análise não permite interpretação causal em estudos transversais e há uma recomendação para que se adote a ideia de preditores versus consequência,
- usar dados de corte transversal do estudo SABE, o que não permite estabelecer relação causal,

- a amostragem ser ponderada, o que dificulta a análise dos dados principalmente quando se eliminou uma parte de idosos com declínio cognitivo. A partir daí, a ponderação se alterou consecutivamente.

Além dessas limitações, algumas dificuldades devem ser pontuadas como escassa produção científica analisando o relacionamento entre as variáveis sociodemográficas e de multimorbidade com a QVRS, mediada pela religiosidade e principalmente aplicando a MEE para a análise dos dados. A maioria dos estudos encontrados foi de análise descritiva, qualitativa, não permitindo uma aproximação dos resultados para efeitos de comparação.

Como contribuições, pôde-se observar que os fatores ligados à QVRS de idosos suscita atenção para as possíveis variáveis preditoras, que ajudarão a desvendar o melhor caminho na atenção à saúde física e mental da pessoa idosa, sugerindo mais pesquisas nesta área.

Muito embora religiosos ou profissionais da saúde possam debater sobre os benefícios ou riscos para os problemas mais sérios de saúde, pessoas que estão lutando com situações difíceis da vida, como multimorbidade, perdas e estresse podem usar sua crença e suas práticas religiosas para se readaptarem, pois elas representam um dos fatores mais importantes para o *coping* (Koenig, 2001).

No Brasil, já existem escalas que ajudam a diagnosticar e direcionar assistência espiritual ao indivíduo. Chaves et al. (2011) sugerem algumas escalas de diagnóstico espiritual para uso dos enfermeiros. São elas: Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, a subescala de Bem-estar Existencial da escala Bem-estar Espiritual e o Diagnóstico de Sofrimento Espiritual da Nanda International. Os autores sugerem que sejam usadas para identificação de diagnósticos com o objetivo de assistência de enfermagem numa perspectiva holística.

Um instrumento utilizado para pesquisa, altamente recomendado por Koenig, King e Carson (2012) é o Índice de Religiosidade de Duke - Duke-Durel. Foi desenvolvido por Koenig, Meador e Parkerson (1997). Possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com a saúde dos indivíduos em estudos populacionais: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). Esta escala foi validada no Brasil por Taunay et al (2012) e Luchetti et al (2012).

Outra escala de espiritualidade recém adaptada e validada psicometricamente no Brasil é a Daily Spiritual Expecience Scale (DSES), aplicada a 179 pacientes médico-cirúrgicos, mostrando confiabilidade e validade junto a pacientes hospitalizados (Kimura et al., 2012).

Enfim, existem pelo menos 20 escalas de religiosidade e espiritualidade traduzidas para o português, das quais 18 são validadas no Brasil com boa consistência interna (Lucchetti, Lucchetti, Valada, 2013).

Segundo Araújo et al. (2008), é essencial que haja uma consciência de que a religiosidade constitui uma ferramenta a mais para abordar e solucionar problemas relacionados à saúde física e mental da pessoa idosa, promovendo sua qualidade de vida. Lotufo Neto (2009) concorda com Araujo et al., afirmando que os profissionais de saúde que trabalham com este grupo específico poderiam estar cômicos sobre a importância e função da religião em ajudar na prevenção e controle das doenças repentinas e crônicas; perda ou doenças de pessoas queridas; ansiedades acerca da morte; perda de papéis sociais; diminuição dos recursos sociais e financeiros (Lotufo Neto, 2009).

Muito embora este estudo tenha suas limitações, conclui-se que, como o envelhecimento da população é inevitável, e alguns fatores não são modificáveis como a idade e o sexo, resta então promover entre os idosos, uma diminuição do número de doenças

coexistentes, um aumento do nível educacional, uma melhor funcionalidade familiar e o instigante efeito mediador da religiosidade para uma melhor QRVS.

8. CONCLUSÃO

Este estudo reafirmou que o envelhecimento é uma realidade no Brasil e que a população idosa está se feminilizando, trazendo consigo sérios problemas de Saúde Pública. Entre estes, registra-se menos escolarização, maior número de doenças coexistentes e consequentemente, piores níveis nos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde dessas idosas.

Apesar destes resultados negativos associados principalmente às mulheres (menor escolarização, maior número de doenças coexistentes e piores níveis nos componentes físico e mental), este estudo mostrou que a religiosidade, em algumas de suas dimensões, especificamente a organizacional (RO) e intrínseca (RI) pode servir como mediadora no processo de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde desses idosos, sem nenhum custo para o governo. Os preditores de maior peso nesta relação foram a idade (para as mulheres) e a escolaridade (para os homens), tanto no componente físico quanto mental, mostrando a importância destes fatores para a predição de uma melhor QVRS.

Este estudo permitiu observar os efeitos diretos e indiretos das variáveis sociodemográficas e de multimorbidade com relação aos componentes da QVRS dos idosos, mediados pela religiosidade, contribuindo assim para preencher as lacunas dos outros estudos encontrados.

