

Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil

Religiosity and health-related quality of life of elderly in a city in Bahia, Brazil

Neyde Cintra dos Santos¹
Gina Andrade Abdala²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Avaliar as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos da comunidade e sua relação com a religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). **Método:** Estudo transversal de abordagem quantitativa, com amostra aleatória composta por 82 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Capoeiruçu, bairro do município de Cachoeira-BA, Brasil. **Resultados:** O sexo feminino predominou, com 61,0%. A idade média foi (71±9,39). Nas oito dimensões da qualidade de vida, o escore variou entre 64,3 a 77,3. A RO foi 74,4% e a RNO foi de 89,1%. Para as questões sobre RI: sentir a presença de Deus, agir de acordo com suas crenças e se eles se esforçam para viver a religião em todos os aspectos da vida, encontraram-se percentuais de 95%, 90,2% e 84,2% respectivamente. Usando o teste do qui-quadrado, verificou-se que as “limitações por aspectos emocionais” foi a dimensão que recebeu maior influência de RO ($X^2= 11,539$, $p= 0,001$, V de Cramer= 0,372), RNO ($X^2= 7,949$, $p= 0,005$, V de Cramer= 0,309) e RI ($X^2= 5,126$, $p= 0,05$, V de Cramer= 0,249). Constatou-se também influência positiva sobre as dimensões “limitações por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, saúde mental e social”. Nenhuma associação foi encontrada entre religiosidade e as dimensões “capacidade funcional” e “vitalidade”. **Conclusões:** Infere-se que há associação positiva entre religiosidade nas três dimensões (RO, RNO e RI) e a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos.

Palavras-chave: Religião.
Espiritualidade. Idosos.
Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To evaluate the dimensions of health-related quality of life in older adults and its relationship with organizational religious affiliation (ORA), non-organizational religious affiliation (NORA) and intrinsic religiosity (IR). **Method:** Cross-sectional study with quantitative approach, with a random sample of 82 elderly enrolled in the Family Health Strategy in Capoeiruçu, Cachoeira-BA, Brazil. **Results:** The female dominated with 61.4%. The mean age was (71 ± 9.39). In the eight dimensions of quality of life, the score

¹ Curso de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, BA, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde. Centro Universitário Adventista de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

ranged from 64.3 to 77.3. ORA was 74.4%; NORA was 89.1. For questions about IR: feel the presence of God, act according to their beliefs and if they strive to live the religion in all aspects of life, percentages of 95%, 90.2% and 84.2% were respectively found. Using the chi-square test, it was found that the dimension "limitations due to emotional problems" received the greatest influence of ORA ($X^2= 11.539$; $p= 0.001$; Cramer's $V= 0.372$), NORA ($X^2= 7.949$; $p= 0.005$; Cramer's $V= 0.309$) and IR ($X^2= 5.126$; $p= 0.05$; Cramer's $V= 0.249$). It was also found a positive influence on the limitations due to physical, bodily pain, general health, mental and social health. No association was found between religiosity and "functional capacity" and "vitality" dimensions. **Conclusions:** It is inferred that there is a positive association between religiosity in its three dimensions (ORA, NORA and IR) and health-related quality of life for the elderly.

Key words: Religion. Spirituality. Elderly. Quality of life.

INTRODUÇÃO

Para o idoso, as questões relacionadas à religiosidade têm significado muito especial, principalmente entre aqueles que vivenciam problemas ou alguma situação dolorosa, seja por doença ou pelas consequências deixadas por ela¹. As mudanças físicas, psicológicas e sociais, que são comuns aos idosos, acarretam situações de perdas, declínio da saúde, afastamento do mercado de trabalho e eventos não controláveis, cujo enfrentamento de modo efetivo pode ser alcançado através das crenças espirituais e práticas religiosas.^{2,3}

