



RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS SEGUNDO A MODELAGEM DE EQUAÇÃO ESTRUTURAL

Nayara Paula Fernandes Martins Molina¹ 

Darlene Mara dos Santos Tavares¹ 

Vanderlei Jose Haas¹ 

Leiner Resende Rodrigues¹ 

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a relação de preditores sociodemográficos, morbidades, escore do indicativo de depressão, bem como o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida.

Método: estudo transversal realizado, entre março a julho de 2016, com 613 idosos, aplicando-se instrumentos *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs of World Health Organization Quality of Life questionnaire*, *Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire* e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*. Na análise de dados, por meio do *Statistical Package for Social Sciences*, utilizou-se frequência absolutas e relativas, medidas de tendência central e variabilidade e a modelagem com equações estruturais, envolvendo construtos latentes exógenos e endógenos para evidenciar o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças entre o indicativo de depressão e a qualidade de vida ($p \leq 0,005$).

Resultados: prevaleceu o sexo feminino, 60-70 anos, casados, 4-7 anos de estudo, renda de um salário mínimo, $6,16 \pm 3,70$ morbidades e média de $3,84 \pm 3,01$ do indicativo de depressão. O maior escore foi para a faceta conexão com ser ou força espiritual, domínio Relações sociais e faceta Intimidade; já o menor escore foi para a faceta Totalidade e integração, domínio Meio ambiente e faceta Morte e morrer. Houve uma função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, entre o escore do indicativo de depressão e a qualidade de vida.

Conclusão: faz-se necessário investir na prática da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, como estratégia na saúde, uma vez que demonstraram impacto na diminuição do indicativo de depressão e aumento significativo da qualidade de vida.

DESCRITORES: Saúde do idoso. Religião. Espiritualidade. Depressão. Qualidade de vida.

COMO CITAR: Molina NPFM, Tavares DMS, Haas VJ, Rodrigues LR. Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida de idosos segundo a modelagem de equação estrutural. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29: e20180468. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>

RELIGIOUSITY, SPIRITUALITY AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY ACCORDING TO STRUCTURAL EQUATION MODELING

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship of sociodemographic predictors, morbidities, depression indicative score, as well as the mediating role of religiosity, spirituality and personal beliefs about quality of life.

Method: cross-sectional study conducted between March and July 2016, with 613 elderly, applying the instruments; Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs of World Health Organization Quality of Life questionnaire, Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire and World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults. In the data analysis, through Statistical Package for Social Sciences, absolute and relative frequency, measures of central tendency and variability and modeling with structural equations involving exogenous and endogenous latent constructs were used to highlight the mediating role of religiosity, spirituality and beliefs between the indicative of depression and quality of life ($p \leq 0.005$).

Results: females, 60-70 years old, married, with 4-7 years of schooling, income of one minimum wage, 6.16 ± 3.70 morbidities and average of 3.84 ± 3.01 for the indicative depression score prevailed. The highest score was for the connection with spiritual being or strength facet, Social Relations domain and Intimacy; Totality and integration facet, the Environment domain and the Death and dying facet had the lowest scores. There was a mediating function of religiosity, spirituality and personal beliefs, between the indicative depression score and the quality of life.

Conclusion: it is necessary to invest in the practice of religiosity, spirituality and personal beliefs, as a health strategy, since they have shown an impact on the decrease of depression and a significant increase in quality of life.

DESCRIPTORS: Health of the elderly. Religion. Spirituality. Depression. Quality of life.

RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS SEGÚN EL MODELO DE ECUACIÓN ESTRUCTURA

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación de predictores sociodemográficos, morbilidad, puntaje indicativo de depresión, así como el papel mediador de la religiosidad, espiritualidad y creencias personales sobre la calidad de vida.

Método: estudio transversal realizado entre marzo y julio de 2016, con 613 personas mayores aplicando instrumentos *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs of World Health Organization Quality of Life questionnaire, Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire e World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*. En el análisis de datos, a través del *Statistical Package for Social Sciences*, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y variabilidad y moldeado con ecuaciones estructurales que implican constructos latentes exógenos y endógenos para resaltar el papel mediador de la religiosidad, la espiritualidad y creencias entre indicativos de depresión y calidad de vida ($p \leq 0.005$).

Resultados: prevaleció el género femenino, 60-70 años, casados, 4-7 años de escolaridad, ingreso de un salario mínimo, $6,16 \pm 3,70$ morbilidades y media de $3,84 \pm 3,01$ del indicativo de depresión. El puntaje más alto fue para la faceta de conexión con el ser o fuera espiritual, el dominio de las relaciones sociales y la faceta intimidad; el puntaje más bajo fue para la faceta Totalidad e integración, el dominio Medio ambiente y la faceta Muerte y morir. Hubo una función mediadora de religiosidad, espiritualidad y creencias personales, entre el puntaje indicativo de depresión y la calidad de vida.

Conclusión: es necesario invertir en la práctica de la religiosidad, la espiritualidad y las creencias personales, como estrategia en salud, ya que han demostrado un impacto en la disminución de los indicadores de depresión y un aumento significativo en la calidad de vida.