As hipóteses foram comprovadas mostrando estatisticamente que idosos com idade mais avançada, menor escolaridade, melhor funcionalidade familiar e menor número de doenças crônicas terão maior nível de religiosidade. Também ficou comprovado que maior nível de religiosidade organizacional e intrínseca são preditores de uma melhor qualidade de vida física e mental nos idosos.

Enfim, considerando o que a literatura trouxe sobre a relevância do assistir integralmente, dando atenção aos aspectos

biopsicossociais e espirituais da pessoa idosa e os importantes achados do presente estudo, recomenda-se que os profissionais de saúde estejam preparados com relação à habilidade de comunicação e aplicação de intervenções na área de religião e espiritualidade na melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

Abdala GA. Condições de Vida e Saúde dos Idosos de Cachoeira/BA, 2000 [dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva. Feira de Santana, Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001. 132p.

Abdala GA, Rodrigues WG, Torres A, Rios MC, Brasil MS. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. Revista de Estudos da Religião – REVER [periódico na Internet]. 2010 mar. [citado 2012 mai 20]; março – ano 10:77-98. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv1_2010/i_abdala.htm Acesso em 21 novembro 2013.

Alencar GP. Influência dos fatores de situação socioeconômica, de aceitação da gravidez e da assistência pré-natal na mortalidade fetal: análise com modelagem de equações estruturais. 2009. 87 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2009.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Cien Saude Colet. 2008;13(4):1199-1207.

Alves RRN, Alves HN, Barboza RRD, Souto WMS. The influence of religiosity on health. Cien Saude Colet. 2010;15(4):2105-11.

Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. J Adv Nurs. 1999; 29(2):298-306.

Andrade AINPA, Martins RML. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. Millenium 2011;40:185-99.

Andrade TL, Camelier AA, Rosa FW, Santos MP, Jezler S, Silva JLP. Aplicabilidade do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde – the 12-item Short-Form Health Survey – em pacientes portadores de esclerose sistêmica progressiva. J Bras Pneumol 2007;33(4):414-22.

Andresen EM, Vahle VJ, Lollar D. Proxy reliability health-related quality of life (HRQoL) measures for people with disability. Qual Life Res 2001; 10:609-619.

Araújo MFM, Almeida MI, Cidrack ML, Queiroz HMC, Pereira MCS, Menescal ZLC. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *RBPS* 2008;21(3):201-8.

Arons AMM, Krabbe PFM, Schölzel-Dorenbos CJM, van der Wilt GJ, Rikkert MGMO. Quality of life in dementia: a study on Proxy bias. *BMC Medical Research Methodology* 2013, 13:110. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/13/110>. Acesso em 08 dezembro 2013.

Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Rev. Prevenir* 1997;33:77-86. Apud Minayo MCX, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saude Colet.* 2005;5(1):7-18.

Baldin CB, Fortes VLF. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. *RBCEH.* 2008;5(1):43-54.

Baptista ASD. Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental de idosos: um estudo na comunidade [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004. 87 p.

Barile JP, Thompson WW, Zack MM, Krahm GL, Horner-Johnson W, Bowen SE. Multiple Chronic Medical Conditions and Health-Related Quality of Life in Older Adults, 2004-2006. *Prev Chronic Dis* 2013; 10:120282. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120282>. Acesso em 18 novembro 2013.

Barricelli ILFOBL, Sakumoto IKY, Silva LHM, Araujo CV. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. *Rev. Bras.Geriatr. Gerontol.* 2012;15(3):505-15.

Battisti IDE. Análise de dados epidemiológicos incorporando planos amostrais complexos. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.198 p.

Benson H. *Timeless Healing: the power and biology of belief*. New York: Fireside; 1997.

Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatria* 1994, 52: 1-7.

Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> Acesso em 08 maio 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 2ª. reimpressão (192p. Cadernos de Atenção Básica, n.19).

Brei VA, Liberali Neto G. O uso da técnica de Modelagem em Equações Estruturais na Área de Marketing: um estudo comparativo entre publicações no Brasil e no exterior. RAC 2006;10(4):131-51.

Bruscagin C, Savio A, Fontes F, Gomes DM. Religiosidade e Psicoterapia. São Paulo: Roca; 2008.

Bvs. Biblioteca Virtual em Saúde, DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. <http://decs.bvs.br/P/decs2013p.htm> Acesso em 21 novembro 2013.

Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo- SP [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Campana NA, Tavares MC, Silva D. Modelagem de Equações Estruturais: apresentação de uma abordagem estatística multivariada para pesquisas em Educação Física. Motricidade 2009;5(4):59-80.

Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2006;19(2):128-36.

Campolina AG, Dini OS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. Ciênc. Saúde Coletiva [online] 2011;16 (6):2919-25.

Cardoso MCS, Ferreira MC. Envolvimento Religioso e Bem Estar Subjetivo em Idosos. Psic Cien Prof. 2009;29(2):380-93.

