



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

HELIO SANCHES JUNIOR

**ASSOCIAÇÕES ENTRE A ESPIRITUALIDADE E
RELIGIOSIDADE COM A QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE
ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL DE IDOSOS FISICAMENTE
INDEPENDENTES**

Londrina
2015

HELIO SANCHES JUNIOR

**ASSOCIAÇÕES ENTRE A ESPIRITUALIDADE E
RELIGIOSIDADE COM A QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE
ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL DE IDOSOS FISICAMENTE
INDEPENDENTES**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física UEM/UEL, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Denilson de Castro Teixeira.

Londrina
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Sanches Júnior, Hélio Sanches Júnior.

Associações entre espiritualidade e religiosidade, com a qualidade de vida e nível de atividade física habitual de idosos fisicamente independentes. / Hélio Sanches Júnior Sanches Júnior. - Londrina, 2015.
86 f.

Orientador: Denilson de Castro Teixeira Teixeira.

Coorientador: Jorge Both Both.

Coorientador: Mara Solange Dellaroza Dellaroza.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esportes, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Espiritualidade - Teses. 2. Religiosidade - Teses. 3. Atividade Física - Teses. 4. Qualidade de vida de idosos - Teses. I. Teixeira, Denilson de Castro Teixeira. II. Both, Jorge Both. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Educação Física e Esportes. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. IV. Título.

HELIO SANCHES JUNIOR

ASSOCIAÇÕES ENTRE A ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COM
A QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL
DE IDOSOS FÍSICAMENTE INDEPENDENTES

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física UEM/UEL, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Denilson de Castro
Teixeira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Mara Solange Gomes Dellarozza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Jorge Both
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 22 de dezembro de 2015.

Dedicatória

À minha Mãe, Maria Wanda Pellini Sanches; ao meu Pai, Hélio Sanches (in memoriam). Meus primeiros professores. À mim, ensinaram-me tudo: a desejar a simplicidade; a ser educado com todas as pessoas; a temer a Deus e; a amar e a respeitar os mais velhos.

O Tempo

A vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa.

Quando se vê, já são seis horas!

Quando se vê, já é sexta-feira!

Quando se vê, já é natal...

Quando se vê, já terminou o ano...

Quando se vê perdemos o amor da nossa vida.

Quando se vê passaram 50 anos!

Agora é tarde demais para ser reprovado...

Se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.

Seguiria sempre em frente e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas...

Seguraria o amor que está a minha frente e diria que eu o amo...

E tem mais: não deixe de fazer algo de que gosta devido à falta de tempo.

Não deixe de ter pessoas ao seu lado por puro medo de ser feliz.

A única falta que terá será a desse tempo que, infelizmente, nunca mais voltará.

(Mário Quintana)

Agradecimentos.

A Deus, que em Jesus Cristo sempre me deu ânimo, me conduziu em triunfo e ensinou-me como vencer o mundo.

Ao meu orientador, Prof^oDr^oDenilson de Castro Teixeira. Obrigado por sua presteza, dedicação, competência e compreensão durante essa caminhada. A robustez de seu conhecimento enriqueceu esse trabalho.

Aos Professores de hoje, mas, que sempre estarão em minha memória: Jorge Both e Mara Solange Dellaroza, por suas intervenções e substanciais contribuições em minha pesquisa. Vocês são ótimos!

Aos meus primeiros professores, que desde minha infância tiveram completa e total participação na minha formação. Homens e mulheres reverentes à docência, que consideravam as limitações de seus alunos e as transformavam em força para viver.

Aos meus amigos que me ajudaram, mesmo sem perceberem, a escolher o caminho permanentemente alegre da vida. Pessoas que me fizeram rir ; choraram comigo e, sobretudo, conheceram a rua que me levava de volta para casa.

Ao meu inestimável amigo, Valdecir Rosas de Oliveira (In memoriam) “Vardeci negão”. Se eu fui um atleta profissional de Futebol, foi devido ao seu incentivo e crença em minhas condições para sê-lo.

Ao Professor Varlei Ap. dos Santos, proprietário da Academia Performance- Cambé, pelo apoio, paciência e compreensão, durante esse tempo de minha busca acirrada por melhores resultados na Educação Física.

Aos professores (as) da academia Performance de Cambé, companheiros de trabalho. Obrigado, pelo carinho e dedicação à minha pesquisa. Todos foram importantes, indistintamente!

Aos irmãos e irmãs de fé, que oraram por mim nessa jornada tão extenuante.

À empresa, armarinhos Polo, por conceder apoio para as fotocópias tão fundamentais para a conclusão desse estudo.

À minha irmã, Professora Vanda, que acreditou muito em minha carreira, me apoiou com sua experiência na docência e no desporto de alto rendimento. Você é preciosa!

À minha amada esposa, Edna Maria Polo Sanches, profissional da Educação Física que trabalha com excelência e competência. Obrigado por todo incentivo que você me deu, por ser uma mulher maravilhosa, admirável por tudo que faz. Você jamais foi ausente, te amarei sempre!

Por fim, obrigado à minha Mãe e ao meu Pai (in memoriam), porque sempre amaram a educação, dedicaram suas vidas a ensinar com relevância de conhecimento, levando o melhor ensino à todos, sempre de uma forma contextualizada, desde às escolas rurais às mais centralizadas, tanto às crianças quanto aos adultos.

Com vocês, aprendi a ter um amor desinteressado pelos outros. Obrigado por tudo, sinceramente!

O tempo passa e, o relógio segue uivando cada vez mais alto; com os olhos lacrimejantes, sigo observando a realidade através de um vidro amolecido.

(Hélio Sanches Júnior)

SANCHES JÚNIOR, Hélio Sanches. **Associações entre a espiritualidade e religiosidade com a qualidade de vida e nível de atividade física habitual de idosos fisicamente independentes**. 2015. 82 páginas. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física - UEM/UEL) Associado em Educação Física UEL/UEM) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, Paraná - 2015.

RESUMO

A espiritualidade tem sido objeto de pesquisas científicas em muitos segmentos da área da saúde e, particularmente com a população idosa. Esse interesse é crescente, devido às características que envolvem essa população e por possuírem tendência a estarem mais voltados às questões existenciais e que podem estar relacionadas às variáveis de saúde e qualidade de vida. Esta pesquisa tem como objetivo investigar as possíveis relações entre a espiritualidade e religiosidade com a qualidade de vida, o nível de atividade física habitual e variáveis sociodemográficas e de saúde de indivíduos idosos fisicamente independentes. Participaram do estudo 150 idosos (41 homens e 109 mulheres), com mediana de 67,5 anos, fisicamente independentes, residentes na comunidade do município de Londrina e região metropolitana. Os dados foram coletados mediante seis questionários: 1) informações sociodemográficas, estado de saúde e saúde percebida, 2) DSES (Daily Spiritual Experience Scale) para a espiritualidade, 3) Escala de Durel para avaliar a religiosidade, 4) WHOQOL-Bref 5) WHOQOL-Old para a qualidade de vida e 6) questionário de Baecke adaptado para idosos para o nível de atividade física habitual. Os resultados descritivos mostraram que a maior parte dos idosos possui até quatro anos de estudo, é casada, reside acompanhada, é aposentada, possui até quatro comorbidades e percebe sua saúde como boa. Homens e mulheres percebem a sua qualidade de vida semelhantemente (WHOQOL-Bref 70,1 *versus* 70,1, $p=0,750$; WHOQOL-Old 72,9 *versus* 72,9, $p=0,720$) e que as mulheres possuem espiritualidade mais desenvolvida, se envolvem mais em práticas religiosas (DSES 33 *versus* 36, $p=0,015$) e possuem maior nível de atividade física habitual do que os homens (4,19 *versus* 3,67, $p=0,001$). A espiritualidade e religiosidade se associaram significativamente com diversas variáveis do estudo, sobretudo as de qualidade de vida, indicando que a espiritualidade mais desenvolvida e a maior inserção em práticas religiosas estão associadas a diversas variáveis da qualidade de vida. Concluímos que a espiritualidade e a prática religiosa em indivíduos idosos fisicamente independentes estão associadas a diversas variáveis, sobretudo as que se referem à percepção de qualidade de vida.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religiosidade. Saúde percebida. Qualidade de vida.

SANCHES JÚNIOR, Hélio Sanches .**Association s between spirituality and religiosity with the quality of life and level of habitual physical activity physically independentelderly**. 2015. 82 páginas.Dissertação (Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física - UEM/UEL) Associado em Educação Física UEL/UEM) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, Paraná - 2015.

ABSTRACT

Spirituality has been the subject of scientific research in many segments of the health and particularly with the elderly population. This growing interest is due to the characteristics involving this population and because they have a tendency to be more geared to the existential questions that may be related to variables on health and quality of life. This research aims to investigate the possible relationship between spirituality and religiosity with the quality of life, the level of habitual physical activity and sociodemographic variables and health physical independent elderly. Study participants were 150 elderly people (41 men and 109 women) with a mean of 67.5 years, physical independent, living in the city's community of Londrina and metropolitan area. Data were collected through six questionnaires: 1) socio-demographic information, health status and perceived health, 2) SDRs (Daily Spiritual Experience Scale) to spirituality, 3) Durel Scale to assess religiosity, 4) WHOQOL-Bref and 5) WHOQOL-Old to the quality of life and 6) Baecke questionnaire adapted for the elderly to the level of habitual physical activity. Descriptive results showed that most of the elderly has up to four years of study, is married, lives together, is retired, has up to four comorbidities and perceive their health as good. Men and women perceive their quality of life similarly (WHOQOL-Bref 70.1 vs. 70.1, $p = 0.750$; WHOQOL-Old 72.9 vs. 72.9, $p = 0.720$) and that women have more developed spirituality, become more involved in religious practices (SDRs 33 vs. 36, $p = 0.015$) and have a higher level of habitual physical activity than men (4.19 versus 3.67, $p = 0.001$). Spirituality and religiosity were significantly associated with several study variables, especially the quality of life, indicating that the more developed spirituality and greater inclusion in religious practices are associated with several variables quality of life. We conclude that spirituality and religious practice in physically independent elderly individuals are associated with several variables, especially those related to the perception of quality of life.

Keywords: Spirituality. Religiosity. Perceived health. Quality of life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO.....	13
2.1.1 Aspectos Biológicos.....	13
2.1.2 Aspectos psicossociais.....	15
2.2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE.....	21
2.3 RECURSOS DE ENFRENTAMENTO E BEM-ESTAR NA VELHICE.....	23
2.4 CAPACIDADE FUNCIONAL E ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL NA VELHICE.....	27
2.5 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E ENVELHECIMENTO	28
2.5.1 Envelhecimento, religião, espiritualidade e saúde: evidências científicas...	32
3. MÉTODOS.....	35
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	35
3.2 AMOSTRA.....	35
3.3 INSTRUMENTOS.....	35
3.4 COLETA DE DADOS.....	39
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4 RESULTADOS.....	41
5 DISCUSSÃO.....	49
6 CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES.....	64
ANEXOS.....	68

1. INTRODUÇÃO

É crescente o número de pesquisas que investigam fatores subjetivos na determinação da saúde, tanto avaliada por medidas objetivas quanto subjetivas (VASCONCELOS, 2009). Neste contexto, a espiritualidade tem recebido especial destaque, principalmente pelo seu reconhecimento como um dos determinantes dos construtos saúde e qualidade de vida (OMS, 1946; WHOQOL GROUP, 1995). Particularmente no processo de envelhecimento e na velhice, esse campo demonstra amplo desenvolvimento, sobretudo, por evidências apontarem que na velhice há tendência dos idosos se voltarem mais para a sua espiritualidade e religiosidade, utilizando-as como recursos de enfrentamento para lidar com as mudanças que o envelhecimento e fatores associados provocam (CALDEIRA, 2012; MOHSEN, 2013).

Pesquisas indicam que a espiritualidade e religiosidade podem contribuir de diversas formas com a saúde e bem estar do indivíduo idoso, dentre elas a adoção de comportamentos mais saudáveis (BENJAMINS; BROWN, 2004), melhora nos sistemas fisiológicos da velhice que refletem o estresse (CARLSON et al., 2004) o aumento dos contatos sociais (FLANNELLY et al., 2004). Estudos tem relacionado também uma associação positiva entre a espiritualidade com a saúde percebida de idosos (STUDENSKI, 2004) (DAALEMAN; PERERA; YOU et al., 2009).

É importante destacar, que ganhos, principalmente no campo existencial são atribuídos ao processo de envelhecimento (DEBERT, 1999), mas é inegável que as mudanças biológicas e também psicossociais levam o indivíduo idoso a ter maior vulnerabilidade na sua funcionalidade física e autonomia (SPIRDUSO, 2005), o que pode refletir em como ele percebe sua saúde e qualidade de vida. Um dos reflexos dessas mudanças é a diminuição do nível de atividade física habitual. Com o avançar da idade, há uma tendência de que o idoso reduza quantidade de atividades diárias e adote cada vez mais atividades com baixa demanda energética (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009; TUDOR- LOKE et al., 2011).

Como base na contextualização apresentada, essa pesquisa investigou a vida e contexto que envolve a espiritualidade, religiosidade e variáveis sociodemográficas, de qualidade de vida e de saúde. A pesquisa foi motivada pelas seguintes indagações: Como é o perfil relacionado à espiritualidade e religiosidade

de idosos fisicamente independentes? Há relação entre a espiritualidade e religiosidade com variáveis diversas, sobretudo, com a percepção de qualidade de vida e nível de atividade física? Aspectos que compõem a qualidade de vida relacionados à saúde física como autonomia e melhor percepção de funcionalidade física estão associados a maiores níveis de espiritualidade e religiosidade? Homens e mulheres se comportam diferentemente nas questões que envolvem a espiritualidade, religiosidade e variáveis de qualidade de vida e saúde?

Essas questões e a necessidade de conhecer melhor esse contexto nos deu motivação à investir nesse campo de pesquisa, sobretudo, porque poucas informações são encontradas relacionando a espiritualidade, qualidade de vida e variáveis de saúde como nível de atividade física em idosos, sobretudo em brasileiros. Grande parte das pesquisas publicadas aborda a espiritualidade e religiosidade e aspectos sociodemográficos e de saúde, mas em um contexto diferente do proposto nesse estudo (KRAUSE et al., 2010; MOXEY et al., 2011; SKARUPSKI et al., 2010). Não foi encontrado estudos que abordasse a relação entre a espiritualidade, religiosidade e nível de atividade física com as características do nosso estudo, tanto em estudos internacionais como nacionais. As informações geradas nesse estudo poderão contribuir com maiores informações a respeito de como os indivíduos idosos fisicamente independentes lidam com a sua espiritualidade e religiosidade e se possuem relações com a qualidade de vida, nível de atividade física e variáveis sócio-demográficas. Entendemos que essas informações também poderão auxiliar os profissionais que trabalham com idosos a entenderem melhor esse contexto e utilizá-lo como estratégias para melhorar as suas intervenções no sentido de contribuir para que os idosos tenham um envelhecimento com melhor qualidade.

Com base no contexto apresentado, esta pesquisa teve como objetivo ver e investigar as possíveis relações entre a espiritualidade e religiosidade com a qualidade de vida, o nível de atividade física habitual e variáveis sócio-demográficas e de saúde de indivíduos idosos fisicamente independentes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento humano é considerado um fenômeno universal e irreversível e com características multifatoriais, ou seja, que recebe influências de múltiplos fatores como dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e histórico-políticos. Todos esses fatores irão determinar a quantidade de anos vividos e com que qualidade esses indivíduos irão viver (FARINATTI, 2008; SPIRDUSO, 2005). Essa característica faz do envelhecimento um fenômeno complexo e de difícil definição, exigindo para a sua compreensão, uma visão mais ampliada desse processo, havendo necessidade de romper as fronteiras de conhecimentos específicos para considerar os saberes multidisciplinares (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Na sequência, os principais aspectos que envolvem o envelhecimento humano serão abordados.

2.1.1 Aspectos Biológicos

O avançar da idade cronológica traz inúmeras transformações biológicas no organismo humano que tornam o indivíduo idoso mais propenso a adquirir comorbidades e mais vulnerável à mortalidade. Dentre elas destaca-se a redução na capacidade de reserva funcional provocada pela redução no funcionamento dos órgãos e sistemas corporais, como a diminuição da rede neural, massa muscular e óssea e na estrutura e função do aparelho cardiovascular e respiratório. Esse processo, como já mencionado, de natureza multifatorial (LIMOIEIRO, 2012), irá determinar o tempo de vida útil do sistema orgânico do indivíduo e a integralidade de suas capacidades funcionais (NERI, 2001; MAGISTRO, 2014).

O envelhecimento não é um evento súbito, ao contrário, as deficiências funcionais decorrentes desse processo surgem inicialmente de forma discreta e com o passar das décadas vão se acentuando (LIMA; BITTAR, 2012). Evidências mostram que esse processo pode ser minimizado dependendo do estilo de vida do indivíduo, sobretudo no que tange à prática de atividades física e hábitos saudáveis de vida (LOURENÇO, 2012).

Em relação aos principais tipos de alterações biológicas básicas associadas envelhecimento destacam-se as do sistema cardiovascular, músculo-esqueléticas e de capacidade funcional, gerando uma maior dificuldades em combater as doenças e conseqüentemente acelerar o processo de envelhecimento (VERAS, 2011; CORDEIRO, 2014).