DESCRIPTORES: Salud de los ancianos. Religión. Espiritualidad. Depresión. Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O expressivo aumento dos idosos em todo mundo e também no Brasil é uma das consequências da diminuição das taxas de fecundidade e aumento da esperança de vida. Ainda que o envelhecer seja inerente à vida, a longevidade nem sempre vem acompanhada de qualidade de vida (QV).¹

No processo de envelhecimento, mudanças fisiológicas naturais, perdas sociais como aposentadoria, falecimento de familiares, menor apoio social e perdas psicológicas como a memória podem comprometer a QV.²

Quando o envelhecer vem acompanhado de doenças crônicas, como a depressão, há repercussão negativa na QV, além de maior possibilidade de morte prematura entre os acometidos.¹ Conhecer e desenvolver estratégias que reflitam positivamente na QV dessa população deve ser prioridade no cuidado à saúde e alvo de políticas públicas.

Torna-se, portanto, fundamental entender a QV na perspectiva do idoso, visto que essa população apresenta grande heterogeneidade entre si devido às próprias condições físicas, mentais, sociais, psicológicas e econômicas.

Estudos sobre a QV entre idosos saudáveis ou com morbidades específicas, na comunidade urbana e rural, têm sido desenvolvidos na literatura internacional e nacional,²⁻⁵ entretanto a avaliação da QV relacionada à espiritualidade e religiosidade de idosos ainda carece de mais estudos.⁶

A religiosidade, espiritualidade e as crenças pessoais são essenciais para a cultura e vida social, além de desempenharem um papel significativo no que diz respeito à saúde física e mental do indivíduo, sendo considerado um indicador objetivo da QV, assim como o componente físico, mental, ambiental e social.⁷⁻⁸ As crenças pessoais, em específico, podem auxiliar na maneira de lidar com situações adversas, uma vez que oferecem significado ao comportamento humano e podem influenciar na QV.⁹

Assim, a religiosidade, a espiritualidade e a QV podem contribuir para a saúde e bem-estar dos idosos, tendo um efeito positivo na saúde física, mental e social dessa população, que podem ser ferramentas oportunas para o enfrentamento no processo de envelhecimento saudável e também daqueles com alguma morbidade.¹⁰

Diante desse contexto, o presente estudo objetivou analisar a relação de preditores sociodemográficos, morbidades, escore do indicativo de depressão, bem como o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida.

MÉTODO

Estudo quantitativo, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional. Desenvolvido como parte do estudo maior “Sintomas depressivos, fatores associados e acesso aos serviços de saúde entre idosos residentes no Triângulo Sul Mineiro” (Brasil), desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Estudo realizado na comunidade urbana de Uberaba, interior de Minas Gerais, Brasil. Participaram do estudo pessoas com 60 anos ou mais de idade, sem declínio cognitivo. A amostra da população foi definida por meio da amostragem por conglomerado em múltiplo estágio apropriado para Modelagem de Equação Estrutural, utilizando a recomendação de um cálculo amostral acima de 200 participantes.¹¹ Assim, participaram da pesquisa 613 idosos.

Os dados foram coletados no domicílio do idoso, no período de março a julho de 2016, por meio de entrevista. Foram utilizados os instrumentos: Mini Exame de Estado Mental (MEEM), para avaliação cognitiva dos participantes, traduzido e validado no Brasil;¹² um questionário elaborado pelo Grupo de Pesquisa para variáveis sociodemográficas; a escala de depressão geriátrica (GDS-15) específica para idosos.¹³

Utilizou-se ainda WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs of World Health Organization Quality of Life questionnaire*). Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais relacionadas à QV,¹⁴ validado no Brasil,¹⁵ que mensura oito facetas: Conexão com o ser ou força espiritual; Sentido na vida; Admiração; Totalidade e integração; Força espiritual; Paz interior; Esperança e otimismo; e Fé.

O WHOQOL-BREF (*Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire*), também desenvolvido pela OMS e validado no Brasil, avalia a QV abreviada por meio de quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente.¹⁶ Utilizou-se ainda o WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*), que avalia a QV específica para a população idosa, validado no Brasil,¹⁷ e deve ser aplicado juntamente com o WHOQOL-BREF, sendo composto por 24 questões que atribuem seis facetas: Funcionamento do sensorio; Autonomia; Atividades passadas, Presentes e futuras; Participação social; Morte e morrer; e Intimidade.

Conforme as entrevistas foram realizadas e entregues para o pesquisador responsável, os supervisores de campo procederam as revisões. Quando necessário, as entrevistas foram devolvidas para o entrevistador complementar as informações.

Posteriormente, elaborou-se um banco de dados eletrônico, no programa *Excel*[®], para que os dados coletados fossem processados em microcomputador, em dupla entrada, para então verificar a existência de registros equivocados ou diferentes, por meio da consistência interna. Quando houve caso de dados inconsistentes, recorreu-se à entrevista original para verificação e correção. O banco de dados após essas etapas foi importado para o aplicativo “*Statiscal Package for Social Sciences*”, versão 21.0, para realização da análise.