Centers for Disease Control and Prevention. Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-Related Quality of Life. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Atlanta, Georgia: CDC, November 2000.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumat. 1999;39(3):143-50.

Ciliska D, DiCenso A, Guyatt G,. Quality of Life. In DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing: a guide to clinical practice. Canadá: Elsevier; 2001.

Chaves ECL, Carvalho EC, Beijo LA, Goyatá SLT, Pillon SC. Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual. Rev Latino-Am. Enfermagem 2011;19(4):09 telas.

CmapTools. Disponível em <http://cmap.ihmc.us>. CmapTools v5.05.01, 2012. Acesso em 07 julho 2013.

Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Scazufca M. Investigating the role played by social support in the associatin between religiosity and mental health in low income older adults: results from Sao Paulo Ageing & Health Study (SPAH). Rev Bras Psiquiat 2011;33(2):157-64.

Cruz KCT. Qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos do Estudo SABE [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2012.

Cruz M, Schultz R, Pincus HA, Houck PR, Bensasi S, Reynolds III CF. The Association of Public and Private Religious Involvement with Severity of Depression and Hopelessness in Older Adults treated for Major Depression. Am J Geriatry Psychiatry 2009;17(6):503-7.

Daaleman TP. Spirituality. In Halter et al. Hazzard's Geriatric medicine and Gerontology. 6th ed. New York: Mc Graw Hill Medical; 2009.

Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients. Ann Fam Med. 2004;2(1):49-53.

Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11:887-94.

Dalgalarrrondo P. Estudos sobre Religião e Saúde Mental Realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. Rev Psiqu Clin. 2007;34(supl 1):25-33.

Datasus. 2012. Departamento de Informática do SUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def> Acesso em 25 julho 2013.

D'Amorim AB. Avaliação das formas auto-administradas dos questionários NHAQ e SF-12 em pacientes com doenças

reumatológicas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

DeHaven MJ, Hunter IB, Wilder L, Walton JW, Berry J. Health Programs in Faith-Based Organizations: Are they effective? *Am J Pub Health*. 2004;94(6):1030-6.

Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M (orgs). *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. 2ª.ed. São Paulo: Alínea; 2006.

Duarte YAO. *Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares*. 2001 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e Envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Colet*, 2008;5(24):173-7.

Duarte FM, Wanderley KS. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psic. Teor. e Pesquisa*. 2011;27(1):49-53.

Edelman CL, Mandle CL. *Health Promotion Throughout the Lifespan*. 5th ed. Missouri: Mosby; 2002. 801 p.

Eliopoulos C. *Gerontological Nursing*. 5th ed. Maryland: Lippincott; 2001. 493 p.

Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e Enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão de literatura. *Psicol Reflex Crit* 2005;18(3):381-389.

Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *J Nurs Scholarship* 2005;37(4):336-42.

Fish S, Shelly JA. *Spiritual Care: the nurses's role*. Illinois: InterVarsity Press; 1978. 178 p.

Fleck MPA e col. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Floriano PJ, Dalgalarrodo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em Idosos de um Programa de Saúde da Família. *J.Bras.Psiquiatr* 2007;56(3):162-70.

Frankl V. *Em busca de sentido*. 29ª ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes; 2008.

Fraser GE. Diet, Life Expectancy, and Chronic Disease: Studies of Seventh-day Adventists and Other Vegetarians. New York: Oxford University Press; 2003. 371 p.

Fundação Perseu Abramo. SESC Nacional/SP. Maio 2007. Disponível em http://www2.fpa.org.br/uploads/1_perfil_sociodemografico_idosos_br_asileiros.pdf. Acesso em 13 junho 2011.

Garbin LM, Carvalho EC, Canini SRMS, Dantas RAS. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes portadores de hemofilia. Cinc Cuid Saude 2007;6(2):197-205.

Garso GD. PA 765 Statnotes: An online textbook; 2003. [página na Internet]. Disponível em: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm> Acesso em 27 janeiro 2014.

Gautam R, Saito T, Kai I. Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. BMC Public Health. 2007;7:299. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2140059/pdf/1471-2458-7-299.pdf>. Acesso em 13 junho 2011.

George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. Phycological Inquiry 2002;13(3):190-200.

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA 1994, 272(8): 619-26.

Gillum RF, Ingram DD. Frequency of Attendance at Religious Services, Hypertension, and Blood Pressure: The Third National Health and Nutrition Examination Survery. Psychosomatic Medicine 2006;68:382-5.

Gosling M, Gonçalves CA. Modelagem por equações estruturais: conceitos e aplicações. Faces R Adm. 2003;2(2):83-95.

Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Modelagem de Equações Estruturais: uma introdução. In Análise Multivarida de Dados. 6ª ed. São Paulo: Bookman; 2009. 688 p.

Herrera EJ, Caramelli P, Silveira ASB, Nitrini R. Epidemiologic Survey of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. Alzheimer Disease and Associated Disorders 2002;16(2):103-8.