As alterações biológicas e estruturais citadas levam a alterações funcionais, ou seja, a forma com que o corpo reage às demandas de movimentos impostas pelas necessidades diárias (LOBO,2012). Nesse sentido, observa-se no idoso, uma redução na sua aptidão física e funcional, que resulta na diminuição da plasticidade do movimento, alterações na marcha e maior lentidão na execução dos movimentos. Quando as alterações estruturais são mais acentuadas, a capacidade do idoso realizar suas atividades cotidianas se reduz consideravelmente, podendo levá-lo à total incapacitação.

A velhice não é sinônimo de doença, mas é inegável que quanto mais a idade avança, mais vulnerável a contraí-la o indivíduo está. Sendo assim, o processo de envelhecimento está associado a maior probabilidade do aparecimento de comorbidades como as doenças cardiovasculares, o AVC (acidente vascular cerebral), sarcopenia, osteoporose, doenças articulares e hipertensão arterial (BUENO, 2013). Os episódios de quedas, que são mais prevalentes em idades mais avançadas, também são conseqüências das alterações estruturais do processo de envelhecimento. Esses acometimentos correspondem a um dos principais problemas que ameaçam à saúde do idoso por provocarem lesões e incapacitações (GOBBO, 2012).

As mudanças no sistema neurológico, também afetam os aspectos cognitivos e psicológicos dos idosos (COSTA, 2014). Não há alterações súbitas na cognição dos idosos, quando o processo de envelhecimento transcorre normalmente (MIOTTO, 2014), mas as alterações neurológicas, diminui a velocidade do processamento de informações em comparação aos mais jovens e o tempo para a aprendizagem é maior (BADELLEY, 2012). Segundo Moraes (2009) o indivíduo idoso pode enfrentar também dificuldades de memória. Essas alterações não chegam a prejudicar a atividade funcional e autonomia do idoso, pois a plasticidade cerebral, ou seja, um conjunto de processos fisiológicos a níveis celulares e moleculares, que permitem os neurônios mudar suas respostas em função a um

determinado estímulo, mantém no cérebro a capacidade de compensar esses declínios (LIU, 2012).

As mudanças súbitas na cognição do indivíduo idoso que o impedem de ter e exercer uma vida normal, como a falta de memória, a perda da capacidade de julgamento e de raciocínio, alterações na linguagem e mudanças na personalidade, extrapolam a normalidade do envelhecimento. Esse estado de incapacidade cognitiva é causado por uma doença mental, denominada de demência, sendo que a doença de Alzheimer é uma das mais prevalentes (MIOTTO, 2013). Além das demências, a depressão também é uma doença que tem sua prevalência aumentada na velhice. De natureza multifatorial, sofre influência das alterações bioquímicas do organismo, mas também é influenciada por fatores psicossociais (MOTA, 2012).

É importante destacar nesse contexto, que todas as mudanças de aspectos biológico citadas, seguem um padrão pouco variável entre os indivíduos, mas a sua magnitude pode ser bem diferente (KIRCHOFF, 2012). Isto quer dizer que características pessoais e individuais, educação, interesses, estilo de vida, saúde, atividades que o indivíduo desenvolve, quantidade de estímulo a que é exposto, além de aspectos emocionais e condições sócio-culturais, parecem exercer um peso importante na qualidade do envelhecer (STUSS, 2013). Particularmente, o estilo de vida pode ampliar as reservas orgânicas, fisiológicas e cognitivas do indivíduo idoso, evitar a fragilidade e lhe permitir maior tempo de vida ativa (MOSZYNSK, 2012).

2.1.2 Aspectos psicossociais

Como já relatado na sessão anterior o envelhecimento ocorre mediante um construto com influências de diversos fatores e, se tratando do processo de envelhecimento dos aspectos psicológicos essa realidade não é diferente. A saúde psicológica do indivíduo idoso é diretamente influenciada por aspectos biológicos como alterações na rede neural, mudanças bioquímicas e hormonais que podem afetar seu estado de humor e até desencadear algumas doenças, como a depressão (BRASIL, 2007).

Importante destacar, que as mudanças no estado psicológico também sofrem influências dos aspectos socioambientais, pois os estados de percepção de bem-estar estão muito relacionados com a maneira com que os idosos

se relacionam com a sociedade e vice-versa. Nesse sentido, estão inclusos os relacionamentos familiares, com parentes, amigos e com a sociedade que o cerca. Esse quadro, somando-se às já citadas alterações biológicas, faz com que a depressão tenha maior incidência em indivíduos idosos quando comparado a adultos jovens (AZIZ; STEFFENS, 2013).

A velhice é uma etapa da vida em que os indivíduos estão mais vulneráveis a enfrentamento das de perdas do que em outras faixas etárias. Dentre as principais perdas, ou mudanças, consideradas típicas da velhice, que podem impactar a saúde psicológica do idoso estão a aposentadoria, a mudança de papéis sociais, a saída dos filhos de casa, diminuição dos rendimentos e a morte do cônjuge e de amigos e parentes. Sendo assim, a percepção de bem-estar e lidar satisfatoriamente com essas intercorrências nessa fase da vida estão diretamente relacionadas aos recursos que o indivíduo dispõe para lidar com essas perdas (BJØRKLØF et al., 2013; GOLDSTEIN, 1995).

Somando-se às perdas típicas da velhice, à visão da sociedade a respeito do velho e velhice, muitas vezes caracterizadas por estereótipos negativos e preconceitos também podem influenciar a saúde psicológica do indivíduo idoso. Apesar dos avanços, de uma forma geral, a velhice ainda é associada por muitas pessoas como um período da vida caracterizado pela improdutividade, por doenças, déficits cognitivos e incapacidades. É importante ressaltar, que essa condição está presente em alguns idosos, mas não é a realidade de todos. Quase sempre as diferenças individuais não são consideradas. Nesse sentido, a grande quantidade de informações recebidas a todo instante faz com as pessoas sintam dificuldades em lidar com os dados brutos e com a compreensão das coisas em toda a sua individualidade. Em decorrência disso, há uma forte tendência das pessoas em generalizar fatos e informações que recebem, a fim de facilitar sua compreensão, simplificando-os e organizando-os em um número razoável de categorias.

Apesar de necessárias, Martins (1992) complementa que as generalizações nem sempre representam a realidade das coisas, portanto, parecem não ser a melhor forma de entender e lidar com as particularidades do mundo circundante. Segundo Bem (1973), as generalizações nem sempre são verdadeiras em todos os casos, por isso, não se aplicam em todas as situações, a não ser para um determinado conjunto de experiências no qual se baseiam.

As generalizações, juntamente com as abstrações de várias experiências ocorridas no tempo, constroem nossas crenças. Segundo Bem (1973), as crenças que repousam diretamente sobre uma única experiência são poucas; a maioria é proveniente de silogismos, o que não significa estar associada diretamente a conhecimentos científicos ou a reflexões mais elaboradas. Por exemplo, quando um indivíduo acredita que o idoso é improdutivo, que o velho é sábio e que todos os adolescentes são rebeldes, muitas vezes ele não percebe que cada uma dessas crenças deriva de várias situações distintas e que estas não representam a realidade de todas as pessoas do mesmo grupo etário. Enfim, as generalizações são como crenças primitivas de primeira ordem no sentido de que parecem auto-evidentes para o indivíduo; parece não existir nenhuma justificativa além da citação da experiência direta ou de alguma autoridade externa, cuja credibilidade é considerada como dada.

Enfim, a visão negativa e conseqüentemente as atitudes negativas perante o idoso e o envelhecimento, segundo Couto et al. (2009) podem ser fruto da ignorância causada por desconhecimentos a respeito deste contexto, ou seja, os vazios de informações acerca do envelhecimento transformam-se em mitos, inventos, fantasias, pareceres, suposições que são aceitos como verdades comprovadas. Os autores ressaltam também, que as falácias, muitas vezes, são tão consistentes que são transmitidas de geração em geração, como verdades absolutas que vão sendo incorporadas pelas pessoas, inclusive pelos próprios idosos.

Essa realidade psicossocial dificulta que alguns idosos desenvolvam suas velhices de forma satisfatória e o meio se constitui no principal influenciador. Em muitos casos o meio está relacionado a contextos condenatórios e de ampla rejeição e; o idoso desgastado por esse tipo de ambiente torna-se menos ponderável, adquirindo um comportamento avesso como medida de enfrentamento da determinada situação (RAMOS, 2013). Sobremaneira, vê-se também polarizado com inegável situação, medidas de estagnação como propostas de inclusão misericordiosa que se assemelham com estados deprimentes. Essa posição aponta para o desenvolvimento do medo do futuro, medo do amanhã, do inusitado. Nesse sentido, Klein e Kupper (2014) ressaltam que nesses casos ocorre uma baixa afetividade que deixa a memória carente de estímulos ideais e de recuperação de

alguns principais registros, diminuindo a cognição, criando um estado de infantilização e insegurança da vida envelhecida.

Um aspecto a ser destacado nesse contexto é em relação ao envelhecimento feminino e masculino. Homens e mulheres não envelhecem do mesmo jeito. As diferenças entre os gêneros não se resumem às características biológicas; são em outros aspectos que as diferenças parecem ser maiores. Neri (2001) explica que os papéis de gênero são socialmente construídos com base nas pistas biológicas que marcam as diferenças anatômicas e funcionais entre os dois sexos. Papéis de gênero, complementa ela, dizem respeito aos desempenhos esperados para homens e mulheres e comportam variações segundo a sociedade e a época histórica.

Nesse sentido, as diferenças grandes. Por exemplo, já é bem documentado que as mulheres vivem mais do que os homens (HOOYMAN; KIYAK, 1997; LEBRÃO, 2007). As causas apontadas recaem principalmente sobre fatores de ordem social, ou seja, os homens estão mais expostos a adversidades, como acidentes em geral, homicídios, guerras, entre outros. Ao contrário, as mulheres sempre viveram mais ligadas à esfera doméstica, o que as diferencia das exposições vividas pelo homem, pelo menos no que diz respeito à maioria das idosas desta geração.

As diferenças de papéis entre os gêneros estão presentes em todas as faixas etárias, o que não poderia ser diferente na velhice. As diferenças que sempre submeteram as mulheres à condição inferior à dos homens, pelos controles sociais, são sentidas também no envelhecimento. Normalmente, as mulheres são mais pobres do que os homens, vivem mais sós, e quando viúvas e divorciadas encontram maiores dificuldades em constituir uma nova união. Ao contrário, menos homens idosos vivem sós após a viuvez ou o divórcio, recasando-se frequentemente com mulheres mais jovens. Neri (2001) cita que os homens idosos apresentam níveis de satisfação global com a vida ligeiramente mais altos do que as mulheres, e que esta satisfação aumenta de geração em geração, ao contrário das mulheres que parecem não mostrar mudanças.

Ramos (2013) explica que as desvantagens das mulheres na velhice estão em relação aos homens, não são consequências do envelhecimento normal;

na realidade elas são frutos da situação à qual a mulher é relegada na nossa sociedade.

Em contraposição aos estudos que apontam o envelhecimento masculino melhor do que o feminino, Ponce (2014) revela que, os homens são mais ansiosos quanto ao seu envelhecimento do que as mulheres e ainda pouco participativos. A velhice feminina seria mais suave do que a masculina, na medida em que a mulher, com o advento da aposentadoria, não experimenta ruptura em relação ao trabalho de forma tão violenta como a dos homens. Os vínculos afetivos entre mães e filhos são mais intensos e por isso os filhos estão mais dispostos a cuidar delas do que dos pais idosos (TAMAI,2011). Os controles sobre a mulher na velhice são afrouxados, posto que ela já não detém a função procriativa, e, mesmo nas sociedades em que elas são transmissoras de herança, esse controle é sempre maior ao longo da vida jovem e adulta do que na velhice. Corroborando os autores acima, Barros (2006) afirma que a aposentadoria para os homens e viuvez para as mulheres são momentos importantes que marcam o processo de desengajamento, pois levam à diminuição dos relacionamentos sociais e modificam aqueles que permanecem. Nessa nova articulação da vida, o homem se encontra numa situação desprivilegiada em relação à mulher; ele passa de um mundo público e ativo para um mundo doméstico e restrito, enquanto ela com a perda do marido, não se distancia do meio social em que normalmente sempre esteve inserida.

Apesar de vários aspectos deletérios do envelhecimento e/ou fatores que se associam, é importante destacar que a velhice, como qualquer outra fase da vida apresenta perdas e ganhos. Por exemplo, o envelhecimento é protetor em várias dimensões da saúde mental (distúrbios de humor, de ansiedade, de controle e impulso, abuso de substâncias (ANDRADE et al., 2012). Ainda o envelhecimento tende a melhorar a percepção de sentir-se bem, preocupação, estresse e raiva. Outro aspecto importante e mantido com o envelhecimento é a capacidade de responder a estímulos motores, gerando adaptações benéficas em física e psicossocialmente (STONE et al., 2010).

Em relação aos aspectos positivos relacionados ao envelhecimento, Debert (1999) ressalta que o aumento da população idosa trouxe consigo um novo fenômeno que veio redefinir as práticas sociais em relação aos idosos. O idoso deixa a esfera privada e passa a fazer parte da esfera pública. Hoje, ele está

presente na mídia, nas políticas sociais, e é alvo de profissionais de diversas áreas e da indústria de consumo que o considera um cliente em potencial. A mudança de quadro deve-se também às novas formas de organização social, como os grupos da “terceira idade” e associações de aposentados, que passaram a se organizar buscando suprir suas necessidades e a reivindicar direitos e condições de uma vida melhor (PEIXOTO, 2006). A velhice e a aposentadoria deixam então de ser um momento de descanso e recolhimento para se tornar um período de atividade, lazer e realização pessoal.

Com essas mudanças, uma nova imagem da velhice no Brasil se delineia, novos espaços se abrem para esta população, favorecendo um novo estilo de vida. Os inúmeros programas destinados à “terceira idade” criam um ambiente em que a experiência de criatividade, autonomia e liberdade, que cada um reconhece como possível, é vivida coletivamente. Aos poucos, descobriu-se que é possível envelhecer sem confinar-se aos padrões antigos. Os dados que mostram uma nova perspectiva no modo de envelhecer contrariam a visão pautada no senso comum, no qual predominam atitudes negativas em relação aos idosos e ao envelhecimento. Os estereótipos do abandono e da solidão, que caracterizariam a experiência de envelhecimento, são substituídos pela imagem dos idosos como seres ativos, capazes de oferecer respostas criativas ao conjunto de mudanças sociais que redefinem a experiência do envelhecimento.

A transformação das etapas mais avançadas da vida em novos mercados de consumo e as novas imagens do envelhecimento acabam por exigir uma reformulação da imagem do idoso, produzida pelo discurso gerontológico. A institucionalização do curso da vida, própria da modernidade, não significou apenas a regulamentação das sequências, mas também a constituição de perspectivas e projetos por meio dos quais os indivíduos orientam-se e planejam suas ações, individual e coletivamente. As novas formas de sociabilidade, geradas por este processo, passaram a reciclar as identidades anteriores dos idosos e a redefinir suas relações com a família, parentes e toda a sociedade (MOXEY,2011). A redefinição nas relações é ocasionada pelas mudanças nas crenças e atitudes das pessoas, inclusive dos próprios idosos, talvez decorrente de uma reformulação nas concepções de velho, velhice e envelhecimento, geradas pela nova perspectiva.

Por fim, essa imagem do envelhecimento não pode levar à suposição que a experiência dos idosos que ganharam visibilidade e as novas imagens do envelhecimento são o modelo representativo da velhice no Brasil, no entanto, é possível contar com o delineamento de uma nova tendência. Tendência esta, que ao se concretizar, poderá melhorar a condição do idoso em nosso país.

Através da leitura da realidade psicossocial, o envelhecimento é dinâmico, no sentido de proporcionar a necessidade de intervenções precisas e eficazes, requer um nível alto de atenção de quem se relaciona profissionalmente com esse contexto que sugere um nível de conhecimento e cuidados acima da média, devido suas especificidades (HAMREN, 2015).

O idoso que segue com sua vida de uma forma autônoma, com apoio familiar e inserido em uma dimensão social, não somente mantém sua saúde como a melhora consideravelmente. Reflexivamente, é uma pessoa mais feliz, saudável e satisfeita com a vida e tem mais qualidade e visibilidade. É de extrema importância, que o declínio natural e impositivo da velhice não inquiria também, a estabilização ou a considerável perda da sensação de ânimo e bem-estar. No entanto, é necessária uma vida ativa física e socialmente, para que se tenha uma certa independência e somatize benefícios em detrimento dos transtornos comportamentais (DIENER, 2000).

2.2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

A saúde e qualidade de vida são considerados construtos por envolverem uns diversos fatores e, embora relacionados possuem conceitos diferentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) define a Saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental, social, considerando a dimensão espiritual como fundamental objeto de investigação. Segundo Ellerhorst-Ryan (1996), a dimensão espiritual foi incorporada ao conceito mais recentemente devido ao reconhecimento da importância da dimensão “não material” nesse construto.