Na análise de dados, as variáveis categóricas foram apresentadas em tabelas de frequência absolutas e relativas; e as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central, bem como de variabilidade.

Na avaliação da QV, segundo o WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, foram utilizadas suas respectivas sintaxes.

Por fim, utilizou-se a modelagem com equações estruturais para evidenciar o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças entre o indicativo de depressão e a QV por meio de um modelo envolvendo construtos latentes exógenos (independentes) e endógenos (desfechos – QV).

Neste trabalho, a mediação foi considerada estatisticamente significativa quando o caminho causal entre o escore do indicativo de depressão e religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, bem como o caminho causal entre religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais e QV, foi simultaneamente estatisticamente significativo ($p \leq 0,005$).

A modelagem de equações estruturais (*structural equations modeling - SEM*) é uma técnica multivariada que permite examinar simultaneamente relações entre as variáveis medidas e os construtos latentes, ou seja, aquelas variáveis que não são medidas diretamente são variáveis que apresentam apenas definições conceituais, ou seja, construto.¹⁸

Neste trabalho, o modelo estrutural final resultou tanto da análise de regressão clássica quanto da análise causal sem variáveis latentes, ou seja, o modelo final decorreu de padrões de causalção sugeridos pelos dados. Considerou-se um nível de significância $\alpha=0,05$ no presente estudo.

Os participantes desta pesquisa foram contatados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e oferecidas as informações pertinentes. Após a anuência do entrevistado e assinatura do TCLE, conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS

Dos 613 idosos entrevistados, o maior percentual foi do sexo feminino (68,0%), com faixa etária de 60-70 anos (43,9%), declararam estado civil casados (46,5%), seguidos dos viúvos (35,9%). A

escolaridade mais prevalente foi de 4-7 anos de estudo (39,2%) e renda individual mensal de um salário mínimo (43,2%).

No que se refere aos dados clínicos, para a variável número de doenças, os idosos do presente estudo apresentaram uma média de morbidades de $6,16 \pm 3,70$, variando de nenhuma doença a 23 morbidades associadas.

Quanto ao escore de indicativo de depressão, houve a variação de zero a 15 pontos e obteve-se uma média de $3,84 \pm 3,01$.

O maior escore de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais foi para a faceta Conexão com ser ou força espiritual ($17,04 \pm 2,86$), enquanto que o menor escore foi para a faceta Totalidade e integração ($15,53 \pm 2,62$), Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos escores médios dos domínios e facetas de religiosidade, espiritualidade, crenças pessoais e qualidade de vida segundo o WHOQOL-SRPB*, WHOQOL-BREF† e WHOQOL-OLD‡ dos idosos comunitários. Uberaba, MG, Brasil, 2018. (n=613)

Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Conexão com ser ou força espiritual	4	20	17,04	16,00	2,86
Sentido na vida	4	20	16,06	16,00	2,63
Admiração	4	20	16,37	16,00	2,60
Totalidade e integração	4	20	15,53	16,00	2,62
Força espiritual	4	20	16,52	16,00	2,59
Paz interior	4	20	15,54	16,00	2,76
Esperança e otimismo	4	20	15,75	16,00	2,74
Fé	4	20	17,01	16,00	2,42
WHOQOL-BREF†					
Físico	4	100	61,81	64,29	17,96
Psicológico	4	100	65,33	66,67	14,70
Relações Sociais	8	100	72,73	75,00	14,49
Meio Ambiente	13	100	61,34	62,50	12,73
WHOQOL-OLD‡					
Funcionamento do sensório	6	94	35,06	31,25	18,21
Autonomia	6	100	65,25	68,75	15,98
Atividades Passadas, presentes e futuras	13	100	66,26	68,75	14,66
Participação social	0	100	62,79	68,75	16,25
Morte e morrer	0	100	23,92	18,75	25,41
Intimidade	0	100	71,33	75,00	16,72

* WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs of World Health Organization Quality of Life questionnaire*); † WHOQOL-BREF (*Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire*); ‡ WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*).

Referente à QV, na questão referente à autoavaliação da QV, a maioria (51,1%) considerou como boa. Quanto à satisfação com a própria saúde 47,8% referiram que estavam satisfeitos.

O maior escore para o WHOQOL-BREF foi no domínio relações sociais ($72,73 \pm 14,49$) e o menor, no domínio meio ambiente ($61,34 \pm 12,73$). Já para o WHOQOL-OLD, o maior escore foi para a faceta Intimidade ($71,33 \pm 16,72$) e o menor para a faceta Morte e morrer ($23,92 \pm 25,41$), Tabela 1.

A Figura 1, assim como as Tabelas 2, 3 e 4, apresenta o resultado da modelagem causal com variáveis latentes, isto é, o modelo estrutural final e completo. São apresentadas as variáveis latentes

condição socioeconômica, explicada pelas variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, assim como a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais explicadas pelos domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD de QV.