O envolvimento religioso ou religiosidade compreende os comportamentos, atitudes, valores, crenças, sentimentos e experiências motivados pelo contexto religioso,⁴ desdobrando-se em três dimensões: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).^{4,5}

A RO compreende os comportamentos religiosos que ocorrem no contexto da instituição religiosa (como a frequência às atividades religiosas formais) e o desempenho de cargos ou funções religiosas.⁶ Já a RNO engloba os comportamentos religiosos privados ou informais, isto é, que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa, sem local e tempo fixos e sem seguirem formas litúrgicas preestabelecidas, podendo se manifestar individualmente ou em pequenos grupos familiares e informais.⁶

Finalmente, a RI avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos,

decisões e, de forma geral, a vida do sujeito.⁷ Trata-se de uma dimensão subjetiva, de quanto ou como o indivíduo percebe a importância da religião em sua vida.⁵

A necessidade espiritual se apresenta mais aguçada no idoso devido às características de sua existência, não excluindo as necessidades do ser humano em todas as suas fases. Segundo Mickley & Carson (1995 apud Lindolpho et al.),³ pessoas acima de 65 anos possuem mais comportamentos e atitudes religiosas do que as pessoas mais jovens, evidenciando, desse modo, a importância da espiritualidade nesta fase da vida. No estudo de Araújo,⁸ boa parcela dos idosos atribuiu importância à religiosidade para a melhoria de sua condição, ajudando-os na integração social e psicológica, fator fundamental para promover a qualidade de vida e bem-estar. Para muitas pessoas, a espiritualidade/religiosidade é uma fonte de conforto, significado e força, estando relacionada ao bem-estar físico, mental e à busca de um propósito de vida.⁹

Segundo Saad & Medeiros,¹⁰ [...] a espiritualidade proporciona crescimento nos vários campos do relacionamento: no campo intrapessoal (consigo próprio); gera esperança, altruísmo e idealismo, além de dar propósito para a vida e para o sofrimento; no campo interpessoal (com os outros) gera tolerância, unidade e o senso de pertencer a um grupo; no campo transpessoal (com um poder supremo), desperta o amor incondicional, adoração e crença de não estar só."

Em geral, os adeptos das crenças religiosas apresentam menor probabilidade de riscos comportamentais. Abdala et al.¹¹ afirmam que as pessoas religiosas tendem a evitar comportamentos nocivos que aumentam os riscos de doenças e de morte.

A qualidade de vida na velhice, segundo o Estatuto do Idoso,¹² implica em garantir assistência à saúde, liberdade de escolha, amigos, moradia, conforto material, imagem corporal, aparência, sentir-se fisicamente bem, autoestima, sentimentos positivos, relações interpessoais, suporte social, participação em atividades físicas e recreativas, sexualidade, espiritualidade e crenças.

O construto “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) incorpora as experiências das pessoas diante de questões mais diretamente ligadas ao processo saúde-doença e, nesse sentido, amplia a noção tradicional de saúde embasada principalmente em indicadores de morbidade e mortalidade. Inclui aspectos da qualidade de vida geral, como o estado de saúde, a capacidade funcional e o apoio social, que afetam tanto a saúde física como a mental.¹³

No estudo de Cruz,¹⁴ a QVRS para o idoso esteve associada à idade, ao sexo, à escolaridade, ao número de medicamentos, a ter paz/tranquilidade e possuir uma religião. Também esteve associada às dificuldades para as atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos da comunidade e sua relação com a religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de corte transversal, quantitativo, tipo pesquisa de campo, cuja principal finalidade é “conseguir informações acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que

se queira comprovar, ou ainda descobrir novos fenômenos ou relações”.¹⁵

Esse tipo de estudo se adéqua a esta pesquisa, por utilizar métodos formais, caracterizados pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses e definir criteriosamente a amostra que foi estudada.