Já a qualidade de vida, segundo a OMS (WHOQOL GROUP, 1995), é a “percepção do indivíduo a respeito da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo, complexo que inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Neri (2001) ressalta que a qualidade de vida possui múltiplas dimensões e diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades, e assim a sua avaliação tem como referência diversos critérios. Para a autora, avaliar qualidade de vida consiste em comparar as condições disponíveis com as desejáveis e os resultados são expressos por índices de desenvolvimento, desejabilidade, bem-estar, prazer ou satisfação. Algumas dimensões da qualidade de vida são passíveis de comparação com critérios mais objetivos do que outras, mas todas são afetadas por valores e expectativas individuais e coletivas.

Todos esses critérios que envolvem o constructo qualidade de vida deram origem a investigações em torno de indicadores subjetivos, tais como saúde percebida, satisfação com a vida e perspectivas de futuro (NERI, 2001). Nesse sentido, destaca-se a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e meio ambiente, e que é dependente das crenças e valores de cada pessoa, o que faz com que somente o indivíduo consiga avaliar a sua qualidade de vida (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003).

Devido ao aumento da população idosa e sua representatividade em nossa sociedade, questões que envolvem a qualidade de vida desses indivíduos vêm ganhando projeção nos últimos anos. Neri (2001) ressalta que a avaliação da qualidade de vida na velhice está presente em várias áreas científicas e podem sofrer variações em seu enfoque. Na Gerontologia Social estão mais presentes a satisfação e a atividade; na Psicologia, as auto-crenças de controle, auto-eficácia e significado, competência social e cognitiva e bem-estar subjetivo. Na Medicina estão mais presentes os critérios longevidade, saúde e capacidade funcional e, na Bioética as possibilidades de autonomia, respeito à dignidade oferecida aos idosos pelo sistema social e seus microssistemas.

Para Lawton (1983 apud NERI, 2006) o construto qualidade de vida na velhice possui uma avaliação multidimensional vinculada a critérios socionormativos e interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo idoso e o seu ambiente. O autor descreve esse construto em quatro dimensões:

- 1- *Competência comportamental*: representa a avaliação do indivíduo no que diz respeito à sua saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social e a utilização do tempo. Essa dimensão comporta vários aspectos de objetividade em sua avaliação.
- 2- *Condições ambientais*: está relacionada ao contexto ecológico e ao construído pelo ser humano e tem relação direta com a competência comportamental. No caso da velhice a avaliação diz respeito se as cidades, organização e residências oferecem aos idosos adequadas, confortáveis e seguras condições para interagirem no ambiente.
- 3- *Qualidade de vida percebida*: diz respeito à avaliação subjetiva do que cada indivíduo faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Os principais indicadores são: saúde percebida, doenças auto referidas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconfortos, alterações percebidas na cognição e senso de auto eficácia nos domínios físico e cognitivo.
- 4- *Bem estar subjetivo*: consiste na avaliação pessoal e privada sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três dimensões já relatadas. Nessa dimensão há dois tipos de indicadores, cognitivos e emocionais. Sendo que os cognitivos incluem a satisfação global com a vida e a satisfação referenciada aos domínios saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais, relações familiares e espiritualidade. No indicador emocional estão inclusos os afetos positivos e negativos.

Segundo Sousa, Galante e Figueiredo (2003), a qualidade de vida do idoso não depende somente do momento em que está vivendo, mas também do que viveu ao longo sua trajetória de vida, pois a sua saúde física e psicológica, o seu envolvimento social e os recursos materiais, fundamentais para uma percepção positiva de qualidade de vida, são adquiridos gradativamente ao longo da vida. É importante destacar que sempre é possível melhorar a percepção de qualidade de vida das pessoas idosas, mesmo se elas tenham sofrido privações no passado, mas é inegável que o passado exerce influências no presente e futuro. Nesse sentido, Victor et al. (2000) ressaltam que as pessoas idosas são mais propensas a avaliarem sua qualidade de vida menos positivamente, isto porque, a vulnerabilidade à dependência e perda da autonomia, resultantes das alterações biológicas e das

mudanças nas exigências sociais (perda de papéis sociais e diminuição da rede social), representam uma ameaça real para muitos idosos.

2.3 RECURSOS DE ENFRENTAMENTO E BEM-ESTAR NA VELHICE

Devido às mudanças físicas, psicológicas e sociais decorrentes do processo envelhecimento e fatores associados, os idosos têm maiores probabilidades de enfrentar eventos estressores específicos, diferentes daqueles enfrentados pelas pessoas mais jovens. As pessoas mais velhas tendem a enfrentar um total menor de grandes eventos da vida, embora enfrentem mais eventos de perda, como os declínios na saúde física, a aposentadoria, à perda de papéis sociais e a perda do cônjuge, amigos e de pessoas da família (GOLDSTEIN, 1995).

De acordo com Neri (2001), lidar satisfatoriamente com os eventos adversos da vida e especificamente os típicos da velhice, depende de como o idoso avalia esses eventos e quais recursos de enfrentamento dispõe para suportar a situação. Segundo Schwarzer e Kroll (2002), as estratégias de enfrentamento correspondem a esforços ativos para lidar com problemas e com emoções negativas presentes no momento em que o evento ocorre. Quanto mais recursos disponíveis, melhor a possibilidade de lidar com as possíveis perdas enfrentadas na velhice. Segundo Goldstein (1995) embora seja impossível listar todos os recursos dos quais o indivíduo dispõe para lidar com os episódios da vida e as demandas diárias, existem categorias básicas que classificam os recursos em pessoais, sociais e materiais.

Os recursos pessoais correspondem aos recursos físicos, como saúde, força energia, aos psicológicos, como crenças positivas (pessoais e existenciais) e de competência como ter habilidades sociais para a resolução de problemas. Os recursos sociais dizem respeito aos suportes sociais oferecidos aos idosos e como a sociedade lida com ele e como ele interage com a sociedade. Nesse contexto podemos citar a valorização do idoso na sociedade nos seus mais variados ambientes e às políticas públicas voltadas à essa população. Os recursos materiais estão relacionados à estrutura necessária para uma vida com qualidade como renda, moradia, acesso a transporte, alimentação, serviços de saúde, entre outros (AARTS, 2015; GOLDFARB; LOPES, 2011).

A utilização das estratégias de enfrentamento parece ser utilizada mais e diferentemente de acordo com o contexto e apresentam flexibilidade, ou seja, as pessoas utilizam as estratégias de acordo com as diferentes fases de solução dos problemas e diante de diferentes tipos de problemas. Nesse sentido Lazarus e Folkman (1984) classificaram as estratégias de enfrentamento em dois grupos: focalizadas no problema e focalizadas na emoção. As estratégias focalizadas no problema são orientadas à modificação das condições geradoras do estresse e sua ocorrência é mais comum nas situações modificáveis, considerando-se os recursos disponíveis. Já, as estratégias focalizadas na emoção, envolvem as modificações da cognição e dos sentimentos gerados pelos estressores e são mais comuns em situações incontroláveis. Essas estratégias funcionam como um amortecedor da pressão gerada pelos eventos estressantes para regular o bem-estar do indivíduo.

Espiritualidade e a religiosidade são recursos de enfrentamento eficazes que enquadram tanto nas estratégias focadas no problema como na emoção. De acordo com Aldwin, Yancura e Boeninger (2007), o indivíduo pode recorrer a esses recursos realizando pedidos de orações pela cura ou algum tipo de ajuda material e também na busca de conforto em situações incontroláveis como na morte de algum ente querido. Os recursos espiritualidade e religiosidade podem funcionar também como suporte social, seja por meio de apoio emocional, por exemplo quando os membros da comunidade oram um pelos outros, ou quando se dialoga com Deus para desabafar e pedir orientação, ou por meio de apoio material (SANCHES JÚNIOR, 2014). Segundo McCullough e Larson (2001), o enfrentamento religioso desempenha as seguintes funções: significado, controle, conforto/espiritualidade, intimidade/espiritualidade e transformação. Os autores ressaltam que o uso do enfrentamento religioso por amostras clínicas e hospitalizada associa-se a melhoria das condições de saúde mental.

Goldstein (1995) ressalta que há uma relação inversa entre o stress percebido e a religiosidade, em virtude dos aspectos psicológicos e sociais da experiência religiosa serem exercidos. Segundo a autora as crenças religiosas proporcionam uma perspectiva para o entendimento do evento estressante, reduzindo o seu impacto, isto porque, podem proporcionar ao indivíduo um senso de significado e propósito, fazendo com que se sinta mais amparado e com maior senso de controle diante do evento estressor. Outro fator é que a prática religiosa

fornece uma rede social significativa ao indivíduo o que poderia lhe oferecer um importante recurso para enfrentar as adversidades do dia a dia.

Goldstein e Neri (1993) ressaltam que as crenças existenciais e espirituais ou religiosas parecem ser um dos poucos recursos pessoais que tendem a aumentar na velhice. Nesse sentido, parece que essas crenças se constituem em elementos fundamentais para a regulação do bem-estar em indivíduos idosos.

Além das crenças existenciais a auto eficácia também é um importante recurso de enfrentamento na velhice. As crenças relacionadas a auto eficácia influenciam o modo pelo qual as pessoas relacionam-se com o ambiente, envolvendo as escolhas do curso de ação a ser tomado. Por exemplo, as pessoas tendem a evitar tarefas e situações que elas acreditam exceder as suas capacidades, mas assumem e desempenham atividades que julgam ser capazes de exercer. Indivíduos com maior senso de auto eficácia, tendem a enfrentar as situações e a não desistirem facilmente, ao contrário, dos indivíduos com baixa auto eficácia, que desistem ou reduzem as suas atividades (BANDURA, 1977). É importante ressaltar nesse contexto que o estado de saúde do indivíduo pode influenciar diretamente no seu senso de auto eficácia.

Quando o indivíduo idoso percebe a sua saúde como vulnerável, pode se sentir incapaz para lidar com determinadas situações e inclusive, desenvolver o senso de baixa auto eficácia. Na prática, por exemplo, essa situação pode refletir na percepção e dificuldade do idoso em realizar as suas tarefas do cotidiano ou se inserir em atividades mais desafiadoras como sair de casa e utilizar transporte coletivo. A sociedade em geral tem uma visão negativa relacionada às mudanças físicas decorrentes envelhecimento influenciando na maneira que o idoso percebe o seu corpo com relação à autoestima, auto eficácia e na sensação de controle corporal, sendo importante que o idoso se adapte à perda da capacidade física relacionada a este processo. Nesse sentido, a atividade física e o exercício físico são importantes recursos pessoais que podem auxiliar os idosos em várias situações de enfrentamento. Essas práticas promovem a aptidão física e funcional, que tem papel importante no aumento da sensação de bem estar, melhora na auto eficácia e consciência corporal. Essa condição traz impactos positivos na maneira de envelhecer (SPIRDURO, 2005).

Naturalmente que toda forma de enfrentamento, parte de uma perspectiva individual, ou seja, é necessária uma decisão pessoal para que uma

situação problema possa ser resolvida, ou ainda, que haja condições de convivência com determinado aspecto negativo, para que, a partir de uma certa organização emocional haja uma desvinculação do problema ou evento estressante.

Pelo fato desse estudo ter como objeto de estudo a espiritualidade, a íntegra percepção de saúde, qualidade de vida e nível de atividade física, na sequência será abordado mais especificamente os recursos de enfrentamento relacionado à capacidade funcional, prática de atividade física, espiritualidade e religiosidade.

2.4 CAPACIDADE FUNCIONAL E ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL NA VELHICE

As alterações nos aspectos biológicos e psicossociais decorrentes do processo de envelhecimento e fatores associados, podem influenciar a capacidade funcional do indivíduo idoso. De acordo com Neri (2001) a capacidade funcional corresponde ao grau de preservação da capacidade de realizar as tarefas do cotidiano. Spirduso (2005) ressalta que a capacidade funcional é composta pelas atividades básicas da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As atividades básicas estão relacionadas às atividades de higiene pessoal como o auto-cuidado, tomar banho, se vestir e alimentar-se; já, as atividades instrumentais, são aquelas que requerem maiores deslocamentos e maior gasto energético como arrumar a casa, ir às compras, utilizar transporte coletivo e visitar as pessoas.

A capacidade funcional do indivíduo idoso é influenciada por diversos fatores, dentre eles, as alterações biológicas inerentes ao processo de envelhecimento e, ao estilo de vida adotado ao longo da sua existência (SHEPHARD, 2003). As alterações estruturais (biológicas) no organismo do indivíduo gradativamente influenciarão a sua função, ou seja, se o idoso diminuir consistentemente a sua capacidade de exercício, como a diminuição da força muscular e da capacidade cardiorrespiratória, conseqüentemente acarretará prejuízos à sua capacidade funcional (FARINATTI, 2008).

O nível de atividade física habitual tem uma estreita relação com a capacidade funcional em indivíduos idosos. Entende-se por atividade física, qualquer movimento corporal acima dos níveis de repouso, portanto todo o movimento

corporal é considerado atividade física, como realizar as atividades domésticas, atividades de lazer, prática de exercícios físicos, caminhar entre outras (CARSPENSEN, 1985). Portanto, a capacidade funcional do indivíduo idoso depende e é preservada de acordo com o nível de atividade física que ele realiza.

A atividade física habitual da população idosa, em geral diminui com o passar do tempo e, suas causas estão associadas a fatores multidimensionais como decréscimo da condição física e barreiras arquitetônicas e sociais as quais os idosos enfrentam (FARINATTI, 2008; SHEPHARD, 2003). A diminuição da atividade física habitual pode levar o indivíduo em idade avançada à inatividade física ou à síndrome do desuso, que por sua vez pode levar ao desenvolvimento de doenças e à fragilidade física (SHEPHARD, 2003). Já está bem documentado na literatura que a prática de exercícios físicos e maiores níveis de atividade física habitual estão associados à diversos benefícios à saúde, como na prevenção e reabilitação de doenças, melhor percepção de qualidade de vida e bem-estar subjetivo.

Enfim, a capacidade de manter as tarefas do cotidiano na velhice é uma das principais preocupações dos profissionais que atuam no campo do envelhecimento (HUEY-TZY; CHIEN-HSUN; LI-HUI, 2009). A boa funcionalidade física traz autonomia à pessoa idosa e contribui para melhora do seu estado de saúde e qualidade de vida (WERNGREN-ELGSTRÖM; CARLSSON; IWARSSON, 2009). Dentre os diversos fatores preditores da boa aptidão físico/funcional, a prática de exercícios físicos é cientificamente comprovada como uma das mais importantes estratégias (BUCHNER et al., 1997; HUNTER; MCCARTHY; BAMMAN, 2004).

2.5 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E ENVELHECIMENTO

A religiosidade e a espiritualidade embora sejam próximas possuem conceitos diferentes e não necessariamente estão relacionadas. A religiosidade, segundo Koenig et al. (2001) é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional com participação na igreja ou templo religioso ou não organizacional como rezar, ler livros e assistir programas religiosos na televisão. Quanto a espiritualidade, Lucchetti et al. (2011) ressalta que o indivíduo não está necessariamente submetido às doutrinas religiosas e as suas práticas, mas comprometido com a reflexão sobre a vida e suas variações; na capacidade de auto

transcender e de estar desapegado da matéria, ocorrendo um comportamento mais altruísta e abnegado. Koenig et al. (2001) complementam dizendo que a espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formação de comunidades religiosas.

De acordo com Mohsen (2013), as alterações inerentes do processo ágil do envelhecimento colocam o indivíduo idoso em uma situação de maior vulnerabilidade, estando mais propenso a ter problemas existenciais, limitações físicas, doenças crônicas degenerativas e perda de autonomia. Para lidar com essa realidade, há indícios de que o indivíduo com idade mais avançada tende a se envolver mais com a religião e a desenvolver melhor a sua espiritualidade.

Caldeira (2012) explica que quando o ser humano começa a ter sinais do envelhecimento, algumas considerações são pessoalmente mais frequentes, estreitadas por algumas práticas que ganham mais intensidade, como no caso da religiosidade que se torna mais presente em seu; podendo evoluir para a espiritualidade. O indivíduo religioso tem mais possibilidades de desenvolver a sua espiritualidade. Essa dimensão do comportamento humano pode impactar positivamente na sua saúde integral, gerando benefícios que se associam ao envelhecimento bem-sucedido. Outro aspecto que pode levar a um maior desenvolvimento da espiritualidade na velhice, segundo Lucchetti et al. (2011) é a proximidade e o pensar na morte e o que vem depois dela. Esse fato faz com que a prática religiosa e o desenvolvimento da espiritualidade sejam mais evidentes e sejam muitas vezes consideradas como indispensáveis.

Lourenço (2012) ressalta que somente medidas objetivas como melhores atendimento médico, atendimento por serviços sociais, inclusão social e melhores oportunidades de relacionamentos, nem sempre são suficientes, para gerar o conforto necessário nessa etapa da vida. Desta forma, Salomé (2015) aponta que a religiosidade e a espiritualidade se constituem em importantes recursos de enfrentamento que podem auxiliar o idoso a lidar com as intercorrências do dia a dia e ter uma velhice bem-sucedida. Na religião o idoso pode obter respostas que atingem diretamente a sua realidade, oportunizando a autotranscendência e a convivência em um organismo vivo na sociedade e na religião. Ao se envolver em atividades religiosas o idoso encontra momentos de

reflexão sobre textos sagrados e atitudes que denotam submissão a esse sagrado, tendo como resultante a separação da vida daquilo que é profano, alcançando sua santificação através de hábitos saudáveis e melhores costumes e condutas éticas, esperança e possibilidades de curas. A autora complementa que, por meio dessas práticas, torna-se mais palpável o conforto físico e o consolo de espírito, proporcionando à mente um estado de compreensão daquilo que é misterioso e inatingível que sem essas chaves de leituras religiosas devocionais, é impossível visualizar.