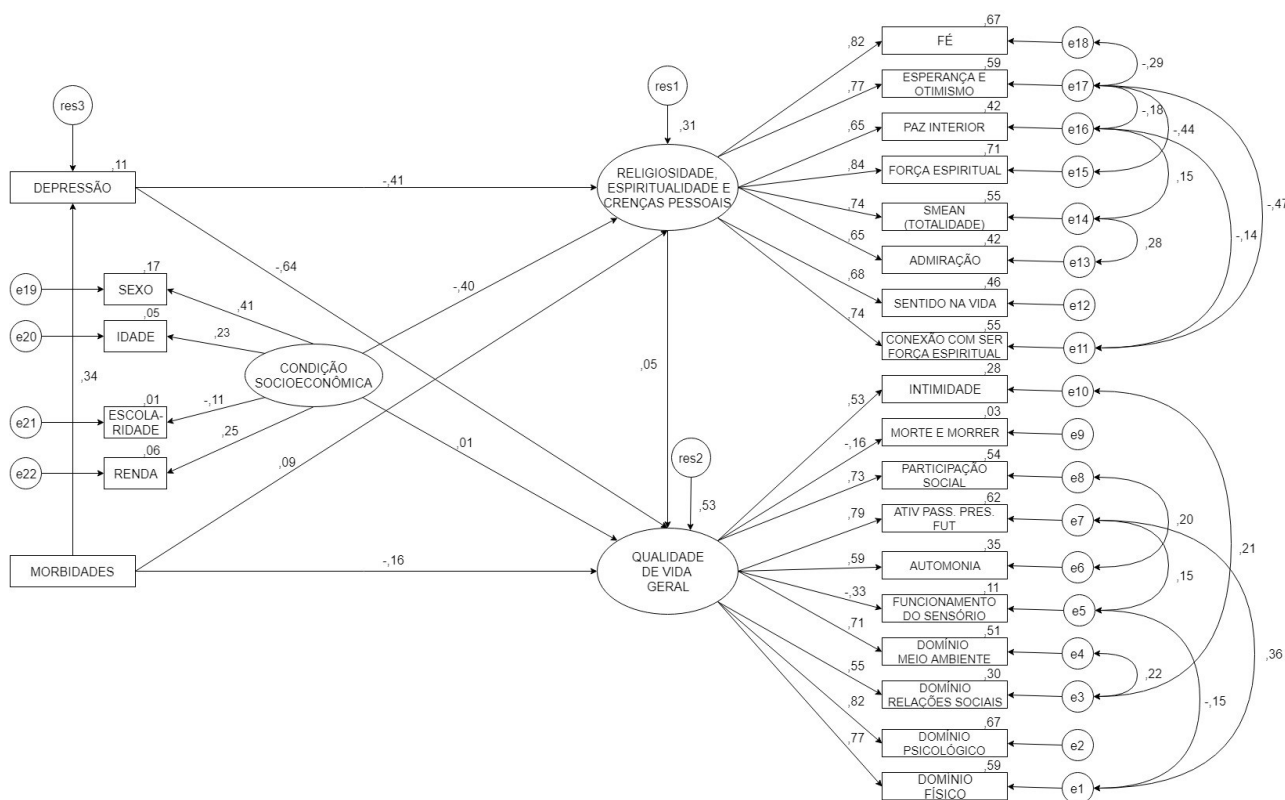


Figura 1 – Diagrama causal final com variáveis latentes ilustrando a função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida geral dos idosos comunitários. Uberaba, MG, Brasil, 2018. (n=613)

Nota: Goodness of Fit Index=0,90; Índice de Tucker-Lewis=0,90;
Root Mean Square Error of Approximation=0,07

Tabela 2 – Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos comunitários. Uberaba, MG, Brasil, 2018. (n=613)

Variáveis		Coefficiente de regressão não padronizado	Coefficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	p
Escore de depressão	← Nº de doenças	0,27	0,34	0,03	8,87	<0,001
Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	← Escore de depressão	-0,06	-0,41	0,01	-9,94	<0,001
Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	← Condição socioeconômica	-2,34	-0,40	0,83	-2,81	0,005

Tabela 2 – Cont.

Variáveis		Coefficiente de regressão não padronizado	Coefficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	p
Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	← N° de doenças	0,01	0,10	0,01	2,43	0,015
Qualidade de vida geral	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	7,10	0,34	0,82	8,65	<0,001
Qualidade de vida geral	← Condição socioeconômica	1,00	0,01	-	-	-
Qualidade de vida geral	← Escore de depressão	-1,60	-0,50	0,14	-11,28	<0,001
Qualidade de vida geral	← N° de doenças	-0,49	-0,20	0,08	-5,86	<0,001
Faceta Fé	Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	1,00	0,81	-	-	-
Faceta Esperança e otimismo	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	1,10	0,77	0,06	17,98	<0,001
Faceta Paz interior	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	0,96	0,66	0,06	16,97	<0,001
Faceta Força espiritual	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	1,14	0,83	0,05	22,90	<0,001
Faceta Totalidade e integração	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	1,05	0,75	0,05	20,20	<0,001
Faceta Admiração	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	0,88	0,65	0,05	17,14	<0,001
Faceta Sentido na vida	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	0,97	0,68	0,05	18,16	<0,001
Faceta Conexão com o ser ou força espiritual	← Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	1,13	0,74	0,06	19,44	<0,001
Faceta Intimidade	← Qualidade de vida geral	1,00	0,57	-	-	-
Faceta Morte e morrer	← Qualidade de vida geral	-0,44	-0,16	0,11	-3,82	<0,001
Faceta Participação social	← Qualidade de vida geral	1,35	0,74	0,11	12,83	<0,001
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras	← Qualidade de vida geral	1,26	0,79	0,09	13,75	<0,001

Tabela 2 – Cont.

Variáveis		Coeficiente de regressão não padronizado	Coeficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	p
Faceta Autonomia	← Qualidade de vida geral	1,23	0,59	0,09	14,26	<0,001
Faceta Funcionamento do Sensório	← Qualidade de vida geral	-1,00	-0,32	0,08	11,87	<0,001
Domínio Físico	← Qualidade de vida geral	1,03	0,71	0,07	13,49	<0,001
Domínio Relações sociais	← Qualidade de vida geral	0,96	0,56	0,07	12,77	<0,001
Domínio Psicológico	← Qualidade de vida geral	1,28	0,82	0,09	14,69	<0,001
Domínio Físico	← Qualidade de vida geral	1,45	0,76	0,10	13,93	<0,001
Tem renda	← Condição socioeconômica	1,00	0,27	-	-	-
Tem escolaridade	← Condição socioeconômica	-0,51	-0,11	,34	-1,50	0,133
Idade	← Condição socioeconômica	22,11	0,23	8,88	2,49	0,013
Sexo	← Condição socioeconômica	2,41	0,40	0,84	2,85	0,004

Tabela 3 – Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos comunitários. Uberaba, MG, Brasil, 2018. (n=613)

Variáveis	Coeficiente de Determinação
Escore de depressão	0,11
Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais	0,31
Qualidade de vida	0,53
Sexo	0,17
Idade	0,05
Tem escolaridade	0,01
Tem renda	0,06
Domínio Físico	0,60
Domínio Psicológico	0,67
Domínio Relações sociais	0,31
Domínio Meio ambiente	0,51
Faceta Funcionamento do sensório	0,11
Faceta Autonomia	0,35
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras	0,62
Faceta Participação social	0,54
Faceta Morte e morrer	0,03
Faceta Intimidade	0,28

Tabela 3 – Cont.

Variáveis	Coefficiente de Determinação
Faceta Conexão com o ser ou força espiritual	0,55
Faceta Sentido na vida	0,46
Faceta Admiração	0,42
Faceta Totalidade e integração	0,55
Faceta Força espiritual	0,71
Faceta Paz	0,42
Faceta Esperança e otimismo	0,59
Faceta Fé	0,67

Tabela 4 – Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando a correlação entre os erros, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos comunitários. Uberaba, MG, Brasil, 2018. (n=613)

Covariâncias entre erros		Covariâncias de regressão não padronizado	Correlações de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	p	
e4	<-->	e3	23,82	0,22	4,67	5,09	<0,001
e7	<-->	e1	-34,40	-0,33	5,21	-6,60	<0,001
e5	<-->	e1	-31,76	-0,16	9,12	-3,48	<0,001
e8	<-->	e6	27,88	0,20	6,40	4,35	<0,001
e10	<-->	e3	34,44	0,21	6,91	4,98	<0,001
e17	<-->	e11	-0,09	-0,44	0,01	-7,62	<0,001
e17	<-->	e16	0,03	0,17	0,01	3,01	0,003
e14	<-->	e13	0,05	0,27	0,01	5,91	<0,001
e17	<-->	e15	-0,06	-0,39	0,01	-6,13	<0,001
e16	<-->	e11	-0,04	-0,16	0,01	-3,51	<0,001
e16	<-->	e14	0,03	0,13	0,01	3,10	0,002
e18	<-->	e17	-0,03	-0,24	0,01	-3,98	<0,001
e7	<-->	e5	21,53	0,14	7,03	3,06/	0,002

Há uma função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais entre o escore do indicativo de depressão e a QV. Observa-se que o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre QV geral em unidades de desvio padrão é dado por $-0,64+(-0,41 \times 0,05) = -0,66$, indicando, portanto, influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores de QV. Vê-se que essa negatividade é mediada pela religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, o que, por sua vez, impacta positivamente na QV.

DISCUSSÃO

Em relação às variáveis sociodemográficas, o presente estudo assemelha-se aos achados internacionais e nacionais quanto à variável sexo.^{8,19-22} A feminilização da velhice é uma tendência mundial, relacionada tanto à maior mortalidade entre o sexo masculino como maior prática de autocuidado entre as mulheres.¹

Entender o contexto do envelhecimento e as especificidades do idoso no tocante ao sexo exerce diferença no cuidado e na assistência à saúde. Deve ser prioridade para os profissionais e serviços de saúde, propiciando melhoria na QV dos mesmos.