O estudo foi realizado em Capoeiruçu, bairro do município de Cachoeira, estado da Bahia, Brasil. A população de estudo foi composta por 265 idosos, com 60 anos ou mais, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Capoeiruçu, sendo 144 do sexo feminino e 121 do masculino. A amostra aleatória de 90 idosos foi elaborada com um nível de confiança de 95% e a margem de erro de 8,54%. Proporcionalmente, para o sexo feminino foram sorteadas 49 mulheres idosas e 41 homens. Oito deles foram considerados perdidos por não terem respondido completamente o instrumento de QVRS, totalizando 82 idosos (48 mulheres e 34 homens). Todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados aconteceu nos meses de maio e junho de 2011 e foram utilizados como instrumentos de pesquisa, o Índice de Religiosidade de Duke (Duke-Durel), validado no Brasil por Taunay *et al.*¹⁶ e desenvolvido por Koenig, Meador & Parkerson.¹⁷ Esse instrumento possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde dos indivíduos: RO, RNO e RI. Os primeiros dois itens abordam a RO e a RNO embasados em estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros itens referem-se à RI e foram extraídos de um questionário de religiosidade intrínseca de Allport & Ross.¹⁸

Outro instrumento utilizado foi o Short Form-36 (SF-36), que mede a qualidade de vida e foi desenvolvido no final dos anos 1980 nos Estados Unidos. O SF-36 foi traduzido,

adaptado e validado para a cultura brasileira, sendo utilizado para avaliar a qualidade de vida tanto da população geral quanto de idosos.¹⁹ É um instrumento de fácil acesso, possível de ser utilizado em diferentes populações e faixas etárias, inclusive em idosos. Seu objetivo é avaliar a qualidade de vida do idoso dentro dos parâmetros da velhice saudável, considerando o contexto e as preferências do idoso.^{20, 21}

O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por capacidade funcional (dez itens); limitação por aspectos físicos (quatro itens); dor (dois itens); estado geral da saúde (cinco itens); vitalidade (quatro itens); aspectos sociais (dois itens); limitação por aspectos emocionais (três itens); saúde mental (cinco itens); e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde há um ano. Para obter os escores, foram feitos os cálculos de cada domínio do SF-36. Cada participante do estudo recebeu um escore de 00-100, relacionado às oito dimensões da qualidade de vida do instrumento SF-36, sendo que quanto mais elevado o escore, melhor o índice da Qualidade de Vida (QV).¹⁹

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS, versão 17. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Adventista da Bahia, sob número CAAE 0044.0.070.000-11.

RESULTADOS

A idade dos entrevistados variou entre 60 e 96 anos, com média de 71 anos e desvio padrão de 9,39. Predominantemente, a maioria estava na categoria de 60-69 anos (50,6%) e sexo feminino (58,5%). A religião predominante foi a católica, com um total de 50 adeptos (60,2%); seguida pela evangélica, com 22 (27,7%); sete (8,4%) agnósticos; e três (3,6%) não relataram.

Pode-se perceber que a maioria (37,8%) dos idosos da ESF de Capoeiruçu (Cachoeira-BA) respondeu que comparece a igreja, templo ou algum encontro religioso mais que uma vez por semana; 19,5% frequentam uma vez na semana; 17,1% duas ou três vezes por mês; e 12,2%, algumas vezes por ano. Aqueles que vão à igreja uma vez por ano ou menos são 12,2% e os que nunca vão representam 1,2% (tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos idosos quanto à Religiosidade Organizacional (RO). Cachoeira, BA, 2011.

Respostas	Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso	
	n	%
Mais do que uma vez por semana	31	37,8
Uma vez por semana	16	19,5
Duas ou três vezes por mês	14	17,1
Algumas vezes por ano	10	12,2
Uma vez por ano ou menos	10	12,2
Nunca	1	1,2
Total	82	100,0

Fonte- Pesquisa de campo. Cachoeira - BA, 2011.