A religião permite ao indivíduo sua inserção à um meio social promovendo um status hierárquico a partir do momento que este se envolve com a comunidade estabelecida, promotora de uma mesma confissão de fé, que em nossa cultura, sobretudo, se apresenta como – igreja; ou ainda qualquer outro local de encontro de determinado segmento religioso. O fato é que, somente a religião, isolada, seccionada do sentido majoritário da vida que deve ser o eixo principal de qualquer doutrina religiosa, pode depor contra a espiritualidade, podendo levar o indivíduo religioso à comportamentos pouco saudáveis, onde em detrimento do desenvolvimento de uma espiritualidade que comungue e valorize expressões de convivência, terá como necessidade primeira, promover sua prática religiosa através de dogmas e doutrinas. Tais elementos, podem ser desconcertantes em suas leis e fatalmente sectários se forem fundamentalistas (ALVARENGA, 2012).

Quanto a espiritualidade, tem-se uma realidade pessoal diferente, agindo na horizontalidade, no cotidiano comum daquele indivíduo que busca auxílio ou, que apressou-se em pedir socorro e/ou a buscar em meio a sua fé, o sagrado através da oração/meditação. Nesse sentido, a pessoa dotada de sua crença e fé, utiliza-se a espiritualidade como recurso de enfrentamento disponível em sua vida, assim sendo, sua capacidade de resiliência se torna robusta frente aos muitos problemas e indagações diante de diagnósticos ou prognósticos ruins que necessitam enfrentar em sua trajetória (ADAY, 2014).

O indivíduo idoso que desenvolve sua espiritualidade, podendo ser via religião ou não, consegue perceber o sagrado naquilo que é comum, que de certa maneira, é resultante de fé, de algo que não se pode ver, mas espera-se ver, ou no mínimo espera sua manifestação, sendo que, para crer no que se vê, não é necessário ter fé. Essa espiritualidade trafega do sagrado à realidade simples de uma forma marcante, fazendo com que o idoso consiga ter esperança sempre, no

sentido de perceber a importância do novo e de tentar mudanças, transformações que o levem a uma qualidade de vida que não se acomoda diante das amarguras, mas, se levanta e surpreende, se submetendo aos acontecimentos de uma maneira esperançosa (ROCHA, 2014).

Para que esse conceito seja abrangente e se detenha sobre a pessoa idosa, é necessário, como primeiro passo, conhecer a si mesmo, ou ainda reconhecer-se na necessidade para exercer fé e receber ajuda. É um processo de inerências comportamentais que afugentam toda e qualquer espécie de especulação sobre a manipulação da crença a partir da espiritualidade/religiosidade. Por isso, ler, se relacionar com a natureza, conviver em ambientes harmoniosos, escrever, desenvolver a criatividade a partir dos dons e talentos como capacidade de renovação de possibilidade; desejar ir aos serviços religiosos, são características aparentes de quem tem em sua vida, a espiritualidade (SOUZA, 2012).

Com indiscutível relevância, a espiritualidade na vida dos indivíduos idosos, advoga a favor de uma existência com significado, onde ainda a religião, permanece como centro principal para desenvolvê-la a um nível satisfatório, como uniformizam e apontam as pesquisas em torno desse tema (LUCHETTI; LUCHETTI, 2013). Essa mesma espiritualidade, promulga o bem-estar e a felicidade, que são, em um primeiro momento, características reveladoras da identidade de quem é espiritual, e que também se apresentam como moduladores de caráter. Se evoluindo juntas, religião e espiritualidade vêm demonstrando sua firme importância entre as pesquisas das mais variadas áreas científicas, onde se apresentam como fórmula para a superação dos desafios para antigos e opressores problemas (BUNKLEY, 2013). A espiritualidade se apresenta como mola propulsora da vida, valorizando-a em sua essência, sem rotulá-la ou dar a ela aculturações, permitindo-lhe o pensamento livre e um sentimento de percepção da plausibilidade de si mesmo. (STRADA, 2013). Em sua dimensão, a espiritualidade difere da religião, trazendo reflexões mais profundas sobre a existência humana e sua relação com os ambientes naturais e com outros indivíduos (SANTOS-SOUSA, 2012).

Como parte de uma conexão com o que transcende, a vida nas idades mais avançadas, leva o ser-humano à um nível de reflexão capaz de repensar sua trajetória a partir de seus erros e acertos, levando-o reatar relacionamentos através do perdão; se perdoar também, frente aos mais variados desvios cometidos conforme sua própria avaliação e autocrítica, suas marcas como

cidadão, suas metas atingidas como membro, pai ou mãe de família e; ainda, sobre sua contribuição social. É, principalmente a espiritualidade, que promove essas percepções sobre essa realidade, que leva o indivíduo idoso a olhar com critério para sua história. É uma espécie de objetivação, que transforma algo abstrato em algo quase concreto, é uma transição da mente para o mundo físico (MOSCOVICI, 2003).

Com uma expectativa de vida avançada em termos de uma média etária, o/a idoso, a partir de uma idade teoricamente elevada passa a se preocupar com o futuro que no momento da instalação consciente da velhice, deixa de ser distante, passando a fazer parte de uma realidade próxima que precisa ser refletida. Aqui, a reflexão sobre fim da vida, a eminência da morte e suas consequências para a família e até para o próprio indivíduo, começa a ter um sentido mais amplo e significativo, pois se aproxima de um ponto final. Dessa forma, uma pessoa que desenvolveu sua espiritualidade com uma identidade particular, se relacionando com o sagrado; com o outro de uma forma altruísta; com o meio ambiente de uma maneira consciente, alcança um nível de compreensão inexpugnável de sua existência, pois elucida uma dimensão complexa entendendo-a por suas características como: transcendência do mundo, convivência no mundo, comunhão com Deus, prática religiosa aceitável, qualidade de vida e consideração aos espaços de promoção da vida. (GALL; MALLETE, 2013).

2.5.1 Envelhecimento, religião, espiritualidade e saúde: evidências científicas

O reconhecimento da espiritualidade como componente da saúde e qualidade de vida aumentou o interesse dos pesquisadores das mais diversas áreas a investigarem esse determinante no contexto do envelhecimento. Segundo Vasconcelos, (2009) as pesquisas nesse campo iniciaram-se na década de 80 e cada vez mais tem ganhado projeção e despertado interesse da comunidade científica.

As principais evidências que relacionam a religião como um dos fatores fortes determinantes da saúde são apoiadas em três pressupostos. O **primeiro** considera o incentivo que as comunidades religiosas exercem para as pessoas adotarem comportamentos que melhoram a saúde em detrimento dos comportamentos prejudiciais (CROWTHER et al., 2002;)(BENJAMINS; BROWN,

2004). O **segundo** está relacionado aos benefícios da meditação, realizada na prática religiosa ou não, sobre os sistemas fisiológicos que refletem no estresse (CARLSON et al., 2004) e, o **terceiro** diz respeito às dimensões sociais presentes na da religião que podem funcionar para melhorar a saúde, como o aumento dos contatos sociais, o apoio em eventos adversos e auxílio para a manutenção da mobilidade e a função física e cognitiva (FLANNELLY et al., 2004). Em relação ao terceiro pressuposto, dimensões sociais, Yeager et al. (2006) ressaltam que há resultados controversos, pois idosos saudáveis já tendem a participar de eventos sociais e da vida comunitária. Os autores complementam que, a partir do momento em que as atividades sociais não necessariamente estão relacionadas à religião, elas poderiam beneficiar a saúde dos idosos em outras atividades, independentemente da prática religiosa.

Em uma ampla revisão bibliográfica realizada por Yeager et al. (2006), esses autores concluíram que alguns aspectos da prática religiosa também podem apresentar efeitos negativos sobre a saúde, como por exemplo um risco aumentado de mortalidade para pacientes hospitalizados que atribuem as causadas das suas doenças ao abandono ou por não serem amados por Deus. Outro aspecto observado pelos autores é que o bem estar subjetivo e percepção positiva de saúde possuem maiores probabilidades de possuírem correlações positivas com a prática religiosa e a espiritualidade, mas em relação às medidas objetivas de saúde ou de parâmetros fisiológicos como pressão arterial e função imunológica, os resultados não são claros.

You et al. (2009) ao estudarem a espiritualidade e religiosidade relacionadas à percepção de saúde de 152 idosos, coreanos, de ambos os sexos, verificaram que os maiores escores de espiritualidade estiveram relacionados com percepções mais positivas de saúde geral e menores índices de depressão. Essa tendência não foi observada nas correlações com as questões a respeito da importância da religião e frequência no envolvimento das atividades religiosas. Em concordância com os resultados dessa pesquisa, Daaleman, Perera e Studenski (2004) encontraram resultados similares, ao estudar 247 idosos de ambos os sexos, pacientes de um ambulatório geriátrico nos Estados Unidos. Os autores concluíram que a espiritualidade melhor desenvolvida estava correlacionada às percepções mais positivas de saúde, mas não a religiosidade.

Em uma abordagem qualitativa, com entrevistas etnográficas e observação participante, Pincharoen e Congdon (2003) avaliaram como indivíduos idosos tailandeses que residem em uma comunidade dos Estados Unidos avaliam a sua espiritualidade e a sua relação com a saúde e o que mais valorizam nessa fase da vida. Cinco grandes temas emergiram dos dados gerados nas entrevistas: 1) conexão com recursos espirituais para a busca de conforto e paz, 2) harmonia através de corpo e mente saudáveis, 3) viver uma vida de valores éticos, 4) relações harmoniosas com família e amigos e 5) compreensão do significado da morte. Os resultados indicaram que para esses idosos a espiritualidade e saúde são integradas e se constituem em valores preciosos nessa fase da vida. Acreditam ainda que a espiritualidade se manifesta de uma forma holística e que não está necessariamente relacionada a uma religiosidade.

Lowis, Edwards e Burton (2009) avaliaram a espiritualidade, religiosidade e saúde, dentre outras variáveis, como recursos de enfrentamento para os idosos lidarem com a vida após a aposentadoria. Participaram do estudo 133 idosos ingleses, aposentados, de ambos os sexos, com média de 72 anos de idade, residentes na comunidade e fisicamente independentes. Os resultados indicaram que a espiritualidade e religiosidade se constituíram em mecanismos de enfrentamento secundários e não primários para os idosos lidarem com a aposentadoria. Os autores acreditam que esses recursos podem ter mais relevância para os idosos com idades mais avançadas e em estados de maior fragilidade.

Os dados disponíveis, de forma geral apresentam uma tendência da religiosidade e espiritualidade desenvolvidas apresentarem relações com percepções positivas de saúde de indivíduos idosos. Apesar dessa tendência, os resultados devem ser observados com cautela pois fatores sociais, culturais, demográficos, econômicos, cognitivos, tipos de crenças e de status funcional podem influenciar nesses resultados. Esse quadro sugere que mais pesquisas sejam realizadas nesse contexto para que questões que ainda permanecem obscuras sejam elucidadas.

3. MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa caracteriza como: estudo descritivo de delineamento transversal; utilizou questionários e entrevistas para identificar e associar a espiritualidade e religiosidade, a qualidade de vida, nível de atividade física habitual e variáveis sociodemográficas e de saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Norte do Paraná.

3.2 AMOSTRA

Amostra foi constituída por 150 idosos (41 homens e 109 mulheres), com mediana de 67,5 anos, fisicamente independentes, residentes na comunidade do município de Londrina e região metropolitana. Os critérios de inclusão foram: possuir estado mental normal, por meio da avaliação do Mini-Exame do Estado Mental, considerando os pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade, propostos por Bertolucci et al. (1994), ser fisicamente independente e não residir em instituições de longa permanência. Os idosos foram recrutados por conveniência em unidades de saúde e por indicação dos próprios idosos.

3.3 INSTRUMENTOS

Inicialmente foi realizada a seleção da amostra mediante a constatação de que o idoso era fisicamente independente e residia na comunidade. Na sequência, foi realizada a classificação do Estado Mental do idoso de acordo com a descrição a seguir:

Avaliação do Estado Mental: foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), criado por Folstein e colaboradores (1975) e traduzido para o português por Bertolucci et al. (1994). O instrumento é uma escala de rastreamento cognitivo, com boa correlação com a evolução do processo demencial, desde que

levado em conta o nível educacional do indivíduo para o ajuste dos pontos de corte. O teste busca avaliar a Orientação Temporal e Espacial, Memória Imediata, Atenção e Cálculo, Evocação, Linguagem e Praxia. É o mais utilizado para detectar déficit cognitivo pela sua praticidade e simplicidade. A pontuação máxima do questionário é de 30 pontos e é adotado os seguintes pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade: analfabetos: 13 pontos; 1 a 8 anos incompletos de estudo: 18 pontos; 8 anos ou mais de estudo: 26 pontos (Anexo A).

Após a triagem dos idosos as coletas de dados da pesquisa foram realizadas mediante as variáveis de análise.

Avaliação do Perfil Sociodemográfico e Condições de Saúde: O perfil sociodemográfico como idade, escolaridade, nível socioeconômico, comorbidades, percepção de saúde e sentimentos de tristeza foram levantados mediante um questionário elaborado especialmente para o estudo. (Apêndice A).

Avaliação da Espiritualidade: Foi avaliada pelo Daily Spiritual Experience Scale, proposto por Underwood e Teresi (2002) e validado para a população brasileira por Kimura et al. (2012). A escala é composta por 16 questões que avaliam a frequência com que as pessoas vivenciam, no seu cotidiano, experiências de proximidade com Deus, fortaleza e conforto na religião e na espiritualidade, conexão com a vida de modo geral, amor aos outros, admiração pela natureza, paz interior, gratidão por bênçãos e desejo de proximidade com Deus, sem destacar alguma religião ou crença, precisamente, e nem os comportamentos por elas forjados. Alguns dos seus itens incluem a palavra *Deus* (itens teístas), enquanto outros usam linguagem secular ou não teísta. Nos itens teístas, os respondentes que não se sentirem confortáveis com a palavra *Deus* são instruídos a substituí-la por outra que signifique o divino ou o sagrado para eles. Dessa forma, o instrumento é aplicável também a respondentes não religiosos, inclusive ateus e agnósticos. O instrumento foi concebido com base em fontes teológicas, religiosas e das ciências sociais e inclui uma ampla variedade de experiências que podem ser encontradas em diversas tradições religiosas e espirituais e busca avaliar a natureza e a profundidade dessas experiências. O questionário é composto por 16 questões, sendo que as 15 primeiras estão dispostas em uma escala do tipo Likert, com pontuações variando de 1 (*muitas vezes ao dia*) a 6 (*nunca ou quase nunca*). A questão 6 "*Em geral, quanto você se sente próximo de Deus?*" é respondida numa

escala de 4 pontos (de 1 = *nada próximo* a 4 = *tão próximo quanto possível*). O escore do item 16 deve ser invertido para manter a mesma direção dos demais itens. O escore total é obtido pela soma das pontuações dos 16 itens, podendo variar de 16 a 94. Menores pontuações refletem maior frequência de experiências espirituais (Anexo B).

Avaliação da Religiosidade: foi avaliada pelo índice de Religiosidade de Duke (DUREL). É uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig, Meador e Parkerson (1997) e validada para a população brasileira por Moreira-Almeida et al. (2008). Esse instrumento mensura o envolvimento religioso que promove bem-estar e saúde descritos em três aspectos – Religiosidade Organizacional (RO, item 1): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); – Religiosidade Não Organizacional (RNO, item 2): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.); – Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3-5): nessas questões apontam-se para a plenitude da vivência religiosa como pressuposto de uma vida com princípios, que denotam paciência capacidade de reflexão diante dos imediatismos desnecessários. No que se refere ao cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente. As opções de resposta dos três últimos itens estão em escala do tipo *Likerte* foram derivados da escala de 10 itens de religiosidade intrínseca de Hoge. O DUREL é um instrumento sucinto e de fácil aplicação, que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade. As dimensões da religiosidade mensuradas por esse instrumento têm se mostrado relacionadas a diversos indicadores de saúde física e mental, além de suporte social (Anexo C)

Avaliação da Qualidade de Vida: foi avaliada pelo WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, ambos validados para a população brasileira respectivamente por Fleck et al. (2000) e Fleck et al. (2006). Os dois instrumentos foram aplicados seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. O WHOQOL-Bref avalia aspectos mais gerais relacionados a qualidade de vida e o WHOQOL-Old, aspectos mais específicos que envolvem o envelhecimento.