Quanto à faixa etária, assemelha-se a outros estudos, representando, portanto, idosos mais jovens.^{19,20,23} O avanço tecnológico em saúde, associado a políticas públicas, tem contribuído substancialmente para a maior longevidade. Ainda que evidenciados idosos mais jovens, observa-se crescente aumento entre os idosos longevos. Tal perfil exige maior preparo dos profissionais de saúde com vistas a promover saúde e agregar QV aos anos vividos.

No que concerne ao estado conjugal, os dados do presente estudo diferem de inquérito com idosos da França, entretanto assemelham-se com os de idosos chilenos, norte americanos e idosos de São Paulo e do Região Norte do Brasil.¹⁹⁻²² A divergência entre a literatura pode estar relacionada às distintas formas de envelhecer em países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como as diversidades locais regionais. Ter um companheiro além do caráter social pode impactar positivamente na QV e na dimensão espiritual/religiosa dos idosos.¹⁵

No que tange à escolaridade, difere de idosos de pesquisas nacionais e internacionais^{19,21,23-24} devido a menores condições socioeconômicas entre aqueles de países em desenvolvimento. A escolaridade dos idosos brasileiros é baixa, entre outros motivos, por virem de uma época em que a prioridade era o trabalho, e não o estudo. Estimular estratégias de aprendizado, a citar às universidades abertas à terceira idade, ainda que em idade avançada, pode favorecer relações sociais e aumentar o acesso a informações, fatos estes que se relacionam à melhora da QV.¹⁹

Os dados da renda individual mensal corroboram o achado de uma capital brasileira.²⁴ A menor renda dos idosos pode comprometer a QV, levando o idoso a depender financeiramente de familiares.² A menor renda pode, ainda, impactar no cuidado em saúde, especialmente entre aqueles com múltiplas morbidades e/ou dependências.

Quanto aos dados clínicos, no que se refere ao número de doenças, resultado inferior foi identificado em pesquisa com idosos de São Paulo (Brasil).²¹ Ainda que tenha sido autorreferido, a média elevada de morbidades associadas entre os idosos remete a um maior cuidado e atenção, uma vez que se associam à piora da QV e podem levar a limitações, complicações e até mortalidade precoce.⁴ A consulta de enfermagem apresenta-se como oportuna estratégia de acompanhamento desses idosos, tanto para sensibilizá-los ao autocuidado como acompanhamento das morbidades.²⁵

Destaca-se, ainda, o papel fundamental da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais nesse contexto de morbidades crônicas. Há estudos que sugerem a influência positiva das crenças espirituais sobre as crenças de saúde, aqueles com maior espiritualidade tendem ao maior autocuidado, lidam melhor com as doenças e procuram mais por tratamento de saúde; atribuindo a melhora da saúde às forças espirituais.²⁶⁻²⁷

Salienta-se que identificar os escores do indicativo de depressão auxilia na prevenção da doença e oportuniza a criação de estratégias de cuidado aos sintomas. O aumento do escore do indicativo de depressão diminuiu proporcionalmente os escores de QV mensurados pelo WHOQOL-BREF em pesquisa com adultos e idosos da China.²⁸ Durante a consulta de enfermagem, utilizando os testes de rastreio, o enfermeiro pode encaminhar para confirmação do diagnóstico, possibilitando intervenção precoce e o fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e idoso.²⁵

Em estudo com adultos em tratamento ambulatorial da Croácia acerca dos sintomas depressivos e religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, identificou-se que quanto maior o escore de depressão, menores são os escores das facetas segundo o WHOQOL-SRPB.²⁹

Referente aos achados do WHOQOL-SRPB, o maior escore na faceta Conexão com ser ou força espiritual divergiu da pesquisa de validação do referido instrumento, no qual os maiores escores foram nas facetas Totalidade e integração e paz interior entre os mais velhos; entre aqueles

sem morbidades, o maior escore foi na faceta Sentido na vida e na faceta Fé entre aqueles com morbidades.¹⁵

O menor escore foi identificado na faceta Totalidade e integração, divergindo do estudo de validação, no qual os menores escores entre adultos e idosos saudáveis e com morbidades foram respectivamente, na faceta conexão com ser ou força espiritual.¹⁵

As diferenças sociodemográficas entre as populações investigadas podem justificar, em partes, a divergência entre os achados do estudo de validação e o presente inquérito.

O maior escore no domínio relações sociais e o menor no domínio meio ambiente corroboram com estudos com idosos da comunidade em uma capital e em uma cidades do estado de São Paulo no Brasil, nos quais foram identificados maior e menor escore para os citados domínios, e parcialmente, em pesquisa com adultos e idosos da China, na qual identificou menor escore no domínio Meio ambiente.^{19,24,28}

Em outra pesquisa com idosos da comunidade do Sul do Brasil, também se evidenciou maior escore no domínio relações sociais.³⁰ A prática religiosa/espiritual e as crenças pessoais estão relacionadas à melhor QV física e mental e social.²¹

O domínio Relações sociais está relacionado ao suporte social, relações pessoais e atividade sexual.¹⁶ O maior percentual de idosos casados pode justificar, em parte, o maior escore nesse domínio.

O meio ambiente, relacionado, dentre outras questões, a recursos financeiros, cuidados de saúde, transporte, entre outros,¹⁶ pode ter tido menor escore devido à renda individual mensal dos idosos da presente pesquisa, de um salário mínimo, que pode não ser satisfatória para as necessidades desses idosos, ainda mais pensando em custos com o tratamento de múltiplas morbidades associadas.

Quanto à QV pelo WHOQOL-OLD, o maior escore para a faceta Intimidade e o menor para Morte e morrer divergiram, em partes, de pesquisa com idosos da comunidade, em que os maiores escores foram para a faceta Participação social e Atividades passadas, presentes e futuras, porém o menor escore foi para a faceta Morte e morrer.²⁴ Pesquisa com idosos do interior paulista também identificou resultados distintos do presente inquérito, no qual o maior escore foi para a faceta Morte e morrer e menor para a Atividades passadas, presentes e futuras.¹⁹

A faceta intimidade avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.¹⁷ O maior escore dessa faceta vai ao encontro do maior escore no domínio Relações sociais, reforçando boas relações pessoais e íntimas entre os idosos deste estudo. Por outro lado, as perdas sensoriais devem ser observadas e investigadas pelos profissionais de saúde que cuidam dos idosos, uma vez que afetam a participação de atividades, em especial na comunidade.²⁴

Ao observar o resultado final da modelagem de equação estrutural, evidenciou-se que a influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores de QV foi observada pela relação inversa, na qual o aumento do escore do indicativo de depressão ocasiona menor QV. Vê-se que essa negatividade é mediada pela religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, o que, por sua vez, impacta positivamente na QV.

Resultado concordante com pesquisa realizada com idosos em tratamento ambulatorial de São Paulo (Brasil), no qual houve relação inversa entre a religiosidade e a espiritualidade com sintomas depressivos e relação positiva com a QV.¹⁰ Dentre as alterações evidenciadas em virtude do envelhecimento, observam-se declínio afetivo, a diminuição da memória, dificuldade de assimilar ideias, oscilações de humor, dentre outras que são avaliadas no indicativo de depressão.² Tais alterações podem gerar estresse e impactar na QV, ocasionando impacto na vida social e emocional.

Estudo com idosos da comunidade de São Paulo (Brasil) também utilizou SEM para avaliar a QV, religiosidade e espiritualidade, destacando relação direta entre esses construtos. O autor destaca que, mesmo que tenham sido evidenciadas maior religiosidade e espiritualidade entre as mulheres, proporcionalmente apresentaram piores escores de QV no domínio físico e mental.²¹

Os sintomas de depressão acometem mais mulheres, proveniente de alterações hormonais, mudanças sociais e culturais.⁵ Por outro lado, as mesmas tendem a expressar maior religiosidade e espiritualidade,²¹ refletindo assim na QV. A maior prevalência do sexo feminino vai ao encontro dos achados na SEM do presente inquérito.

É fato que a religiosidade e a espiritualidade têm demonstrado ser um importante protetor psicossocial, aumentando o bem-estar psicológico e minimizando pensamentos e sintomas de depressão.²¹ No entanto, muitas vezes essa ferramenta é ignorada pelos profissionais de saúde, que não valorizam a fundamental atuação da religiosidade e espiritualidade na vida, saúde e QV, em especial dos idosos.

Cabe enfatizar que a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais atuam como mediadoras perante essas condições inerentes à vida e diminuem o impacto dos agentes estressores, sendo importante ferramenta nas relações sociais e auxiliando nas questões psicológicas e físicas, medidas essas avaliadas na QV.⁷⁻⁸

Associar cuidados em saúde, de maneira holística, seja no nível primário, secundário ou terciário de assistência valorizando as práticas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, reflete positivamente na QV dos idosos, propiciando melhoria da saúde física, mental e espiritual.

A escassa literatura científica que utilize a influência de preditores sociodemográficos, clínicos e a ação mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na QV de idosos apresentou-se como uma limitação do presente estudo.

CONCLUSÃO

Houve prevalência do sexo feminino, faixa etária de 60-70 anos, casados, escolaridade de 4-7 anos de estudo e renda individual mensal de um salário mínimo; apresentaram média de morbidades de $6,16 \pm 3,70$ e escore de $3,84 \pm 3,01$ no indicativo de depressão.

Quanto à religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, o maior escore foi para a faceta conexão com ser ou força espiritual e o menor para a faceta Esperança e otimismo. Na QV, o maior escore para o WHOQOL-BREF foi no domínio Relações sociais e menor no domínio Meio ambiente. Já para o WHOQOL-OLD, o maior escore foi para a faceta Intimidade e menor para a faceta Morte e morrer.

Identificou-se ainda a função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais entre o escore do indicativo de depressão e a QV; indicando, portanto, uma influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores de QV. Vê-se que essa negatividade é mediada pela religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, o que, por sua vez, impacta positivamente na QV.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF(BR); 2015.
2. Alberte JSP, Rusalleda RMI, Guariento ME. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev Soc Bras Clin Med*. [Internet]. 2015 [2018 Ago 01];13(1):32-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>
3. Brown DS, Thompson WW, Zack MM, Arnold SE, Barile JP. Associations between health-related quality of life and mortality in older adults. *Prev Sci*. [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jun 01];16(1):21-30. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s11121-013-0437-z>

4. Tavares DMS, Dias FA. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2012 [2018 Ago 01]; 24(1):112-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>
5. Rodrigues LR, Silva ATM, Ferreira PCS, Dias FA, Tavares DMS. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a Enfermagem. *Rev Enferm UERJ*, 2012;20(2):777-83.
6. Moom YS, Kim DH. Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. *Asia Pac Psychiatry* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jun 03];5(4):293-300. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/appy.12025>
7. Agorastos A, Demiralay C, Huber CG. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychol Res Behav Manag*. 2014 [acesso 2018 Jun 13];7:93-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/prbm.S43666>
8. Velasco-Gonzalez L, Rioux L. The spiritual well-being of elderly people: a study of a french sample. *J Relig Health*. 2014 [acesso 2018 Jul 03];53(4):1123-37. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s10943-013-9710-5>
9. Fleck MPDA, Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2007 [acesso 2018 Ago 05];34(1):146-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700018>
10. Lucchetti G, Lucchetti AL, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Ago 08];131(2):112-22. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802013000100022>
11. Myers ND, Ahn S, Jin Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: a Monte Carlo approach. *Res Q Exerc Sport* [Internet]. 2011 [acesso 2018 Ago 10];82(3):412-23. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1080/02701367.2011.10599773>
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 1994 [acesso 2018 Jun 10];52:1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. [Internet]. 1999 [acesso 2018 Jun 10];57(2B):421-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
14. Rocha NS, Panzini RG, Pargendler JS, Fleck MPA. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). In: Fleck MPA, organizador. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2007. p. 93-101.
15. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck M. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument related to spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 2018 Jun 10];45(1):153-65. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 [acesso 2018 Jun 10];34(2):178-83. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
17. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
18. Hair Jr. JF, Black WC, Babin, BJ, Anderson, RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 6th ed. Porto Alegre, RS(BR): Bookman; 2009.

19. Jesus, ITM, Diniz, MAA, Lanzotti, RB, Orlandi, FS, Pavarin, SCI, Zazzetta, MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Ago 10]; 27(4):e4300016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>
20. Gallardo-Peralta LP. The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *Inter Soc Work*. [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 10];60(6):1498-511. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/0020872817702433>
21. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos, B. Religiousness and health-related quality of life of older adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Ago 10];49:55. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005416>
22. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR. et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & Mental Health*. [Internet]. 2011 [acesso 2018 Ago 10];15(3):334-43. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2010.519326>
23. Silva JAC, Souza LEA, Ganassoli C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017;15(3):146-9
24. Paula GR, Souza BN, Santos LF, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMAC. Quality of life assessment for health promotion groups. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [2018 Ago 12];69(2):222-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690206i>
25. Martins NPF, Tavares DMS. Health behaviors and anthropometric variables among older adults with and without hypertension. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Ago 12];24(1):47-4. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000470014>
26. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jun 12];106(6):491-501. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/abc.20160076>
27. Rocha N, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Rev Psiquiátrica* [Internet]. 2011 [2018 Ago 12];38(1):19-23. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000100005>
28. Sun GZ, et al. Association between CHADS2 score, depressive symptoms, and quality of life in a general population. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 12];17(1):1-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1214-5>
29. Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Karničnik S, Jakovljević M. Spirituality and Its relationship with personality in depressed people: preliminary findings. *J Relig Health* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Ago 12];54(6):2099-110. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s10943-014-9913-4>
30. Bombardelli C, Rosa LHT, Keller KD, Klahr PS, Rosa PV, Peres A. Qualidade de vida de idosos residentes em município com características rurais do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 12];20(1):88-94. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160082>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais enquanto mediadora do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida de idosos, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Molina NPFM, Tavares DMS, Rodrigues LR.

Coleta de dados: Molina NPFM.

Análise e interpretação dos dados: Molina NPFM, Haas VJ, Rodrigues LR.

Discussão dos resultados: Molina NPFM, Haas VJ, Rodrigues LR.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Molina NPFM, Tavares DMS, Rodrigues LR.

Revisão e aprovação final da versão final: Molina NPFM, Tavares DMS, Haas VJ, Rodrigues LR.

AGRADECIMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Processo nº APQ-CDS-APQ-02889-2015.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer n. 2.295.596/2017, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 69897617.2.0000.5154.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 07 de Fevereiro de 2019.

Aprovado: 10 de Julho de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Nayara Paula Fernandes Martins Molina
nayara.pfmartins@gmail.com