Ao serem indagadas sobre a frequência com que dedicam seu tempo a atividades religiosas, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos, isto é, a RNO, 43,9% disseram realizar essas atividades mais

do que uma vez ao dia; 35,4% realizam-nas diariamente; 9,8% uma vez por semana; 3,7% uma vez por mês; 2,4% poucas vezes por mês e 4,9% raramente ou nunca (tabela 2).

Tabela 2. Perfil dos idosos segundo a Religiosidade Não Organizacional (RNO). Cachoeira, BA, 2011.

Respostas	Com que frequência dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos	
	n	%
Mais do que uma vez ao dia	36	43,9
Diariamente	29	35,4
Duas ou mais vezes por semana	8	9,8
Uma vez por semana	3	3,7
Poucas vezes por mês	2	2,4
Raramente ou nunca	4	4,9
Total	82	100,0

Fonte- Pesquisa de campo. Cachoeira - BA, 2011.

Quando foram questionados sobre a RI, 61,7% disseram sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo em suas vidas; 33,3% afirmaram que em geral é verdade e 3,7% que não estão certos; 1,2% disse que em geral não é verdade e 1,2% afirmou não ser verdade.

Quando foram questionados “se suas crenças religiosas estão realmente por trás de toda sua maneira de viver”, 52,4% responderam que

isto era totalmente verdade para eles; 37,8% disseram que em geral era verdade; 8,5% não estavam certos e 1,2% disse que em geral não era verdade. Na terceira pergunta da RI, 48,8% disseram que a afirmação “eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida” era totalmente verdade na vida, enquanto que 35,4% responderam que “em geral é verdade”; 12,2% não estavam certos; 2,4% afirmaram que “em geral não é verdade”; e 1,2% afirmou que “não é verdade” (tabela 3).

Tabela 3. Perfil dos idosos segundo a Religiosidade Intrínseca (RI). Cachoeira, BA, 2011.

Respostas	Em minha vida eu sinto a presença de Deus ou do Espírito Santo		As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda minha maneira de viver		Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida	
	n	%	n	%	n	%
Totalmente verdade	50	61,7	43	52,4	40	48,8
Em geral é verdade	27	33,3	31	37,8	29	35,4
Não estou certo	3	3,7	07	8,5	10	12,2
Em geral não é verdade	1	1,2	01	1,2	2	2,4
Não é verdade	1	1,2	0	0	1	1,2
Total	82	100	82	100	82	100

Fonte- Pesquisa de campo. Cachoeira - BA, 2011.

Quanto aos resultados do SF-36, segundo as oito dimensões, no item “capacidade funcional”, 67 (81,7%) obtiveram um escore maior que 50 e apenas 15 (18,3%) obtiveram um escore menor que 50. Em relação aos aspectos físicos 51 (61,4%) obtiveram o escore maior que 50 e 32 (38,6%) menores que 50. Ao item “dor”, 58 (70,7%) tiveram o escore maior que 50 e 24 (29,3%) menores que 50.

Relacionados à saúde geral, 74,5% tiveram o escore maior que 50 e 25,3% menores que 50. Em “vitalidade”, 74,7% obtiveram o escore maior que 50 e 25,3% menores que 50. Quanto aos

aspectos sociais, 75,9% tiveram o escore maior que 50 e 24,1% menores que 50. Nos aspectos emocionais, 69 (83,1%) tiveram o escore maior que 50 e 14 (16,9%) menores que 50.

Em relação aos escores de saúde mental, 72 (83,8%) obtiveram nota maior que 50 e somente 10 (12,2%) menor que 50.

Os idosos da ESF de Capoeiruçu apresentam média acima de 50 em todos os domínios de QV, sendo que “vitalidade” e “aspectos físicos” obtiveram menor nota e “aspectos emocionais” e “saúde mental” obtiveram maior nota (figura 1).