Hill PC, Pargament KI. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. *Am Psych*. 2003;58(1):64-74.

Huf DD. A face oculta do cuidar. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002. 206 p.

Hussain D. How religion/spirituality effect health? Reflections on some possible mechanisms. *Int J Exist Psychol Psychoterapy* 2010;3(1):1-3.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. 1999-2009. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708. Acesso em 13 junho 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em 02 fevereiro 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIS. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira/Idosos. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf Acesso em 19 novembro 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 26 janeiro 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social 27 de Novembro de 2008. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina. Acesso em 26 janeiro 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Seade. População e Estatísticas Vitais. Informações dos Municípios Paulistas. População. São Paulo, 2006 e 2013. Disponível em http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta&action=var_list&tema=1&tabs=1&aba=tabela1&redir= . Acesso em 01 dezembro 2013.

IBM Corporation. The SPSS Statistics: Guide to Data Analysis, SPSS Statistics: Statistical Procedures Companion, and SPSS Statistics: Advanced Statistical Procedures Companion, written by Marija Norušis and published by Prentice Hall, 2013.

Idler EL, McLaughlin J, Kasl S. Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. *Journal of Gerontology: Soc Sci.* 2009;64B(4):528-37.

ICF- International Classification of Functioning. Disability and Health. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>. Acesso em 15 outubro 2013.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/>. Acesso em 16 outubro 2011.

Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cien Saude Colet.* 2008;13(4):1107-11.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged, the index of ADL. A standardized measure of biologic and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185:914-9.

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da Qualidade de Vida em Indivíduos com Dor. In: Eliseth Ribeiro Leão; Lucimara Duarte Chaves. (Org.). *Dor 5o. Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem – 2ª.ed revisada e ampliada.* São Paulo: Martinari 2007, p. 135-159.

Kimura M, Silva JV. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. São Paulo: *Rev. Esc. Enferm USP.* 2009;43(Esp):1098-104.46(Esp):99-106.

Kimura M, Oliveira AL, Mishima LS, Underwood LG. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale – versão brasileira. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(Esp):99-106.

Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and Well-Being in Frail and Nonfrail Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences.* 2004;59B(3):123-9.

Koenig HG, Meador KG, Parkerson G. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiat* 1997;154:885-6.

Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The Relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *J Psyc Med.* 1998;28(2):189-213.

Koenig HG, McCollough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health.* New York: Oxford University Press; 2001. 712 p.

Koenig HG. Concerns about measuring “spirituality” in research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2008;196 (5):349-355.

Koenig HG. *Spirituality and Health Research: methods, measures, statistics, and resources*. Philadelphia, PA: Templeton Press; 2011.

Koenig HG. *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Rio de Janeiro: LPM, 2012. 236 p.

Koenig HG, King D, Carson V. *The Handbook of Religion and Health*. 2nd. ed. New York: Oxford University Press; 2012. 1.169 p.

Krause N. Religion and Health: Making Sense of a Disheveled Literature. *J Relig Health* 2011;50:20-35.

Kudielka B et al. Health-Related Quality of Life Measured by the SF12 in Working Populations: Associations with Psychosocial Work Characteristics. *J Occup Health Psycho*. 2005;10(4):429-40.

Larson K. The importance of Spiritual Assessment: One Clinician's Journey, *Geriatr Nurs*. 2003;24(6):370-1.

Lawler-Row KA, Elliott J. The Role of Religious Activity and Spirituality in the Health and Well-being of Older Adults. *J Health Psychol*. **2009;14(1):43-52.**

Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.

Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE- Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255 p.

Lebrão ML, Duarte YAO. Desafios de um estudo longitudinal: o Projeto SABE. *Barueri/SP. Saude Colet*. 2008;5(024):166-7.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, Bem Estar e Envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.

Levin JS, Chatters LM. Religion, Health, and Psychological Well-being in older adults: findings from three national surveys. *J Aging Health* 1998;10(4):504-31.

Levin J, Chatters LM, Taylor RJ. Theory in Religion, Aging and Health: an overview. *J Relig Health* 2011, 50 (2): 389-406.

Li SD. Testing Mediation Using Multiple Regression and Structural Equation Modeling Analyses in Secondary Data. Doi: 10.1177/0193841X11412069. Disponível em <http://erx.sagepub.com/content/35/3/240.full.pdf+html>. Acesso em 12 junho 2013.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health Related Quality of Life among the Elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica* 2009;25(10):2159-67.

Lima MJB, Portela MC. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(8):1651-62.

Lira CCB. The influence of religiosity and spirituality in quality of life of institutionalized elderly [dissertação]. São Paulo: Universidade Cruzeiro do Sul; 2010. 93p.

Lobo ALGS. Religiosidade e Sintomatologia Depressiva – Influência do Nível de escolaridade nesta relação e da Ruralidade na vivência religiosa [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia; 2012.