O módulo WHOQOL-Bref é constituído de 26 perguntas (sendo as perguntas número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), com respostas seguindo

uma escala de Likert de 1 a 5 (quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Além dessas duas questões, o instrumento tem mais 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: 1) Físico, que avalia a percepção a respeito de aspectos da vida que envolvem a dor/desconforto, energia/vitalidade, qualidade do sono, mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e tratamentos e capacidade de trabalho; 2) Psicológico, que considera a autoestima, sentimentos positivos e crenças religiosas e pessoais; 3) relações sociais, que avalia o envolvimento social e; 4) Meio ambiente que avalia o meio ambiente o qual o indivíduo está inserido, como o lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde, oportunidade de aprender, participação em atividades de lazer, acesso a transporte e ambiente físico como poluição, ruído, trânsito e clima (Anexo D).

O módulo WHOQOL-Old é constituído por 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert de 1 a 5 (quanto maior a pontuação mais positiva a avaliação) atribuídos a seis domínios, que são: 1) Funcionamento do Sensorial, que avalia o impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida destituindo o idoso de sua funcionalidade; 2) Autonomia, que está relacionada à independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões; 3) Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia; 4) Participação social, que avalia a participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade; 5) Morte e morrer, que avalia as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer e 6) Intimidade, que avalia a capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos. Cada um dos domínios possui 4 questões, podendo oscilar de 4 a 20 pontos. As pontuações do escore total e de cada domínio foram convertidas em escores de 0 a 100 pontos, sendo que escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (Anexo D).

Avaliação do nível de atividade física habitual: foi avaliado pela versão do Questionário de Baecke Modificado para Idosos - QBMI (VOORRIPS et al., 1991), validado para a população brasileira por Mazo (2001). O questionário avalia o nível de atividade física em três domínios: tarefas domésticas, atividades físicas e/ou esportivas e atividades de lazer. Os escores são obtidos por meio de perguntas específicas e pela relação entre tipo, frequência e intensidade da atividade. Quanto maior o escore, melhor o nível de atividade física (Anexo F).

3.4 COLETA DE DADOS

As coletas foram realizadas entre Agosto e Setembro de 2015 em um único período do dia para cada idoso. Primeiramente foi realizada a triagem da amostra aplicando-se o Mini-Exame do Estado Mental. Caso o idoso tenha atendido aos critérios de inclusão e exclusão foram aplicados os questionários na seguinte ordem: informações sociodemográficas, questionários de qualidade de vida, o questionário de nível de atividade física e os questionários sobre a espiritualidade e religiosidade. Todos os instrumentos foram aplicados mediante entrevista por profissionais e estudantes de iniciação científica devidamente treinados. Cada entrevista teve duração em média de 60 minutos. Os dados só foram coletados após os idosos receberem as informações sobre a pesquisa, aceitarem voluntariamente a participar do estudo e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todos resultados foram analisados através pacote estatístico SPSS versão 20.0. Inicialmente a hipótese de distribuição normal foi testada aplicando a proposição de Shapiro-Wilk. Os resultados apresentaram violação da hipótese, assim optou-se pelas análises não paramétricas e apresentação dos resultados em Mediana e Intervalo interquartil, frequência absoluta e relativa. Empregou-se o teste Mann-Whitney na comparação dos resultados entre homens e mulheres. Na sequência, os resultados de Qualidade de Vida, espiritualidade, religiosidade, atividade física foram ajustados em três categorias (tercis) para compreender as associações entre religiosidade e espiritualidade com as demais variáveis, sociodemográficas, qualidade de vida e atividade física. Para tanto, empregou-se o teste de qui-quadrado para tendência. Após as análises univariadas foi estabelecido um modelo multivariado de regressão Ordinal considerando os efeitos univariados com base e um método de entrada Backward. Considerou-se como variáveis

desfecho as representantes de qualidade de vida, atividade física e saúde percebida.

Optou-se por apresentar as tabelas contendo os resultados significativos e a descrever as variáveis explicativas que ajustaram tal efeito. Os resultados foram estabelecidos de acordo com um nível de significância $P < 0,05$.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 150 indivíduos idosos, dos quais 72,7% eram mulheres e 27,3% homens, todos fisicamente independentes, com estado mental normal e residentes na comunidade.

A Tabela 1, em que são mostrados os resultados descritivos do perfil da amostra, indica que a maioria possui baixa escolaridade, constituindo-se em quase 80% com até quatro anos completos de estudo, sendo que desses, uma importante quantia de pessoas nunca frequentou a escola ou frequentaram apenas um a dois anos. Em relação à situação conjugal, grande parte dos entrevistados eram casados, seguido pelos viúvos e separados.

A grande minoria vivia em união estável ou era solteira. Em decorrência dessas características, a maioria declarou que residia acompanhada e normalmente na companhia do cônjuge ou familiares, principalmente filhos. Quase 90% dos idosos relataram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua moradia ou condição que residem.

Na variável situação profissional atual, a maioria se encontra aposentada, e a minoria ainda exerce trabalhos formais ou informais. Em torno de 15% declarou não ser aposentada e nem possuir trabalho. Mais de 90% dos idosos afirmaram possuir renda própria, sendo que a maior parte é proveniente da aposentadoria ou pensão. Em torno de 60% disseram estar satisfeitos com esses rendimentos e próximo aos 40% afirmaram estar insatisfeitos ou “mais ou menos” insatisfeitos com a renda; nas questões voltadas à saúde, 70% dos idosos possuem até quatro comorbidades sendo que destes mais da metade declarou possuir mais de uma ou até duas.

Na auto percepção de saúde a maioria acredita que sua saúde está entre boa a excelente, 68% a classifica como boa, e em torno de 17% a percebem como ruim ou muito ruim. Em relação à percepção de tristeza, a grande maioria afirmou nunca sentir esse sentimento.

Tabela1- Resultados descritivos das variáveis sociodemográficas, comorbidades auto referidas e sentimento de tristeza. Londrina – 2015.

VARIÁVEIS		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo	<i>Homem</i>	41	27,3%
	<i>Mulher</i>	109	72,7%
Escolaridade (anos)	<i>Nunca frequentou</i>	28	18,7%
	<i>1 – 2 anos</i>	32	21,4%
	<i>3 – 4 anos</i>	59	39,3%
	<i>5 anos ou mais</i>	31	20,7%
Situação conjugal	<i>Solteiro</i>	3	2,0%
	<i>Casado</i>	80	53,3%
	<i>Separado</i>	15	10,0%
	<i>Viúvo</i>	47	31,3%
	<i>União Estável</i>	5	3,3%
Situação residência	<i>Sozinho</i>	16	10,7
	<i>Acompanhado</i>	134	89,3
Condição de moradia	<i>Muito insatisfeito</i>	7	4,7%
	<i>Insatisfeito</i>	11	7,3%
	<i>Mais ou menos</i>	2	1,3%
	<i>Satisfeito</i>	97	64,7%
	<i>Muito satisfeito</i>	33	22,0%
Situação profissional atual	<i>Sem trabalho</i>	22	14,7%
	<i>Aposentado</i>	116	77,3%
	<i>Trabalho formal</i>	8	5,3%
	<i>Trabalho informal</i>	4	2,6%
Rendimento	<i>Sim Não</i>	140 10	93,6% 6,4%
Proveniência da renda	<i>Não</i>	9	6,0%
	<i>Aposentadoria</i>	100	66,7%
	<i>Pensão</i>	22	14,7%
	<i>Ajuda</i>	1	0,7%
	<i>Trabalho</i>	18	12,0%
Satisfação com a renda	<i>Muito insatisfeito</i>	7	4,6%
	<i>Insatisfeito</i>	31	20,7%
	<i>Mais ou menos</i>	23	15,3%
	<i>Satisfeito</i>	83	55,3%
	<i>Muito satisfeito</i>	6	4,0%
Comorbidades	<i>0</i>	8	5,2%
	<i>1 a 2</i>	62	41,4%
	<i>3 a 4</i>	35	23,4%
	<i>5 ou mais</i>	45	30,0%
Saúde percebida	<i>Excelente</i>	8	5,3%
	<i>Muito boa</i>	15	10,0%
	<i>Boa</i>	102	68,0%
	<i>Ruim</i>	21	14,0%
	<i>Muito ruim</i>	4	2,7%
Sentimentos de tristeza	<i>Sempre Às vezes</i>	6	4,0%
		21	14,0%
	<i>Nunca</i>	123	82,0%

Os resultados comparativos entre gêneros na Tabela 2, indicam que homens e mulheres não eram estatisticamente diferentes na idade, estado mental e todas as variáveis de qualidade de vida, tanto avaliada pelo WHOQOL-Bref quanto pelo WHOQOL-Old.

De uma forma geral os resultados indicam que os idosos possuem uma percepção positiva sobre a sua qualidade de vida. De um escore de 0 a 100, sendo que quanto mais alto mais positiva a percepção, a maior parte dos escores ficaram em torno dos 70 pontos ou mais. Nos WHOQOL-Bref os homens e as mulheres obtiveram maiores pontuações nos domínios psicológico e relações sociais, já no WHOQOL-Old, as percepções mais positivas foram nos aspectos funcionamento sensorial e morte e morrer, ambos com mais de 80 pontos.

As variáveis espiritualidade e religiosidade diferem-se estatisticamente na significância entre os homens e mulheres foram encontradas. Os escores do DSES indicaram que as mulheres possuem espiritualidade mais desenvolvida do que os homens e estão mais inseridas em práticas religiosas organizacionais e não organizacionais do que os homens (DUREL-RO e DUREL-RNO). As medianas referentes ao DUREL-RO e ao DUREL-RNO mostraram respectivamente que os homens e as mulheres costumam frequentar templos ou encontros religiosos uma vez por semana e que diariamente dedicam parte do seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos.

Apesar das medianas nos dois grupos serem iguais as diferenças entre os dois grupos podem ser observadas nos intervalos interquartílicos em que os homens apresentaram frequências mais esporádicas dessas práticas do que as mulheres. Em relação à religiosidade Intrínseca (DUREL-RI), homens e mulheres não se diferenciaram estatisticamente. Os resultados sobre o nível de atividade física habitual também indicaram diferenças entre os homens e as mulheres. As mulheres possuem significativamente um maior nível de atividade física e realizam mais atividades domésticas e de lazer do que os homens. Em relação à prática de atividades físicas formais ou esportes, homens e mulheres apresentaram níveis semelhantes.

Tabela 2- Resultados comparativos entre gêneros nas variáveis de qualidade de estado mental, qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade.

	GERAL		HOMENS		MULHERES		<i>p</i> H x M
	Mediana	P25-75	Mediana	P25-75	Mediana	P25-75	
Idade	67,5	64-73	68	67-73	67	63-73	0,109
MEEM	26,5	25-29	27	26-29	26	24-29	0,056
WHOQOL-BREF - Total	70,1	64-76	70,1	66-75	70,1	63-76	0,750
<i>Físico</i>	67,8	61-79	67,8	64-75	67,8	57-79	0,804
<i>Psicológico</i>	75	67-79	79,1	71-79	75	67-79	0,155
<i>Relações sociais</i>	75	58-75	75	67-75	75	58-75	0,214
<i>Meio ambiente</i>	68,7	59-75	68,7	59-75	68,7	59-75	0,896
WHOQOL-OLD - Total	72,9	66-80	72,9	65-79	72,9	67-80	0,720
<i>Funcionamento Sensorio</i>	84,3	69-94	87,5	75-94	81,2	69-94	0,834
<i>Autonomia</i>	68,7	56-75	68,7	56-75	68,7	56-75	0,672
<i>Passado-presente-futuro</i>	68,7	63-75	68,7	63-75	75	63-75	0,561
<i>Participação social</i>	75	63-75	75	63-75	75	63-75	0,636
<i>Morte e morrer</i>	81,2	63-100	81,2	56-100	81,2	63-94	0,657
<i>Intimidade</i>	75	69-81	75	75-75	75	69-81	0,566
DSES	34	31-38	36	32-40	33	31-37	0,015
DUREL-RO	2	1-2	2	2-4	2	1-2	0,001
DUREL-RNO	2	1-2	2	2-2	2	1-2	0,049
DUREL-RI	1	1-2	1	1-2	1	1-2	0,810
		<u>3,5-6,5</u>		<u>2,4-4,8</u>		<u>4,1-6,9</u>	
BAECKE-Total	4,8	3,67	5,17	0,001			
<i>Atividades domésticas</i>	1,8	1,5-2,0	1,20	0,9-1,6	1,90	1,7-2,0	0,001
<i>Atividades Físicas</i>	1,2	0,0-2,8	0,89	0,0-2,8	1,89	0,0-2,8	0,183
<i>Atividades de lazer</i>	1,1	0,3-2,4	0,60	0,2-1,3	1,21	0,4-2,7	0,025

MEEM- Miniexame do estado mental; WHOQOL-BREF- questionário abreviado de qualidade de vida; WHOQOL-OLD- questionário de qualidade de vida com questões voltadas ao envelhecimento. DSES- Daily Spiritual Experience Scale (avaliação da espiritualidade); DUREL-RO – religiosidade organizacional; DUREL-RNO – religiosidade não organizacional; DUREL-RI – religiosidade intrínseca; BAECKE- questionário de atividade física.

Os resultados das associações entre a espiritualidade, avaliada pelo DSES, com as variáveis do estudo, indicaram associações significativas com oito variáveis relacionadas à percepção de qualidade de vida ($p < 0,05$ para todas).

De modo geral esses resultados indicam que uma espiritualidade mais desenvolvida, idosos alocados no tercil 1 (T1), está associada à melhor percepção de qualidade de vida, idosos alocados no tercil 3 (T3) e vice-versa, ou seja, indivíduos com a espiritualidade menos desenvolvida (T3) tendem a ter pior percepção de qualidade de vida (T1) (Tabela 3). Essas associações ocorreram com

a percepção geral de qualidade de vida, pelo WHOQOL-Bref e os seus quatro domínios (aspectos físicos, psicológicos, relacionamento social e meio ambiente) e pelo escore total do WHOQOL-Old e dois dos seus domínios: autonomia e intimidade.

Tabela 3- Resultados significativos entre a espiritualidade e as variáveis do estudo. Londrina – 2015.

		T1		T2		T3	
		n	%	n	%	n	%
WHOQOL-BREF Total	T1	9	6,0%	15	10,0%	25	16,7%
	T2	17	11,3%	19	12,7%	14	9,3%
	T3	23	15,3%	16	10,7%	12	8,0%
WHOQOL-BREF <i>Físico</i>	T1	13	8,7%	15	10,0%	21	14,0%
	T2	14	9,3%	20	13,3%	16	10,7%
	T3	22	14,7%	15	10,0%	14	9,3%
WHOQOL-BREF <i>psicológico</i>	T1	12	8,0%	15	10,0%	22	14,7%
	T2	15	10,0%	19	12,7%	16	10,7%
	T3	22	14,7%	16	10,7%	13	8,7%
WHOQOL-BREF <i>Relações sociais</i>	T1	8	5,3%	18	12,0%	23	15,3%
	T2	17	11,3%	18	12,0%	15	10,0%
	T3	24	16,0%	14	9,3%	13	8,7%
WHOQOL-BREF <i>Meio ambiente</i>	T1	12	8,0%	15	10,0%	22	14,7%
	T2	11	7,3%	20	13,3%	19	12,7%
	T3	26	17,3%	15	10,0%	10	6,7%
WHOQOL-OLD Total	T1	18	12,0%	21	14,0%	12	8,0%
	T2	16	10,7%	10	12,7%	23	15,3%
	T3	15	10,0%	19	12,7%	16	10,7%
WHOQOL-OLD <i>Autonomia</i>	T1	12	8,0%	15	10,0%	22	14,7%
	T2	18	12,0%	17	11,3%	15	10,0%
	T3	19	12,7%	18	12,0%	14	9,3%
WHOQOL-OLD <i>Intimidade</i>	T1	18	12,0%	21	14,0%	12	8,0%
	T2	9	12,0%	15	10,0%	25	16,7%
	T3	18	12,0%	18	12,0%	14	9,3%

WHOQOL-BREF- questionário abreviado de qualidade de vida; WHOQOL-OLD- questionário de qualidade de vida com questões voltadas ao envelhecimento.

As associações entre a religiosidade organizacional (DUREL-RO) a priori mostraram significativas com cinco variáveis: o domínio atividades domésticas do questionário de nível de atividade física de BAECKE, o domínio psicológico do WHOQOLBref, o escore total do WHOQOL-Old e nos domínios autonomia e

participação social ($p < 0,05$ para todas). (Tabela 4). Esses resultados indicam que o maior envolvimento em atividades religiosas organizacionais está associado aos idosos que 1) realizam mais atividades domésticas, 2) que possuem mais sentimentos positivos, melhor memória e concentração, autoestima elevada, melhor imagem corporal, que conseguem lidar melhor com os sentimentos negativos e que são mais envolvidos com a espiritualidade, religião e crenças pessoais, 3) que possuem avaliações mais positivas da sua qualidade de vida global voltadas às questões mais específicas do envelhecimento e 4) que possuem uma vida independente e 5) com boa participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade.

Tabela 4- Resultados significativos entre a religiosidade organizacional e as variáveis do estudo. Londrina – 2015.