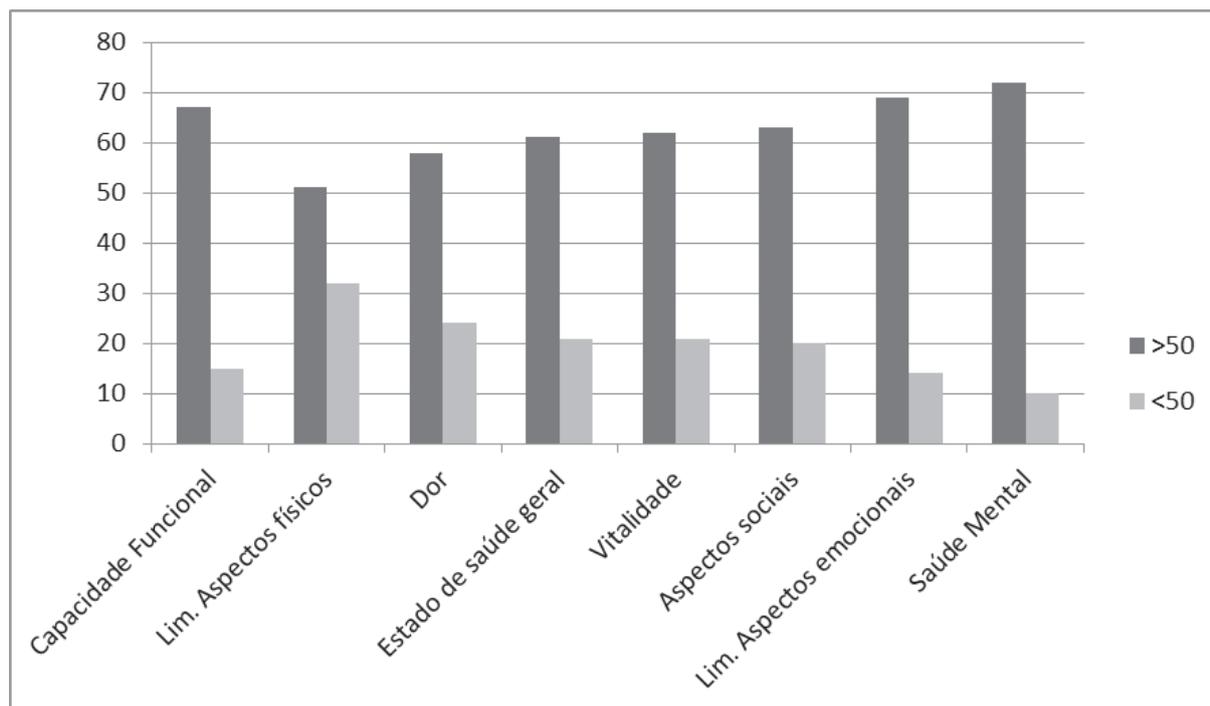


Figura 1. Distribuição das dimensões da QVRS expressa por escores >50 e <50. Cachoeira-BA, 2011.

Fonte- Pesquisa de campo. Cachoeira - BA, 2011.

Na tabela 4, foi apresentada uma associação utilizando o teste do qui-quadrado entre os níveis de religiosidade e os domínios de qualidade de vida. Constatou-se que as limitações por aspectos emocionais (LAE) foi a dimensão que esteve mais associada à RO ($X^2 = 11,534$; $p = 0,001$; V de Cramer = 0,373); à RNO ($X^2 = 7,949$; $p = 0,005$; V de Cramer = 0,309) e RI ($X^2 = 5,126$; $p = 0,05$, V de Cramer = 0,249). Isto significa que, elevando-se o V de Cramer ao quadrado (medida de efeito), 14%, 10% e 6%, respectivamente, dessas variações dentre aqueles que obtiveram

escores de QV maiores que 50 estavam entre aqueles que frequentavam a igreja duas ou mais vezes por semana, são regulares nas atividades religiosas privadas e se esforçam para viver sua religião em todos os aspectos da vida. Também foi encontrada associação positiva sobre as dimensões “limitações por aspectos físicos”, “dor”, “saúde geral”, “aspectos sociais” e “saúde mental”. Por outro lado, nenhuma associação foi encontrada entre os níveis de religiosidade e as dimensões “capacidade funcional” e “vitalidade” (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do X², valor de p e coeficiente de V de Cramer das dimensões da qualidade de vida e a religiosidade (somente os resultados com p significativo). Cachoeira, BA, 2011.