Lopes GBL, Martins MTS, Matos CM, Amorim JL, Leite EB, Miranda EA et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53(6):506-9.

Lotufo Neto F, Lotufo Jr Z, Martins JC. Influências da religião sobre a saúde mental. Santo André: ESETEC; 2009. 292p.

Loro TJ. A família: sua função social e religiosa. *Rev Cultura Teológica* 2010;18(69):135-46.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos, JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. *Rev Saúde Publica*. 2008;42(4):733-40.

Lucchetti G, Granero A, Bassi R, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na Prática Clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(2):154-8.

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFP, Moreira-Almeida A et al. Religiousness affects Mental Health, Pain and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting. *J. Rehabil Med*. 2011;43:316-22.(a)

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011;14(1):159-67.(b)

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: Durel (Portuguese version). *J Relig Health* 2012;51:579-86.

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J.* 2103;131(2):112-22.

Lutgendorf SK, Russel D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. Religious participation, Interleukin-6, and Mortality in Older Adults. *Health Psychology* 2004;24(5):465-75.

Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CFMP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica.* 2010;44(3): 559-65.

Marino Jr R. A Religião do Cérebro: as novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana. São Paulo: Editora Gente; 2005. 169 p.

Martins AA. É importante a espiritualidade no mundo da saúde? São Paulo: Paulus; 2009. 78 p.

Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses, *Rev. Psic Cienc.* 2003;23(2):56-65.

Matthews DA, Clark C. The Faith Factor: proof of the healing power of prayer. New York: Penguin Putnam Inc; 1998. 322 p.

McFarland MJ. Religion and mental health among older adults: do the effects of religious involvement vary by gender? *J of Gerontol: social sciences* 2009;65B(5):621-30.

Meisenhelder JB. Gender Differences in Religiosity and Functional Health in the Elderly. *Geriatr Nurs.* 2003;24(6):344-8.

Minayo MC, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida: um debate necessário. *Cien Saude Colet.* 2000;5(1):7-18.

Molzahn AE. Spirituality in Later Life: effect on quality of life. *Journal of Geront Nurs.* 2007;33(1):32-9.

Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005;27(4):302-8.

Moraes NAS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. Bol. de Psicol. 2007;LVII(127):215-38.

Morales RR. Avaliação transversal da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla por meio de um instrumento genérico (SF-36) [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2005.

Moreira JO, Abreu AKC, Oliveira MC. Fundamentos antropológicos da psicologia de Viktor Frankl. Rio de Janeiro: CRV;2011.

Moreira-Almeida A., Lotufo Neto F., Koenig HG. Religious and Mental Health: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(3):242-50.

Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. Rev Psiq Clin. 2010;37(1):12-5.

Nakamura E, Martin D, Santos JFQ (Orgs.). Antropologia para Enfermagem. Barueri: Manole; 2009.

Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein 2008; 6 (Supl 1):S4S6.

Neri AL (org.) Qualidade de vida e idade madura. Campinas, SP: Papirus, 1993.

Neri AL (org). Qualidade de vida e idade madura. 8ª. ed. São Paulo: Papirus; 2009. 285 p.

Neri M. Novo Mapa das Religiões. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas (FGV) - CPS; 2011.

Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. British Medical Bulletin 2008;85:113-26.

Neuger CC. Does gender influence late-life spiritual potentials?. In: Kimble MA, McFadden SH. Aging, spirituality, and religion: a handbook. Minneapolis: Fortress Press, 2003. V.2. p. 59-73.

Niv D, Kreitler SK. Pain and quality of life. Pain Practice 2001;1(2):150-161.

Northway R, Jenkins R. Quality of life as a concept for developing learning disability nursing practice. J Clin Nursing 2003;12:57-66.

Otero-Rodríguez A, Muñoz LML, Balboa-Castillo T, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Change in health-related

quality of life as a predictor of mortality in the older adults. *Qual Life Res* 2010;19:15-23.

Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão Arterial Referida em Mulheres Idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Cont Enfermagem*. 2008;17(2):241-9.

Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):153-65.

Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):383-91.

Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping*, New York, The Guilford Press; 1997.

Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerovin J, Stanik P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology* 1998;54(1):77-89.

Park J, Roh S, Yeo Y. Religiosity, Social Support, and Life Satisfaction among Elderly Korean Immigrants. *The Gerontologist* 2012;52(5):641-9.

Paschoal SMP. *Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

Patrick D, Erikson P. Assessing Health-Related Quality of Life for clinical decision making. In Walker SR and Rosser RM. *Quality of Life assessment: key issues in the 1990s*. USA and Canada: Kluwer Academic Publishers; 1993.

Periago MR. Longevity and the quality of life: a new challenge for public health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5-6):295-296.

Peixoto LF. *Teologia da Enfermagem*. Goiânia: AB Editora; 2002. 88 p.

Pessini L, Barchifontaine CP (Orgs.). *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas; 2008. 310 p.