	DUREL-RO – RELIGIOSIDADE ORGANIZACIONAL								
		T1		T2		N	T3		
		n	%	n	%			%	
BAECKE Atividades domésticas	T1	10	6,7%	19	12,7%	20	13,3%		
	T2	18	12,0%	14	9,3%			18	12,0%
	T3	21	14,0%	17	11,3%			13	8,7%
WHOQOL-BREF <i>Psicológico</i>	T1	8	5,3%	24	16,0%	17	11,3%		
	T2	18	12,0%	13	8,7%			19	12,7%
	T3	23	15,3%	13	8,7%			15	10,0%
WHOQOL-OLD TOTAL	T1	12	8,0%	18	12,0%	19	12,7%		
	T2	12	8,0%	17	11,3%			21	14,0%
	T3	25	16,7%	15	10,0%			11	7,3%
WHOQOL-OLD <i>Autonomia</i>	T1	13	8,7%	18	12,0%	18	12,0%		
	T2	11	7,3%	17	11,3%			22	14,7%
	T3	25	16,7%	15	10,0%			11	7,3%
WHOQOL-OLD Participação social	T1	12	8,0%	16	10,7%	21	14,0%		
	T2	14	9,3%	16	10,7%			20	13,3%
	T3	23	15,3%	18	12,0%			10	6,7%

BAECKE- questionário de atividade física; WHOQOL-BREF- questionário abreviado de qualidade de vida; WHOQOL-OLD- questionário de qualidade de vida com questões voltadas ao envelhecimento.

Na Tabela 5, observa-se que a religiosidade não organizacional (DUREL-RNO) se associou significativamente com a situação de moradia ($p < 0,05$), indicando que os idosos que moram acompanhados tendem a ter uma prática em todos os níveis de envolvimento de várias vezes ao dia a raramente, já os idosos que residem sozinhos tendem a ter maior envolvimento nessas atividades.

Tabela 5- Resultados significativos entre a religiosidade não organizacional e a variável situação de moradia. Londrina – 2015.

		DUREL-RNO – RELIGIOSIDADE NÃO ORGANIZACIONAL					
		T1		T2		T3	
		N	%	N	%	N	%
MORADIA	<i>Sozinho</i>	8 41	5,3%	6 44	4,0%	2 49	1,3%
	<i>Acompanhado</i>		27,3%		29,3%		32,7%

Em relação à religiosidade intrínseca (DUREL-RI), os resultados indicam associações significativas com seis variáveis de qualidade de vida: o domínio relações sociais do WHOQOL-Bref, o escore total do WHOQOL-Old e as dimensões funcionamento sensorial, autonomia, participação social, morte e morrer e intimidade ($p < 0,05$ para todas) (Tabela 6).

Esses resultados indicam que os idosos com a religiosidade intrínseca mais desenvolvida tendem a 1) ter melhores relacionamentos sociais, apoio e suporte social e melhor sexualidade, 2) possuir percepções mais positivas de qualidade de vida, nos aspectos mais específicos do envelhecimento, como por exemplo, 3) no seu funcionamento sensorial, que envolve a capacidade de se manter independente com liberdade para viver de forma autônoma, 4) na maior inserção nas atividades da comunidade, 5) em lidar melhor com as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer e 6) maior capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.

Tabela 6- Resultados significativos entre a religiosidade intrínseca e as variáveis do estudo. Londrina-2015.

		DUREL-RI – RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA					
		T1		T2		T3	
		N	%	N	%	N	%
WHOQOL-BREF <i>Relações sociais</i>	T1	12	8,0%	17	11,3%	20	13,3%
	T2	13	8,7%	18	12,0%	19	12,7%
	T3	24	16,0%	15	10,0%	12	8,0%
WHOQOL-OLD TOTAL	T1	10	6,7%	11	7,3%	28	18,7%
	T2	13	8,7%	24	16,0%	13	8,7%
	T3	26	17,3%	15	10,0%	10	6,7%
WHOQOL-OLD <i>Funcionamento sensorio</i>	T1	10	6,7%	17	11,3%	22	14,7%
	T2	17	11,3%	15	10,0%	18	12,0%
	T3	22	14,7%	18	12,0%	11	7,3%
WHOQOL-OLD <i>Autonomia</i>	T1	9	6,0%	18	12,0%	22	14,7%
	T2	14	9,3%	21	14,0%	15	10,0%
	T3	26	17,3%	11	7,3%	14	9,3%

WHOQOL-OLD <i>Participação social</i>	T1	11	7,3%	13	8,7%	25	16,7%
	T2	12	8,0%	23	15,3%	15	10,0%
	T3	26	17,3%	14	9,3%	11	7,3%
WHOQOL-OLD <i>Morte e morrer</i>	T1	8	5,3%	12	8,0%	29	19,3%
	T2	18	12,0%	18	12,0%	14	9,3%
	T3	23	15,3%	20	13,3%	8	5,3%
WHOQOL-OLD <i>Intimidade</i>	T1	11	7,3%	14	9,3%	24	16,0%
	T2	17	11,3%	19	12,7%	14	9,3%
	T3	21	14,0%	17	11,3%	13	8,7%

WHOQOL-BREF- questionário abreviado de qualidade de vida; WHOQOL-OLD- questionário de qualidade de vida com questões voltadas ao envelhecimento.

Na Tabela 7 são apresentados os resultados referentes à regressão multinomial entre a variável explicativa WHOQOL-Old-Total com a preditora DUREL-RI. Os idosos alocados no T1 (tercil 1) apresentam OR de 20,761 para o T3 (tercil 3) do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Old-Total, indicando que os idosos com uma religiosidade intrínseca mais desenvolvida apresentam 20 vezes mais chances de possuírem uma percepção mais positiva de qualidade de vida relacionada aos aspectos do envelhecimento comparado aos que tem religiosidade intrínseca menos desenvolvida, ou seja que estão no T3.

Os idosos alocados no T2 do DUREL-RI tiveram OR de 8,51 para o T3 do WHOQOL-Old-Total, indicando que os idosos com envolvimento médio na religiosidade intrínseca possuem 8 vezes mais chances de terem uma percepção positiva de qualidade de vida do que os idosos com menor envolvimento religioso (T3) do DUREL-RI. O modelo foi ajustado para as variáveis WHOQOL-Bref-Total; WHOQOL-Bref-Físico; WHOQOL-Bref-Psicológico; WHOQOL-Bref-Relações sociais; WHOQOL-BrefMeio ambiente; BAECKE-Atividade física; DUREL-RNO; satisfação com moradia; satisfação com renda; comorbidades; sentimentos de tristeza e saúde percebida. O modelo também foi aplicado nas variáveis WHOQOL-Bref, DSES e DUREL-RO, DURELRNO e DUREL-RI como variáveis explicativas, mas não apresentaram significância estatística.

Tabela 7- Resultados da análise de regressão multinomial entre a variável explicativa WHOQOL-Old-Total e as variáveis ordinais do estudo. Londrina-2015.

WHOQOL-OLD TOTAL	Preditores	B	EP	P	OR	IC 95% OR	
						Inferior	Superior
T2	Intercepto	8,593	4,073	0,035			
	DUREL-RIT3	Ref.					
	DUREL-RI T1	2,177	1,048	0,038	8,81	1,13	68,70

	DUREL-RI T2	2,239	0,929	0,016	9,38	1,52	57,96
T3	DUREL-RI T3	Ref.					
	DUREL-RI T1	3,033	1,106	0,006	20,76	2,37	181,45
	DUREL-RI T2	2,142	1,170	0,067	8,51	0,86	84,39

Ajustados para: WHOQOL-BREF-Total; WHOQOL-BREF-Físico; WHOQOL-BREF-Psicológico; WHOQOL-BREF-Relações sociais; WHOQOL-BREF-Meio ambiente; BAECHE-Atividade física; DUKE-RNO; Satisfação com moradia; Satisfação com renda; Comorbidades; Sentimentos de tristeza e Saúde percebida.

5 DISCUSSÃO

Esse estudo objetivou avaliar as possíveis associações nas dimensões espiritualidade e religiosidade com indicadores sócio-demográficos e de saúde, mostrou um perfil de amostra bastante característico da população idosa brasileira. Normalmente, são indivíduos com baixa escolaridade, aposentados e que residem acompanhados. Esse perfil é similar aos estudos realizados no Brasil cujo objeto de estudo foi a espiritualidade e religiosidade (CHAVES et al., 2014; FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007), e suas características (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; MASTROENI et al., 2007). Em países desenvolvidos, onde a maior parte dessas pesquisas foram realizadas, o perfil sociodemográfico dos idosos possui características diferentes dos avaliados por nós (BOSWELL; KAHANA; DILWORTH-ANDERSON, 2006; MEFFORD et al., 2014). Devido ao fato desses países possuírem um maior índice de desenvolvimento, esses idosos apresentam maior escolaridade e possivelmente maior renda. É importante destacar, que apesar de terem sido realizados alguns estudos no Brasil e vários outros no contexto internacional, que envolvem a espiritualidade e religiosidade em idosos, não encontramos nenhum com as mesmas características do nosso estudo. Muitos estudos avaliam idosos com doenças específicas como câncer, infarto, e principalmente com ansiedade e depressão (BLUMENTHAL et al., 2007; NELSON et al., 2009; STANLEY et al., 2011). O estudo mostrou também que homens e mulheres possuem semelhantemente uma percepção positiva de qualidade de vida, tanto avaliada de forma mais geral (WHOQOL-Bref) como por questões mais específicas que envolvem o envelhecimento (WHOQOL-Old). Os escores giraram em torno dos 70 pontos dos 100 máximos possíveis por esses instrumentos e as percepções mais positivas foram nas dimensões do WHOQOL-Old funcionamento sensorial e morte morrer, indicando que os idosos avaliados estão satisfeitos com suas habilidades sensoriais e que lidam bem com as questões que envolvem as

preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer. Apesar desses dois destaques, é importante ressaltar que de uma forma geral os idosos perceberam positivamente sua qualidade de vida em todos os outros aspectos. Esses resultados estão condizentes com os achados de vários estudos realizados com idosos de diferentes regiões do Brasil (TAMAI et al., 2011; TAVARES et al., 2014; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2011). Os escores dos instrumentos avaliados nesses estudos se situam entre 60 a 70 pontos e, a exemplo do nosso estudo, os escores do WHOQOL-Old são ligeiramente maiores do que os do WHOQOL-Bref. É importante ressaltar que a percepção mais positiva dos idosos em relação aos domínios funcionamento sensorial e sobre questões que envolvem a morte e o morrer, parece ser característica comum de idosos com o mesmo perfil dos avaliados em nosso estudo. Resultados similares foram encontrados no estudo realizado por Teston e Marcon (2015) que ao comparar a qualidade de vida entre idosos que residem na zona urbana e rural do estado de Minas Gerais – Brasil, verificaram maiores escores para esses dois domínios, somente na população que reside na zona urbana.

É importante destacar, que a percepção de qualidade de vida é diretamente influenciada por questões pessoais, ambientais e sociais, por isso ela pode ser diferente em idosos de diferentes culturas. Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde considera que a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dentro desta perspectiva, Paskulin e Molzahn (2007) mostraram que a percepção de qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-Bref, de idosos canadenses, que possuem estilo de vida e cultura diferentes dos nossos, é significativamente maior do que a dos idosos brasileiros. Já em um outro estudo realizado com idosos japoneses que residem na zona urbana e rural, realizado Sampaio et al. (2013), mostrou que os escores de qualidade de vida WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old apresentaram escores bastante similares aos encontrados na população brasileira. Acreditamos que as condições de vida características do perfil da amostra dos idosos desse estudo, favoreceram uma avaliação positiva da qualidade de vida. Apesar possuírem baixa escolaridade, serem portadores de doenças crônicas, possuem importantes recursos de enfrentamento para lidar com essas possíveis e inevitáveis dificuldades decorrentes

de sua cronologia, como: independência e autonomia, envolvimento social, que segundo Blane et al. (2004) e Walker (2005) são essenciais para uma avaliação positiva de qualidade de vida. Nos aspectos que envolvem a religiosidade, homens e mulheres se mostraram significativamente diferentes. O maior envolvimento espiritual e religioso das mulheres também está presente em vários outros estudos, mesmo em idosos com características sociais e culturais diferentes, como é o caso de estudos desenvolvidos na Austrália (MOXEY et al., 2011), nos Estados Unidos, com idosos brancos e afro-descendentes (SKARUPSKI et al., 2010) e, no Japão (KRAUSE et al., 2010). Segundo Ballew et al. (2011), essa característica deve-se à natureza social e cultural que envolvem os papéis femininos e masculinos. De maneira geral, as mulheres se sentem mais confortáveis em externalizar os seus sentimentos e emoções o que pode a desenvolverem melhor a sua espiritualidade em relação aos homens.

Os resultados referentes ao nível de atividade física, mostraram que apesar das mulheres envolverem mais que os homens em três dos aspectos avaliados, de forma geral os idosos possuem baixo nível de atividade física habitual. As medianas 5,17 para as mulheres e 3,67 para os homens são classificadas como baixo nível de atividade física, segundo estudo de Ueno (2013), que estabeleceu pontos de corte de até para esse instrumento. Segundo a autora, escores abaixo de 9,11 pontos no questionário de BAECKE significa um baixo nível de atividade física habitual. De acordo com Teixeira et al. (2011), o maior nível de atividade física das mulheres em relação aos homens é permeado por questões culturais, como por exemplo a atribuição das atividades domésticas às mulheres. Outro fator que contribui para o maior nível de atividade física, é o maior envolvimento das mulheres em grupos de convivência, programas de atividade física e de lazer. Os resultados das correlações simples realizadas entre as variáveis temáticas espiritualidade e religiosidade com as variáveis do estudo, mostraram que três delas (DSES, DUREL-RO e DUREL-RI) se correlacionaram significativamente com variáveis que envolvem os domínios de qualidade de vida “físico” e “autonomia” e realização de atividades físicas domésticas. Esses resultados indicam que a funcionalidade física, tanto identificada pela percepção do indivíduo, como na avaliação mais direta da sua inserção nas atividades cotidianas, possui uma estreita relação com o status de espiritualidade e religiosidade dos idosos. Isso quer dizer que os idosos que

percebem mais positivamente a sua condição física e autonomia tendem a ter espiritualidade mais desenvolvida e a se envolver mais com atividades religiosas organizacionais e não organizacionais. Farinatti (2008) e Spirduso (2005) ressaltam que a boa condição física fornece ao idoso uma condição de independência que lhe dá subsídios para realizar as atividades que lhes são necessárias e que tenham significado. A prática religiosa pode ser uma delas. Já a espiritualidade, que é uma condição mais intrínseca e existencial também pode ser permeada pela condição física do indivíduo. Estar com o corpo saudável e disposto para lidar com as demandas do dia a dia melhora a autoestima e a autoeficácia, que por sua vez, auxiliam no autoconceito positivo. Este estado provavelmente ajudará o indivíduo idoso a ter uma vida mais plena e com melhores condições para se dedicar à sua espiritualidade.

Os resultados que mostram que os idosos com maior inserção na realização de atividades domésticas tendem a ter maior participação nas atividades religiosas organizacionais, pode estar relacionada ao fato de se tratar de idosos mais ativos fisicamente e que possuem maior disposição para sair de casa e frequentar essas as igrejas ou grupos religiosos. Os domínios relacionamento social e participação social, respectivamente dos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old se associaram significativamente com as mesmas variáveis de religiosidade que se correlacionaram com as variáveis de desempenho físico e autonomia. Esses resultados mostraram como as redes sociais as quais os idosos participam são importantes para esse envolvimento religioso. Nesse sentido, Flannelly et al. (2004) ressaltam que as dimensões sociais e o aumento dos contatos sociais presentes na prática religiosa podem funcionar positivamente para a melhora da saúde e como apoio em eventos adversos da vida. O domínio psicológico correlacionou diretamente com espiritualidade e religiosidade organizacional, indicando que os idosos com autoestima mais elevada e possuem sentimentos positivos e crenças religiosas e pessoais tendem a ter espiritualidade mais desenvolvida e maior inserção nas atividades religiosas organizadas. Esses resultados parecem ser explicados pela condição que o idoso se avalia, que lhes dão maior resiliência para enfrentar as adversidades do dia a dia. O ambiente de convivência também apresentou correlação com a variável da espiritualidade com o funcionamento sensorial morte e morrer e; intimidade com a religiosidade intrínseca. Esses

resultados mostram que os indivíduos com espiritualidade mais desenvolvida, tendem a perceber mais positivamente o seu funcionamento sensorial, lidam melhor com as questões que envolvem a morte e possuem melhores relacionamentos pessoais e íntimos. Outro resultado que nos chamou a atenção foi que os idosos que residem sozinhos tendem a estarem mais inseridos em atividades religiosas não organizacionais, como assistir programas religiosos, pela tv, ler livros religiosos e fazer orações. Essa condição pode ser reflexo de uma menor rede social desses idosos, que por residirem sozinhos, apresentam menos disposição para sair de casa e a se inserirem em atividades em grupo. O tempo sem atividades no lar, pode ser também um pressuposto desse comportamento religioso intrínseco.

Em relação às variáveis sobre qualidade de vida com a espiritualidade e religiosidade, percebe-se que os domínios avaliados pelo WHOQOL-Old apresentaram mais significância do que os do WHOQOL-Bref. O WHOQOL-Old esteve mais presente nas associações das variáveis de religiosidade organizacional e intrínseca (DUREL –RO e DUREL –RI) e as variáveis do WHOQOL-Bref nas variáveis de espiritualidade (DSES). Essa tendência pode ser comprovada pelos resultados das regressões multinomiais, em que apresentaram associação significativa somente entre o WHOQOL-Old e a Religiosidade intrínseca (DUREL-RI). Esses resultados são observados no OR, que indica que idosos com maior religiosidade intrínseca possuem muito mais chances de ter uma percepção positiva de qualidade de vida nos aspectos mais específicos relacionados ao envelhecimento. Entendemos como limitações desse estudo o fato da amostra ter sido selecionada por conveniência e por se constituir em um estrato homogêneo da população, o que nos impediu de conhecer o comportamento dessas variáveis em idosos com outras características. Idosos com aspectos comportamentais relacionados ao bem-estar físico e psíquico podem ter sua espiritualidade diminuída; ou ainda, idosos acamados, por sua vez, podem ter uma espiritualidade alta. Outro fator limitador foi o *design* transversal do estudo que não nos permitiu estabelecer a relação causa e efeito. Apesar dessas limitações acreditamos que os pontos fortes do estudo tenham sobrepostos a elas, tais como a análise do nível de atividade física habitual nesse contexto, que segundo nosso conhecimento ainda não foi explorado em outro estudo e, o pioneirismo desse objeto de estudo em pesquisas que envolvem os profissionais de Educação Física no Brasil.

6 CONCLUSÃO

Concluimos com esse estudo que idosos residentes na comunidade, bem ativo fisicamente independentes, com estado mental normal e que apresentam características similares da maior parte dos idosos brasileiros, possuem um alto envolvimento espiritual e religioso e que essas variáveis apresentam relações com a qualidade de vida e nível de atividade física. Dentre as variáveis de qualidade de vida constatamos que as dimensões, aspecto físico e autonomia apresentam importante relação com a espiritualidade e envolvimento de práticas religiosas desses idosos, percebendo melhor suas funcionalidades físicas, sendo que entre os homens e as mulheres o nível de envolvimento com espiritualidade e religiosidade é mais acentuado no gênero feminino.

A espiritualidade e religiosidade estão bastante presentes no cotidiano ativo da população brasileira, sobretudo dos idosos, que tendem a se voltar mais para essas práticas. Nesse sentido, é importante que os profissionais da área da Saúde, inclusive o profissional de Educação Física, conheça esse contexto para que possa repensar a sua prática e as estratégias de intervenção visando o atendimento com mais qualidade e que as necessidades dos idosos como um ser integral.

REFERÊNCIAS

AARTS, J.W. et al. The relation between depression, coping and health locus of control: differences between older and younger patients, with and without cancer. **Psychooncology**. Jan 25, 2015. doi: 10.1002/pon.3748. 950-957p

ADAY R.H., KRABILL J.J., DEATON-OWENS D. Religion in the lives of older women serving life in prison. **J Women Aging**. 2014; v. 26, n. 3, p. 238-56.

ALDWIN, C.M.; YANCURA, L.A.; BOENINGER, D.K. Coping health and aging. In. ALDWIN, C.M. PARK, C.L.; SPIRO III, A. (Eds). **Handbook of Health Psychology and aging**. Ney York: The Guilford Press, 2007, p. 210-226.

ALENCAR N. A. ; ARAGÃO J. B. ; FERREIRA, M, A. ; DANTAS, E, H, M. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. Rio de Janeiro, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v.13, n.1, 2010.

ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; FACCENDA, O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 535-546, mar. 2008.

ANDRADE et al. Mental disorders in megacities: findings from São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, 2012, p. 1- 11.

AZIZ, R., STEFFENS, D.C. What are the causes of late-life depression? **Psychiatr Clin North Am**. v. 36, n. 4, 2013, 497-516. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.001.

BADDELEY A. Working memory: theories, models, and controversies. **Annu Rev Psychol**, 63, p. 1-29, 2012.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84, p. 191-215, 1977.

BARROS, M. M. B. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: BARROS, M. M. B. **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. p.113-168.

BEM, D. J. **Convicções, atitudes e assuntos humanos**. São Paulo: E P U, 1973.

BENEDETTI Bertoldo, Tânia R. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de cineantropometria e desempenho humano**, Passo Fundo-RS, 2006, v. 8, n.4 ;99-106p

BENJAMINS, M. R.; BROWN, C. Religion and preventative health care utilization among the elderly.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Proposta de padronização do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): estudo piloto cooperativo (FMUSP/EPM). **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.52, p-225, 1994. Suplemento.

BJØRKLØF, G. H. et al. Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. **DementGeriatrCognDisord**, 35, 2013, p. 121-154.

BLANE, D.; HIGGS, P.; HYDE, M.; WIGGINS, R. D. Life course influences on quality of life in early old age. **Social Science and Medicine**, 2004, 58, 2171–2179.

BLUMENTHAL, J. et al. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine**, 2007 Jul-Aug, v. 69, n. 6, pp.501-508.

BOSWELL, G.H. Spirituality and Healthy Lifestyle Behaviors: Stress Counterbalancing Effects on the Well-being of Older Adults. **Journal of Religion and Health**, Dec, 2006, v. 45, n. 4, p.587(16).

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2011 dez. 14]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcdad19.pdf>

BUCHNER, D.M. et al. The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. **J Gerontol A BiolSci Med Sci**, v. 52, n. 4, p. M218–24, 1997.

BUENO, R. D. et al. Nível de atividade física, comorbidades e idade de pacientes hipertensos. **Motriz**, v.19, n.3 supl. Rio Claro July/Sept. 2013

BULKLEY, J. et al. Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. **Psycooncology**, 22(11):2513-21. doi: 10.1002/pon.3318. Epub 2013 Jun7.

CALDEIRA, S; BRANCO, Z,C; VIEIRA,M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Rev. Enf. Ref.** ser. III n.5 Coimbra, Dez. 2012. 23-31p

CARLSON, L. E. et al. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. **Psychoneuroendocrinology**, 2003 29(4), 448–474.

CASPERSEN, C. J. MATHEW, M. Z. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinction for health-related research. **Public Health Reports**. Rockville, v. 100. n.2, p.172-9, 1985.

CHAVES, E.C.L. et al . Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: a cross-sectional study. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 3, p. 648-655, Sept. 2014.

CHODZKO-ZAJKO, W.J. et al. American College of Sports Medicine.Position Stand.Exercise and physical activity for older adults. **Med Sci Sports Exerc**, v. 41, p. 1510-1530, 2009.

CORDEIRO, J. ; DEL CASTILLO L. B. ; FREITAS C. S.; GONÇALVES, M. P. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.17 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2014.

COSTA,V. S.Prevalência de fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular encefálico em idosos.**Fisioterap. Mov.** v.27, n.4, 2014.

COUTO M. C. P. KOLLER, S. H. Avaliação de Discriminação contra Idosos em Contexto Brasileiro – Ageismo.**Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Out-Dez 2009, Vol. 25 n. 4, pp. 509-518

CROWTHER, M. R. et al.Rowe and Kahn’s Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality—The Forgotten Factor. **The Gerontologist.** v. 42, n. 5, 2002, p. 613– 620

DAALEMAN, T. P.; PERERA, S.; STUDENSKI, S. A. Religion,spirituality, and health status in geriatric outpatients.**Annals of Family Medicine**, 2, 2004, p. 49–53.

DEBERT, G. G. **A reivenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização da velhice. São Paulo: EDUSP, 1999.

DIENER, E.D. American Psychologist, Vol 55(1), Jan 2000, 34-43.

ELLERHORST-RYAN, J.M. Instruments to measure spiritual status, pp. 145-153. In B Spilker (ed.). **Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.**LippincottRaven, Filadélfia, 1996.

FARINASSO, A.L.C.; LABATE, R.C. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. **Rev. Eletr. Enf.** 2012, vol 14. 88-95p

FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento:** promoção da saúde e exercício. Barueri: Manole, 2008.

FLANNELLY, K. J.; ELLISON, C. G.; STROCK, A. L. Methodologic issues in research on religion and health.**Southern Medical Journal**, 97(12), 2004, p. 1231–1241.

FLECK MPA, CHACHAMOVIC E, TRENTINI C. Development and Validation of the Portugues versionofthe WHOQOL-OLD module. **RevSaude Publica.** 2006;40(5):785-91.

FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, VIEIRA G, SANTOS L, PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida

“WHOQOL-bref”. **RevSaude Publica**. 2000;34(2):178-83.

FLORIANO, Petterson de Jesus; DALGALARRONDO, Paulo. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007 .

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, p.189-198, 1975.

GALL TL, MALETTE J, GUIRGUIS-Y M. Spirituality and religiousness: a diversity of definitions. **J Spiritual Mental Health**, 13(3), 2011, p.158-81.

GOBBO, L. A. et al. Massa muscular de idosos do município de São Paulo - Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, 14(1), 2012, p. 1-10. doi: 10.5007/19800037.2012v14n1p1

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In.:FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2011.

GOLDSTEIN, L. L. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In: NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papyrus, 1995. p.145-158.

GOLDSTEIN, L.L.; NERI A.L. Tudo bem, graças a Deus! Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. **Gerontologia**, 1, 3, 1993, p 95-104.

HAMREN K, CHUNGKHAM HS, HYDE M. Religion, spirituality, social support and quality of life: measurement and predictors CASP-12(v2) amongst older Ethiopians living in Addis Ababa. 2015 Jul;19(7):61

HOOYMAN, N.; KIYAK, H. A. **Social gerontology: a multidisciplinary perspective**. Boston: University of Washington/Allyn and Bacon, 1997. 816p

HUEY-TZY, C., CHIEN-HSUN, L., LI-HUI, Y. Normative Physical Fitness Scores for Community-Dwelling Older Adults. **J Nurs Res** 17, 30-41, 2009.

HUNTER, G.R.; MCCARTHY, J.P.; BAMMAN, M.M. Effects of resistance training on older adults. **Sports Med**. v.34, n.5, p. 329-48, 2004.

HWANG et al. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. World Health Organization Quality of Life. **Age and Ageing**, Nov, 2003, Vol.32(6), p.593(8).

KIRKHOFF, B.A. et al. Cognitive and neural effects of semantic encoding strategy training in older adults. **Cereb Cortex**, 22, 2012, p. 788-799.

KLEIN, D. et al. A population-based intervention for the prevention of falls and fractures in home dwelling people 65 years and older in South Germany: protocol.3(1), 2014. doi: 10.2196/resprot.3126. 2014. 1-19p

KOENIG, H.G., MCCULLOUGH, M.E., LARSON, D.B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. **Am J Psychiatry** 154: 885-886, 1997.

LAZZARUS, R. FOLKMAN, S. **Stress, coping and appraisal**. New York: Springer, 1984.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e psicológica. **Saúde Coletiva**, v.4, n.17, 2007, p. 135-140.

LIMA, F. HYDE, M. ; CHUNGKHAN H.S. Quality of Life amongst Older Brazilians: A Cross-Cultural Validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese **PLOS ONE** 2014 Apr 16;9(4):e94289. doi: 10.1371/journal.pone.0094289. eCollection 2014.

LIMA, L. C. V.; BITTAR, C. M. L. A Percepção da qualidade de vida em idosos – um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v.4, n.2, 2012, p. 01-11.

LIMOEIRO, Beatrice Cavalcante. O Corpo Em Foco: Envelhecimento e Diferenças de Gênero na cidade do Rio de Janeiro. XXXIII Jornada de Iniciação Científica, Artística e Cultural da UFRJ. **Revista Todavia, Ano 3, nº 5, dez. 2012.**

LIU, L. et al. Trans-synaptic spread of tau pathology in vivo. **PLoS One**, v.7, 2012, p.e31302,

LOBO, A.S.L. Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural. **Rev. Enf. Ref.** v.serIII, n.7, 2012.

LOURENÇO, T. M. et. al. A capacidade funcional do idoso longevo: **Revisão de Literatura. Porto Alegre, 2012**

LOW, G. MOLZHAN A.E. ,SCHOPFLOCHER D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. **Health Qual. Life outcome**, 2013. 11-146

LOWIS, M. J.; EDWARDS, A. C.; BURTON, M. Coping With Retirement: WellBeing, Health, and Religion. **The Journal of Psychology**, 143(4), 2009, p. 427-448.

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 14(1), 2011, p.159-167.

LUCCHETTI, G.;LUCCHETTI, A.L.Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research, 2013.Federal University of Juiz de Fora, Brazil Brazilian **Medical Spiritist Association, Brazil**. 119-215p

MAGISTRO, D.et al.Longitudinal Study on the Relationship Between Aerobic Endurance and Lower Body Strength in Italian Sedentary Older Adults. **J Aging Phys Act**.23,2014.

MARTINS, C. R. S. Estudo de atitudes:uma revisão de conceitos.**Boletim do STPA**, Piracicaba, n. 1, 1992. 190-198

MEFFORD, L. et al. Religiousness/Spirituality and Anger Management in Community Dwelling Older Persons. **Issues in Mental Health Nursing**, Apr 2014, Vol.35(4), pp.283-291.

MIOTTO, E.C. et al. Semantic strategy training increases memory performance and brain activity in patients with prefrontal cortex lesions.**ClinNeuroNeurosurg**115, 2013, p. 309-316.

MIOTTO, E.C. et al.Right inferior frontal gyrus activation is associated with memory improvement in patients with left frontal low-grade glioma resection.**Plos One** 9(8), 2014, e105987.

MOHSEN, S.Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. **Asian Pacific SocietyNephrology**,2013. 269-275

MORAES E. N; MORAES F. L; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento.**Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 20, n.1, 2010, p.67-73.
MOREIRA-ALMEIDA, A.et al . Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2008, p. 31-32.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social.Petrópolis: Vozes; 2003. 404p

MOSZYNSKI, P. Global war on drugs is a major factor driving HIV pandemic, report warns. **BMJ**, v.345, 2012, p.e4521.

MOTA, N. B. et al. Speech Graphs Provide a Quantitative Measure of Thought Disorder in Psychosis.**PlosOne**, v.7, 2012.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 2007, p.363-372.

MOXEY, A. et al. Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. **Australasian journal on ageing**, 2011, Vol.30(2), pp.828[Periódico revisado por pares]

NELSON, C. et al. The Role of Spirituality in the Relationship Between Religiosity and Depression in Prostate Cancer Patients. **Annals Of Behavioral Medicine**, 2009 Oct, Vol.38(2), pp.105-114.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2006. 214p

NERI, A.L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A. L. (Org.) **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001. p. 161-200.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade ... In: BARROS, M. M. L. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

PINCHAROEN, S.; CONGDON, J.G. Spirituality and Health in Older, 2003. 93-108p

PONCE, S.M.H., ROSAS, R.P.E., LORCA, MB.F. Capital social, participación en asociaciones y satisfacción personal de las personas mayores en Chile. **Rev. Esp. Salud Pública**, 2014.

RAMOS, R. L.; ANDREONI, S. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**. v.47, n.3, 2013. 503-513p

RIDDICK, C. C. The impact of nainservice educational program on the gerontological knowledge and attitudes of geriatric recreational service providers. **Education Gerontology**, v. 11, 1985, p. 127-135.

ROCHA, A.C.A.; CIOSAK, S.I.: Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.48, n.spe2, 2014. 87-93p

RONCADA C, DIASCP, GOECKES S, CIDADE SE, PITREZ PM. Usefulness of the WHOQOL-BREF questionnaire in assessing the quality of life of parents of children with asthma. **Rev SaudePublica**. 2014 Oct; 48(5): 739-749.

SALEHI, A; HARRIS N. SEBBAR, B , COYNE E. Self-Perception of Quality of Life and Its Association with Lifestyle Behaviours of Young Iranian Women. **Iran J. Public Health**, 2015.

SALOMÉ, G. M. A. S.; FERREIRA, L.M. Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. **AdvSkinWoundCare**. 28(2), 2015, p.76-82.

SAMPAIO, S. et al. The association of activity and participation with quality of life between Japanese older adults living in rural and urban areas. **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**, 2013, Vol.4(2), pp.51-56.

SANCHES JÚNIOR, H. Religião: Eu não sou o caminho, e a verdade, e a vida. Londrina midiograf, 2014.256p.

SANTOS, G; SOUSA, L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**v.15, n.4. 2012. 755-765p

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. Tradução de Maria Aparecida da Silva Pereira. São Paulo: Phorte, 2003.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 37, n. 3, 2003, p. 364-371.

SOUZA, N, M. G.et al. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes *Mellitus*. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. v.33, n.1, 2012.144p

SPIRDUSO, W. W..**Dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Editora Malone, 2005.

STONE A. A. et al. A snapshot of the age distribution of spirituality psychological well being in the United States. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 107(22), 2010, p. 9985–9990.

STRADA, E.A.Spiritual well-being in patients with advanced heart and lung disease.**Palliat Support Care**, 11(3), 2013, p. 205-13. doi: 10.1017/S1478951512000065. Epub 2012 Jul 30.

STUSS DT. **Functions of the frontal lobes: relation to executive functions.**J IntNeuropsycholSoc2011;17:759-765.

TAMAI, S.A.B. et al. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. **Einstein**. 2011; 9(1 Pt 1):8-13.

TEIXEIRA, D.C. et al. Profile of physical activity in daily life in physically independent elderly men and women. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte** (Impresso), v. 26, p. 45-55, 2012.

TESTON, E.F.; MARCON, S.S. Comparative study of quality of life of elderly living condominiums versus community dwellers. **Invest. educ. enferm, Medellín** , v. 33, n. 1, Apr. 2015 . Available from 09 Oct. 2015.

Thai Persons in the United States. **Western Journal of Nursing Research**, 25(1), 2003, p. 93-108.

TUDOR-LOCKE et al. How many steps/day are enough? For older adults and special populations.**International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.8, n.80,2011.

UNDERWOOD, L. G.; TERESI, J. A.The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and

preliminary construct validity using healthrelated data. **Annals of Behavioral Medicine**, 24, 2002, p. 22–33.

VASCONCELOS, E.M.:Espiritualidade na educação popular em saúdeCad. **CEDES vol.29 no.79** Campinas Sept./Dec. 2009

VERAS, R.P.Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham.**Rev. Bras. Geriatr.Gerontol.** v.14, n.4, 2011.

VICTOR, C, Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. **Rev ClinGeronto**,10, 2000, p.407-17.

WALKER, A. A European perspective on quality of life in old age. **European Journal of Ageing**, 2005, 2: 2–12.

WERNGREN-ELGSTRÖM, M., CARLSSON, G., IWARSSON, S.A 10-year follow-up study on subjective well-being and relationships to person–environment (P–E) fit and activity of daily living (ADL) dependence of older Swedish adults.**Arch Gerontol Geriatr.** 49, e16-e22, 2009.

WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 10, 1995, p.1403-1409.

WITHALL, J STATHI A , DAVIS M, COULSONJ, THOMPSON J. L., FOX, K.R. Objective Indicators of Physical Activity and Sedentary Time and Associations with Subjective WellBeing in Adults Aged 70 and Over.

YEAGER, D. M. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan.**Social Science & Medicine**, 63, 2006, p. 2228–2241

YOU, K. S. et al.Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in thecommunity. **Archives ofv. 23, n.4, 2009, Psychiatric Nursing**, p. 309–322.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, ESTADO DE SAÚDE E NÍVEL SÓCIOECONÔMICO . Avaliador: _____ data da avaliação ____/____/____.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Telefone: _____

–

Gênero: () 1-M () 2-F Idade: _____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

Situação legal conjugal: () solteiro () casado () separado/ divorciado () viúvo () união estável () outro _____ Você está satisfeito com sua condição de moradia? Sim () Não ()

Quantas pessoas residem em sua casa incluindo você mesmo? () esposa(o) () filhos () netos () genro ou nora () outros ____ Escolaridade (anos completo de estudo): () nunca frequentou

() menos de um ano; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () até 10 ou mais. Profissão (antes da

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

aposentadoria): _____ Profissão atual: _____

1- Em geral você diria que sua saúde é:

1) O Sr./Sra. teve alguma doença grave no passado? Sim Não

Se sim, qual?.....

2) De que forma a doença foi superada?.....

Com qual idade (teve o diagnóstico?).....

Colesterol alto Sim Não

Diabetes Sim Não

Osteoporose Sim Não

Problema de tireóide (qual?) Sim Não

Problema vascular (qual?) Sim Não

Alergia (a quê?) Sim Não

Doença cardíaca na família (qual?) Sim Não

Doença gastrointestinal Sim Não

Doença neurológica Sim Não

Problema na coluna Sim Não

Outro problema ortopédico Sim Não

Depressão Sim Não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“ASSOCIAÇÕES ENTRE A ESPIRITUALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE PERCEBIDA DE INDIVÍDUOS IDOSOS DE DIFERENTES NÍVEIS FUNCIONAIS”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “ASSOCIAÇÕES ENTRE A ESPIRITUALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE PERCEBIDA DE INDIVÍDUOS IDOSOS DE DIFERENTES NÍVEIS FUNCIONAIS”, cujo objetivo é “Investigar as possíveis relações entre a espiritualidade, qualidade de vida e saúde percebida entre indivíduos idosos de diferentes níveis de capacidade funcional”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: responder cinco questionários a respeito de informações pessoais, estado cognitivo, nível de espiritualidade e qualidade de vida. Informamos ainda, que esta avaliação não impõe riscos à sua saúde e nem prejudicará as suas atividades cotidianas.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Ao participar dessa pesquisa o(a) sr.(a) receberá informações a respeito da sua qualidade de vida e nível de espiritualidade o, que poderá lhe auxiliar a ter maior consciência do seu estado nessas variáveis e assim, poder trabalhar possíveis fragilidades, mediante orientações dos pesquisadores deste estudo. Esse estudo irá contribuir também com informações para os profissionais a respeito da relação da funcionalidade física e espiritualidade e qualidade de vida, para que tenham subsídios para intervenções com foco na qualidade de vida e no envelhecimento bem-sucedido.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Professor Denilson de Castro Teixeira, Universidade Norte do Paraná, Av. Paris, 675, Jd. Piza. Centro de Pesquisa em Ciências da Saúde, Fone: 3371-9848/ celular 9941-8625, e-mail; denict.9@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo

Seres Humanos da Universidade Norte do Paraná, situado junto ao Centro de Pesquisa em Ciências da Saúde da Unopar, 3371-9848.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

RG:: _____

<p>_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.</p> <p>Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____</p> <p>Data: _____</p>

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXOS

ANEXO B- Mini Exame do Estado Mental.

Nome: _____.

Data: ____ / ____ / ____.

ORIENTAÇÃO

Marque 1 ponto para cada resposta correta				
Dia da semana	Dia do mês	Mês	Ano	Hora aproximada
Local (casa, praça, ubs, etc)	Local específico (Quarto, Sala, banco da praça, etc)	Bairro ou rua próxima.	Cidade	Estado
TOTAL	pontos			

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale as três palavras seguintes e pergunte ao idoso por elas: PENTE – RUA – SAPATO Atribua 1 ponto para cada palavra correta							
PENTE	<input type="text"/>	RUA	<input type="text"/>	SAPATO	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>
Repita as três palavras novamente e certifique-se que o idoso as aprendeu, pois adiante você irá perguntá-las novamente							

ATENÇÃO E CÁLCULO

Subtrair (100-7) cinco vezes consecutivas – Atribua 1 ponto para cada cálculo correto						
93	86	79	72	65		
					TOTAL	pontos

EVOCAÇÃO

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente – 1 ponto por palavra							
PENTE	<input type="text"/>	RUA	<input type="text"/>	SAPATO	<input type="text"/>	TOTAL	pontos

LINGUAGEM

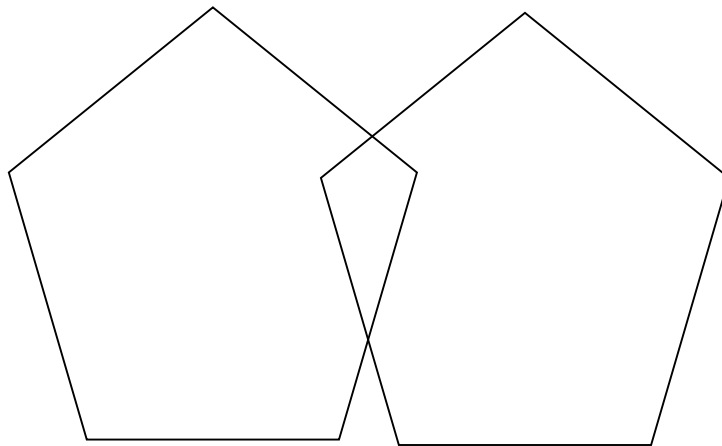
Nomear um relógio e uma caneta / 1 ponto cada	RELÓGIO	<input type="text"/>	CANETA	<input type="text"/>	
Repetir: “nem aqui, nem ali, nem lá”	1 ponto para a resposta correta	<input type="text"/>			
Comando: “pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão” 1 ponto para cada etapa					
Mão direita	<input type="text"/>	Dobre ao meio	<input type="text"/>	Coloque no chão	<input type="text"/>
Ler e obedecer: “feche os olhos”	1 ponto	<input type="text"/>			
Escreva uma frase	1 ponto	<input type="text"/>			

Copiar o desenho	1 ponto	
TOTAL		Pontos
TOTAL GERAL:		Pontos
Pontos de corte: 18-Não escolarizados 24-Escolarizados.		

Leia e obedeça

“Feche os olhos”

Copie o desenho abaixo



ANEXO B – DSES (QUESTIONÁRIO DE ESPIRITUALIDADE)

A lista que se segue inclui itens que pode ou não ter experiência com eles. Por favor, responda com que frequência você tem essas experiências, e tente não levar em conta se você acha que deveria ter ou não estas experiências. Alguns itens usam a palavra “DEUS”. Se esta palavra não for confortável para você, por favor, substitua-a por outra palavra que signifique o que é divino ou sagrado para você.

1. Eu sinto a presença de Deus.						
2. Eu sinto uma conexão com tudo o que é vida.						
3. Durante um culto religioso ou em outros momentos quando estou em conexão com Deus, eu sinto uma alegria que me tira das preocupações diárias						
4. Eu encontro forças na minha religião ou espiritualidade						
5. Eu encontro conforto na minha religião ou espiritualidade						
6. Eu sinto profunda paz interior ou harmonia						
7. Eu peço a ajuda de Deus durante as atividades diárias.						
8. Eu me sinto guiado por Deus durante as atividades diárias.						
9. Eu sinto diretamente o amor de Deus por mim.						
10. Eu sinto o amor de Deus por mim através dos outros.						
11. A beleza da criação me toca espiritualmente.						
12. Eu me sinto agradecido pelas bênçãos recebidas.						
13. Eu sinto carinho desinteressado pelos outros						
14. Eu aceito os outros mesmo quando eles fazem coisas que eu acho que são erradas.						
15. Eu desejo estar mais próximo de Deus ou em união com o divino.						
	Nada próximo	Um pouco próximo	Muito próximo	Tão próximo quanto possível		
16. Em geral, quanto você se sente perto de Deus?						

ANEXO C- ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE

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

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

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

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

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

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

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

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

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

| 121 |

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

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

ANEXO D – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	ruim boa	nem nem	boa	muito boa
--	--	------------	------	----------	---------	-----	-----------

1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
-------	--------------------------------------------	---	---	---	---	---

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou **J** capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as					

	informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?			3		
		1	2		4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muit o freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA ELABORADO PARA POPULAÇÃO IDOSA.



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser : **O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?**

Nada Muito pouco Mais	ou menos	Bastante	extremamente
1 2 3 4 5			

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito Nem	satisfeito nem	Satisfeito Muito
satisfeito insatisfeito			
1 2 3 4 5			

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito Nem	satisfeito nem	Satisfeito Muito
satisfeito insatisfeito			
1 2 3 4 5			

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito Nem	satisfeito nem	Satisfeito Muito
satisfeito insatisfeito			
1 2 3 4 5			

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito Nem	satisfeito nem	Satisfeito Muito
satisfeito insatisfeito			
1 2 3 4 5			

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz	Feliz	Muito feliz		
nem infeliz						
			1 2 3 4 5			

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Muito	boa
nem					

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto sua vida?	you have a	sense of	companionship in
Nada Muito pouco Mais Extremamente	ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5			

old_22 Até que ponto	you feel love	in your life?	
Nada Muito pouco Mais Extremamente	ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5			

old_23 Até que ponto	you have	opportunities	to love?
Nada Muito pouco Completamente	Médio Muito		
1 2 3 4 5			

old_24 Até que ponto	you have	opportunities	to be loved?
Nada Muito pouco Completamente	Médio Muito		
1 2 3 4 5			

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELASUA COLABORAÇÃO!

ANEXO F- Questionário de Atividade Física/ Baecke Modificado para Idosos
(QBMI)

(Voorrips et al., 1991; Mazo et al., 2001)

NOME: _____

<i>Trabalhos Domésticos</i>	
1. O(a) senhor(a) realiza algum trabalho doméstico leve?(tirar o pó, lavar louça, consertar roupas, etc)	() 0- Nunca (ou menos de uma vez por mês) () 1- Às vezes (somente quando não há parceiro ou ajudante) () 2- Frequentemente (às vezes ajudado pelo parceiro ou ajudante) () 3- Sempre (sozinho ou com ajuda)
2. O(a) senhor(a) faz algum trabalho doméstico pesado? (lavar pisos e janelas, carregar sacos de lixo, etc)	() 0- Nunca (ou menos de uma vez por mês) () 1- Às vezes (somente quando não há parceiro ou ajudante) () 2- Frequentemente (às vezes ajudado pelo parceiro ou ajudante) () 3- Sempre (sozinho ou com ajuda)
3) Para quantas pessoas o(a) senhor(a) realiza trabalhos domésticos, incluindo o(a) senhor(a) mesmo(a)? (preencher 0 se o senhor (a) respondeu nunca nas questões 1 e 2).	_____
4) Quantos cômodos o(a) senhor(a) limpa, incluindo cozinha, quarto, garagem, porão, banheiro, sótão, etc?	() 0- Nunca realiza serviços domésticos () 1- Um a seis cômodos () 2- Sete a nove cômodos () 3- Dez ou mais cômodos
5) Se limpa cômodos, em quantos andares? (preencher 0 se o senhor (a) respondeu nunca na questão(4).	_____
6) O(a) senhor(a) cozinha ou ajuda no preparo	() 0- Nunca () 1- Às vezes (uma ou duas vezes por semana) () 2- Frequentemente (três a cinco vezes por semana) () 3- Sempre (mais que cinco vezes)
7) Quantos lances de escada o(a) senhor(a) sobe por dia? (um lance de escadas equivale a dez degraus)	() 0- Nunca subo escadas () 1- Um a cinco lances () 2- Seis a dez lances () 3- Mais de dez lances
8) Se o(a) senhor(a) vai a algum lugar em sua cidade, qual é o tipo de transporte usado?	() 0- Nunca sai () 1- Carro () 2- Transporte público () 3- Bicicleta () 4- Caminho

9) Quantas vezes o(a) senhor(a) sai para fazer compras?	<input type="checkbox"/> 0- Nunca ou menos de uma vez por semana <input type="checkbox"/> 1- Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 2- Duas a quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> 3- Todos os dias
10) Se o(a) senhor(a) sai para fazer compras, qual o tipo de transporte usado?	<input type="checkbox"/> 0- Nunca sai <input type="checkbox"/> 1- Carro <input type="checkbox"/> 2- Transporte público <input type="checkbox"/> 3- Bicicleta <input type="checkbox"/> 4- Caminho

Códigos da Intensidade – Para Cálculo da Pontuação do QBMI Códigos de Intensidade da Atividade	
1- Deitado, sem movimento	0,028
2) Sentado, sem movimento (assistir tv, ouvir música, ler.)	0,146
3) Sentado, movimentos de mãos e braços (trabalhos manuais, artesanato)	0,297
4) Sentado, movimentos do corpo (Musculação)	0,703
5) Em pé, sem movimento	0,174
6) Em pé, movimentos de mãos e braços. (lavar louça, tomar banho)	0,307
7) Em pé, movimentos do corpo, caminhando (Ginástica, Aulas em grupos)	0, 890
8) Caminhando, movimentos de mãos e braços (Caminhada, visitas, ir às compras)	1,368
9) Caminhando, movimentos do corpo, pedalar, nadar . (Natação, bicicleta; corrida).	1,890

Atividades Esportivas O(a) senhor(a) pratica esportes? () sim () não

Considerar esportes, caminhadas, ginástica, ciclismo, musculação entre outras.

1º Nome _____	2º Nome _____	3º Nome _____ 86
Intensidade _____ (a)	Intensidade _____ (a)	Intensidade _____ (a)
Horas/semana _____ (b)	Horas/semana _____ (b)	Horas/semana _____ (b)
Períodos do ano _____ (c)	Períodos do ano _____ (c)	Períodos do ano _____ (c)

Atividades de Tempo Livre O(a) senhor(a) pratica alguma outra atividade?	() sim () não
--------------------------------------------------------------------------	-----------------

Considerar as atividades como assistir tv, trabalhos manuais, visitar parentes, ouvir música, entre outros.

1º Nome _____	2º Nome _____	3º Nome _____
Intensidade _____ (a)	Intensidade _____ (a)	Intensidade _____ (a)
Horas/semana _____ (b)	Horas/semana _____ (b)	Horas/semana _____ (b)
Períodos do ano _____ (c)	Períodos do ano _____ (c)	Períodos do ano _____ (c)

Códigos de horas por semana		Códigos de meses por ano	
1- Menos que 1 hora por semana	0,5	1- Menos que 1 mês por ano	0,04
2- 1 a menos que 2 horas por semana	1,5	2- De 1 a 3 meses por ano	0,17
3- 2 a menos que 3 horas por semana	2,5	3- De 4 a 6 meses por ano	0,42
4- 3 a menos que 4 horas por semana	3,5	4- De 7 a 9 meses por ano	0,67
5- 4 a menos que 5 horas por semana	4,5	5- Mais que 9 meses por ano	0,92
6- 5 a menos que 6 horas por semana	5,5		
7- 6 a menos que 7 horas por semana	6,5		
8- 7 a menos que 8 horas por semana	7,5		
9- Mais que 8 horas por semana	8,5		