Medidas de religiosidade	Teste estatístico	Dimensões da qualidade de vida					
		LAF	Dor	SG	AS	LAE	SM
RO	X ²				4,448	11,534	
	p				0,035	0,01	
	Cramer's V				0,231	0,373	
RNO	X ²	4,937	4,788			7,949	
	p	0,026	0,029			0,005	
	Cramer's V	0,244	0,242			0,309	
RI- sente a presença de Deus	X ²			8,114			11,364
	p			0,04			0,01
	Fisher			0,015*			0,012*
RI- crenças por trás da maneira de viver	X ²			8,945			9,998
	p			0,003			0,02
	Cramer's V			0,330			0,010*
RI- esforço para viver a religião em todos os aspectos vida	X ²					5,126	5,098
	p					0,05	0,02
	Cramer's V					0,249	0,24

RO= Religiosidade Organizacional; RNO= Religiosidade Não Organizacional; RI= Religiosidade Intrínseca; LAF= limitação por aspectos físicos; SG= saúde geral; AS= aspectos sociais; LAE= limitações por aspectos emocionais; SM= saúde mental; *Fisher coeficiente; p (significância estatística p≤0,05), Cramer's V= coeficiente de correlação, medida de efeito.

Fonte- Pesquisa de campo. Cachoeira - BA, 2011.

DISCUSSÃO

A análise dos dados evidenciou que os idosos estudados possuem elevado índice de qualidade de vida, já que oito dos domínios de QVRS medidos pelo instrumento SF-36 apresentaram escore maior que 50 e apenas dois domínios foram menores, o de "vitalidade" (64,4) e "limitação por aspectos físicos" (66,9). "Limitação por aspectos emocionais" (77,3) e "saúde mental" (73,5) foram os que apresentaram maiores escores. Esses resultados se mostraram acima dos valores encontrados em outro estudo de qualidade de vida relacionada à saúde de idosos num município de São Paulo, em que os escores estiveram ao redor de 58 e mais.²¹

Quanto à denominação religiosa, a ESF de Capoeirucú (Cachoeira-BA) apresentou prevalência de 60,2% de católicos; 27,7% de evangélicos; e 3,6 não relataram. Segundo os dados do censo de 2010, 64,99% da população brasileira referiam ser católicos; 22,16% evangélicos e 8,04% sem religião.²²

Presume-se que um fator que pode contribuir para a qualidade de vida desses idosos é que, em geral, pessoas religiosas apresentam um comportamento saudável, já que a maioria das religiões ditam normas e até mesmo o que comer e não beber. Estudos de saúde pública têm demonstrado que as pessoas religiosas têm menor probabilidade de apresentar comportamentos de

riscos, como uso de drogas, cigarro e álcool. Isso contribui para uma saúde mais equilibrada por um período mais longo.²³

Neste estudo, encontrou-se que 61% dos idosos frequentam um templo ou igreja de uma vez por semana até uma vez por ano. Com o avançar da idade, os idosos tendem a diminuir a frequência a cultos religiosos, templos ou encontros religiosos formais, pois se deparam com limitações físicas, como dificuldade de locomoção decorrente de doenças crônicas, de sequelas de acidente vascular encefálico e da própria idade. Somam-se a isto o medo de quedas, o medo de sair desacompanhado e passar por qualquer tipo de apuro ou violência.²⁴