Pickard AS, Knigh S. Proxy evaluation of health-related quality of life: a conceptual framework for understanding multiple proxy perspectives. *Med Care* 2005; 43:493-99.

Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: methods, appraisal, and utilization*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica* 2003;19(3):793-8.

Rabelo DF, Neri AL. Recursos Psicológicos e Ajustamento Pessoal frente à Incapacidade Funcional na Velhice. *Psicol Estud*. 2005;10(3):403-12.

Rayvoc T, Marcoulides GA. 2nd. ed. *A First Course in Structural Equation Modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 2006.

Reinert KG, Koenig HG. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs* 2013;69(12):2622-34. DOI: 10.1111/jan.1.

Ribeiro KT. *Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2011.

Rocha ACAL. *A Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

Rodrigues NC. Política Nacional do Idoso – Retrospectiva Histórica. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* 2001;3:149-58.

Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* 2002;4:7-19.

Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. A Meta-Analysis of the Relationship between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research* 2005;72:153-88.

Schunemann HE. Avaliação do programa como deixar de fumar em cinco dias: aspectos sociais e religiosos. *Rev Acta Cient Biol Saude*. 2002;4(1):11-8.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):580-8.

Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AEBL. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12 item health survey (SF-12). *Ciência e Saúde Coletiva* 2013;18(7):1923-31.

Sneew KCA, Sprangers MAG, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:1130-1143.

Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib S. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc. Anna Ner (impr.)* 2010;14(4):705-11.

Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MHF, Guimarães PSA, Botega NJ, Dalgallarrondo P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad Saúde Pública* 2008;24(4):793-9.

Sousa KH, Kwok OM. Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HRQoL conceptual model using structural equation modeling. *Quality of Life Research* 2006;15:725-37.

Souza TBG. Religiosidade e Envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo. *Estudo SABE [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Sprangers MAG, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol* 1992;46(7):743-60.

Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4):195-206.

Sulmasy DP. *The Rebirth of the Clinic. An Introduction to Spirituality in Health Care*. Washington: Georgetown University Press; 2006.

Tan H, Wutthilert C, O'Connor M. Spirituality and quality of life in older people with chronic illness in Thailand. *Progress in Palliative Care* 2011;19(4):177-84.

Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clín* 2012;39(4):130-5.

Taylor C, Lillis C, LeMone P. Capítulo “Espiritualidade”. In: *Fundamentos de Enfermagem, a arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(4):1247-56.

Tsai SY, Chi LY, Lee CH, Chou P. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *European Journal of Epidemiology* 2007; 22(1):19-26.

Vahia IV, Depp CA, Palmer BW, Fellow I, Goshan S, Thompson W et al. Correlates of Spirituality in Older Women. *Aging Ment Health* 2011;15(1):97–102.

Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res* 2008;17:1125-35.

Van Den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what’s in a name. A review of literature. *Eur J Gen Pract* 1996;2(2):65-70.

Vasconcelos EM. (org.) *A Espiritualidade no Trabalho em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(3):246-52.

Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(4):1119-26.

Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54.

Vitorino LM. Avaliação do coping religioso e espiritual e da qualidade de vida dos idosos institucionalizados de duas cidades do sul de Minas Gerais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2011.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.

Ware JE, Kosinski M, Kelller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*. 1996;34(3):220-33.

Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. User's Manual for the SF-12v2 Health Survey. Quality Metric Health Outcomes Solution (With a Supplement Documenting the SF-12 Health Survey). Boston, Massachusetts: Quality Metric Incorporated, 2007.

Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with Health-related quality of life. *Journal of the American Medical Association*. 1995;273:59-65.

Wong R, Peláez M, Palloni A, Markides K. Survey Data for the Study of Aging in Latin America and the Caribbean – Selected Studies. *Journal of Aging and Health*. 2006;18(2):157-79.

Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(1):31-9.

APÊNDICE A

BANCO SABE A06B06- CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS

Quadro 1 – Questões relacionadas à religiosidade, Estudo SABE, 2006.

Questões/variáveis	Classificação da religiosidade	Código
Afiliação religiosa: católica, protestante, evangélica, espírita/kardecista, budista, outra, nenhuma.	Afiliação religiosa	A.11 ^a
Qual a importância da religião em sua vida? 1- nada importante 2-regular 3-importante	Religiosidade intrínseca – RI₁	A.11b
Com que frequência o(a) Sr.(a) vai à igreja ou ao serviço religioso? 1-nunca 2-várias vezes ao ano 3-1 ou 2 vezes por mês 4-quase toda semana 5-mais de 1 x por semana	Religiosidade organizacional- RO	A.11c
Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades? 1- nada 2- não muito 3- muito 4- completamente	Religiosidade intrínseca – RI₂	A.11d
Quanto sua religião o(a) ajuda a entender as dificuldades da vida? 1- nada 2- não muito 3- muito 4- completamente	Religiosidade intrínseca – RI₃	A.11e
Sua religião dá sentido à sua vida? 1- nunca 2- às vezes 3- muito 4- totalmente	Religiosidade intrínseca – RI₄	A.11f
Utilizando sua própria definição de pessoa religiosa, o quanto o(a) Sr.(a) se considera religioso(a)? 1- nada 2- não muito 3- um pouco 4- muito	Religiosidade intrínseca – RI₅	A.11g
Com que frequência o(a) Sr.(a) reza (ora) ou realiza suas práticas religiosas? 1- quase nunca ou nunca 2-somente em ocasiões especiais 3-várias vezes por semana 4- 1 x ao dia 5- várias vezes ao dia	Religiosidade não Organizacional- RNO	A.11h

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Quadro 2 – Questões relacionadas aos componentes e dimensões da QVRS (SF-12). Estudo SABE, 2006.

Componentes e Dimensões do SF12	Código
COMPONENTE FÍSICO (CF)	
Estado Geral de Saúde (C01rever)	SG
Capacidade funcional (D29a + D29b)	CF
Limitação por Aspectos Físicos (D29c + D29d)	LAF
Dor (D29g)	Dor
COMPONENTE MENTAL (CM)	
Limitação por Aspectos Emocionais (D29e + D29f)	LAE
Saúde Mental (D29hrever + D29j)	SM
Vitalidade (D29irever)	VIT
Aspectos Sociais (D29k)	AS

Fonte- Estudo SABE, 2006

Nota- SF-12 (2 componentes e 8 dimensões) originário do SF-36, traduzido e validado por CICONELLI et al. (1999). Informações de avaliação são de Ware et al. (2007).

Quadro 3 – Questões relacionadas às variáveis: sexo, idade, escolaridade, ABVD, AIVD, funcionalidade familiar e multimorbidade. Estudo SABE, 2006.

Questões/variáveis	Código
Sexo do entrevistado (homem, mulher)- nominal 1-mulher, 2-homem	Sexo
Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?- Idade2006	Idade
Escolaridade por anos de estudo – Escolaridade	Escolaridade
<p>Rede de apoio familiar e social APGAR de família- G51b a G51f 0-sempre 1-quase sempre 2-algumas vezes 3-raramente 4-nunca</p> <p>Ponto de corte: Duarte (2001, p.52) 5 questões (5x4=20), onde o 20 é pior 1=boa funcionalidade familiar (0-8) 2=moderada disfunção familiar (9-12) 3=elevada disfunção familiar (13-20)</p>	<p>APGAR Estou satisfeito com: G51b- posso recorrer à minha família por ajuda; G51c- maneira como conversamos G51d- a família aceita e apoia meus desejos; G51e- demonstração de afeição em minhas emoções como raiva, mágoa ou amor; G51f- maneira pela qual compartilhamos tempo juntos.</p>
<p>Ter doenças do tipo: (1=sim, 2=não) Hipertensão, Diabetes, Dç pulmonar crônica (asma, bronquite, enfisema) Problema cardíaco (ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outros) Embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral Artrite, reumatismo, artrose Número de doenças referidas (de 0 a 6 doenças)</p>	<p>Ndoe (C04 a C10) C04, C05, C07 C08 C09 C10</p>
<p>Dificuldade referida no desempenho das atividades básicas da vida diária (ABVDs)- nominal 0-não 1-sim</p> <p>Corte segundo Luchetti et al (2011) (ordinal) 1= sem limitações (6 respostas “não”) 2=limitação moderada (5-3 respostas “não”) 3= limitação severa (2 ou menos respostas “não”)</p>	<p>ABVDcat D11 (atravessar um quarto caminhando), D13a1 (vestir-se), D14a (tomar banho), D15a (comer), D16a (deitar, levantar-se da cadeira de rodas), D17a (ir ao banheiro)</p>
<p>Dificuldade referida no desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Obs. Foram excluídas 3 variáveis devido ao contexto brasileiro em que idosos (masc) não cozinham ou realizam tarefas domésticas (D18, D23a, D24a)., 0-não, 1-sim Corte (ordinal) 1= sem limitações (6 respostas “não”) 2=limitação moderada (5-3 respostas “não”) 3= limitação severa (2 ou menos respostas “não”)</p>	<p>AIVDcat D19a (cuidar do próprio dinheiro), D20a (utilizar meio de transporte), D21a (comprar alimento), D22a (telefonar), D25a (tomar remédios).</p>

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Instrumento para avaliação de declínio cognitivo (critério de exclusão)

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)- (Meemesc06)

Critério de Exclusão	Código
Avaliação cognitiva – Mini Exame do Estado Mental por escolaridade <i>0-sem declínio cognitivo</i> <i>1-com declínio cognitivo (analfabetos com ponto de corte <19; 1 a 3 anos de estudo com ponto de corte <23; 4 a 7 anos de estudo com ponto de corte <24; e 8 anos ou mais de estudo com ponto de corte <28 para idosos não institucionalizados. (Herrera e col., 2002)</i>	Meemesc06