Estudos têm revelado que, para cada nível de frequência à igreja, templo ou encontros religiosos, há redução progressiva no número de mortes; o comparecimento a serviços religiosos pelo menos uma vez por semana reduz em quase 50 por cento os riscos de mortes no ano seguinte.²⁵

A participação de idosos nas atividades religiosas formais costuma diminuir com a idade, em virtude do número de doenças crônicas que os aflige. Em estudo qualitativo com 20 idosos, 25% relataram possuir pelo menos uma doença crônica; 15%, duas; 40%, três; 15%, uma; e 5% possuíam cinco doenças. Porém, para o enfrentamento dessas doenças, principalmente aquelas associadas com a dor, os idosos se valiam da sua espiritualidade.²⁶

Para compensar a não frequência à igreja, os idosos acabam dedicando mais tempo a atividades religiosas individuais. Neste estudo, 79,3% deles praticam essas atividades particulares diariamente até mais de uma vez ao dia. Essa compensação à infrequência aos cultos religiosos, pela maior frequência nas atividades religiosas não formais e pelo aumento da devoção pessoal, tende a aumentar com a idade e contribui sobremaneira para a manutenção da vida.²⁷

Em relação à RI, 95% sentem a presença de Deus em suas vidas, 90,2% agem conforme suas crenças e 84,2% esforçam-se para viver a religião

em todos os aspectos da vida. Nesta direção, vale destacar que a RI associa-se aos aspectos psicológicos da religiosidade, ou seja, às crenças, conhecimentos e atitudes relativas à experiência religiosa bem como aos “autorrelatos” de tais experiências e ao significado pessoal atribuído à religião.⁶ Vivenciar a religião de maneira intrínseca significa colocar suas crenças religiosas em primeiro lugar, viver de acordo com seus preceitos, numa atitude de comprometimento e busca de sentido da vida.¹⁸

Em estudo com 560 pessoas, os aspectos qualitativos da reza e a forma de fazê-lo foram os que apresentaram maior efeito sobre a qualidade de vida.²⁸ O envolvimento religioso parece ter significativo efeito protetor para o bem-estar físico, uma vez que ter uma visão bio-psico-socioespiritual da saúde implica enxergar de maneira mais integrada a vida, reconhecendo a relação da espiritualidade com as outras dimensões, nunca se esquecendo de que o *enfrentamento* das situações dolorosas é importante para a melhoria da qualidade de vida e para o crescimento do ser humano.²⁹

Os profissionais de saúde poderiam valorizar mais o cuidado relacionado à religiosidade em idosos e contribuir para melhorar sua qualidade de vida, utilizando as ferramentas de pesquisa em religiosidade e espiritualidade por meio dos instrumentos de medida validados no Brasil.^{16,30}

Este estudo buscou associação entre qualidade de vida e religiosidade em um desenho de corte transversal; no entanto, apresenta limitações, uma vez que não se evidenciou uma relação causal entre as variáveis. O tamanho da amostra também limita a abrangência da pesquisa, deixando claro que a mesma poderia ter sido realizada em outras ESFs da cidade de Cachoeira-BA.

CONCLUSÃO

Os objetivos deste estudo foram alcançados, ao ser demonstrada associação entre as dimensões da qualidade de vida relacionada à

saúde de idosos e os vários níveis da religiosidade: organizacional, não organizacional e intrínseca.

Uma das dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) que mais se associou à religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca foi a dimensão do componente mental: limitação por aspectos emocionais. Já a dimensão “saúde mental” esteve associada somente à religiosidade intrínseca. Nenhuma associação entre religiosidade e as dimensões “capacidade funcional” e “vitalidade” foi encontrada.

Notou-se a importância que os profissionais podem atribuir à atenção à saúde da pessoa idosa, avaliando as necessidades espirituais desse grupo específico, visando melhorar sua qualidade de vida relacionada à saúde.

Contatou-se, ainda, que o uso da religiosidade como recurso terapêutico é compatível com a saúde mental e física, permitindo elucidar um

melhor desempenho na qualidade de vida dos idosos. Pôde-se inferir que existe associação positiva entre religiosidade nas três dimensões (RO, RNO e RI) e a qualidade de vida em pessoas idosas. Uma vez que o envelhecimento é uma realidade no Brasil e no mundo, torna-se de grande valia expandir esses resultados para a melhoria da qualidade de vida em pessoas idosas.

Ressalta-se ainda que precisam ser feitos maiores avanços em pesquisas que objetivem buscar relações científicas mais robustas para evidenciar tal associação.

AGRADECIMENTO

À Profa. Dra. Maria Dyrce Dias Meira, coordenadora do grupo de pesquisa Religiosidade/Espiritualidade na Integralidade da Saúde do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP-SP, pela revisão crítica do artigo.

REFERÊNCIAS

- Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.
- Goldstein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; c2002. p. 950-64.
- Lindolpho MC, Sá SPC, Robers LMV. Espiritualidade/Religiosidade: um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. Em extensão 2009;8(1):117-27.
- Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ. A multidimensional measure of religious involvement for African Americans. Sociol Q 1995;36(1):157-73.
- Koenig HG, McCollough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2001.
- Cardoso MCS, Ferreira MC. Envolvimento religioso e bem estar subjetivos em idosos. Psicol, Ciênc Prof 2009;29(2):380-93.
- Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc 2004;52(4):554-62.
- Araújo MF, De Almeida MI, Cidrack ML, Queiroz HMC, Pereira MCS, Menescal ZLC. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. Rev Bras Promoç Saúde 2008;21(3):201-8.
- Lucchetti G, Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011;14(1):159-67.
- Saad M, Medeiros R. Espiritualidade e Saúde. Einstein (São Paulo) 2008;6(3 Pt 2):135-6.
- Abdala GA, Rodrigues WG, Torres A, Rios MC, Brasil MS. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. REVER [Internet] 2010 [acesso em 28 ago 2013]:77-98. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv1_2010/i_abdala.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

13. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: CDC; 2000.
14. Cruz KCT. Qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos do Estudo SABE [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2012.
15. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
16. Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clin* 2012;39(4):130-35.
17. Carmona C, Claudino AD. Dimensões relacionais subjetivas na compreensão do envelhecimento em idosos. In: Actas do 7º Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia; 4-6 de fevereiro 2010; Portugal. Portugal Universidade do Minho; 2010.
18. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* 1967;5(4):432-43.
19. Pimenta FAP, Simil FF, Torres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF – 36. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):55-60.
20. Moraes NAS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Bol Psicol* 2007;57(127):215-38.
21. Barricelli ILFOBL, Sakumoto IKY, Silva LHM, Araujo CV. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. *Rev. Bras.Geriatr. Gerontol.* 2012;15(3):505-15.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro; [2010] - [acesso em 29 ago 2013]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1489&z=cd&o=13&i=P>
23. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida. Porto Alegre: Artmed; 2008.
24. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psicol Teor Pesqui* 2011;27(1):49-53.
25. Vasconcelos EM. Associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS* 2010;4(3):12-8.
26. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav* 1991;32:80-99.
27. Rocha ACAL. A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.
28. Paloma M, Pendleton BF. Exploring types of prayer and quality of life: a research note. *Rev Relig Res* 1989;31(1):46-53.
29. Da Costa CC, De Bastiani M, Geyer JG, Calveti PU, Muller MC, De Moraes MLA. Qualidade de vida e bem estar espiritual em universitários de psicologia. *Psicol estud* 2008;13(2):249-55.
30. Kimura M, De Oliveira AL, Mishima LS, Underwood LG. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale – versão brasileira. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(Esp):99-106.

Recebido: 06/9/2013

Revisado: 20/8/2014

Aprovado: 25/9/2014