ANEXO I

CD ROM DO QUESTIONÁRIO SABE

Fonte: Questionário do Estudo SABE. Saúde, Bem estar e Envelhecimento. Faculdade de Saúde Pública- Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionario_2006.pdf. Acesso em 09.01.12

ANEXO II

**QUESTIONÁRIO GENÉRICO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE**
12-Item Short Form Health Survey (SF-12)

Fonte: Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. Medical Care. 1996;34(3):220-33

O SF 12 foi originado do SF 36, um instrumento genérico de avaliação subjetiva do estado de saúde, traduzido e validado para a língua portuguesa (CICONELLI et al., 1999). O SF-12 é formado por 12 itens, englobando oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos

sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mais uma questão comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Na escala de resultados de 0 a 100, zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE - SF - 12

Dimensão 1: Estado geral de saúde (pergunta 1)

1.O Sr. diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?*

Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	NS	NR
2	3	4	5	6	8	9

*Categorização como se encontra no questionário do SABE.

Dimensão 2: Capacidade Funcional (perguntas 2 e 3)

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Nesse caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Não dificulta de modo algum	NS	NR
2.As dificuldades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3	8	9
3.Subir vários lances de escada	1	2	3	8	9

Dimensão 3: Limitação por aspectos físicos (perguntas 4 e 5)

Durante as últimas quatro semanas (último mês), você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	SIM	NÃO	NS	NR
4.Realizou menos tarefas do que gostaria?				
5.Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?				

Dimensão 4: Dor (pergunta 8)

8. Durante as últimas quatro semanas (último				
--	--	--	--	--

mês), quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa? (circule apenas uma)				
---	--	--	--	--

Dimensão 6: Limitação por Aspectos Emocionais (perguntas 6 e 7)

Durante as últimas quatro semanas (último mês), você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	SIM	NÃO	NS	NR
6.Realizou menos tarefas do que gostaria?				
7.Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?				

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

Dimensão 5: Vitalidade (pergunta 10)

10.Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dimensão 7: Saúde Mental (perguntas 9 e 11)

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas (último mês). Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas quatro semanas.
(circule um número para cada linha)

	Todo tempo (1)	A maior parte do tempo (2)	Uma boa parte do tempo (3)	Alguma parte do tempo (4)	Uma pequena parte do tempo (5)	Nunca (6)	NS	NR
9.Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?								
11.Quanto tempo você tem se sentido								

desanimado e abatido?								
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Dimensão 8: Aspectos Sociais (pergunta 12)

12. Durante as últimas quatro semanas (último mês), quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma).

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

Fonte: Questionário do SABE. Saúde, Bem estar e Envelhecimento. Faculdade de Saúde Pública- Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionario_2006.pdf

Avaliação da escala do SF 12.

Para avaliar o escore total do SF12 e dos seus domínios, existe um manual (Ware et al., 2007) informando a codificação e recodificação dos itens conforme escolhas do respondente e critérios usados pelo pesquisador (escala de 1 a 5, ou escala de 0-100).

Resposta ao item 1	Escala 1-5	Escala 0-100
Muito boa	5,0	100
Boa	4,4	84
Regular	3,4	61
Ruim	2,0	25
Muito ruim	1,0	0

Por exemplo, na primeira pergunta as respostas estariam com os seguintes valores. Para os itens sim, dificulta muito é 1, sim dificulta pouco é 2 e não, não dificulta de modo algum é 3.

Para as perguntas 8 e 11, os escores devem ser invertidos. Os demais contam sua pontuação normalmente.

Para a pontuação final agregada, os possíveis escores são:

SF12	Soma final itens (depois de recodificar)	Escore mínimo e máximo	Variação do escore mínimo e máximo
Capacidade funcional	2 + 3	2,6	4
Limitação por aspectos físicos	4+ 5	2,4	2
Dor	8	1,5	4
Estado geral de saúde	1	1,5	4
Vitalidade	10	1,6	5
Aspectos sociais	12	1,5	4
Limitação por aspectos emocionais	6 + 7	2,4	2
Saúde mental	9 + 11	2,12	10

Fórmula: Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Exemplo

Capacidade funcional: (ver tabela) -

Se a soma do item 2 + 3 deu 4

Capacidade funcional = $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Capacidade funcional: $\frac{4 - 2 \times 100}{4} = 50$

O valor para o domínio capacidade funcional é 50, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e 100 é o melhor.

Obs. Para evitar erros ao reproduzir os dados, é necessário checar aleatoriamente os resultados finais dos domínios dos questionários com o banco de dados. Verificar se somente os escores finais foram computados. Avaliar a correlação entre cada item de cada escala para verificar se as correlações são positivas. Com raras exceções, essas correlações devem ser substanciais numa magnitude de 0,30 ou mais.

Fonte- Ware et al. (2007).

ANEXO III

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de
Saúde Pública da USP– PROJETO SABE – 2006**

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como Helena Akemi Wada Watanabe.

Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP