



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

**RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

LICANIA CORREIA CARNEIRO

**JOÃO PESSOA-PB
2009**

LICANIA CORREIA CARNEIRO

**RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões, na linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde.

ORIENTADORA: Professora Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel

**JOÃO PESSOA-PB
2009**

C289r Carneiro, Liciania Correia.
Religiosidade e qualidade de vida em idosos
institucionalizados / Liciania Correia Carneiro.- João Pessoa,
2009.
102f. : il.
Orientadora: Berta Lúcia Pinheiro Klüppel
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE
1. Espiritualidade – Saúde. 2. Religiosidade – qualidade
de vida - idosos. 3. Idosos – religiosidade – qualidade de
vida.

UFPB/BC

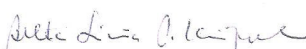
CDU: 141.135:613(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

“Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados”

Licânia Correia Carneiro

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:


Prof.^ª Dr.^ª Berta Lucia Pinheiro Klüppel
Orientadora


Prof.^ª Dr.^ª Fernanda Burle de Aguiar
Membro


Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino
Membro

“A vida é uma inteira jornada iluminada pelo sol da consciência
espiritual”

Leda Lísia Franciosi Portal

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço muito a Deus, que é pai e mãe e em sua bondade infinita me conhece e está sempre presente, pois através de seu amor, concedeu-me uma vida com muita saúde e disposição. Através disto, consegui concluir mais uma etapa importante de

minha vida, afastando-me de todas as tribulações nos momentos em que senti-me triste e desanimada.

Aos idosos que muito me ensinaram, a respeito da vida, dedicando seu tempo nesta pesquisa e às Instituições de Longa Permanência que possibilitaram a realização deste estudo.

Aos meus pais, Joaquim e Maria Augusta por me ensinarem a extrair da vida um sentido e me possibilitaram com seu amor e esforço a caminhada até aqui.

A minha família, Marcelo, Joaquim Neto e Marcela, pelo carinho, apoio, estímulo, paciência e espera.

A minha amiga e orientadora Prof^a. Dr^a. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel, por seu apoio, respeito, incentivo, valorização e contribuição nessa produção. Grande pessoa, com um talento sem precedentes, sem dúvida foi a pedra angular, que proporcionou a estrutura e vida, com sua ajuda e discernimento foi possível a conclusão deste trabalho.

Eterna gratidão a Prof^a Maria do Socorro Sousa que me ajudou desde o início dessa caminhada.

A Prof^a Lenilde Duarte de Sá por todas as sugestões, incentivos e estímulos.

Ao Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino pela valiosa atenção e ajuda com a Escala de Atitude Religiosa.

Ao Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos por sua atenção e esclarecimentos a respeito de Espiritualidade e Saúde.

Aos meus colegas e a todos os professores do mestrado, agradeço-lhes a contribuição.

Aos amigos, que fiz em minha turma, com certeza são presentes divinos.

Ao meu grupo de estudo em Espiritualidade e Saúde, Hygia, por ser formado por pessoas reconhecidamente inteligentes, dignas de confiança, a quem estimo muito.

Aos funcionários que formam o Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, em especial a Maria Barbosa por sua atenção, serviços de apoio, paciência e carinho.

A meus amigos pelos incentivos e carinho e por saberem ter a paciência necessária e a compreensão de quanto foi importante este trabalho para mim.

A Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba na pessoa de Rosângela Guimarães pela oportunidade de desenvolver meu trabalho.

A Francisco Lopes que surgiu em um importante momento e me esclareceu todas as dúvidas.

A Wallace Ferreira por seu carinho em me ajudar na organização deste trabalho.

A Comunidade Filhos da Misericórdia por todas as intercessões oferecidas a minha pessoa, sempre renovando minhas forças espirituais.

A Nina que chegou na minha vida oferecendo-me um amor infinito me acompanhando durante minhas horas de estudos.

CARNEIRO, Liciania Correia. **Religiosidade e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados**. 2009 – 106 p. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

RESUMO

Esta é uma pesquisa de caráter observacional transversal objetivando avaliar a influência da Religiosidade na Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados. A amostra foi de 78 sujeitos, em seis instituições de longa permanência de origem católica, na cidade de João

Pessoa/PB. A metodologia analisou dados quantitativos obtidos pela aplicação de dois (02) instrumentos: a Escala de Atitude Religiosa que investiga o nível de religiosidade pelo conhecimento, comportamento, emoções e concepções religiosas, e o instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, conhecido como SF-36, com domínios em capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A atitude religiosa dividiu-se entre baixa e alta considerando a mediana que divide a amostra em duas partes. A análise estatística utilizou ferramentas da estatística descritiva com o SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) para Windows. Usaram-se cálculos de médias e desvio padrão para o conhecimento dos valores dos itens da Escala de Atitude Religiosa, de correlação de Pearson, para verificar associações entre as variáveis, e uma análise da variância (ANOVA) com o teste t para identificar onde ocorreram as diferenças entre as médias dos domínios da qualidade de vida em função da religiosidade baixa e alta. Os resultados mostraram correlação entre a atitude religiosa e a qualidade de vida em saúde mental ($p= 0,05$), vitalidade ($p= 0,05$) e estado geral de saúde ($p= 0,002$). Concluímos que a influência da religiosidade na qualidade de vida de idosos institucionalizados constitui um fator importante no estado de saúde destes indivíduos.

Palavras-chave: religiosidade, qualidade de vida, instituições de longa permanência, idosos.

CARNEIRO, Liciania Correia. **Religiosity and Life Quality in Institutionalized Elderly**. 2009 – 106 p. Dissertation (Master in Religion Sciences), Federal University of Paraíba – UFPB.

ABSTRACT

This is a research of transversal and observational character aiming to evaluate the religiosity influence in the Life Quality of Institutionalized Elderly People. The sample involved 78 subjects, in six institutions of long permanence from Catholic origin, in the city of João Pessoa/PB. The analyzed methodology focused on quantified data obtained through the

fulfillment of two (02) instruments: the Religious Attitude Scale which investigates the religious level by means of knowledge, behavior, emotions and religious conceptions, and the generic instrument of life quality evaluation, known as SF-36, with domains in functional capacity, physical aspects, pain, general health state, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health. The religious attitude ranged from low to high taking into account the mean which divides the sample into two parts. The statistical analysis used tools from the descriptive statistics with the SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) for Windows. Mean calculi and standard deviation were used to attain the value knowledge of the items of the Religious Attitude Scale, from Pearson correlation, in order to verify associations among the variables, and an analysis of the variance (ANOVA) with t test to identify where occurred the differences in the average of life quality domains due to low and high religiosity. The results showed correlation between the religious attitude and life quality in mental health ($p=0,05$), vitality ($p=0,05$) and general health state ($p=0,002$). It can be concluded that the religiosity influence concerning life quality of institutionalized elderly constitutes an important factor regarding health state of such individuals.

Keywords: religiosity, life quality, long permanence institutions, elderly.

CARNEIRO, Liciania Correia. **Religiosité et la qualité de vie dans les personnes âgées institutionnalisées.** 2009 - 106 p. Mémoire (Master en Sciences des Religions), Université fédérale de Paraíba - UFPB.

RÉSUMÉ

Cette recherche caractérisée par l'observation transversale a le but d'évaluer l'influence de la religiosité sur la qualité de vie de personnes âgées vivant dans des institutions. Nous avons travaillé sur un échantillon de 78 sujets, dans six institutions de long séjour, d'origine catholique, dans la ville de João Pessoa/PB. Nous avons analysé des données quantitatives obtenues par l'application de deux instruments : l'Échelle d'Attitude religieuse qui fait l'investigation du niveau de religiosité par la connaissance, le comportement, les émotions et

les conceptions religieuses, et l'instrument générique d'évaluation de la qualité de vie, connu comme SF-36, recouvrant la capacité fonctionnelle, les aspects physiques, la douleur, l'état général de santé, la vitalité, les aspects sociaux, les aspects émotionnels et la santé mentale. L'attitude religieuse s'est divisée entre basse et haute considérant la moyenne qui partage l'échantillon en deux parties. L'analyse statistique a utilisé les outils de la statistique descriptive avec le SPSS (statistical package for the Social Science) pour windows. Pour ce faire, ont été utilisés les calculs de moyennes et déviation pour la connaissance des valeurs des points de l'Échelle d'Attitude Religieuse, de corrélation de Person, pour vérifier les associations entre les variables, et une analyse des variantes (ANOVA) avec le test t pour identifier où il y a avait des différences entre les moyens de qualité de vie à la lumière de la religiosité faible et élevée. Les résultats ont montré une corrélation entre l'attitude religieuse et la qualité de vie en santé mentale ($p=0,05$), vitalité ($p=0,05$) et l'état général de santé ($p=0,002$). Nous concluons que l'influence de la religiosité dans la qualité de vie de personnes âgées vivant dans des institutions, constitue un facteur important dans l'état de santé de ces individus.

Mots-clés : religiosité, qualité de vie, institutions de long séjour, personnes âgées

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC.....	Acidente Vascular Cerebral
AMEM.....	Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância (AMEM)
AR.....	Atitude Religiosa
ASPAN.....	Associação Promocional do Ancião
AT.....	Ato dos Apóstolos
CCS.....	Centro Ciências da Saúde
CIC.....	Catecismo da Igreja Católica

DP.....	Desvio Padrão
ECC.....	Encontro de Casais com Cristo
GHRI.....	General Health Rating Index
IBGE.....	Instituto Brasileiro Geográfico
ILPs.....	Instituições de Longa Permanência
INSS.....	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA.....	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQOLA.....	Internacional Quality of Life Assessment Project
MHI.....	Mental Health Inventory
NCCAM.....	National Center For Complementary and Alternative Medicine
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
ONU.....	Organização das Nações Unidas
PNAD.....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF.....	Posto de Saúde da Família
QV.....	Qualidade de Vida
SESC.....	Serviço Social do Comércio
SF - 36.....	The Medical Outcomes Study Short Form
SSPS.....	Statistical Package for Social Sciences
SSVP.....	Sociedade São Vicente de Paulo
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TV.....	Televisão
UNIPÊ.....	Centro Universitário da Paraíba

LISTA DE TABELAS

PÁG.

Tabela 01:	Distribuição percentual dos idosos segundo fatores sociodemográficos.....	61
Tabela 02:	Distribuição dos resultados da amostra nos domínios da qualidade de vida.....	63
Tabela 03:	Média dos itens da Escala de Atitude Religiosa.....	68
Tabela 04:	Médias, desvios padrões e teste t referente a atitude religiosa em função da qualidade de vida.....	77

SUMÁRIO

PÁG.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I - RELIGIOSIDADE.....	19
1.1 Fundamentos da Espiritualidade católica.....	22
1.2 Espiritualidade Religiosa no cuidar da saúde.....	23
1.3 A pedagogia católica no cuidar dos idosos	27
1.3.1 Missionários católicos.....	28
CAPÍTULO II – ENVELHECIMENTO.....	32
2.1 O Processo de envelhecimento.....	32
2.2 Lares de longa permanência.....	38
CAPÍTULO III – QUALIDADE DE VIDA.....	41
3.1 Definição de qualidade e de vida.....	41
3.2 Qualidade de vida no envelhecimento.....	45
CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLOGICOS.....	47
4.1 Tipo de Estudo.....	47
4.2 Local de Estudo.....	47
4.3 População de estudo e critério de inclusão.....	47
4.4 Procedimentos de coletas de dados e questionários aplicados.....	47
4.5 Procedimentos para análise dos dados.....	49
CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1 Características dos lares de longa permanência visitados.....	50
5.2 Descrição da amostra.....	59
5.3 Qualidade de Vida.....	62
5.4 Atitude Religiosa.....	67
5.5 Correlacionando Atitude Religiosa com Qualidade de Vida.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
Apêndice B – Questionário de Dados Sócio-demográfico e de Caracterização.....	94
Anexo A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	96
Anexo B – Escala de Atitude Religiosa.....	97
Anexo C – Questionário sobre Qualidade de Vida SF-36.....	98

INTRODUÇÃO

A velhice possui características próprias e abre espaço para se provar em novas experiências, tendo a consciência de que o envelhecimento possui várias dimensões de ordem social, política, cultural e econômica. Por causa disto o envelhecimento humano tem sido tema importante a ser aprofundado, já que nos países em desenvolvimento a estimativa de vida tem aumentado de forma significativa.

É verdade que em nossa sociedade, os idosos são pessoas com possibilidades menores de vida digna, visto que a imagem social da velhice entre nós é encarada como uma fase de perdas e incapacidades, agravada pela situação de aposentadoria insuficiente, oportunidades negadas, solidão e exclusão social.

As crenças e práticas religiosas e espirituais têm demonstrado ser de forte impacto no auxílio para o enfrentamento nas mais diversas situações de desequilíbrio na saúde dos indivíduos, preparo para a morte e até mesmo nas relações interpessoais dos profissionais. Este fato apresentou particular relevância a partir do ano 2000, quando publicações sobre espiritualidade e saúde cresceram consideravelmente (KOENIG, 2005).

A religião é definida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus, Poder Maior ou Verdade/Realidade Final/Máxima). Por sua vez, a espiritualidade é definida como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado, e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade (KOENIG et al., 2001 apud PANZINI, 2007).

A religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo. Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento. Pode haver sobreposição com espiritualidade, pois crenças pessoais não necessariamente são de natureza não-material, como o ateísmo (PANZINI, 2007).

A espiritualidade poderia ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa

formal (SAAD; MASICRO; BATTISTELLA, 2001). A sua relação com a saúde tem se tornado um claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

A religiosidade demonstra ser uma força positiva que reforça os laços de relação, sentimentos de solidariedade e de responsabilidade (BÄUERLE; RADEBOLD et al., 2000, apud LICHTENFELS, 2004). A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Desde a Assembléia Mundial de Saúde em 1983, a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde vem sendo discutida, extensivamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde da OMS, para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social (FLECK et al., 2003).

É necessário e fundamental avaliar-se o quanto a pessoa está satisfeita ou insatisfeita com os aspectos percebidos de sua vida e, segundo Paschoal (2000), só a partir da década de 1960, passou-se a valorizar a opinião dos indivíduos a respeito de sua própria vida.

Para se falar sobre qualidade de vida é necessário assumir uma postura multidimensional, visto que são muitos os fatores relacionados com a vida (OLIVEIRA, 2006). Avaliações da qualidade de vida vêm sendo utilizadas, cada vez mais, na área de saúde, sendo seu conceito difícil de ser declarado. A Organização das Nações Unidas (ONU) por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu um grupo de trabalho para procurar uma proximidade conceitual (FLECK et al., 1999).

Para tanto, a partir do final da década de 1980, especialistas de diferentes áreas e de 15 diferentes contextos culturais, condições sociopolíticas, econômicas e credos se reuniram com a missão de produzirem um conceito e um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida que permitisse contemplar a maioria das expectativas apontadas até então. O resultado destes encontros permitiu a conceituação de Qualidade de Vida como 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 (FLECK, 1999).

Na segunda metade do século XX, o mundo foi surpreendido por um novo fenômeno: as populações de praticamente todos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento, o Brasil incluído, estão em processo de envelhecimento, sendo fruto das diminuições dos coeficientes

de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade, ocasionando o aumento da população de pessoas idosas (PASCHOAL, 2000).

O autor acima citado explica que o fenômeno do envelhecimento está, cada vez mais, presente na atualidade e com isso torna-se necessário estudar de forma profunda e abrangente os mecanismos, que possam ajudar essa crescente população a ter uma vida mais digna e de qualidade. A elevação da expectativa de vida da população mundial faz crescer o interesse por parte dos profissionais da área de saúde em medidas que mantenham a independência, a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos idosos.

Repensar a velhice de forma a ressaltar-lhes as potencialidades e características é promover a longevidade saudável do idoso (ARAÚJO, 2008), pois como aponta Veras (2002) o Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. Rolim (2005) ressalta ainda que, em aproximadamente 20 anos, entre 1960 e 1980, observou-se, no Brasil, uma queda de 33% na fecundidade ao mesmo tempo em que a expectativa de vida do brasileiro passou de 33 anos em média, no início do século XX, para atingir a média de 68 anos no final deste mesmo século. A diminuição no ritmo de nascimento resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. Hoje, essa população totaliza 15 milhões de brasileiros, que em vinte anos serão 32 milhões. Esse segmento populacional, ao crescer quinze vezes no período de 1950 a 2020, em contraste com a população total que terá crescido, apenas, cinco vezes situará o Brasil como sexto país do mundo em termos de massa de idosos (VERAS, 2002).

No entanto, seria interessante enfatizar que estar mais próximo da questão do envelhecimento do que propriamente da terminologia “velhice”, pois como relata a Organização Mundial da Saúde (OMS) a velhice é o prolongamento e o término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e patológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas (ARAÚJO, 2008).

Dentre os problemas enfrentados pelas pessoas idosas existe a dificuldade de encontrarem prazer, alegria e satisfação na relação com a família por fatores internos e externos de suas vidas, que dizem respeito a deveres e muitas exigências, sendo causa de muitos aborrecimentos e motivo, quase e tão somente, de desafeto e preocupação. Uma relação tão próxima é carregada de prescrições de papéis, de deveres e obrigações, incluindo algumas vezes até maus tratos, de ordem emocional e física (LICHTENFELS, 2004).

Estudar a influência da religiosidade na qualidade de vida de idosos institucionalizados é um grande desafio. Envolve a espiritualidade que possui um conceito

muito amplo, pois é formada de sentimentos como, gratidão pela vida, compreensão, ter fé, saber perdoar, amar, adorar, superar o sofrimento, concordar com mudanças e refletir sobre o significado da vida. Partindo do pressuposto que o idoso possui uma espiritualidade mais profunda e que na situação de institucionalizado, em um ambiente católico, chegou-se ao questionamento que incentivou o tema pesquisado: seria possível identificar uma correlação entre religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados em lares católicos de longa permanência?

Tal questionamento gerou os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral:

- Estudar a religiosidade e qualidade de vida de idosos que residem em Instituições de longa permanência.

- Objetivos Específicos:

- Identificar os aspectos relacionados à atitude religiosa dos idosos;
- Caracterizar a qualidade de vida de idosos;
- Relacionar os aspectos inerentes à religiosidade de idosos à qualidade de vida dessas pessoas que vivem em instituições asilares.

Para atingir tais objetivos no primeiro capítulo são mostrados os conceitos a respeito de espiritualidade, religiosidade e, também, apontadas as relações com o engajamento religioso, os fundamentos da espiritualidade católica, a espiritualidade no cuidar da saúde e, finalmente, um levantamento da vida de missionários católicos que dedicaram suas vidas no cuidar dos mais necessitados.

No segundo capítulo busca-se compreender as definições de qualidade de vida, as diferenças entre qualidade e vida e aborda-se a qualidade de vida no envelhecimento.

No terceiro capítulo foi exposto o processo de aparecimento do envelhecimento e a necessidade dos lares de longa permanência para os idosos.

Posteriormente foram apresentados os aspectos metodológicos, os resultados discutidos, e por fim, as considerações finais do trabalho de pesquisa.

Diante do exposto, justifica-se a importância deste estudo acadêmico para o campo do conhecimento das Ciências das Religiões, por priorizar o exercício da pesquisa voltada para a religiosidade humana na linha de espiritualidade e saúde, pois almejou estudar a situação em que se encontram grupos de idosos institucionalizados, na cidade de João Pessoa/PB relacionando-se a qualidade de vida com a religiosidade.

CAPÍTULO I – RELIGIOSIDADE

A busca espiritual ou mesmo religiosa como sendo consequência do sentimento de desamparo é uma idéia defendida por Freud. Frente a esse sentimento a ideia de salvação e de imortalidade, de lugar protegido e seguro, de lugar paradisíaco tranquiliza e reestrutura o homem. Essa concepção de imortalidade surge nos níveis primários de desenvolvimento infantil, sendo, posteriormente, substituída pelo conhecimento da realidade. A ideia de Deus, divindades, rituais, leis, normas e princípios morais é uma representação do complexo centrado na figura paterna. Mesmo reconhecendo que os aspectos espirituais ou religiosos servem para segurar ou barrar as pulsões anti-sociais e trazer certo grau de conforto para o homem, devem ser encarados como ilusão humana FREUD (1976) apud ARAÚJO (2008). Entretanto Frankl concebe o homem como três dimensões (corporal, mental e espiritual) que se interpenetram, conservando a unidade do ser. Apesar de sua multiplicidade, reconhecem-se suas diferenças ontológicas, mas, também, sua unidade antropológica (FRANKL, 1990, p.40 apud ARAUJO, 2008).

Segundo Geertz (1989) apud Aquino e colaboradores (2009), em qualquer cultura, a religião é uma tentativa de prover significativos gerais para que os sujeitos, individualmente, possam interpretar sua experiência e organizar sua conduta. Esses significados são armazenados, através dos símbolos sagrados que passam a expressar, para aqueles que lhes são devotos, a forma como vêem o mundo e como devem se comportar, ou seja, os símbolos dão, ao mesmo tempo, um sentido normativo e coercitivo para a organização da vida prática, em torno dos quais a vida deve ser necessariamente vivida. Pode-se, então, afirmar de acordo com o autor, que a religião é uma espécie de ciência prática, como sinônimo de conhecimento, que produz os valores pelos quais todos devem se guiar.

Vivenciar o compromisso social e religioso requer um comprometimento com os que sofrem, valorizando-lhes as experiências e conhecimentos, percebendo que há muita riqueza de vida neles. Reconhecer isso exige verem-se todos os aspectos de vida dessas pessoas, não reduzindo-os ou limitando-os aos aspectos econômicos. Segundo o Dalai-Lama citado por Boff (2001), a busca espiritual está relacionada com aquelas qualidades do espírito humano tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de harmonia que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros. Para Leloup e Boff (1997), aqueles a quem se refere como os que menos têm vida são os trabalhadores explorados, os pobres, os excluídos e marginalizados, os injustiçados, os

humilhados e todos os usurpados em sua dignidade e cidadania. Esses são frutos do sistema capitalista, que concentra os meios de vida, saúde, educação, habitação, alimentação e lazer nas mãos de poucos.

Os que vivem esse estágio de engajamento espiritual e religioso ativo participam, incansavelmente, de uma luta e se misturam de forma homogênea que se fazem eles próprios excluídos, injustiçados e humilhados, conseguindo ajudar não só aos outros, mas a si mesmos em participação. Temos muitos exemplos de pessoas que provavelmente conseguiram esse nível espiritual: Francisco de Assis, Betinho, Madre Tereza de Calcutá, Gandhi e outros (ARAÚJO, 2008).

Ressalte-se que esse itinerário religioso e espiritual não ocorre de forma linear. A busca por esse caminho se dá em muitas idas e voltas, não é traçado um modelo de santidade, parte-se do pressuposto de que vivermos os aspectos religiosos e espirituais é valorizar as ações solidárias, o respeito à diversidade e às diferenças, e assegurar a justiça a todos. Só encontraremos o sentido da vida se nos esquecermos, e deixarmos de lado nosso modo egoísta de viver e passarmos a buscar algo que realmente valha a pena, além de nós mesmos (FRANKL, 2003).

Muitas são as formas de empreender essa caminhada: as tradições religiosas, as psicoterapias, as artes, as crises vivenciadas e os encontros com outras pessoas. Esses processos propiciam ligações sutis com fatos ocorridos, sentimentos reprimidos não considerados. Assim, intuições e sensações são percebidas, lembradas e valorizadas; os valores são confrontados e tudo vai gerando energia e aumentam a capacidade de interpretar, refletir e ressignificar as coisas, desenvolvendo uma inteligência espiritual (BOFF, 1996).

O ser humano pode cultivar o espaço com o Divino, entregar-se ao diálogo com Deus, confiar a Ele o destino da vida, surgindo a espiritualidade, que origina as religiões que expressam o encontro com Deus nos códigos das diferentes culturas. Cuidar do espírito significa cuidar dos valores que dão rumo à vida e das significações que geram esperança, colocar os compromissos éticos acima dos interesses pessoais ou coletivos, alimentar o interior com a contemplação e a oração, significa, especialmente, experimentar Deus em tudo e permitir Seu nascimento no coração (BOFF, 1999).

O conceito de religiosidade não pode ser confundido com o de espiritualidade, mesmo que religiosidade e espiritualidade estejam relacionadas não são sinônimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem

características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas (UNDERWOOD et al., 1997 apud SAAD et al., 2001).

“O termo religião significa três coisas: igrejas particulares ou instituições religiosas organizadas, um campo de estudos eruditos e o domínio da vida que lida com coisas do espírito e com assuntos de supremo interesse” (LEVIN, 2001 p.24). Pode também ser entendido como um corpo de dogmas. Nesse formato, ela se apresenta por meio de instituições. Com a institucionalização da religião judaico-cristã ocorreu a desconsideração das formas de expressão religiosa dos chamados povos primitivos e politeístas, buscando padronizar a relação com o divino (SANTANA; SANTOS, 2005).

Conceitua-se religião como vindo

do latim: *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Tem como significado o vínculo entre o mundo profano e o mundo sagrado, no qual o sagrado opera encantamento do mundo habitado por forças maravilhosas e poderes admiráveis que agem magicamente (SOARES; LIMA 2005, p.44).

A religião é a consciência de que o homem possui uma dimensão sobre-humana. Ao ver-se como ser no mundo, vislumbra o infinito e isso o faz cheio de esperança e de fé na vida e em seu sentido último (FRANKL, 2003).

Religião, amor e poesia são experiências humanas fundamentais que dividem uma característica básica: a revelação que é a vivência daquilo que é impossível nomear suficientemente (WONG-UN, 2006). As religiões intercedem, em geral, o perdão e a absolvição, freqüentemente úteis na resolução de conflitos (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). E segundo Amattuzzi (1999) apud Kóvacs (2007), a religião é, também, um campo de experiências, indagações sobre a existência, abrindo-se para novas possibilidades.

Vasconcelos (2006) afirma que a espiritualidade vivenciada através da religião ou de fé pressupõe conhecimento dos próprios limites e possibilidades, não é um ato de simples resignação e, sim, uma atitude corajosa e humilde de alguém que sabe que sua vida está voltada para um “ser mais”, um “partilhar mais”, um “desprender-se”.

A religião por definição é procurada por meio da participação religiosa (LEVIN, 2001). Segundo Frei Betto (1992) é através da liturgia, da vida sacramental e da oração pessoal que o coração do homem melhor se dilata para que se possa viver no Espírito.

A expansão do Cristianismo favoreceu diretamente o interesse dos cristãos em cuidar dos doentes, dos pobres e desamparados, por cumprir com os princípios de amor, compaixão,

misericórdia e altruísmo ensinados por Cristo. Nesse contexto, o interesse cristão de ajudar o outro foi o responsável pela criação de ordens religiosas e instituições de acolhimento aos doentes. Entre as atividades prestadas a essas pessoas, estavam os cuidados espirituais, que eram compreendidos como forma de salvar as almas. Tais cuidados estavam direcionados às práticas religiosas, visando à propagação da fé cristã (TURKIEWICZ, 1995 apud ARAÚJO, 2008).

1.1. Fundamentos da espiritualidade católica

Os evangelhos repetidamente falam da oração solitária de Jesus: “De manhã, tendo-se levantado muito antes do amanhecer, ele saiu e foi para um lugar deserto e ali se pôs em oração” (Mc 1.35). Ele cumpre a tradição descrita nos salmos: “É a vós que eu invoco Senhor, desde a manhã; escutai a minha voz, porque, desde o raiar do dia, vos apresento minha súplica e espero” (Sl 5.4). A prática religiosa de Jesus, provavelmente, não se distinguia da de outros judeus piedosos de sua época que, igualmente, se baseava no relacionamento pessoal com Deus, que está ligada à memória histórica do povo e à natureza e seus ciclos. Os evangelhos relatam que Jesus, seguindo a tradição judaica, fazia-se presente nos cultos da sinagoga onde era lida e interpretada a Escritura; relatam que ele vivia em comunhão de vida com seus discípulos, que ele dava testemunho a respeito da proximidade do Reino de Deus em palavra e ação. Resumindo, os evangelhos deixam entrever que a religiosidade de Jesus se compunha dos seguintes elementos: ouvir, orar, compartilhar, testemunhar e agir (BUTZKE, 2003).

Este autor ainda afirma que a igreja cristã tomou como base de fé e doutrina a morte de Jesus, interpretada como a morte do “servo sofredor” e sua ressurreição, a qual foi assimilada como louvor ao triunfo de Deus, sendo criado o culto da comunidade primitiva, a forma fundamental e a origem de sua espiritualidade cristã. Precondição para esse princípio foi o ocorrido em Pentecostes que significa: Jesus Cristo, o crucificado, continua ativo na história. Sua palavra, sua preocupação com os seus e com o mundo não cessaram, mas continuam na obra de seu Espírito. Esta certeza transforma e inspira os antes assustados discípulos e eles testemunham a realidade da ressurreição por todo o mundo conhecido da época. Fundamental para a espiritualidade da comunidade primitiva foi, igualmente, a compreensão de que Cristo, sentado à destra de Deus, intercede como sacerdote e advogado pelos seres humanos diante de Deus. Esta aceitação os inclui na comunidade que espera pela volta iminente do Senhor, que se entende como seu corpo no qual o Espírito se manifesta,

celebra a Santa Ceia como Eucaristia e é edificada pelos múltiplos carismas. A inclusão nesta comunhão acontece pelo batismo, cuja simbologia deve ser vivida diariamente.

De acordo como o Catecismo da Igreja Católica (CIC, 1993, p. 689) “as espiritualidades cristãs participam da tradição viva da oração e são indispensáveis para os fiéis, refletindo, na sua rica diversidade, a pura e única luz do Espírito Santo”.

A despeito das dificuldades eclesiais internas com a socialização religiosa, o tempo é de espiritualidade. Trata-se de uma grande chance para as igrejas tradicionais. Basta exercitar a espiritualidade cristã, redescobrir a riqueza de formas, praticar os métodos de meditação e resgatar os exercícios espirituais.

1.2. Espiritualidade Religiosa no cuidar da saúde

Jesus mostrou cuidado especial com os pobres, os famintos, os excluídos e os doentes. Enchia-se de compaixão e curava muitos. Jesus foi um ser de cuidado, pois teve cuidado com a vida integral. A atitude do cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Isso é uma atitude fundamental de uma maneira de ser que provoca preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade, porque deve haver um envolvimento de afeto entre o ser cuidador e o ser que recebe o cuidado. O outro modo de ser no mundo se cumpre pelo cuidado que não se contrapõe ao trabalho mas lhe atribui uma tonalidade diferente permitindo a vivência de uma experiência fundamental do valor daquilo que tem importância. O ato do cuidar implica ter intimidade, acolhimento, respeito, proporcionar sossego e repouso (BOFF, 1999).

Leonardo Boff (1999) ainda afirma que combinar trabalho com cuidado é o grande desafio, porque não pode ocorrer oposição entre eles, visto que se limitam mutuamente e, ao mesmo tempo se complementam. O resgate do cuidado não se faz à custa do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho. O mundo é construído a partir de laços afetivos, que tornam as pessoas e as situações preciosas. Esses são os antídotos ao sentimento de abandono que os pobres e os idosos sentem. Estas são as medicações contra o descuido que os excluídos, os desempregados, os aposentados, os idosos e os jovens denunciam na maioria das instituições públicas.

Oliveira e Heimann (2004) reforçam que a necessidade do cuidar, nos dias atuais, é maior do que nunca, é uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para o desenvolvimento e realização do ser humano. O cuidar mesmo que atue sobre a saúde, não é

garantia de cura ou eliminação da doença, mas o cuidado sempre será uma necessidade para o enfermo. Portanto, o cuidar deve ser visto como um processo inter-relacional muito mais complexo e amplo entre o cuidador e o ser cuidado. Remen (1993) apud Oliveira e Heimann (2004) afirma que para cuidar da pessoa inteira é preciso estar presente como uma pessoa inteira, do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada; também é mais profundo que assistir, visto este último denotar uma ação mais passiva de observar e acompanhar, podendo ser um ato técnico, desprovido de sentimento e interação.

Ao definir cuidadores existem delimitações, pois o cuidado é mediado pelo afeto, tendo papel primordial a família, os parentes e os amigos mais próximos. Posteriormente, as relações solidárias representadas por voluntários, que se dedicam sem remuneração ao cuidado daqueles que não estão firmes, incluindo os doentes e necessitados. Por último, as relações profissionais, comerciais e burocráticas exercidas pelos profissionais de saúde, pastores, capelães, professores, advogados, entre outros, fazendo parte da terceirização do cuidado (OLIVEIRA; HEIMANN, 2004).

As autoras acima, ainda, reforçam que hábitos de vida e de experiências de saúde, doença e rituais de cuidados em várias culturas indicam que noções e comportamentos de cuidar são variados e diferentes, estando diretamente ligados a padrões culturais, merecendo tal consideração por parte de quem se dispuser a ser cuidador.

A palavra saúde provém de *salus*, termo latim que significa saúde (estado são) e salvação. Forma, ao mesmo tempo, alma, corpo, espírito e matéria. Considerando a aliança que existe entre saúde e religiosidade ao longo da história, a fé é o sentimento maior que se realiza, mediante buscas de curas e relação plena com Deus (BRANDÃO, 2000).

A afiliação religiosa pode oferecer oportunidades para se obterem em longo prazo, possíveis benefícios para a saúde e o bem-estar, antes mesmo do benefício para a alma. A participação como membro de igrejas, instituições que prescrevem certos comportamentos, reflete um nível de compromisso religioso que pode influenciar atitudes em relação a comportamentos como fumar, beber e usar drogas ilícitas entre outros, levando seus seguidores a assumir atitudes que podem prolongar a vida (LEVIN, 2001). A vivência religiosa deixou de ser considerada fonte de patologia e, em certas circunstâncias, passou a ser reconhecida como provedora do re-equilíbrio e saúde da personalidade (LEVIN, 2001; KOENIG, 2005).

A prática do aconselhamento pastoral, embora não incorporada às atividades dos profissionais de saúde, vem atraindo um crescente interesse por parte dos psicólogos, uma vez que o aconselhamento pastoral ou religioso pode resultar em altos escores de bem-estar, reabilitação e redução do impacto de eventos estressores (YOUNG; GRIFFITH, 1989; LEFAVI; WESSELS, 2003; JOSEPHSON, 2004 apud PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Pessoas e famílias são despertadas bruscamente por um diagnóstico de doença grave que as põe defronte aos enigmas do viver e do morrer. Só então, com o sofrimento, descobrem a dimensão emocional e espiritual da saúde, ou a do descompasso entre a evolução científico-técnica da medicina (MORAIS, 2006). A vivência do espírito altera as regras, muda as coordenadas, a percepção de si mesmo e das coisas. Uma comunidade é um cosmos, um doente é um fluxo interconectado com o profundo do ser (WONG-UN, 2006).

Para Araújo (2008), os profissionais de saúde vivenciam constantemente momentos de crise, tanto das pessoas submetidas aos seus cuidados, quanto os seus próprios, no envolvimento, num emaranhado de sentimentos e pensamentos, dos quais elementos subjetivos emergem. Em meio a tudo isso, esses profissionais precisam atender às demandas desses pacientes de forma que, consigam alcançar os objetivos de seu cuidado.

O mesmo autor ainda afirma: para que isso ocorra, é preciso que os cuidadores estejam apercebidos de seus próprios processos interiores e, também, dos lampejos, muitas vezes inconscientes, que apontam uma saída ou uma estratégia para melhor assistirem aos pacientes. A forma segura de alcançar essa sabedoria é mergulharmos dentro de nós mesmos, caminho árduo, para atingi-lo de forma completa, dado o dinamismo da vida, que sempre apresenta-nos algo a conhecer. Há sempre, ainda, algo que não se mostra plenamente, sem falar nos constantes processos de transformações conscientes e inconscientes.

Assim sendo, saúde e salvação são termos co-originais, indicando que as religiões procuram “salvar” o ser humano em sua totalidade biológica, psicológica e espiritual. O mesmo autor enfatiza que, na história das religiões, o termo grego *therapeía* (terapia), na visão clássica dos antigos, indica antes de tudo “assistir”, “estar próximo”, “cuidar”, significado próximo do conceito religioso e cristão de *diakonia*, que significa “serviço”. As capelas também estão inseridas no âmbito hospitalar, evidenciando-se a relação da religiosidade com a saúde e a grande influência dos religiosos na assistência à saúde. A dimensão espiritual se traduz em uma das necessidades fundamentais do ser humano: é reencontrar a sua própria essência, uma explicação para a sua existência e um sentido para a sua vida (ARAÚJO, 2008).

Aceitar a idéia de que os seres humanos são seres espirituais é, também, admitir a saúde relacionada com a espiritualidade. No Oriente, a saúde é vista como um estado de equilíbrio ou harmonia entre o indivíduo e o universo. A base da graciosidade e da verdadeira espiritualidade é a harmonia entre o ego e o corpo, assim, o bem-estar do homem depende de sua harmonia com a natureza, enquanto no Ocidente a espiritualidade é considerada por muitos como questão de crença com influências determinantes nos processos corporais (LOWEN, 1990 apud SOARE; LIMA, 2005).

Com a modernidade, as ciências da saúde vêm tentando reconstruir o homem, somá-lo novamente ao todo a que sempre pertenceu, considerando-o um ser pluridimensional, permitindo a reintegração das partes, dispersas ao longo dos tempos (MORAIS, 2006).

Valla (2001) propõe uma ponte entre saúde e religião quando afirma que deveriam caber outras concepções da relação saúde-doença além do modelo hegemônico da biomedicina. As condições da saúde pública do Brasil têm como queixa o “sofrimento difuso” que, certamente, não é uma queixa nova, mas algo que está crescendo no país.

O autor afirma que a origem das doenças estaria muito mais relacionada com as emoções do que com as bactérias e os vírus seguindo o raciocínio de que uma relação desequilibrada entre os homens e o meio ambiente, fazendo o homem parte do meio ambiente, seria o responsável pelo surgimento da doença.

O mesmo autor indica que o apoio social deve ser feito para melhorar a saúde das pessoas envolvidas em grupos diversos (associação, vizinhança, igreja). Esse apoio normalmente seria entre pessoas que se conhecem e de uma forma sistemática, razão pela qual frequentemente está envolvida uma instituição ou entidade.

De acordo com Frei Betto (1992) quando se deseja acompanhar alguém que sofre, cuida-se do seu corpo, não esquecendo sua alma com todas as memórias nela inscritas, o seu mundo psicológico, emocional e também o mundo de silêncio que existe nele. O homem pode evoluir comportando-se em momentos de completo materialismo e em outros, tornando-se espiritualistas. Na sociedade ocidental existe este constante conflito que envolve o materialismo e o espiritualismo.

Cada ato de cuidado se transforma em criação, cada contato, conversa ou diálogo permite ir às profundezas da alegria, da construção compartilhada de conhecimentos, de emoções e de ternuras (WONG-UN, 2006).

1.3. A pedagogia católica no cuidar dos idosos

Pessoas mais velhas, que participam de atividades religiosas particulares e congregacionais apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, ansiedade crônica e demência (LEVIN, 2001). Para Melo (1992) aceitar a velhice é um desafio para a pessoa, para a sociedade, para o país e para a Igreja Católica. O idoso precisa de respeito à sua dignidade, e não piedade e assistencialismo, pois é um cidadão e, como tal, tem os seus direitos. Esta autora relata que a palavra do representante da Igreja Católica em relação aos idosos é uma festa para a inteligência e um privilégio para o coração. O Papa João Paulo II ressalta o valor do idoso para toda a humanidade, na sua oração aos idosos:

Meus queridos irmãos e irmãs idosos! O Papa inclina-se, respeitosamente, diante da velhice e convida todos a fazerem o mesmo. A velhice é o coroamento das etapas da vida. Ela apresenta a colheita de tudo o que se aprendeu e viveu; de tudo o que se fez e conseguiu; de tudo o que se sofreu e superou. Como no fim de uma grande sinfonia, os temas dominantes da vida voltam para uma vigorosa síntese sonora. E esta ressonância conclusiva confere sabedoria (MELO, 1992, p. 11).

Na carta de João Paulo II na abertura da II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento (2002) há um questionamento sobre como garantir o perdurar de uma sociedade que está a envelhecer, consolidando a segurança social das pessoas idosas e a sua qualidade de vida. O mesmo afirma que é preciso não se deixar guiar principalmente por critérios econômicos, mas inspirar-se melhor nos sólidos princípios morais. É importante que o idoso seja considerado na sua dignidade de pessoa, que não deve ser diminuída com o passar dos anos e com a deterioração da sua saúde física e psíquica.

João Paulo II (2002) afirma que a civilização deve garantir aos idosos uma assistência rica de humanidade e impregnada de valores autênticos, com o desempenho de um papel determinante no progresso da medicina paliativa, na colaboração dos voluntários, no empenho direto das famílias, que devem ser ajudadas a enfrentar a sua responsabilidade, na humanização das instituições sociais e nas instituições do âmbito da saúde que recebem os idosos. Um vasto campo no qual a Igreja Católica, em particular, ofereceu e continua a oferecer uma contribuição relevante e permanente. Refletir sobre a terceira idade significa, por conseguinte, considerar a pessoa humana que, desde o nascimento até o seu fim natural, é

dom de Deus, Sua imagem e semelhança, e esforçar-se para que cada momento da sua existência seja vivido com dignidade e plenitude.

O representante da Igreja Católica, na Catedral da Baviera, dirigindo-se aos anciãos, disse-lhes com muito carinho: “Vós sois um tesouro para o mundo. À atual geração de idosos, de que fazeis parte, meus queridos irmãos e irmãs, pertence, de maneira muito particular, esta coroa honorífica da sabedoria” (MELO, 1992, p.21).

De acordo com o Documento de Aparecida no texto conclusivo da V Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano e do Caribe (2007) há o reconhecimento que muitos idosos gastaram a vida testemunhando a realização de obras, vivenciando o papel de verdadeiros missionários de Jesus. Essas pessoas merecem ser reconhecidas como filhos de Deus, chamados a compartilhar a plenitude do amor e a serem queridos em particular pela cruz de suas doenças, da capacidade diminuída ou da solidão. A família não pode se ligar, apenas, nas dificuldades surgidas na convivência diária, a sociedade não deve considerá-los como um peso. E ainda lamentável que em alguns países não haja políticas sociais para os idosos aposentados, pensionistas ou enfermos. Sendo assim, foi exortada a criação de políticas sociais justas e solidárias que supram as necessidades desses indivíduos.

No documento acima citado, a Igreja Católica sente-se comprometida a procurar a atenção humana na sua integralidade a todas as pessoas idosas, também as ajudando a viver o seguimento de Cristo em sua atual condição, e incluindo-as na missão evangelizadora. Devido a isso, enquanto agradece o trabalho que já vem sendo realizado por religiosas, religiosos e voluntários, a Igreja Católica quer renovar suas estruturas pastorais e preparar mais agentes para ampliar esse valioso serviço de amor.

1.3.1 Missionários católicos

- São Francisco de Assis

Na tradição ocidental Francisco de Assis é visto como um exemplo de extremo cuidado com a natureza, os animais, as aves, as plantas e os pobres. Ele sentia o pulsar e nutria veneração e respeito por cada ser, por menor que fosse. Esse missionário possuía um estilo de vida com uma expressão genial do cuidado, uma prática da confraternização e um renovado encantamento pelo mundo (BOFF, 1999).

Francisco nasceu entre 1181 e 1182 na cidade Assis, província da Umbria no centro da Itália. Filho de um rico comerciante, em 1201 participou de uma guerra, sendo levado para a prisão onde permaneceu por aproximadamente um ano, adquirindo uma grave enfermidade e provocando profundas mudanças em seu interior. Após sua saída da prisão, passou a ter sonhos com Deus e iniciou assim seu processo de conversão católica, passando a se dedicar a oração e à meditação. Em 1206, em praça pública, Francisco se despojou de todos seus bens materiais, entregando-se ao cuidado com os leprosos e iniciou uma vida itinerante pregando o evangelho de Jesus. O dia 16 de abril de 1210 marca o nascimento oficial da 1ª Ordem Franciscana. Também foi fundador da 2ª Ordem Franciscana, conhecida por Ordem de Santa Clara (SILVEIRA; REIS, 2000).

Os autores anteriormente, citados afirmam que o ano de 1584 marcou o início do estabelecimento organizado e permanente dos franciscanos em terras brasileiras com a criação de uma Custódia Franciscana no Brasil, com sede em Pernambuco, tendo aprovação Pontifícia do Papa Cisto V, em 1586. O grupo dos fundadores da Custódia iniciou suas atividades apostólicas, fundando conventos, construindo Igrejas, aceitando missão entre os índios e cura pastoral entre os colonos.

São Francisco dedicou sua vida a cuidar dos pobres abandonados, necessitados e doentes, tendo até os dias atuais seguidores de seus princípios.

- São Vicente de Paulo

A Igreja Católica possuiu um grande acolhedor e cuidador dos necessitados que foi São Vicente de Paulo. Ele iniciou um trabalho que até os tempos de hoje ainda continua a ser exercido por seus seguidores, os Vicentinos. São Vicente de Paulo no centro de sua vida descobriu Deus nos pobres de seu tempo. Ele dizia que os pobres eram os mestres e senhores e que cuidar dessas pessoas era a condição para a autenticidade da fé (DUARTE, 1987).

Vicente teve origem em uma família simples, camponesa, de uma aldeia no sul da França, nasceu em 1581. Realizou seus estudos por nove anos com os franciscanos. Em 1600, aos dezenove anos, ainda, estudante de teologia na Universidade de Toulouse se ordena sacerdote. Em 1604 finaliza seus estudos e recebe o título de bacharel em teologia. Muda-se para Paris e passa a se dedicar a visitar e consolar os doentes do Hospital de Caridade. Em 1610 a Rainha Margarida, ex-esposa do rei Henrique IV o admite entre seus esmoleres, tendo como atividade apostólica principal visitar os doentes da Caridade e distribuir aos pobres

partes das escolas reais, o levando a criar em 20 de agosto de 1617, em Châtillon, França, uma associação de mulheres com o objetivo de visitar, alimentar e prestar assistência aos enfermos, que recebeu o nome de Confraria da Caridade composta pelas servas dos pobres ou damas da caridade (DUARTE, 1987).

Este mesmo autor, ainda, descreve que em 1620, Vicente institui a caridade dos homens modificando e adaptando a estrutura das confrarias da caridade para atingirem os necessitados abrangendo crianças abandonadas, adultos desempregados, velhos desempregados, mutilados de guerra, órfãos e viúvas. Assim nasce a Companhia dos Padres da Missão que concentra suas energias na missão camponesa, na formação do clero e no socorro aos necessitados.

A Sociedade São Vicente de Paulo, conhecida no Brasil pelas iniciais SSVP, é uma organização católica constituída por leigos e fundada em abril de 1833 por Antonio Frederico Ozanam e seis companheiros estudantes da Universidade de Sorbone, em Paris. Surgiu como resposta às críticas dos ateus ao catolicismo, que diziam: “Os cristãos não praticam o que pregam. Onde estão as suas obras de caridade?” Os fundadores inspiraram-se no “Pai da caridade”, São Vicente de Paulo com a experiência das Filhas de Caridade, congregação fundada por esse sacerdote Católico, que dedicou sua vida em favor dos pobres. São Vicente de Paulo dizia que: pregar o Evangelho acompanhado da caridade organizada para os necessitados é um ofício importante, é continuar a fazer, na terra, o que Jesus Cristo fez. A espiritualidade vicentina tem Cristo como o caminho a seguir (MARQUES, 2008).

O autor afirma, ainda, que a SSVP é a primeira associação de católicos leigos sem dependência formal da hierarquia eclesiástica, não sendo considerada uma pastoral de caridade da Igreja, e que se transformou em uma das maiores associações de pessoas no mundo. Hoje está presente em aproximadamente 141 países e conta com cerca de um milhão de membros, conhecidos como vicentinos e vicentinas. Os vicentinos procuram cuidar dos sem comida, teto, energia elétrica, água, roupa, calçado, brinquedos, saúde, educação, dos sofrendores de rua e demais marginalizados, ou seja, seu maior objetivo é a promoção do assistido. Sendo assim, a atividade principal do vicentino resume-se em prestar assistência material, moral e espiritual às pessoas carentes, independentemente de raça, cor, nacionalidade, credo político ou religioso.

A SSVP é uma sociedade aberta a todos os católicos sem distinção de sexo, idade, cor, raça ou condição social, mas para obter êxito nas suas atividades é necessário que seus

membros possuam formação religiosa e vicentina, tenham vontade e disposição para o trabalho entre os pobres e que seja considerado um bom cristão (MARQUES, 2008).

- Madre Savina Petrilli

A Igreja Católica possuiu uma grande cuidadora dos desprovidos e abandonados que foi Madre Savina. Ela iniciou um trabalho que até os dias de hoje ainda continua a ser feito por suas seguidoras, que é a sustentação de asilos para idosos.

Nasceu em Siena, na Itália, em 29 de agosto de 1851. Aos 15 anos se inscreveu na Congregação das Filhas de Maria e foi rapidamente eleita presidente. Em 1869 é recebida pelo Papa Pio IX que a exorta a seguir a norma de Santa Catarina de Siena. Em 15 de agosto de 1873 na capelinha da casa com outras cinco companheiras ela toma os votos de castidade, obediência e pobreza, na presença do confessor e com a aprovação do Mons. Enrico Bindì que concede a primeira licença para iniciar uma obra em benefício dos pobres. A nova família religiosa recebe o nome de Congregação das Irmãs dos Pobres de Santa Catarina de Siena. Em 1881 Madre Savina inicia a fundação do Convento em Viterbo e em 1903 a primeira missão em Belém, no Brasil. A Constituição da Congregação, já enviada ao pontífice, é aprovada em 17 de junho de 1906 (ROMA, 1979).

O autor, ainda, continua afirmando que Madre Savina tomou o voto de “não negar voluntariamente ao Senhor” o voto de “perfeita obediência”, e ao Diretor Espiritual o voto de “não lamentar-se deliberadamente de nenhum sofrimento externo e interno” e o voto de “completo abandono à vontade do Senhor”. Savina Petrilli faleceu em 18 de abril de 1923.

Com 25 casas na Itália, a Congregação opera no Brasil, Argentina, Estados Unidos, Filipinas e Paraguai. O carisma transmitido pela Madre Savina e a sua vontade de viver radicalmente para o sacerdócio de Cristo na adoração total e na total dependência da vontade do Senhor, fez como centro de sua vida a Eucaristia, continuar a missão de Cristo, o serviço da evangelização, promover a fraternidade e ajudar o próximo, em especial, os pobres. Pela visão de Madre Savina, a pobreza é um Sacramento de Cristo e pode ser considerado com mistério da fé tal qual a Eucaristia, assim a Congregação está sempre a serviço da pobreza e de todos que sofrem e são oprimidos. O Papa João Paulo II a proclamou Beata na Praça de São Pedro em 24 de abril de 1988.

CAPÍTULO 2 – ENVELHECIMENTO

2.1. O processo do envelhecimento

O Deus da Bíblia não se deixa medir por critérios cronológicos. Para Ele, a velhice não é o tempo em que a vida se recolhe e não pode mais brilhar e dar frutos visíveis e maduros. Não é o apagar da vida, da beleza e do amor (texto base da Campanha da Fraternidade 2003, Nº. 107).

Veras (1995) assim como Melo (1992), afirmam que o primeiro ponto a ser abordado, quando se fala de aspectos sociais do envelhecer dos humanos, é a diferença entre velhice e envelhecimento. Ambos fazem parte de um mesmo fenômeno, mas representam faces diferentes. Envelhecimento é um processo natural, gradativo, dinâmico, progressivo, irreversível e não contagioso. Instala-se em cada indivíduo desde o seu nascimento e o acompanha ao longo da vida, culminando com a morte. É, portanto, um fato biológico, próprio de todos os seres vivos. É uma experiência única, pessoal e profundamente existencial. É um fenômeno inevitável da vida.

A velhice é entendida como uma etapa da vida na qual, em decorrência da alta idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam a relação do indivíduo com o meio, passando a ser, segundo Néri (2001), um fator de risco para o funcionamento intelectual geral de homens e mulheres idosos, especificamente, para as capacidades e habilidades dependentes de fatores sensoriais e psicomotoras.

Quanto mais se avança em idade, mais rica torna-se a vida em experiência e sabedoria, aumentando a maturidade, o equilíbrio, a compreensão, a generosidade, a espiritualidade, o amor e a liberdade (VERAS, 1995).

Neste sentido, observemos o que infere Melo:

A história registra, com frequência, a inteligência, a prudência e a lucidez do ancião. Isto é, a sabedoria nas grandes e importantes decisões da humanidade. Também na Bíblia assim se tem revelado, através de Moisés, de Abraão, de Sara, de Ana, de Simeão, de Isabel, de Pedro e tantos outros. As tribos, os povos, as clãs nos momentos decisivos reuniam o conselho dos anciãos, que sob as luzes dos Deuses, indicavam o melhor caminho (MELO, 1992, p. 21).

Para Jung apud Santana (2005), quando a velhice se aproxima, inicia-se o Ciclo Cósmico, ou seja, o momento em que há uma capacidade maior de discernimento. A visão do sentimento global desse processo resulta no encontro do significado profundo da vida.

A Bíblia apresenta o idoso como símbolo da pessoa cheia de sabedoria, maturidade e temor de Deus. Em Eclesiástico 25, 6 a 8: “Quão belo é para a velhice o saber julgar, e para os anciãos o saber aconselhar! Quão bela é a sabedoria nas pessoas de idade avançada e a inteligência com a prudência nas pessoas honradas! A experiência consumada é a coroa dos anciãos, o temor a Deus é a sua glória”.

A verdade é que a velhice faz parte do ciclo da vida, e não se pode fugir dela. É necessário que aprendamos a ser velhos, com uma preparação objetiva e real. O envelhecimento é uma etapa natural da vida e como tal deve ser recebida. “O único envelhecimento terrível começa com o medo de envelhecer” (DUMÉÉ-DUBOIS 2005, p. 33 apud SILVA, 2006). O pior da velhice não é a proximidade da morte, mas sim a morte lenta e contínua, que é a própria essência da velhice (GAJARÇA, 1986).

Embora o processo de envelhecimento se inicie muito antes dos 60 anos, é nesta idade que ocorre o ingresso do indivíduo na terceira idade (PICKLES et al., 2000 apud WEBBER 2004). O envelhecimento começa no útero no momento da concepção. Ele representa a passagem do tempo, não uma patologia. Em torno de um ano de idade, a singularidade de cada indivíduo se torna evidente, sendo que por volta dos cinco anos, a personalidade está bem formada. Multiplique os primeiros 05 anos por 15 e expanda as experiências ambientais e de vida e um dos marcos do envelhecimento se tornará evidente, isto é, a singularidade individual. Duas pessoas não envelhecem de maneira idêntica (KAUFFMAN 2001 apud WEBBER 2004). Nos casos de pessoas constitucionalmente mais saudáveis ou que cuidaram melhor de si mesmas ao longo dos anos, a velhice pode trazer qualidades excepcionais de sabedoria, compreensão, paciência e tolerância (GAJARÇA, 1986).

Longevidade compreende o período de tempo no qual se pode esperar que um animal viva. No caso dos seres humanos a longevidade média, ou seja, a expectativa de vida é de 75 anos e a longevidade máxima, é de cerca de 115 anos (HAYFLICK, 1996).

A quantidade de anos vividos seria o processo de envelhecimento, mas o importante é a qualidade com que esses anos são vividos, o que determinará a saúde e as condições de vida durante o processo de envelhecimento. Segundo Néri (1993) apud Castiglia (2006), alguns indicadores, como baixos níveis de saúde no idoso, são relacionados com altos níveis de depressão, angústia e baixa satisfação de vida e bem-estar.

Durante muito tempo, o envelhecimento humano foi tratado somente por uma abordagem biológica. Preocupou-se muito com técnicas que viessem a retardar a velhice e que propiciassem às pessoas um envelhecimento com saúde. Esta visão da velhice, para qual muito colaborou a postura da medicina, escondia a tentativa de se negar a morte e associava a fase de envelhecimento a um final de vida. A partir disto, muitos preconceitos e estereótipos foram criados como “velho é improdutivo”, “velhice é doença”, “os velhos são ranzinzas” (VERAS, 1995). Parece que os maiores de 75 anos estão sujeitos a uma maldição semelhante a lepra bíblica que os incapacita para papéis sociais produtivos (MORANGAS, 1997).

Doenças que podem ocorrer no processo de envelhecimento são as do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes, doenças osteoarticulares, demências do tipo Alzheimer e tantas outras, como as crônico-degenerativas. Hoje, se descobertas precocemente, essas doenças, podem ser tratadas antes do seu agravamento, pois o idoso requer assistência não só em termos biológicos, como psicológicos e espirituais. (SBG, 1994 apud CASTIGLIA, 2006).

O mundo foi, recentemente, surpreendido por um novo fenômeno: as populações de praticamente todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive o Brasil estão em processo de envelhecimento, isto é, a proporção de idosos (pessoas acima de 60 anos) está aumentando progressivamente (PASCHOAL, 2000).

No Brasil até 1960, todos os grupos etários cresciam de maneira proporcional ao crescimento da população total, não havendo grandes modificações na estrutura etária. A partir de 1960, o grupo de idosos vem crescendo, proporcionalmente, oito vezes mais que os jovens e duas vezes mais que a população total (SILVESTRE, 1996 apud PASCHOAL, 2000).

O Brasil é um dos países da América Latina que tem experimentado um dos maiores aumentos, em relação a sua proporção de idosos, na população total. Isto significa uma acelerada tendência de envelhecimento populacional. Nas ultimas décadas constata-se esta afirmação ao longo dos Censos e as projeções até 2020 a confirmam (HEREDIA, 1999). No Brasil, a população com mais de 60 anos aumentou de 4% em 1940, para 8,6% em 2000. Em 2002, a estimativa era de 15 milhões de brasileiros com mais de 60 anos, sendo que para o ano 2005 o percentual de idosos no Brasil deverá atingir a cifra de 15%. O Brasil deverá possuir então a sexta população mais idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos (SCHOMERI; RAMOS; PAPALÉO NETO, 1996 apud SILVA, 2006).

Segundo o censo do IBGE, 2002, a Paraíba tem a terceira maior população de idosos do Brasil. Segundo a mesma fonte, esses dados se organizam da seguinte forma: 336.160 paraibanos têm 60 anos ou mais e somam 10% da população do estado. Na questão da escolaridade, 56% dos idosos não têm instrução ou estudaram menos de um ano. Quanto a situação financeira 60% vivem com renda per capita de até um salário mínimo por mês, embora 64% dos idosos sejam as pessoas de referência na família, e 42% dos idosos aposentados trabalhem para complementar a renda ¹.

É na velhice que a solidão apresenta uma de suas facetas mais preocupantes e desesperadoras havendo uma tendência social no sentido de considerar como normal o sofrimento legado ao “velho” pela solidão. A sociedade preocupa-se com os lucros e a produção, promovendo uma amnésia social na qual o homem é esquecido como homem. A velhice é vista como limitadora, deturpadora, destruidora na continuidade das capacidades de crescimento do ser humano que tem uma bagagem acumulada de vivências e experiências (ANGERAMI, 1992).

Este autor ao discutir a velhice entende que nesta etapa da vida ocorre o sentimento de abandono. Cúmplice desse abandono real que acontece, o indivíduo perde o papel que desempenhava dentro de um contexto sócio-familiar. Essa situação é questionada dramaticamente em sua existência, pois os familiares que o rejeitam tiveram seu sustento promovido por ele, e na sua fase de declínio se sente desprovido de significação, abandonado e relegado a uma total carência afetiva e material. À medida que são abandonados pelo núcleo familiar, lentamente, também, se abandonam, a si próprios, desprezando contínua e fluentemente todos os contatos com o mundo exterior, vivendo de lembranças e promessas remanescentes de um tempo, que se perdeu no ser e no espaço, levando-o a um isolamento que é por si, um os aspectos dolorosos da própria condição humana.

A fase de envelhecimento é uma etapa do declínio físico e psicológico de todo ser humano. Inserida em nosso contexto sócio-cultural, a velhice é vítima de uma série de pressões e influências, que uma vez incorporadas acabam por fragilizar e imbecilizar essa última fase do desenvolvimento. Muitas atitudes psicológicas da velhice como ausência de motivação, inapetência, indiferença intelectual, tédio, sentimento de decadência, insegurança, maior dependência afetiva, refúgio em hábitos obsessivos, avareza e ruptura de comunicação são reforçadas de um lado, pela hostilidade de nossa sociedade em relação ao velho e, por outro, pelos próprios como defesa contra esta mesma sociedade hostil (TORRES et al. 1983

¹ Dados do jornal Correio da Paraíba de 30 de abril de 2006

apud ANGERAMI, 1992). “A explicação sociológica proveniente da ótica econômica declara que o velho é ignorado e desprezado por não estar mais no processo de produção e consumo mercantilista” (ANGERAMI, 1992, p. 81).

A II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (Madri, 8-12/04/2002) tratou do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, cuja Declaração Política contém os compromissos assumidos pelos governos participantes, para garantirem uma sociedade para todas as idades, que foi o tema central deste evento da ONU. O plano de ação aponta para as três prioridades em nível mundial: os idosos e o processo de envelhecimento; a promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida; e a criação de contextos propícios e favoráveis, que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade, como base para um envelhecimento seguro. No que se refere a saúde são enfatizados os seguintes tópicos: a promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida; o acesso universal e equidade aos serviços de saúde; os idosos e o vírus HIV/AIDS; a formação dos profissionais da saúde; a saúde mental e os idosos portadores de deficiências (PESSINI, 2002).

No Brasil no século XXI os direitos dos idosos são regidos pela seguinte Lei Segundo a Lei Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 no Art. 2º:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízos da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (ESTATUTO DO IDOSO, 2009, P. 11).

A Lei Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 no Art. 10º CAPÍTULO II 1º parágrafo III ainda defende o direito à liberdade de crença e culto religioso e, no 2º parágrafo, o direito ao respeito de valores, idéias e crenças.

Para organização da saúde primária com a inclusão dos idosos em abril de 2006 como resultado de um trabalho conjunto entre o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) e o MINISTÉRIO DA SAÚDE, foi publicada a portaria GM / MS 699 que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (PACTO PELA SAÚDE 2006). Nesta foram definidas três dimensões: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Vida, e o Pacto de Gestão.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS visam: mostrar a saúde como um direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; garantir, a longo

prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde com a regulamentação da emenda constitucional 29 pelo Congresso Nacional que garante recursos crescentes em função da arrecadação dos três níveis de governo e elaborar a carta dos direitos dos usuários do SUS. O Pacto pela Vida constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos dos três níveis. Significa uma ação prioritária, no campo da saúde, que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: Saúde do Idoso; Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama; Redução da Mortalidade Infantil e Materna; Fortalecimento da Capacidade de Resposta às Doenças Emergentes e Endemias; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica / Primária.

No que diz respeito a Saúde do Idoso foram propostas ações estratégicas de acolhimento, visando reorganizar este processo em função da pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento às dificuldades atuais de acesso. Na assistência farmacêutica, para desenvolverem-se ações, que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa. Na atenção diferenciada na internação com a instituição da avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar. Com a atenção domiciliar, instituindo esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde. Na implantação do acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco. Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e elaborar o Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa.

Envelhecer com qualidade de vida é um dos grandes desafios nos dias de hoje. Com hábitos de vida saudáveis, incluindo boa alimentação e maior atenção na área da saúde é possível compensar as mudanças naturais da idade e favorecer a boa forma e a saúde. Quando envelhecemos com saúde, chamamos essa fase da vida de saudável, se envelhecemos com vários problemas de saúde e limitações físicas, chamamos esse período de senilidade.

Damos uma chance para a reflexão relembando João Paulo II, líder espiritual, figura respeitada e conhecida no mundo todo: “um velho papa, com muitos anos de vida, mas ainda com o coração jovem, e apesar das minhas limitações devido à idade, conservo o gosto pela vida. Agradeço ao Senhor. É bonito poder gastar-se até o fim pela causa do Reino de Deus” (Carta aos Anciãos, nº. 17. Campanha da Fraternidade 2003).

2.2. Lares de longa permanência

Efetivamente, não existem políticas globais voltadas ao atendimento das necessidades de toda população, como seria desejável, o que resulta numa alta probabilidade de a maioria dos idosos sobreviverem em condições precárias. A questão do amparo e proteção a idosos, que por motivos econômicos ou afetivos não têm onde e com quem morar, torna-se cada vez mais grave. Numa parte, porque há, poucas instituições, noutra, porque a qualidade da assistência prestada por estas, é muitas vezes discutível, em virtude, principalmente, da falta de recursos materiais e humanos. Tradicionalmente, esse papel tem sido assumido pelos asilos, geralmente, de orientação filantrópica e religiosa, quando o idoso assistido é pobre. A decisão de institucionalizarem-se idosos é difícil e controvertida para os próprios idosos, para as famílias, para os profissionais envolvidos e, ainda, para as instituições sociais de caráter assistencialista (PAVARINI, 1996).

Muitos profissionais de saúde e muitas autoridades acreditam que, seguindo o movimento antimanicomial da reforma psiquiátrica, deve haver o fechamento de asilos. Entretanto para que isto venha a acontecer deve haver a criação de programas adequados de apoio à família e de equipamentos sociais, devido à transferência para os asilos dos problemas não asilares, de atenção ao idoso, que poderiam diminuir a necessidade de internação. Devido à falta destes programas e a precariedade da rede de Assistência Social, verificamos que todos os problemas que a comunidade não consegue resolver são encaminhados aos asilos. Estes viram uns tipos de quarto de despejos (BORN, 2004).

De acordo com o DECRETO Nº. 1.948, DE 03 DE JULHO DE 1996 que regulamenta a Lei Nº. 8.842, de janeiro de 1994 e que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, no seu Art. 3º entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. No Parágrafo Único,

a assistência na modalidade asilar ocorre na inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Segundo a Lei Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, no Capítulo VIII Art. 35, em relação à assistência social, todas as entidades de longa permanência ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada. O parágrafo 1º declara que, no caso de entidades filantrópicas ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade e o parágrafo 2º alega que o Conselho Municipal do Idoso ou Conselho Municipal de Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista, que não poderá exceder a 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

No Capítulo IX, que diz respeito à habitação, o Art. 37 relata que o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar ou, ainda, em instituição pública ou privada. Continuando o parágrafo 1º, a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família. O parágrafo 3º diz que estas instituições são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação e higiene dentro dos padrões das normas sanitárias.

Born (2004) continua garantindo que é diretriz da Política Nacional do Idoso a "priorização do atendimento ao idoso, através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua sobrevivência". No entanto, essa diretriz ignora as mudanças na estrutura da família, e o aumento dos idosos dependentes. É uma realidade vivida por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs) o aumento de pedidos de internação desses indivíduos com alta dependência, sobretudo, os casos de demência. Deve-se ter a formação de uma rede de serviços específica para esta faixa etária, na comunidade, hierarquizar os pedidos de internação e estabelecer prioridades.

O mesmo defende que o aumento de idosos dependentes e com necessidades especiais, torna complexo o seu atendimento nas ILPs, pois não basta proporcionar-lhes abrigo, alimentação, recreação e encaminhamento para cuidados médico-hospitalares, quando necessários. Por isso, não se pode pensar apenas num programa de assistência social, mas em que abranja dieta adequada, cuidados diários de enfermagem e todos os programas, que promovam e mantenham a autonomia do idoso, além da criação de um ambiente adequado e

seguro para o idoso dependente. O autor defende que a ILP deve ser uma moradia especializada.

A velhice e o envelhecimento em nossa sociedade são partes de um processo contraditório gerado pelo sistema social em que o velho transita entre ser e não ser parte integrante das relações sociais, ter e não ter um lugar e um papel que diga de si e diga de sua experiência consolidada pela maturidade (GUSMÃO, 2001).

CAPÍTULO 3 – QUALIDADE DE VIDA

3.1. Definição de qualidade e de vida

Qualidade de vida (QV) envolve aspectos como interação social, experiências afetivas significativas, expressão emocional e participação em atividades de lazer (SAUNDERS, 1991 apud KOVÁCS, 2003). A autora afirma que, também, envolve aspectos referentes a dignidade no processo de viver e morrer, competência e autonomia.

De acordo com Panzini e colaboradores (2007), o conceito de QV como medida de desfecho em saúde surgiu à partir de 1970, no contexto do progresso da medicina. Este trouxe um prolongamento na expectativa de vida, na medida que doenças, anteriormente, letais passaram a ser curáveis ou, pelo menos, ter-se o controle dos sintomas ou retardo no seu curso natural. Assim, esse prolongamento se dá à custa do convívio com formas abrandadas ou assintomáticas das doenças. Passou a ser de grande importância, então, disporem-se de maneiras de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais. De fato, Fallowfield (1990) apud Panzini e colaboradores (2007) definiu QV como a medida que faltava na saúde.

Tornou-se frequente, na área de saúde, afirmar-se que saúde não é doença, saúde é qualidade de vida. Por mais correta que esteja tal afirmativa costuma ser vazia de significado e, frequentemente, revela a dificuldade dos profissionais da área, de encontrar em algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde (MINAYO et al., 2000).

Vida é definida a partir de um conjunto de enunciados biológicos, químicos, físicos entre outros e embora qualidade de vida seja um conceito, aparentemente, fácil de ser compreendido extremamente difícil de ser avaliado, pois carrega uma interpretação muito peculiar a cada ser humano (ARGERAMI, 1992).

Com o final da Segunda Grande Guerra, a ONU preocupada com as condições de vida dos países, indicou o estudo de variáveis que interferiam nessas condições. Assim, surgem, na década de 1950, investigadores clínicos, epidemiologistas, cientistas sociais e estatísticos, conduzindo pesquisas de medidas de atributos humanos, denominados de “boa vida” (OLIVEIRA, 2006).

O autor acima citado afirma: “boa vida” refere-se à conquista de bens materiais, ou seja, possuir casa própria, carro, aparelhos eletrônicos, dentre outros. O conceito foi posteriormente ampliado, para medir quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, não importando se tal riqueza estava bem distribuída.

Embora todos fossem indicadores importantes para se avaliar e comparar a qualidade de vida (QV) entre os países, regiões e cidades (qualidade de vida objetiva), estes não eram suficientes para medir a QV dos indivíduos, que se inseriam, diferentemente, naquela sociedade e que podiam se distanciar de forma significativa do índice médio da população como um todo. A partir da década de 60, há o início da preocupação em se avaliar a QV percebida pela pessoa, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas (QV subjetiva). No dizer de Paschoal (2000, p. 21): “passou-se a valorizar, então, a opinião dos indivíduos. O dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade de sua vida”.

Para se estudar a QV do indivíduo, faz-se necessário entender qual o significado da expressão QV. Numa primeira tentativa, pode-se decompor a expressão em suas duas palavras: qualidade e vida.

O termo “qualidade” é discutido no dicionário de Mora (1994) apud Oliveira (2006), primeiramente a partir de uma reflexão feita por Aristóteles, que o entendia como uma característica do ser, assim, não apresentando conotação valorativa, mas sim descritiva dos fenômenos ou objetos a que se refere.

O termo “qualidade” é definido como:

Um substantivo feminino do latim: *qualitatis* – o que caracteriza alguma coisa; o que faz com que uma coisa seja tal como se a considera; caráter; índole; o que constitui o modo de ser das coisas; essência, natureza; prosperidade; excelência; virtude; talento; disposição moral ou intelectual; importância; gravidade de alguma situação; de algum negócio; natureza; caracteres valorizadores ou depreciadores (PRAZERES, 1996, p. 336, apud OLIVEIRA, 2006).

Rolim (2005) relatou a dificuldade que os autores em 1976 apresentavam em conceituar esta temática dizendo que “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas ninguém sabe claramente o que é”. Exatamente por esta flexibilidade é que cada área de estudo pode entender qualidade de vida das mais diversas formas, tentando atingir o que consideram como uma qualidade de vida ideal para aquela população à que se destina o trabalho.

Antes de ser um tema constante na área de saúde, qualidade de vida era um conceito explorado dentro de outras áreas como a área social. Com a mudança de paradigma, que passou a influenciar as políticas públicas da área de saúde, o interesse pelos estudos relacionados à QV aumentou (SEID; ZANNON, 2004 apud ROLIM, 2005).

Ainda não há consenso definitivo na literatura sobre o conceito de qualidade de vida, mas há uma distinção entre os conceitos de padrão de vida e QV (SHEVINGTON 2002, apud PANZINI 2007); o primeiro compreende indicadores globais das características relevantes do modo de viver das sociedades e indivíduos, em termos sócio-econômicos, demográficos e de cuidados básicos de saúde disponíveis. O segundo baseia-se em parâmetros que se referem à percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não coincidirem com indicadores de padrão de vida.

Um dos grupos que se tornou referência sobre este assunto é o grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) – WHOQOL group (World Health Organization Quality of Life group) – que desde a década de 1980 estuda esta temática e propôs que essas percepções se originam na cultura à qual a pessoa pertence. Por isso, a questão cultural é fundamental na QV, já que diferentes culturas tendem a priorizar diferentes aspectos (PANZINI, 2007). A autora continua afirmando que é a partir de uma perspectiva transcultural, que esse grupo definiu qualidade de vida como 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 (WHOQOL GROUP 1994 apud PANZINI, 2007).

Outros autores como Minayo e colaboradores (2000) reforçam que o termo qualidade de vida tem servido para designar diversos tipos de acontecimentos como congressos, seminários, classificações de trabalho, etc. Em seu artigo os autores apresentam uma declaração feita por Ruffino Netto na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia em 1994, em que relata:

[...] qualidade de vida boa ou excelente (é) aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes (MINAYO et al., 2000, p.8).

É possível afirmar que QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de

indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Percebe-se, então, que o constructo qualidade de vida apresenta componentes de subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde, sobre os aspectos não médicos do seu contexto de saúde e, também, sobre a multidimensionalidade, em que o constructo é composto por diferentes dimensões e que a questão da subjetividade é claramente percebida na definição de qualidade de vida e como a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados (ANDREWS 1974; SEIDL; ZANNON 2004; apud ROLIM 2005).

Sobre a bipolaridade, Paschoal (2000) aponta que este constructo deve sempre apresentar dimensões positivas e negativas, como as questões de autonomia, dependência, mobilidade, dor; enfatizando as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões.

O constructo QV apresenta dois principais focos de pesquisa, um no sentido mais genérico, amplo e um outro foco relacionado à saúde.

Paschoal (2000) ao discutir qualidade de vida afirma a abrangência e a necessidade de se estudar essa temática de uma forma integrada entre todas as áreas. Quando esta é analisada no seu sentido específico vai apresentar, para cada área, uma definição característica, sendo que na área ligada à saúde, qualidade de vida aplica-se a pessoas sabidamente doentes e diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ou a sua terapêutica acarretam ao paciente e a vida dele.

Os questionários criados sob este enfoque têm como objetivo descobrir até que ponto algumas doenças (como HIV, diabetes, hipertensão, esclerose múltipla, entre outras) interferem na saúde e bem-estar das pessoas por elas acometidas. Tais questionários e estudos não podem ser generalizados para toda a população, e sim, somente, para aquela que se enquadra no perfil estudado.

Percebe-se, então, que o conceito de qualidade de vida apresenta-se dependente de uma percepção subjetiva dos indivíduos e, também, do grupo populacional à que se refere, fazendo parte de um processo de produção, de circulação e de distribuição de bens.

A temática qualidade de vida tem despertado a atenção de muitos pesquisadores e aumentado o interesse em sua mensuração. Dessa forma, diversos instrumentos foram criados pelos mais diferentes grupos que estudam esta temática.

Um dos questionários foi criado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-group (1998), tendo como objetivo ser um questionário

genérico de qualidade de vida. Esta versão contém cem perguntas sobre seis domínios específicos (domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais), sendo conhecido como WHOQOL-100. Outros questionários, também, foram criados. Alguns com a intenção de serem genéricos, como o SF-36 e o Health Related Quality of Life (HRQL) que visam mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde. O SF-36 foi criado pelo The Medical Outcomes Study Group, e avalia o estado de saúde em populações e em uma variedade de pesquisas clínicas, em que são analisadas oito dimensões (capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, saúde mental, aspectos sociais e saúde mental).

Segundo Néri (2001), é necessário entender, também, que esses aspectos subjetivos da qualidade de vida podem diferir e variar não apenas de pessoa para pessoa, mas também com relação à própria pessoa nas diversas etapas de sua vida.

É importante saber que, em qualquer momento do ciclo vital e em qualquer sociedade, qualidade de vida é um fenômeno de várias faces e, assim, é mais bem descrito por intermédio de um construto multidimensional. A avaliação das características de seus vários domínios tem como referência critérios biológicos, sociais, e psicológicos aplicados às relações atuais, passadas e prospectivas, de indivíduos, grupos humanos e sociedades com o ambiente físico e social. Nessa avaliação, são, também, levados em conta valores individuais e sociais a respeito do que é normal e do que é tido como desejável ou ideal, quanto ao bem-estar (NERI, 2001).

3.2. Qualidade de vida no envelhecimento

A qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais, que permitam aos idosos desempenharem comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Guarda relação direta com o bem-estar percebido. Para que pessoas idosas sintam-se adaptadas ao ambiente é necessário que este seja compatível com as capacidades físicas e com as competências comportamentais delas (NERI, 2001).

Saber viver é um dom e uma prática embasados em valores como amor, justiça, fraternidade, etc., que façam com que a vida, independente da sua fase, sempre agradável, feliz e gratificante. A velhice pode ser a etapa mais longa da vida, pode-se viver mais como idoso do que como criança, adolescente ou adulto e, viver bem é um direito do ser humano. Ter vida longa sempre foi uma aspiração da humanidade. Porém, quando alcançada, passa a

ser uma questão social, principalmente se houver queda na qualidade de vida das pessoas que chegam nessa fase da vida. É necessário, portanto, uma preparação consciente para se chegar nessa etapa com condições de saúde, que lhe garantam uma velhice digna e de boa qualidade (SILVA, 2006).

Boa qualidade de vida para os idosos pode ser interpretada como o fato de eles poderem se sentir melhores, conseguirem cumprir com suas funções diárias básicas adequadamente e conseguirem viver de uma forma independente (SPIRDUSO; CRONIN, 2001 apud ROLIM, 2005).

Spirduso e Cronin (2001) concordam com Rowe e Kahn (1998) apud Rolim (2005), quando estes propõem que existem três aspectos considerados fundamentais para que haja um bom envelhecimento ou a manutenção de uma alta qualidade de vida: a ausência de doenças, o engajamento com a vida e a competência física e mental.

É importante observar-se, ainda que em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. Em pesquisas realizadas por Freire Júnior e Tavares (2005), a velhice é vista como reflexo de algo divino e espiritual. Atribuem a velhice a uma vontade/força maior e o envelhecimento ocorre por um desejo de um Ser Superior. Eles constataram a presença de um viés religioso-espiritual no enfrentamento das necessidades intrínsecas à velhice, que funciona como fator de proteção nas situações difíceis (MINAYO et al., 2000). Assim, a espiritualidade é um fator determinante não só na cura, mas também na qualidade de vida das pessoas da terceira idade.

CAPÍTULO 4 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1. Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo agregado institucional observacional transversal com abordagem quantitativa sobre a relação entre religiosidade e qualidade de vida de idosos institucionalizados em lares de longa permanência de origem católica, visando alcançar os objetivos preconizados.

4.2. Local do Estudo

Instituições de longa permanência de origem católica localizadas na cidade de João Pessoa/PB: Vila Vicentina, Comunidade Católica Fanuel, Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância (AMEM), Casa da Divina Misericórdia, Associação Promocional do Ancião (ASPAN) e Lar da Providência Carneiro da Cunha.

4.3. Amostra do Estudo e Critério de Inclusão

A amostra consiste de 78 idosos, 50 mulheres e 28 homens institucionalizados. O método de amostragem foi acidental, ou seja, foram amostrados neste estudo os idosos que aceitaram participar da pesquisa. O critério de inclusão foi a preservação da cognição e estar institucionalizado a pelo menos um ano.

4.4. Procedimentos de Coleta de Dados e Questionários Aplicados

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Bioética em Pesquisa do Centro Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba, levando em consideração as recomendações estabelecidas pela Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, sendo aprovado, na 1ª Reunião Ordinária, realizada no dia 27/02/2008, com registro de protocolo nº. 2708, (Anexo A). Nas instituições convidadas, foram feitos os esclarecimentos iniciais ao responsável legal pela instituição e aos idosos que aceitaram participar da pesquisa.

No momento da coleta de dados os responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da Resolução 196/96 do Comitê de Bioética em Pesquisa, após terem sido informados, adequadamente, dos objetivos do estudo, terem garantido o

anonimato do participante e ter conhecido e concordado com outros itens do termo (apêndice A)

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de interrogação com a utilização de três questionários: o questionário de Dados Sócio-Demográficos, a “Escala de Atitude Religiosa” (FRANÇA; FRANÇA; AQUINO, 2002) e o “The Medical Outcomes Study Short Form – SF-36” (CICONELLI, validado em 1997). O período da coleta ocorreu entre os meses de maio a outubro de 2008. As entrevistas foram individuais, em local adequado, tanto para o entrevistado como para o entrevistador, sem tempo de duração pré-determinado.

No Questionário de Dados Sócio-Demográficos (Apêndice B) foram analisados os seguintes aspectos: distribuição dos indivíduos quanto às instituições de longa permanência, nome, gênero, idade, estado civil, existência de descendentes diretos, procedência, fontes de recursos financeiros, tempo de institucionalização, escolaridade e religião.

A Escala de Atitude Religiosa (Anexo B) foi desenvolvida por um psicólogo professor e acadêmicos da Faculdade de Psicologia do Centro Universitário da Paraíba (UNIPÊ). O instrumento consta de 15 itens relacionados às atitudes religiosas avaliadas em três domínios: Conhecimento, Afeto e Comportamento Religioso. Objetivando-se investigar o nível de religiosidade foi perguntado aos sujeitos o quanto se sentiam religiosos. As respostas deveriam ser dadas em uma escala de cinco pontos, em que um (01) nem um pouco religioso, dois (02) um pouco, três (03) mais ou menos, quatro (04) bastante, e cinco (05) correspondia a muitíssimo religioso (AQUINO, 2005). Todas as 15 questões são pontuadas por intermédio de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos.

Foi utilizado como instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida o questionário “The Medical Outcomes Study Short Form”, mais conhecido como SF-36 (anexo C). Este questionário foi traduzido para a língua portuguesa a partir de um protocolo para tradução, seguindo algumas etapas propostas pelos coordenadores do IQOLA (Internacional Quality of Life Assessment Project) e, também de trabalhos da literatura que abordam a metodologia de tradução de questionários para outros idiomas. O SF-36 foi criado a partir de uma revisão dos instrumentos ligados à qualidade de vida já existentes na literatura nos últimos 20 anos (CICONELLI, 1997). O SF-36 é um inventário que avalia oito aspectos distintos:

1. Capacidade Funcional (10 itens) que avaliam tanto a presença como a extensão das limitações impostas à capacidade física (em 03 níveis: muita, pouca ou sem limitação);
2. Aspectos físicos (04 itens);

3. Aspectos emocionais (03 itens);
4. Dor (02 itens) foram baseados numa questão do SF20 sobre a intensidade da dor, acrescida de uma questão sobre a interferência da dor nas atividades da vida diária do paciente;
5. Estado Geral de Saúde (05 itens) derivados do questionário General Health Rating Index (GHRI);
6. Vitalidade (04 itens) consideram tanto o nível de energia, como o de fadiga e foram derivados do questionário de avaliação de Saúde Mental, Mental Health Inventory (MHI);
7. Aspectos Sociais (02 itens), analisam a integração do indivíduo em atividades sociais e
8. Saúde Mental (05 itens) que foram escolhidos porque resumem os 38 itens do questionário de avaliação de Saúde Mental (MHI). Procuram investigar as dimensões: ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem estar psicológico. Existe, ainda, mais uma questão que avalia, de forma comparativa, as condições de saúde atual com a de um ano atrás, que não entra na pontuação de nenhuma das oito dimensões (CICONELLI, 1997).

Os itens são avaliados, dando-se um resultado para cada questão, que são posteriormente transformados numa escala de 0 a 100, em que zero é considerado o pior e 100 o melhor estado.

4.5. Procedimento para Análise dos Dados

Os dados foram tratados de acordo com a estatística descritiva, determinando-se as frequências simples e os percentuais das variáveis abordadas. No enfoque analítico, devido à natureza dos dados, foram realizados testes da estatística não-paramétrica.

A atitude religiosa foi dividida entre baixa e alta levando em conta a mediana que divide a amostra em duas partes.

Todo o procedimento analítico foi realizado considerando-se o nível de significância *alfa* igual ou menor que 0,05 (SIEGEL, 1975; BARBETTA, 2007). As análises foram feitas com o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 15 para Windows. Os resultados foram apresentados sob forma tabular. Foram utilizados cálculos de médias e desvio padrão para se ter conhecimento dos valores dos itens da Escala de Atitude Religiosa, para verificar se havia associações entre as variáveis, e uma análise da variância (ANOVA) com o teste t para identificar onde exatamente ocorreram as correlações do nível de atitude

religiosa e os domínios da qualidade de vida. A confiabilidade fundamentou-se no coeficiente *alpha de Cronbach*.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

As instituições de amparo à velhice propõem cuidar das pessoas idosas e, para tanto, organizam-se em função do que um idoso necessita: alimentação, higiene, abrigo, cuidados médicos e distração para passar o tempo. Não é uma tarefa fácil proporcionar todos esses recursos a um grupo de pessoas.

5.1. Características dos Lares de Longa Permanência Visitados

A distribuição dos idosos, neste trabalho, está apresentada por ILP. As instituições para idosos de origem católica visitadas para coleta de dados possuem idosos de características heterogêneas, tanto em idade, que variam de 55 a 102 anos, como em condições de saúde. O número de mulheres é bem maior que o dos homens. No mesmo ambiente encontram-se cadeirantes, deficientes visuais, auditivos e mentais, depressivos, psicóticos com diagnóstico de esquizofrenia e com outros diagnósticos, pessoas com quadro demencial, com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), alcoolistas, amputados de membros inferiores, hipertensos, diabéticos, doentes renais, irmãos da mesma família e até mesmo casais. Há, porém pessoas sadias.

Notou-se, nestas instituições, grande preocupação com relação à limpeza, às compras, à arrecadação de fundos, ao pedido de ajuda à comunidade, enfim preocupações de cunho administrativo e com o bem-estar dos acolhidos. Os idosos são consumidores dos serviços básicos prestados pela instituição.

- **Vila Vicentina**

Foram realizadas cinco visitas nesta instituição para coleta dos dados referentes à esta pesquisa. Existem 61 idosos residentes: 34 do sexo masculino e 27 do sexo feminino. Participaram desta pesquisa 14 idosos, sendo dez homens e quatro mulheres com idade de 58 a 82 anos.

A entidade é filantrópica de origem vicentina e mantida com verbas que recebe da Prefeitura local, benefícios (INSS) recebidos pelos residentes e doações de gêneros alimentícios e contribuições em dinheiro.

A atual presidente, anteriormente já desempenhou a função de secretária, e a vice-presidente é uma senhora que, também, faz parte do Conselho Municipal do Idoso e ambas dirigem a instituição com grande empenho, fazendo-se presentes todos os dias no asilo.

A fundação dessa entidade foi em 1944, época de construção do edifício, num terreno doado pela família Júlia Freire. Foi feita uma ala feminina e uma masculina, mas existem na ala feminina uma família composta de duas irmãs e um irmão e um casal de idosos.

Existem quartos individuais e coletivos e todos possuem banheiro próprio, com ausência de dispositivos de prevenção de acidentes domésticos e eliminação de inseguranças, como barras de apoio. O corredor entre os quartos é largo e também não possui corrimão nos dois lados.

A equipe de recursos humanos é formada por 15 funcionários, sendo nove cuidadores que trabalham em regime de revezamento de função, ou seja, desempenham funções de lavadeiras, faxineiras e cozinheiras, quatro técnicos de enfermagem e uma secretária.

Todos os dias da semana, no turno da manhã e, também, duas vezes à tarde estão presentes estudantes do Centro Universitário da Paraíba (UNIPÊ) do curso de fisioterapia sob a supervisão de um fisioterapeuta para realizarem atendimentos especializados. Diariamente encontram-se alunos (as) do curso de enfermagem, acompanhados (as) por uma enfermeira, que prestam atendimento aos idosos nos turnos da manhã e tarde. O médico do posto de saúde da família (PSF) que faz cobertura no bairro onde se localiza a instituição realiza atendimento quando solicitado. Casos de emergência são atendidos nos Hospitais públicos e o transporte do idoso é feito em táxi, pois a instituição não dispõe de carro próprio. Durante os turnos da manhã e tarde encontra-se uma técnica de enfermagem que administra a medicação dos idosos. Há prontuários individuais e um posto de saúde onde toda a medicação e os prontuários são armazenados.

A rotina religiosa da Vila Vicentina dá-se com a realização de uma missa semanal, aos domingos na capela existente, aberta à participação da comunidade; duas vezes por semana, sextas-feiras e sábados ocorre visita de duas ministras católicas da eucaristia que realizam a partilha da palavra bíblica, oração e ministram a eucaristia aos doentes acolhidos; duas vezes por mês, nas segundas-feiras à tarde ocorre um grupo de oração católico de Nossa Senhora e duas vezes por mês nas sextas-feiras à tarde acontece um grupo de oração presbiteriano na instituição. A administração informou que são agendadas visitas de grupos de qualquer denominação religiosa que desejarem encontrar os idosos.

- Comunidade Católica Fanuel

Foram feitas três visitas a esta instituição, onde residem 21 idosos, sendo dois do sexo masculino e 19 do sexo feminino; participaram desta pesquisa dez idosas com faixa etária de 62 a 94 anos.

A entidade é filantrópica e foi fundada pela atual diretora em 15 de agosto de 2003. É mantida com verbas que recebe do Estado da Paraíba, benefícios dos residentes, doações de gêneros alimentícios e contribuições em dinheiro da sociedade civil.

O lar dos idosos é um apostolado, ou seja, uma responsabilidade missionária da Comunidade Católica Fanuel, que exerce um conjunto de tarefas na defesa e ou propagação de uma doutrina de origem católica, que neste caso é o acolhimento e cuidado de idosos. A instituição é dirigida por um casal de 58 anos com a ajuda de três jovens, sendo dois homens e uma mulher, consagrados de Vida da Comunidade, que consiste em dedicar a vida à Comunidade e que residem na própria instituição, em uma ala reservada, o piso superior da casa.

A casa da instituição é própria, estando, ainda, sob financiamento, tendo todo o piso térreo designado aos idosos. Existem quartos comunitários com até três idosos, alguns desses cômodos possuem banheiro próprio e os demais possuem banheiro coletivo, tendo todos dispositivos de proteção para evitar acidentes domésticos.

O quadro de recursos humanos é composto por 12 funcionários remunerados de acordo com o salário da classe profissional. Existem quatro técnicos de enfermagem que se revezam durante 24 horas, duas cozinheiras, uma lavadeira e uma arrumadeira que trabalham no período diurno, um funcionário responsável pela limpeza externa, uma funcionária de apoio, que exerce a função de cuidadora, uma secretária e uma contadora. Em relação aos profissionais da saúde, o médico do posto de saúde da família realiza visitas quando solicitado, há uma enfermeira voluntária que presta apoio quando necessário. Três vezes por semana, segunda, quarta e sexta no horário das 07h30min às 11h estão presentes estagiários de uma faculdade de fisioterapia sob a supervisão de um fisioterapeuta. Há um posto de saúde onde toda a medicação e os prontuários individuais são arquivados.

Embora só exista uma missa mensal, a instituição possui a seguinte programação religiosa católica: segunda-feira, curso bíblico; terça-feira, grupo de oração; quarta-feira, reunião de formação espiritual da comunidade; quinta-feira durante todo o dia adoração ao Santíssimo em exposição na capela existente e sexta-feira a partir das 12h via sacra de João

Paulo II. Segundo informação da diretora, os idosos são convidados a participarem de todos os eventos religiosos e são livres para decidirem o comparecimento.

- Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância (AMEM)

Foram feitas três visitas, a esta instituição, para coleta dos dados referentes à pesquisa. Existem 41 idosos residentes: 24 do sexo masculino e 17 do feminino. Participaram desta pesquisa 12 idosos, sendo oito do gênero masculino e quatro do feminino com faixa etária de 65 a 84 anos.

A instituição é de cunho filantrópico foi fundada pela falecida irmã religiosa Isabel Cavalcante, da Congregação das Irmãs dos Pobres de Santa Catarina de Sena, proveniente da Itália, (criada pela Madre Savina Petrilli), em 06 de agosto de 1971, permanecendo no mesmo endereço. Mantém-se com verbas que recebe da prefeitura do município de Cabedelo, na grande João Pessoa, território de localização da instituição, benefícios dos residentes, doações de gêneros alimentícios da Bolsa de Alimentos do estado da Paraíba, doações voluntárias financeiras e de alimentos.

A instalação física é térrea, composta por duas alas, a feminina e a masculina, com dormitórios coletivos e individuais, ambos com banheiros próprios. As camas possuem altura padrão, com um pequeno móvel para guardar os pertences de cada um e uma cadeira. Há um refeitório para os idosos que são independentes, mas foi constatado que as refeições são distribuídas individualmente nos dormitórios. Existe um anexo específico para tratamento de saúde composto por duas enfermarias coletivas com camas hospitalares e um posto de saúde onde ficam armazenados os medicamentos e os prontuários dos idosos acolhidos. Também existe um salão designado para reuniões sociais e religiosas. Entre as alas há uma sala com televisão coletiva e cadeiras disponíveis.

Na parte central, reside o casal, coordenadora e administrador, da instituição, com dois filhos, em uma moradia independente dos dormitórios dos idosos. Nesta residência há uma dispensa para armazenar todos os alimentos consumidos na instituição, e um escritório para atendimento aos visitantes, além do arquivo com os documentos dos idosos. Não foram verificados equipamentos de prevenção a acidentes em nenhuma área. Todo o prédio é gradeado e fechado devido a assaltos sofridos anteriormente.

A equipe de funcionários remunerados é formada por 13 pessoas, sendo quatro cuidadores dos idosos e da limpeza do prédio, duas cozinheiras, uma lavadeira, duas técnicas

de enfermagem; duas auxiliares de enfermagem, uma coordenadora e um administrador, casados, que residem com os filhos na própria instituição. A diretora e equipe colaboradora exercem funções sem remuneração e se fazem presentes três vezes por semana no turno da manhã.

Existe no local uma capela que atualmente só é utilizada para velórios, permanecendo fechada. A programação religiosa consiste em uma celebração mensal da missa, na última segunda-feira do mês; nas segundas-feiras e quintas-feiras há dois anos, às 14 horas, três freiras da Comunidade Servos de Maria realizam visitas para conversarem e rezarem individualmente com os idosos; uma vez por semana, nas segundas-feiras, duas senhoras realizam um grupo de oração com os idosos, que aceitem participar e duas vezes por mês, sem dia fixo, um grupo evangélico, coordenado por um pastor da igreja Assembléia de Deus e acompanhado por obreiros, em média dez pessoas, realizam um grupo de oração e louvor a Deus.

- Casa da Divina Misericórdia

Realizaram-se duas visitas nesta instituição para coletar as informações necessárias à pesquisa. Ali moram 24 idosos divididos em 23 mulheres e um homem. Participaram deste estudo seis idosas com idades entre 65 anos e 88 anos.

A instituição foi fundada em 07 de fevereiro de 1999 pela sua atual diretora que tomou essa iniciativa por ser católica e desempenhar a missão de realizar cenáculo de oração nas casas de famílias, para rezar o terço e, nestas visitas sentiu a necessidade de se dedicar a cuidados com os idosos. A sobrevivência da instituição provém de verbas municipais, benefícios dos idosos, doações de alimentos e contribuições em dinheiro de voluntários.

A casa onde funciona a instituição é alugada e muito antiga, apresentando muitos problemas estruturais, umidade e pouca ventilação. Possui dois pavimentos: o térreo e o 1º andar. Todos os quartos são comunitários para até quatro idosos, existem camas de cimento, de madeira e algumas de hospital com grades para proteção do idoso que se encontra restrito ao leito. Os banheiros são coletivos, não existindo dispositivos de proteção que evitem acidentes domésticos. No pavimento térreo residem os idosos dependentes de cadeiras de rodas e os acamados. Alguns quartos, não possuem janelas para circulação do ar, mas todos possuem ventiladores. A diretora informou que infelizmente não havia recursos financeiros para manutenção da estrutura física e que a prefeitura doou um terreno, onde uma sede

própria se encontrava em fase de construção, estando com mudança prevista ainda para o ano 2008.

A equipe de recursos humanos composta por 12 funcionários é formada por uma diretora, um administrador, uma coordenadora, quatro técnicas de enfermagem, duas cozinheiras e três apoiadores. A assistência médica é feita por médico, enfermeira e psicóloga voluntárias. Existem atendimentos especializados de alunos estagiários nos turnos da manhã: na segunda-feira de fonoaudiologia, terça-feira de odontologia, quarta-feira de fisioterapia, sexta-feira de psicologia, vale ressaltar que todos estão sob a supervisão de um profissional de nível superior que desempenha a função de professor da respectiva classe profissional.

A casa possui uma programação religiosa que consiste em três missas mensais, sendo duas vezes durante a semana e uma vez aos domingos; a capela permanece aberta todas as horas com o Santíssimo para que as pessoas da casa possam visitá-lo a qualquer momento; duas vezes por semana: segundas-feiras e sábados à tarde um grupo de oração católico realiza um momento de oração; uma vez por semana, nas sextas-feiras, tres irmãs religiosas da Comunidade Servos de Maria fazem visitas para rezarem e conversarem, particularmente, com os idosos e, todos os domingos duas ministras católicas da eucaristia entregam a comunhão para os que desejarem recebe-la.

Conforme previsto pela direção, a instituição realizou mudança para sede própria em novembro de 2008.

- Associação Promocional do Ancião (ASPAN)

Foram realizadas nesta instituição três visitas para coleta de dados. A instituição possui 94 idosos, sendo 18 homens e 76 mulheres. Participaram da pesquisa, 16 idosos distribuídos em quatro homens e 12 mulheres, com idades que variam entre 68 a 98 anos.

A instituição filantrópica possui 24 anos de existência e foi fundada pelo Sr. Fabiano Vilar que todos os dias se faz presente no local no turno da manhã. Este senhor residiu durante sua infância com o padre Pedro Maria Serrão, informando o mesmo que foi devido a esta convivência e ao exemplo desse sacerdote que assumiu um compromisso diante de Deus de dedicar a vida aos desamparados, desassistidos e desprotegidos da sorte. Sobrevivem com verbas que recebem da Prefeitura, benefícios dos residentes, doações de gêneros alimentícios e contribuições em dinheiro da sociedade benfeitora.

A construção das instalações físicas foi realizada com doações da sociedade civil. Existem as alas feminina e masculina com dormitórios coletivos e individuais, e ambos possuem banheiro próprio, um refeitório onde são realizadas todas as refeições, uma sala de televisão, um posto de saúde com uma enfermaria, um setor de fisioterapia para atendimento dos internos, uma sala especial com fotos históricas do fundador e de todas as etapas de criação da instituição, uma capela central e jardins nas áreas externas. Não há equipamentos de prevenção de acidentes nas áreas utilizadas pelos idosos.

A equipe de funcionários é composta por 32 pessoas remuneradas distribuídos em: uma diretora, uma supervisora, um motorista, 13 auxiliares de serviços (sete são funcionários municipais a disposição e seis são contratados) que desempenham as funções de cuidadores dos idosos e do prédio, quatro cozinheiras, duas lavadeiras, cinco técnicas de enfermagem, duas auxiliares de serviços noturnos, uma fisioterapeuta e duas médicas servidoras municipais à disposição dos idosos (geriatra e psiquiatra). Possui, ainda, alunos estagiários, acompanhados por profissionais de nível superior, de fisioterapia duas vezes por semana, nas segundas e quartas-feiras; de psicologia uma vez por semana, segunda-feira; e de enfermagem, duas vezes por semana nas segundas e terças-feiras. Existe uma assistente social voluntária que auxilia a instituição quando necessário.

A programação religiosa ocorre com uma missa semanal, aos sábados; ademais, uma vez por semana, nas segundas-feiras à tarde um grupo de oração, composto por integrantes do Encontro de Casais com Cristo (ECC) da igreja Católica, realiza leitura bíblica e, todos os domingos, acontecem visitas de evangélicos que fazem orações individuais. Os idosos são livres para participarem.

- Lar da Providência Carneiro da Cunha

Aconteceram seis visitas com o fim de coletar dados. Participaram da pesquisa 30 idosos assim distribuídos: dez homens e 20 mulheres, com idades que variam entre 61 a 94 anos.

A instituição é filantrópica e foi fundada em 1912 por um grupo de homens de boa vontade, liderado pelo Cel. Joaquim Manuel Carneiro da Cunha, que iniciaram uma obra destinada a erradicar a mendicância no meio da velhice desamparada da cidade de João Pessoa. O lugar escolhido para abrigá-la foi uma chácara denominada “Linda Flor”, onde foram feitas as adaptações e onde passou a funcionar o Asilo de Mendicidade Carneiro da

Cunha. Posteriormente, com novas ampliações, o governo do Estado da Paraíba entregou a obra aos cuidados da Congregação das Irmãs dos Pobres de Santa Catarina de Sena, de origem italiana.

A obra é mantida com verbas dos benefícios dos residentes e ajudas financeiras fixas de voluntários, doações do Banco de Alimentos do Estado da Paraíba e frutas e verduras do Serviço Social do Comércio (SESC). Uma vez por ano ocorre a festa do Lar da Providência com duração de quatro dias com objetivo de arrecadação de verbas.

As instalações físicas são divididas em pavilhões com dormitórios individuais e coletivos, não possuindo dispositivos de prevenção para acidentes, como barras de apoio e dispositivos adaptativos para os assentos sanitários. Nos dias atuais possui 35 irmãs religiosas residentes tendo capacidade para acolher 157 idosos, mas atualmente abriga 134, divididos em 104 do sexo feminino e 30 do sexo masculino que são distribuídos em seis pavilhões, que ficam sob a responsabilidade individual de irmãs religiosas. São tres pavilhões designados para idosos carentes aposentados, subdivididos por estado de saúde e tres para idosos que possuem família, mas por opção residem na instituição, após assinatura de um termo de adesão e pagamento de um valor mensal de locação. A instituição informou que estes últimos pavilhões passarão por reformas e que todos serão designados aos idosos carentes. Sobre isto, os atuais moradores já foram informados desta decisão e terão um prazo para desocuparem as instalações ou passarem a dividir os dormitórios com outros residentes carentes.

A diretoria é mudada a cada 04 anos e sempre é exercida por uma irmã religiosa da Congregação das Irmãs dos Pobres de Santa Catarina de Sena. O corpo de funcionários é composto por 84 empregados remunerados de acordo com o piso salarial da classe e desempenham as funções de: uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma assistente administrativa, um chefe de departamento de pessoal, 59 auxiliares de serviços, 12 técnicas de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, duas porteiras noturnas, um motorista, uma cozinheira, duas costureiras. Existem ainda dois porteiros diurnos que são terceirizados de uma empresa de vigilância.

A programação religiosa ocorre com missa diária às 6h20min na capela existente na instituição, terço diário e estudo bíblico das irmãs com os moradores que desejarem participar. As irmãs religiosas circulam nos pavilhões durante todos os dias, auxiliando no cuidado dos idosos.

5.2. Descrição da Amostra

A totalidade dos participantes respondeu ao questionário sócio-demográfico composto por dez itens conforme tabela 1. Em termos gerais, a quantidade de idosos vinculados às Instituições de Longa Permanência pesquisadas variou de acordo com a capacidade de indivíduos que as mesmas podem abrigar. Participaram da pesquisa 78 idosos, assim distribuídos: 06 na Casa da Divina Misericórdia (8%), 07 na Comunidade Fanuel (9%), 11 na AMEM (14%), 14 na Vila Vicentina (18%), 15 na ASPAN (19%) e 25 no Lar da Providência Carneiro da Cunha (32%), com este último representando o maior percentual.

A amostra em estudo era constituída de 64% de mulheres e 36% de homens, ao analisar a idade desses idosos, verificou-se que para o gênero feminino houve uma maior concentração (40%) de idosas na faixa dos 78 a 87 anos, enquanto a maioria dos homens (46%) estava na faixa dos 68 a 77 anos.

É acontecimento conhecido desde que se começou a elaboração das estatísticas de mortalidade que, com exceção das doenças próprias do sexo, a mortalidade feminina sempre foi menor que a masculina, em todas as faixas etárias e praticamente para todas as causas e este é fenômeno responsável pelo predomínio do gênero feminino no envelhecimento. Esta afirmação é baseada no fato de que a vida média da população feminina ser geralmente superior à masculina. O excesso de mortalidade entre homens ao longo de toda a vida é o fenômeno responsável pela feminização do envelhecimento (ROUQUAYROL; FILHO, 2003; LAURENTI; ALDRIGHI, 2005).

No Brasil, as maiores taxas de mortalidade são encontradas nos extremos da vida, sendo mais altas entre menores de um ano de idade e entre os idosos. Em todas as faixas etárias, as taxas de mortalidade são maiores entre homens do que entre mulheres (Ministério da Saúde 2000). Lima-Costa (2003) afirma que o envelhecimento está associado a mudanças biológicas que aumentam o risco de morbidade, incapacidade e morte. Sessenta e nove por cento dos idosos brasileiros relatam ter, pelo menos, uma doença ou condição crônica, que acometem em maior proporção as mulheres (75%) do que os homens (62%).

Quanto às fontes de recursos dos idosos foi encontrado um maior percentual para os que recebiam benefícios e/ou aposentadoria, com 87%, havia 9% de pensionistas e ocorreu, ainda, um pequeno percentual de idosos sem situação financeira definida (4 %).

Na avaliação do local de procedência dos idosos, foi registrado que a maioria destes (83%) tem sua origem no próprio estado da Paraíba enquanto 17% vinham de outras localidades.

Considerando o tempo de institucionalização do idoso, encontraram-se mais idosos que estão nas Instituições de Longa Permanência no período de um a cinco anos (69%). O tempo de institucionalização influencia o grau de adaptação do idoso às normas de funcionamento da instituição (BORN, 2004). Em média, os idosos estão há, aproximadamente, seis anos institucionalizados, tendo sido registrado um tempo máximo de 45 anos referente à uma senhora do Lar da Providência Carneiro da Cunha.

Deixar em segundo plano um estilo de vida criado e recriado ao longo dos anos e assumir normas ditadas pela instituição é, sem dúvida, o maior desastre da segregação sofrida por velhos nos asilos e casas de repouso (CANÔAS, 1983). Em alguns casos muitos idosos são condenados a viver o resto de suas vidas em instituições de longa permanência, ambiente diferente e que os leva a sujeitarem-se às normas e rotinas impostas pela instituição, ocorrendo, frequentemente, o afastamento da família e da sociedade. Com isso, o idoso perde seu espaço social, sua família, seus pertences e deixa de realizar as atividades da vida diária. Esta situação poderá deixar o idoso desgostoso com a vida, o que é demonstrado por tristeza, apatia e isolamento (LEITE; CAPPELLARI; SONEGO, 2002).

No tocante ao estado civil, mais da metade da amostra (55%) era composta por indivíduos solteiros, seguidos por viúvos (30%) e divorciados (11%). Os casados representam 4% dos entrevistados. Quando questionados sobre a existência de descendentes, os dados da pesquisa revelaram uma aproximação relativa entre os idosos que tem filhos (42%) e aqueles que não os têm (58%).

O grau de escolaridade foi trabalhado nas condições de alfabetizado e não alfabetizado, sendo que esta primeira condição representou 65% do total de idosos, enquanto os não alfabetizados representam 35% da amostra, devendo-se ressaltar que as instituições levam em conta como situação de alfabetizado o idoso saber assinar apenas seu nome.

Tabela 01 – Distribuição percentual dos idosos segundo fatores sociodemográficos (n=78)

Variáveis	Percentuais
Distribuição dos idosos quanto as instituições de longa permanência	8% Casa da Divina Misericórdia 9% Comunidade Fanuel 14% AMEM 18% Vila Vicentina 19% ASPAN 32% Lar da Providência Carneiro da Cunha
Idade	40% Mulheres na faixa etária de 78 a 87 anos 46% Homens na faixa etária de 68 a 77 anos
Gênero	36% homens 64% mulheres
Fontes de Recursos	4% Situação indefinida 9% Pensionistas 87% Aposentados/benefícios
Procedência	17% Outras localidades 83% Paraíba
Tempo de institucionalização	14% 12 anos a mais 17% 6 a 11 anos 69% 1 a 5 anos
Estado civil	4% Casados 12% Divorciados 29% Viúvos 55% Solteiros
Existência de descendentes diretos	42% Sim 58% Não
Escolaridade	35% Não alfabetizados 65% Alfabetizados
Religião	5% Evangélicas 9% Não definida 86% Católicos

Fonte: Carneiro, L.C.
2008. Dados da Pesquisa.

De acordo com Marin e Angerami (2002), é grande o número de analfabetos existentes na população brasileira, principalmente, quando se refere às idosas que viveram sua infância

em época na qual o ensino não era prioridade e a mulher se encontrava marginalizada em relação à educação, ao trabalho e à política.

Na adesão a religiões houve uma hegemonia do catolicismo, com 86% dos idosos declarando-se católicos, 5% eram evangélicos, enquanto 9% não tem filiação religiosa definida, conforme esperado, já que mais de 73% da população brasileira declara-se pertencente a esta religião (IBGE, 2000).

Sabe-se que algumas pessoas costumam se declarar como católicas, ainda que tenham mudado ao longo da vida e professem outra religião ou abracem certas práticas e filosofias referentes a outras crenças. Neste estudo, manteve-se a religião declarada pelo participante.

5.3. Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida tem que ser visto com as influências de todas as dimensões da vida e, assim, inclui, mas não deve estar limitado à existência ou não de morbidades. Contudo, diante do impacto que o conceito saúde pode ter na vida das pessoas, indicadores que possam avaliar essa dimensão da qualidade de vida se fazem necessários.

Considerando-se que os escores do SF-36, em cada domínio, podem variar de zero a 100 e, que quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida relacionada com a saúde, resultados da análise das pontuações referentes ao SF-36 nos idosos das ILPs, mostram que os domínios que apresentaram melhores escores foram: limite de aspectos emocionais, saúde mental, aspectos físicos e dor. Os de menor resultado foram os de estado geral de saúde, aspecto social, vitalidade e capacidade funcional (Tabela 02)

No domínio dos **aspectos emocionais**, um score elevado pode indicar pessoas que percebem, sentem poucas ou nenhuma limitações emocionais nas suas AVDs. Ciconelli (1997) aponta que no questionário há quantidade de limitações emocionais no trabalho, além das AVDs das pessoas e as suas dificuldades. Quanto maior o score, menores as dificuldades sentidas pela população estudada. Nesta pesquisa, a avaliação neste domínio foi o que revelou a maior média ($M=92,86$ e $DP= 26,73$) indicando que os idosos apresentam uma situação emocional com poucas limitações, refletindo que ocorreu pouca depressão ou ansiedade. Achado semelhante foi descrito por Chikude (2007) quando pesquisou a qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura do colo de fêmur com uso do instrumento SF-36 e observou uma média de 84,4 nos pacientes.

Tabela 02 - Distribuição dos resultados da amostra nos domínios da Qualidade de Vida (n=78)

Domínios	Média	Desvio Padrão
Limite de Aspectos Emocionais	92,86	26,73
Saúde Mental	80,93	16,44
Aspectos Físicos	78,57	39,05
Dor	78,07	25,48
Estado Geral de Saúde	74,00	20,97
Aspecto Social	66,07	38,74
Vitalidade	64,71	27,15
Capacidade Funcional	57,86	23,59

Fonte: Carneiro, L.C. 2008.
Dados da Pesquisa.

O equilíbrio emocional é uma recomendação para uma vida saudável. O corpo e a mente formam uma unidade indivisível na qual o que afeta um, afeta ambos. Na terceira idade, a não resolução dos problemas emocionais facilita o desencadeamento da depressão. Por isso, devem-se procurar ocorrências positivas e agradáveis para se evitarem reviver amarguras que eventualmente a vida tenha proporcionado. A higiene mental diária e o controle emocional podem ajudar a renovar as energias, eliminar as possíveis falhas e recomeçar sempre que necessário por outros caminhos (MELO, 1992).

O fator **saúde mental**, investiga a ansiedade, depressão, alterações de comportamento e bem estar psicológico. De acordo com as médias alcançadas ($M = 80,93$ e $DP = 16,44$) percebe-se que de forma geral os resultados indicam que os idosos investigados apresentam uma boa condição de saúde mental. A saúde mental é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental (COSTA, 2009). Um dos problemas de saúde mais frequentes, na atualidade, é a depressão à qual associa-se e agrava a vivência dolorosa. Quando não controlada, interfere significativamente na qualidade de vida do idoso, pois ocasiona maior comprometimento do sono, do humor, do apetite, maior queixa de fadigamento e apreciação negativa da vida e de si mesmo, causando maiores problemas no relacionamento interpessoal (DUARTE; DIOGO, 2000).

Se tivermos idosos felizes, teremos jovens equilibrados por terem em quem se espelhar e viver com dignidade e honradez (MELO, 1992). Para uma vida satisfatória, é

indispensável a presença de uma auto-estima positiva, que leva o indivíduo a sentir-se confiante, adequado à vida, competente e merecedor, pois a auto-estima é composta de sentimentos de competência e de valor pessoal, acrescida de auto-respeito e autoconfiança (BRANDEN, 1995).

Quanto ao **aspecto físico** verifica-se que os resultados apresentados ($M= 78,57$ $DP= 39,05$) encontram-se dentro de um limite adequado de atuação. No SF-36, uma boa pontuação no domínio aspecto físico pode indicar que essas pessoas possuem pouca ou nenhuma limitação na realização do trabalho e/ou AVDs. Em estudo realizado por Rolim (2005) sobre atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento, cerca de 46% das pessoas participantes disseram perceber a sua saúde muito melhor no momento da pesquisa do que a de um ano atrás, 22% relataram percebê-la um pouco melhor agora e 32% a percebem como quase a mesma do que a de um ano atrás. No presente estudo 49% dos idosos classificaram sua saúde como quase a mesma coisa; 23% perceberam um pouco melhor neste momento; 15% acharam a saúde melhor e, apenas, 13% perceberam a saúde pior do que a de um ano atrás. Pode-se destacar que houve uma diferença marcante entre os idosos da Fanuel (57%) e os da AMEM (55%) quanto a sentirem-se melhores e um pouco melhores e os idosos da ASPAN que apresentam apenas 27% de resposta afirmativa, neste sentido.

Rolim (2005) afirma que no final da década de 1990 a OMS (2002) lançou uma política sobre envelhecimento ativo afirmando que a prática de se manterem ativos pode ajuda-los a permanecerem tão independentes quanto possível por um maior período possível de tempo, também ajudando, assim, a redução de riscos de quedas. Este organismo integrante do Sistema das Nações Unidas que se dedica a promover a saúde no mundo, reconhece que a atividade física possui um papel preventivo, e, também, de reabilitação, e quanto mais cedo o seu início na vida de um indivíduo, melhor. Esta autora define atividade física como todo movimento cotidiano, incluindo trabalho, atividades esportivas e de vida diária e recreação.

Um fator de destaque bastante prevalente, nesta faixa populacional, é o imobilismo. A falta de mobilidade característica de idosos institucionalizados favorece a perda de massa muscular ou sarcopenia nos membros inferiores, aumenta a probabilidade de quedas, hospitalizações, e, conseqüentemente, perda importante da qualidade de vida (LUSTRI; MORELLI, 2004). A partir dos 30 anos, no decorrer de uma década, uma pessoa de vida sedentária tem três quilos de seu peso transformados em gordura, tanto que, aos 65 anos, o corpo tem 38% de gordura, Mas, se praticar alguma atividade física, os 38% se reduzirão a

somente 25%. Entre 20 e 65 anos, um sedentário perde cerca de 40% de sua capacidade de aproveitamento de oxigênio pelo organismo (capacidade aeróbica) (HERMÓGENES, 1997).

As ILPs pesquisadas informaram que os idosos praticam atividades físicas com estagiários de cursos de fisioterapia durante a semana, ficando claro que a maioria deles não é sedentária. Isto representa um ganho em sua qualidade de vida, a prática sistemática de atividade física pode produzir inúmeros benefícios aos idosos (LUSTRI; MORELLI, 2004; FERRANTI et al., 2006; ROLIM, 2005)

Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não podemos desconhecer que determinadas enfermidades são mais frequentes nos idosos, necessitando, portanto de uma maior atenção no seu cuidado. Um dos problemas mais comuns nesta população são os quadros de dor crônica (GATTO, 1999). No fator dor verifica-se na amostra em foco uma média de 78,07 com desvio padrão de 25,48, que significa ausência ou pouca dor na maioria dos entrevistados. Salientando que os idosos entrevistados não foram questionados sobre o uso ou não de analgésicos.

A dor é um sintoma complexo, subjetivo e individual, e com o envelhecimento, assume grande importância devido à sua expressiva prevalência. Os sintomas algícos não identificados e não tratados podem ser desastrosos, afetando o nível funcional, a independência e a qualidade de vida dos idosos. De acordo com a Associação Internacional de Estudo da Dor, essa é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. A dor apresenta componentes sensório-discriminativos, cognitivos e afetivo-motivacionais, tratando-se de uma experiência altamente individual moldada pelo contexto e pela percepção do seu significado. Com frequência, as pessoas idosas acreditam que a dor é uma consequência inevitável do envelhecimento, à qual se deve resistir sem queixas. Por um lado a presença da dor pode ser negada por medo dos procedimentos médicos e dos gastos, perda da autonomia e possível institucionalização. Por outro, as queixas de dor podem ser usadas para esconder outros comprometimentos funcionais. Além disso, a presença de co-morbidades como depressão, demência e seqüela de acidente vascular cerebral podem dificultar a expressão ou até mesmo, em alguns casos, impossibilitar a comunicação do paciente (AUGUSTO et al., 2004). A comunicação da dor pelos idosos aos familiares, cuidadores e profissionais que os assistem pode estar prejudicada por disfunções cognitivas, extrema fragilidade física, depressão, alterações na audição e na fala, conceito pessoal e dos que

entendem de que a dor é normal na velhice, sendo muito difícil controlá-la e, também, pelo desejo de não incomodar (DUARTE; DIOGO, 2000).

Augusto e colaboradores (2004) referem que entre os idosos, a dor crônica indica a principal queixa ambulatorial e o sintoma mais freqüente na história colhida do paciente, ocorrendo de 25 a 50% dos pacientes. Cerca de 45 a 80% dos idosos institucionalizados, em sua pesquisa, manifestam pelo menos um tipo de dor, sendo que 34% desses sintomas são referidos como contínuos.

Quanto ao **estado geral de saúde** dos entrevistados, os dados mostram-se com média de 74 e desvio padrão de 20,97 indicando que os indivíduos da amostra possuem uma classificação adequada. Quem viveu com boa alimentação, educação, respeitando suas limitações, exercitando a mente, alimentando o espírito, enfrentando com otimismo as dificuldades da vida poderá ter uma velhice mais tranqüila e saudável e no SF-36, uma alta pontuação no domínio Estado Geral de Saúde é um indicativo de que essas pessoas se sentem mais saudáveis (CICONELLE, 1997).

Lima-Costa (2003) apresentam também outros indicadores gerais da condição de saúde dos idosos que incluem:

1. Ter estado acamado em períodos recentes e pré-determinados.
2. Ter deixado de realizar atividades rotineiras por problemas de saúde neste período.
3. Números de dias em que apresentou incapacidade devido a doenças físicas e saúde mental.

A total ausência de qualquer grau de dificuldade para alimentar-se, tomar banho, ir ao banheiro varia de 83% a 97% entre idosos americanos. Os resultados são semelhantes entre idosos do Brasil que apresentam 87% para os homens e 83% para as mulheres (CORNONI-HUNTLEY, 1996; apud LIMA-COSTA 2003).

Neste estudo houve uma distribuição que variou de 33 a 85% entre as ILPs visitadas quanto as dificuldades para tomar banho ou vestir-se. De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2003) o grau de dificuldade para realizar estas atividades aumenta com a idade, verificando-se a completa incapacidade em 1%, 2% e 7% dos idosos brasileiros com 60-69, 70-79 e maiores de 80 anos de idade, respectivamente.

O nível de integração do indivíduo em atividades sociais, que caracteriza o **aspecto social** apresentou média com valor de 66,71 e desvio padrão de 38,74. Durante a coleta dos dados foi percebida a atitude de isolamento dos idosos que, em alguns momentos,

demonstraram e relataram apego a seus pertences, recusando-se a se afastarem dos seus dormitórios.

No que se refere à **vitalidade**, potencial de energia, verificou-se média de 64,71 e desvio padrão de 27,15, podendo ser considerada moderada, levando-se em conta o desgaste existente na faixa etária estudada. Na pesquisa de Chikude e colaboradores (2007) realizada com 30 idosos, cuja idade variou de 70 a 95 anos, sendo 24 (80%) do sexo feminino e seis (20%) do masculino a vitalidade demonstrou-se satisfatória com média de 66,2. Para Marcelo Fleck (2008) na velhice, as mudanças na quantidade de energia e nos recursos disponíveis ao indivíduo podem exigir alterações radicais em atividades rotineiras.

Nesta amostra, o domínio de **capacidade funcional** foi o que apresentou os resultados mais baixos, com valor médio de 57,86 e desvio padrão de 23,59. Segundo Chikude e colaboradores (2007), a capacidade funcional dos idosos costuma ser baixa, principalmente, acima dos 80 anos. Em sua pesquisa foi observada uma baixa capacidade funcional dos indivíduos avaliados, com média de 31,7.

Com relação à **capacidade funcional** uma pontuação elevada significa que os indivíduos pesquisados não relataram perdas ou limitações funcionais, pois avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física. Cornoni-Huntley e colaboradores (1986), apud Lima-Costa (2003), que conceituam este domínio como um dos principais componentes da saúde do idoso, afirmando que tem sido importante para a formulação de novos conceitos de saúde, como expectativa de vida ativa.

5. 4. Atitude Religiosa

A atitude religiosa foi avaliada pela escala de Aquino e colaboradores (2002), em que os 78 indivíduos tiveram seu comportamento religioso mensurado em relação a conhecimento, comportamento, emoções e ponto de vista religioso.

Para a análise das respostas dos idosos a Escala de Atitude Religiosa foi considerada a somatória dos pontos (escala de *Likert*). A análise fatorial do conjunto dos 15 itens que compõem a escala foi aferida, pelo índice do *Alfa de Cronbach* com valor de 0,91 (Tabela 03).

Quando o indivíduo está totalmente a sós, dialogando na sua solidão e honestidade é legítimo eleger Deus como seu parceiro, independente da crença escolhida por ele (FRANKL, 2003). Outros importantes autores ainda afirmam que a fé em Deus dá um sentido à vida, é uma graça recebida de graça que vem ao encontro do homem. A união com Deus não é uma

questão de consciência, é uma questão de vivência, que muitas vezes, ocorre sem que a consciência seja capaz de percebê-la (FREI BETTO, 1978; BATISTA, 1984; VALLA, 2001). Deus “não está longe de cada um de nós. Porque nele vivemos, nos movemos e existimos” (At. 17, 27b-28).

A pergunta que apresentou uma maior pontuação da média (4,48) foi a que avaliou **sentir-se unido a um ser maior**. Em relação a este aspecto, Vicktor Frankl (2003) afirma que se está caminhando para uma religiosidade profundamente pessoal, a partir da qual cada indivíduo poderá encontrar a sua linguagem pessoal, própria e mais específica para se dirigir a Deus.

Tabela 03 – Média dos itens da Escala de Atitude Religiosa

Itens	Médias
15 Sinto-me unido a um “ser maior”	4,48
11 Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus)	4,00
14 Quando entro numa igreja ou templo, isso me desperta emoções	3,36
12 Ajo de acordo com o que a minha religião prescreve como correto	3,30
13 Sinto-me unido a todas as coisas	3,30
10 Frequento as celebrações da minha religião	3,13
08 A religião influencia as minhas decisões sobre o que eu devo fazer	3,03
09 Participo das orações coletivas da minha religião	2,85
06 Assisto programas de TV ou rádio que tratam sobre assuntos religiosos	2,47
03 Procuro conhecer as doutrinas da minha religião	2,09
07 Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas	1,74
01 Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro)	1,65
05 Converso com a minha família sobre assuntos religiosos	1,64
04 Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião	1,59
02 Costumo ler livros que falam sobre Deus	1,50

Fonte: Carneiro, L.C. 2008.

Dados da Pesquisa.

No que diz respeito à realização **de orações pessoais e/ou comunicações espontâneas com Deus**, a média das respostas obteve 4,0 pontos. Existem muitas maneiras de rezar: na solidão ou em comunidade, pois orações, podem ser feita em qualquer lugar. A oração é como amar, não existe um modelo padronizado, cada pessoa deve encontrar o seu estilo próprio (FREI BETTO, 1978).

É raro alguém relatar que nunca reza, 75% dos americanos já rezou alguma vez por sua saúde (NCCAM, 2007). Em 2002 a prece foi usada em mais de 50% da população americana (BARNES et al., 2004). Durante as entrevistas com os idosos foi visto que a maioria deles (97%) tem o hábito de rezar e ou conversar com Deus. Segundo Levin (2001), a

prece é um elemento natural da maior parte da nossa vida, seja ela individual ou coletiva. Este autor continua afirmando que a devoção religiosa é um forte determinante de satisfação da vida, que a prece conversacional ou coloquial é assinalada como uma conversa informal com Deus e se for utilizada com o propósito expressivo de ser como um meio de atingir um fim, quando realizada, frequentemente, possui uma grande influência sobre o bem estar. Foi visto que todas as instituições pesquisadas incentivam em graus variados à prática religiosa católica.

Apresentar sentimento de **emoção ao entrar numa igreja** obteve média de 3,36 o que significa uma reação emocional positiva relatada pelos idosos a respeito de sua presença na igreja. Notou-se que eles sentem a presença divina nestes locais e uma sensação relatada de conforto por estarem próximos, no mesmo espaço físico que Deus. A frequência nas igrejas é a busca pela providência divina (VALLA, 2001).

Agir de acordo com o que a religião prescreve como correto apresentou valor de média 3,3. Vale salientar que o Lar da Providência Carneiro da Cunha sofre grande influência da presença constante das irmãs religiosas com seus comportamentos devocionais e práticas de obediência das regras do catolicismo. Também a Comunidade Fanuel vivencia fielmente os princípios católicos e dispões de missionários que residem na mesma casa que os idosos, fazendo-se presente na vida cotidiana de seus acolhidos.

O próprio fato dos indivíduos estarem ligados a uma determinada prática religiosa faz com que estes sigam um modelo, e que no dia-a-dia assumam posturas intimamente relacionadas a esse modelo (CAMBUY; AMATUZZI; ANTUNES, 2006).

Sentir-se unido a todas as coisas obteve média de 3,3. Este aspecto inclui o espaço sagrado e a existência dessacralizada. Seja qual for o grau de dessacralização do mundo a que tenha chegado o homem religioso que optou por uma vida profana não consegue abolir completamente o comportamento religioso, pois ele encontra embasamento para a existência legítima nas religiões (ELIADE, 1999). Atualmente a experiência religiosa é experimentada mais em nível pessoal, podendo ser também mais profunda. Existem, nos dias atuais, pessoas firmes na crença religiosa e que mantém uma grande intimidade com Deus (OLIVEIRA, 2000). Massa (1999) afirma que mesmo sozinho o indivíduo tem um interlocutor na sua frente, real ou imaginário, singular ou coletivo. Mesmo o céu e a natureza tornam-se interlocutores misteriosos e divinos.

Quanto à **frequência nas celebrações religiosas**, foi verificada uma média de 3,13. Para Valla (2001) a igreja é o espaço das manifestações religiosas onde se busca um consolo para se enfrentarem as incertezas da vida.

Na coleta de informações sobre as instituições foi relatada toda a programação religiosa realizada nesses locais: na Vila Vicentina ocorrem celebrações semanais, aos domingos às 9h, ou seja, após os idosos já estarem livres, pois já se alimentaram e organizaram seus quartos, pois esta celebração, segundo relato deles, é como se fosse um passeio, já que a capela localiza-se na parte da frente da instituição, logo após os portões e também há a participação da comunidade do bairro, então é um encontro religioso festivo. Nesta ILP 12% dos idosos costumam frequentar as celebrações dominicais. Foram encontrados 18% dos idosos da Comunidade Fanuel que participam da celebração eucarística mensal na capela da casa e na AMEM 14% participam da missa mensal realizada no salão de eventos. Vale ressaltar que na AMEM, a capela existente somente é usada em situações de velório e nas comemorações da Semana Santa. A Casa da Divina Misericórdia realiza três missas mensais e recebe semanalmente a visita de um padre, que atua como estagiário de psicologia nas sextas-feiras e que geralmente é o celebrante dessas liturgias, e é muito estimado na instituição. Esta ILP possui 6% dos seus idosos que frequentam as missas. A ASPAN apresenta 14% de participação dos idosos na missa semanal que ocorre aos sábados às 16h, sendo um acontecimento aberto para visitas externas com a presença de familiares dos idosos. O Lar da Providência que promove celebração eucarística diária possui 26% de frequência dos idosos.

Durkheim (2003) afirma que o Cristianismo celebra o Cristo sempre vivo e, assim, a comunidade dos fiéis continua a comunicar-se com a fonte suprema da vida espiritual e que os ritos são regras de conduta que prescrevem como o homem deve comportar-se com as coisas sagradas.

Para Levin (2001), a experiência do culto pode gerar sentimentos como esperança, perdão e amor, os quais, como a ciência diz, podem afetar a fisiologia humana, promovendo a saúde e aliviando o sofrimento, havendo fortes evidências de que o culto a Deus exerce uma influência positiva sobre a saúde, pois para muitas pessoas, reunir-se com outras para explorar buscas espirituais é uma fonte de grande alegria e bem estar emocional. Os benefícios para a saúde resultam do comparecimento aos serviços religiosos formais e da participação em outras atividades da igreja

Na análise da **influência da religião nas decisões do que se deve fazer** houve uma média de 3,02 indicando uma moderada influência destes fatos na vida dos idosos entrevistados. A atitude religiosa compromete ou deve comprometer radicalmente a pessoa, sobretudo quando se trata de uma autêntica conversão, não apenas no sentido restrito, mas no desejo sincero de cada dia ser coerente com aquilo que professa. Uma pessoa verdadeiramente religiosa segue os princípios religiosos na crença e, também, na sua vida concreta, devendo sujeitar o seu comportamento à lei de Deus e à moral especificada nos livros sagrados (OLIVEIRA, 2000).

Para a **participação de orações coletivas da religião**, a média apresentada foi de 2,85 o que representa um moderado interesse em participar de reuniões religiosas coletivas. O Lar da Providência Carneiro da Cunha foi a instituição que apresentou um maior percentual (22%) de participação dos idosos em orações coletivas, sendo seguido da Comunidade Fanuel com 18%. A ASPAN apresentou 14%; na AMEM, também 14% dos idosos afirmaram compartilhar de orações coletivas com grupos católicos e ou evangélicos em louvores semanais e quinzenais. Obteve-se 11% de idosos da Vila Vicentina que relataram participação em grupos de oração, ressaltando que esta ILP recebe muitas visitas de grupos de várias linhas religiosas. A Casa da Divina Misericórdia apresentou o mais baixo índice de participação (6%).

De acordo com Durkheim (2003) não pode haver sociedade que não tenha a necessidade de manter e revigorar, a intervalos regulares, os sentimentos coletivos e as idéias coletivas que fazem sua unidade e sua personalidade e que essa restauração moral só pode ser obtida por meio de reuniões, de assembléias, de congregações, em que indivíduos se aproximam uns dos outros. Não pode existir uma sociedade que não sinta a necessidade de manter e reafirmar, os sentimentos e idéias coletivas, que constituem sua unidade e personalidade. A religião pode se transformar, mas nunca desaparecerá, pois anuncia uma esperança (ALVES, 2006).

Assistir na TV ou ouvir no rádio programas que tratam sobre assuntos religiosos apresentou média de 2,47. A maioria dos idosos não possui uma televisão própria e ou rádio, tendo todas as ILPs um espaço reservado para a televisão coletiva. Foi visto que a Comunidade Fanuel é a instituição que apresenta um menor espaço físico e que a sala de televisão fica na parte central da casa. Como os responsáveis pela instituição formam uma comunidade religiosa, que segue fielmente condutas católicas, a TV permanece diariamente em canais católicos e os idosos se reúnem com muita frequência para acompanharem os

programas que são transmitidos nessa linha religiosa. Esse comportamento da Comunidade Fanuel pode ser verificado durante a coleta de dados. Diante desse acontecimento pode-se ver porque 100% da amostra desta ILP é telespectadora de programas religiosos.

A televisão, assim como os demais recursos tecnológicos têm contribuído para o desenvolvimento da humanidade. O fenômeno contemporâneo da midiatização televisiva da religião, que surgiu faz um pouco mais de quarenta anos, da experiência pioneira dos televangelistas norte-americanos da “igreja eletrônica”, tem alcançado grande ressonância na América Latina, particularmente no Brasil, onde se tem desenvolvido com feições próprias das culturas regionais, e da diversidade de expressões religiosas, propiciando uma mudança substancial nas formas em que tradicionalmente se fazia a religião (GUTIÉRREZ, 2006).

No item a respeito da **procura do conhecimento das doutrinas da religião** adotada pelos idosos, a média obtida foi de 2,09. Os dados colhidos na amostra foram de apenas 4% desta informação na Casa da Divina Misericórdia, 5% na Comunidade Fanuel, 6% da AMEM, 10% da Vila Vicentina e 20% dos idosos pesquisados do Lar da Providência procuram conhecimento das doutrinas da religião adotada.

Isto está em desacordo com Levin (2001, p.34), quando afirma que “Todas as religiões promovem sistemas de crença específicos como doutrinas. Algumas religiões ou denominações contêm centenas de doutrinas e supõem-se que os adeptos as endossem”.

Quanto à **prática de conversar com os amigos a respeito de experiências religiosas** vivenciadas ficou evidenciado que a maioria da amostra não tem esta atitude com média de 1,74. Chamou-nos a atenção durante a visita na ILP AMEM que os idosos realizam as refeições em seus dormitórios, não havendo o uso do refeitório existente. Esta é uma postura institucional que incentiva o isolamento, já que as refeições são servidas e consumidas nos quartos, uma vez que o horário das refeições poderia ser um momento propício ao diálogo.

Observou-se que a maioria dos idosos não **lê as escrituras sagradas** com uma média de 1,65. Quanto a esta questão diversos fatores devem ser considerados. Um deles é a condição de analfabetismo, que ocorreu em 35% dos idosos aqui estudados. Também devemos levar em conta a dificuldade visual, a qual ocorre com frequência na fase de senilidade, além das questões de hábito e motivação pessoal ou coletiva para leituras religiosas. Ao mesmo tempo foi constatada a ausência de bíblias disponíveis para os acolhidos nestes locais. Foi constatado que as ILPs consideram alfabetizados os idosos que apenas sabem assinar seu nome, sendo indiferente se o indivíduo domina a escrita e a leitura.

Para o aspecto **conversa com a família sobre assuntos religiosos** foi observada uma média de 1,64. Conversar com a família segundo os entrevistados é um evento especial e não ocorre diariamente com os idosos, e eles querem aproveitar este momento para atualizarem assuntos pessoais. Nas instituições não havia restrição em relação a essas visitas e pôde ser constatado nos momentos de coleta de dados, nesses idosos, sentimentos de muita felicidade com a presença de seus familiares.

Devemos considerar a ausência da família na vida dos idosos asilados que vivenciam a solidão decorrente do isolamento e distanciamento familiar. Angerami (1992) explica que na velhice ocorrem perdas sucessivas, físicas, emocionais, situacionais e o isolamento do idoso é, por si, um dos aspectos mais dolorosos da própria condição humana. Muitas vezes, familiares não contemplam o idoso em seus diálogos e em suas decisões.

A perda do parceiro (a) ou a do convívio com os familiares trazem quase sempre todo o sentimento extremado de dor e solidão, de desarranjo das estruturas de convivência e de apoio mútuo, quando não até da solidez e da segurança econômica. Amplia-se a solidão, e a morte já não pode ser despercebida. A pessoa idosa a cada dia é levada a se fazer consciente que sua vida tem um limite (LAPENTA, 2000).

O atendimento ideal para o idoso será sempre na família porque neste encontram-se seus afetos, seu mundo, sua história e a projeção do seu futuro. Sabe-se que o empobrecimento das famílias dificulta a permanência dos idosos no âmbito familiar, entretanto, algumas famílias que poderiam cuidar de seus idosos não o fazem por despreparo e outras por falta de boa vontade, colocando-os em asilos (MELO, 1996).

Os entrevistados, também, foram questionados sobre a **participação em debates sobre assuntos que tratam de religião**, em que houve a média de 1,59. A maioria dos idosos afirmou que nas instituições não aconteciam com frequência debates sobre assuntos religiosos e que por isso não tinham experiência em debater o assunto religião.

Dentre os idosos que praticam **a leitura de livros que abordam temas referentes a Deus**, viu-se que a maioria não tem este hábito com uma baixa média de 1,5. A presença de religiosos no dia a dia dos idosos que os incentive e até mesmo pratique com eles a leitura das escrituras e ou de livros referentes a assuntos religiosos, é essencial para a realização deste hábito. O Lar da Providência Carneiro da Cunha possui 80% dos participantes alfabetizados, mas apenas 14% destes indivíduos realizam leitura de livros sobre assuntos ligados a Deus. Nesta ILP as irmãs religiosas residem e compartilham intensamente a vida diária e o hábito do estudo bíblico diário com os idosos acolhidos. Na ASPAN foi vista a presença diária do

fundador da instituição que preza muito pela cultura, já que existe um memorial a disposição de todos, com os documentos escritos e fotografias da fundação da instituição. A ASPAN apresenta 71% dos idosos entrevistados alfabetizados. Não foi encontrado em nenhuma das ILPs bibliotecas ou sala de leitura.

A pesquisa Retratos da Leitura no Brasil tem sido, desde seu lançamento, em 2001, o principal estudo sobre o comportamento do leitor no país. Tem oferecido, desde então, uma extraordinária contribuição a governos, gestores, pesquisadores, empresários e a todos aqueles que se preocupam com a questão das políticas públicas do livro e leitura. A segunda edição, em 2008, volta a acontecer em um momento em que a Sociedade, governos e setor privado atuam, cada vez mais, no sentido de ampliar o acesso ao livro e fomentar as práticas de leitura. Segundo a pesquisa Retratos da Leitura no Brasil a maior parcela de não-leitores está entre os adultos, o número de não-leitores diminui de acordo com a renda familiar, isso pode levar à conclusão de que o poder aquisitivo é significativo para a constituição de leitores assíduos.

Na citada pesquisa foram declaradas dificuldades de leitura, que configuram um quadro de má formação das habilidades necessárias a mesma, o que pode decorrer da fragilidade do processo educacional como: ler muito devagar, não compreensão do que se lê, impaciência para ler e falta de concentração. Tais informações parecem configurar um ambiente em que a leitura não é socialmente valorizada, em que o livro não tem um lugar assegurado, com a ausência de livros na infância, o exemplo dos pais e ou responsáveis que não liam, considerando que a maior influência para a formação do hábito da leitura vem dos pais (principalmente das mães). Levando-se em conta a não instrução, a baixa escolaridade da família torna-se muito difícil a estima pela família do valor da leitura. Um dos resultados obtidos naquele estudo foi que os que menos gostam de ler são os mais idosos.

Considerando o alto índice de idosos não alfabetizados na amostra (35%) para evitar o viés de confusão² em relação à leitura de textos religiosos e escrituras sagradas por não alfabetizados, a amostra foi avaliada de modo estratificado pelo fator alfabetização e testada por meio do procedimento do **teste t** a relação entre os idosos considerados alfabetizados e os não alfabetizados em relação à leitura de textos religiosos e escrituras sagradas. Houve a indicação de que não há diferença entre as médias da atitude religiosa, $[t(78) = 0,53 \text{ } p = 0,60]$. Os idosos classificados como não alfabetizados ($n = 27$), apresentam média igual a 42,48 (DP

² Viés por confusão de efeito de variáveis que ocorre quando é questionada a comparabilidade dos grupos estudados na análise de uma associação. Isso pode ocorrer quando a conclusão errônea de que o fator em estudo produz o desfecho quando realmente, o efeito é devido ao fato de confusão, desigualmente distribuído entre os grupos (SCHMIDT; DUCAN, 2003).

= 8,14) e os alfabetizados ($n = 51$) com média igual a 41,43 ($DP = 8,40$). Entretanto, foi verificado que como foram considerados alfabetizados os que apenas assinavam o nome, o percentual de alfabetizados (65%) não corresponde aos que teriam condições de leitura, portanto o viés de confusão possivelmente permanece.

O analfabetismo nos idosos é marcante. Os maiores índices de analfabetismo estão entre adultos e idosos, provando que os programas de alfabetização não têm cobertura eficaz. A erradicação do analfabetismo no Brasil ainda é um sonho distante, que deverá esperar por mais duas décadas para se concretizar. Essa é uma das conclusões do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2007)³.

5. 5. Correlacionando atitude religiosa (AR) e qualidade de vida (QV)

Segundo Koenig (2005) existem quatro razões para associação entre religião e saúde:

1. Crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido às experiências, seja positivo ou negativo.
2. Crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas.
3. A religião fornece rituais que facilitam e santificam as maiores transições de vida (adolescência, casamento, morte).
4. Crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento e estrutura para os tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

Aquino e colaboradores (2009) investigaram a relação entre o sentido da vida e a atitude religiosa de forma correlacional em uma amostra composta por 300 sujeitos de ambos os sexos, 37% homens e 63% mulheres, com idade média de 42 anos. Os resultados apontaram correlações positivas entre a atitude religiosa e a realização existencial. Os idosos foram mais conscientes da finitude em comparação com os jovens, indicando que podem encontrar na atitude religiosa uma forma de enfrentamento das questões que a morte pode gerar no ser humano. Estes autores concluíram que a atitude religiosa constitui um núcleo importante no modo de ser no mundo das pessoas que faziam parte de sua amostra.

Para testar a correlação entre QV e atitude religiosa, partindo deste segundo questionário tomaram-se os valores das pontuações máxima (58) e mínima (21) e foi

³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

encontrada a mediana (40). Esse valor foi referência para dividir a atitude religiosa, em baixa, valores entre 21 e 40, e alta quando o resultado da pontuação da escala de atitude religiosa estivesse entre 41 e 58. Assim foi procedida a análise de correlação entre atitude religiosa e qualidade de vida, analisando-se a média obtida em cada um dos domínios estudados neste questionário.

Quando as pessoas que apresentaram baixa e alta atitude religiosa foram comparadas entre si neste estudo nos domínios do SF-36, a diferença em relação a três desses domínios apresentaram significância estatística, que foram: Saúde Mental ($p= 0,05$), Vitalidade ($p= 0,05$) e Estado Geral de Saúde ($p= 0,002$) (tabela 04).

Em relação ao domínio da **saúde mental** os idosos que estavam localizados na escala de atitude religiosa com valores acima da mediana revelaram saúde mental significativamente melhor ($p= 0,05$). Mueller e colaboradores (2001) apud Peres e colaboradores (2007) ao revisar estudos que examinavam a associação entre religiosidade, saúde física, mental e qualidade de vida, identificaram que a maioria deles apontava a religiosidade associada a melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida, assim como menor índice de ansiedade, depressão e suicídio.

Na revisão de trabalhos realizada por Levin (2001) há um elevado número de pesquisas estabelecendo relações positivas no estilo de vida no domínio da função da saúde mental. Este autor cita um estudo longitudinal realizado por Musick e Koenig (1998) com pacientes afro-americanos sobre o efeito da devoção religiosa com a prática de prece, meditação e estudo da Bíblia com relação a sintomas depressivos, afeto positivo (ânimo elevado), falta de energia ou de apetite e relações interpessoais deficitárias. Nos resultados dos referidos autores ocorreu um efeito significativo nas emoções com um efeito protetor nos comportamentos de ânimo feliz e satisfação, mas de magnitude insuficiente para atingir importância estatística.

Os idosos que possuem alta atitude religiosa ($M= 66,11$ e $DP= 27,9$) apresentaram correlação positiva com um nível de significância de $p= 0,05$ o domínio referente à **vitalidade** (potencial de energia) (tabela 04). Este valor é semelhante ao encontrado por Chikude e colaboradores (2007).

Tabela 04 - Médias, Desvios Padrões e Teste t referentes a atitude religiosa em função da qualidade de vida.

Atitude religiosa					
	Baixa (n=40)	Alta (n=38)	t	gl	p
Capacidade funcional	M= 28,63 (DP= 27,7)	M= 41,58 (DP= 31,8)	1,92	76	0,06
Aspecto físico	M= 82,50 (DP= 37,2)	M= 86,84 (DP= 34,3)	0,54	76	0,59
Saúde mental	M= 59,35 (DP= 33,4)	M= 72,08 (DP= 23,2)	1,97	69,2	0,05*
Limite aspect emocionais	M= 82,50 (DP= 38,5)	M= 92,11 (DP= 27,3)	1,28	70,5	0,21
Dor	M= 73,5 (DP= 25,2)	M= 76,68 (DP= 25,5)	0,30	76	0,76
Vitalidade	M= 52,65 (DP= 31,2)	M= 66,11 (DP= 27,9)	2,00	76	0,05*
Aspecto social	M= 75,00 (DP= 35,8)	M= 82,24 (DP= 32,3)	0,94	76	0,35
Estado geral de saúde	M= 54,80 (DP= 27,4)	M= 71,89 (DP= 19,9)	3,16	71,1	0,02*

* Diferença significativa entre as médias

Fonte: Carneiro, L.C. 2008.

Dados da Pesquisa.

Quando os idosos com alta atitude religiosa foram comparados aos de baixa, em relação ao domínio **estado geral de saúde** o primeiro grupo revelou-se significativamente ($p=0,02$) melhor que o segundo (tabela 04). A percepção da própria saúde é um indicador consistente do estado geral de saúde dos idosos porque tem sido observado que está forte e independentemente associado ao uso de serviços de saúde e à mortalidade.

Não existem informações abrangentes entre idosos brasileiros que permitam conhecer da percepção da saúde nessa população (LIMA-COSTA, 2003). Esta autora menciona os resultados do inquérito brasileiro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98), onde cerca de 40% das entrevistas foram respondidas por outra pessoa, impedindo uma correta interpretação do seu significado.

Neste estudo com os idosos institucionalizados nas ILPs católicas da cidade de João Pessoa-PB toda a amostra (n=78) respondeu atentamente aos instrumentos aplicados, havendo assim uma interpretação correta das perguntas realizadas pela pesquisadora, o que aumenta o valor das correlações encontradas entre qualidade de vida e atitude religiosa.

Estudos epidemiológicos realizados em algumas cidades brasileiras mostraram que a percepção da saúde como boa e muito boa em idosos variam entre 70% em São Paulo e 44% no Rio de Janeiro (VERAS, 1992; RAMOS et al., 1998 apud LIMA-COSTA, 2003).

É importante destacar que no estudo realizado por Davim e colaboradores (2004) sobre idosos institucionalizados em três ILPs no município de Natal/RN quando foram analisados aspectos relacionados à saúde, observa-se que 66% dos pesquisados na ILP denominada C consideram seu estado de saúde de muito bom a bom, enquanto 86% dos entrevistados da ILP B e 74% dos da ILP A responderam que sua saúde varia de mais ou menos a péssima.

O domínio da **capacidade funcional** é geralmente mensurado com o uso de escalas que interroguem a respeito de atividades de vida diária (AVDs) que incluem atividades básicas, tais como alimentar-se, tomar banho, preparo de alimentos e realização de tarefas individuais. Ramos e colaboradores (2001) apud Lima-Costa (2003) apud informa que no Brasil como em outros países, verificou-se que a capacidade para realizar AVDs é um forte preditor da mortalidade. Neste estudo este domínio apresentou uma forte correlação com a atitude religiosa, embora sem significância estatística ($p=0,06$).

Levin (2001) afirma que a afiliação, a participação nos cultos religiosos, parece que beneficiam a saúde e o bem-estar geral. É muito menor o número de estudos que tem investigado os efeitos potenciais das crenças religiosas sobre a saúde, em comparação com os numerosos estudos publicados a respeito do comportamento religioso. As descobertas mostram que adotar certas crenças religiosas é um fator protetor do ponto de vista epidemiológico, assim como adotar certas práticas religiosas.

De acordo com Geertz (1989) segundo Aquino e colaboradores (2009) a atitude religiosa, nas civilizações primitivas e nas mais modernas, de maneira especial entre os idosos, tem sido buscada com um sentido valorativo como explicação e preenchimento do vazio que inquieta o homem, afastando-o deste desespero e proporcionando-lhe a sensação de bem-estar e completude por fazer-lo sentir-se unido a um ser supremo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da população idosa deve merecer, cada vez mais, o interesse dos órgãos públicos, das políticas sociais, da sociedade em geral e, também, das linhas religiosas, levando em consideração as características demográficas, econômicas, sociais, religiosas e de saúde do país.

Com o avanço da idade, ocorre perda física, mental e social, que tende a despertar sentimentos de abandono. O idoso institucionalizado tende a desenvolver medo para tomar decisões e no enfrentamento das dificuldades. Muitas vezes, o idoso é encarado como uma pessoa improdutiva, ultrapassada e nem sempre é feito algo para recuperar-lhe a identidade, elevar sua auto-estima e fornecer suporte da família e, assim, muitas vezes, são obrigados a morar em asilos, vivendo isolados de seu contexto social.

Os asilos são uma modalidade muito antiga e universal de atendimento ao idoso, que costumam surgir, espontaneamente, das necessidades sociais da comunidade, que em alguns casos são assumidas por pessoas sensíveis à situação de abandono e carência dos mais velhos; mas podem oferecer conseqüências negativas à qualidade de vida dos residentes que lá se encontram, quando favorecem o isolamento, a inatividade física e mental e a ausência de suporte espiritual.

Como as instituições são católicas, a Igreja Católica (instituição enquanto membros) deveria estar mais presente na vida dos idosos institucionalizados, dando mais atenção e orientação espiritual e doutrinal a esses indivíduos que se encontram isolados do convívio social e familiar.

Os profissionais que lidam com o idoso institucionalizado necessitam também conversar mais sobre Deus e usar a religiosidade para um comportamento mais saudável.

Para investigar estas possibilidades, são necessários instrumentos de medida de religiosidade disponíveis e abrangentes, e estes questionários ainda encontram-se em fase de construção e validação em nível mundial. No Brasil, a pesquisa sobre a influência da religião na saúde e na qualidade de vida das pessoas necessita ainda firmar-se como campo de interesse científico. Por meio dos instrumentos utilizados observa-se que nos dados entre a atitude religiosa e os domínios da qualidade de vida, ocorreram correlações positivas nos domínios da saúde mental, na vitalidade e no estado geral de saúde, sendo determinante que o compromisso religioso influencia o comportamento que, conseqüentemente, influencia a saúde e a qualidade de vida.

Que a possibilidade de ler substitua a simples informação sobre alfabetização ou não, quando os inquéritos abordarem hábitos de leitura.

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa com os instrumentos de medida utilizados é possível afirmar que os comportamentos comprometidos com a religião professada exerceram influência positiva nos domínios de saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde dos idosos institucionalizados melhorando assim sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES Rubem. **O que é religião?** 7 ed. São Paulo: Loyola, 2006.

ANGERAMI, Valdemar Augusto Camon. **Solidão a ausência do outro.** 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar. Atitude Religiosa e Crenças dos Alunos de Psicologia. **Rev. Da Unipe**, 9 (1),. p. 56-63, 2005.

_____; CORREIA, Amanda Pereira Moreira; MARQUES, Ana Laura Câmara; SOUZA, Cristiane Gabriel; FREITAS, Heloísa Carolina de Assis; ARAÚJO, Izabela Ferreira; DIAS, Poliana dos Santos; ARAÚJO, Wilma Fernandes. Atitude Religiosa e Sentido da Vida: Um Estudo Correlacional. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (2), p. 228-243, 2009.

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques. **Sentido da vida, Espiritualidade e Sociopoética: convergências para a produção de conhecimento e para o cuidado clínico.** 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde- CMACCLIS), Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.

ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO, 2002, Madrid. **Carta do Santo Padre João Paulo II aos participantes.** Vaticano, 2002.

AUGUSTO, Ana Cristina Costa; SOARES, Cristina Pazzini da Silva; RESENDE, Marcos Antonio; PEREIRA, Leani Sousa Máximo. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos Envelhecimento**, v.7 n.1 Rio de Janeiro 2004. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de jul 2009.

BARBETA, Pedro Alberto. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2007.

BARNES Patrícia. M; POWELL-GRINER Eve; McFANN Kim; NAHIN Richard L. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *CDC Advance Data Report #343*. 2004.

BATISTA, Mauro. Abordagem pastoral da religiosidade do povo. In: QUEIROZ, José J. (Org) **A religiosidade do povo.** São Paulo: Paulinas, 1984.

BEZERRA, Maria de Fátima da Nóbrega. **A relação entre a percepção da espiritualidade na organização e o comprometimento organizacional afetivo, normativo e instrumental: estudo de caso com um grupo de líderes do Banco do Brasil no estado de Pernambuco.** 2006 77f. Dissertação (Mestrado em Gestão Empresarial) - Faculdade Boa Viagem. Recife, 2006.

BÍBLIA SAGRADA. 2 ed. São Paulo: Ave Maria, 1994.

BOOF, Leonardo. **Ecologia – mundialização – espiritualidade: a emergência de um novo paradigma.** 2 ed. São Paulo: Ática, 1996.

_____. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Espiritualidade: um caminho de transformação.** Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BORN, Tomiko. **Asilo de idosos: a estação final de uma trajetória marcada por indignidades!** 2004. Disponível em: <
<http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/retratos/retratos1.htm>>. Acesso em: 04 out. 2008.

BRANDÃO, Margarida Luiza Ribeiro. Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v.24, n. 6 nov/dez, 2000.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo.** 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. **DECRETO Nº 1.948 DE 03 DE JULHO DE 1996.**

Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Disponível em:
<http://www.conselhos.sp.gov.br/ceidososp/Leis/DEC%20FED%201948-96.htm>. Acesso em: 21 out. 2008.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**, 1979-1996, 1996-2000 (CD ROM).

_____. **PACTO PELA SAÚDE 2006.** Disponível em:
http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf. Acesso em: 18 dez. 2008.

BUTZKE, Paulo Afonso. Aspectos de uma espiritualidade luterana para nossos dias. **Estudos Teológicos**, v.3, n.2, p. 104-120, 2003. Disponível em:

http://www3.est.edu.br/publicacoes/estudos_teologicos/vol4302_2003/et2003-2pbut.pdfhttp://www3.est.edu.br/publicacoes/estudos_teologicos/vol4302_2003/et2003-2pbut.pdf . Acesso em: 14 out. 2008.

CAMBUY, Karine; AMATUZZI, Mauro Martins; ANTUNES, Thais de Assis. Psicologia Clínica e Experiência Religiosa. **Revista de Estudos da Religião**, n.3, p. 77-93, 2006. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv3_2006/p_cambuy.pdf. Acesso em: 18 abr 2009.

CANÔAS, Cilene Swain. **A condição humana do velho**. São Paulo: Cortez, 1983.

CASTIGLIA, Regina Cunha; PIRES, Michele Machado; BOCCARDI, Daniela. Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 38-50, jan/jun. 2006.

CHIKUDE, Takeshi; FUJIKI, Edison Noboru; HONDA, Emerson Kiyoshi; ONO, Nelson Keike; MILANI, Carlo. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura do colo do fêmur tratados cirurgicamente pela artroplastia parcial do quadril. **Acta ortop. bras. vol.15 no.4 São Paulo 2007**.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida 'Medical Outcomes Study 36-item short form Health Survey (SF-36)**. 1997. 84f. Tese (Doutorado), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilton; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Marina Rodrigues. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, V. 36, n. 3, p. 143-150, Mai/Jun, 1999.

CONFERENCIA NACIONAL DOS BISPOS NO BRASIL - CNBB. **Catecismo da Igreja Católica (CIC)**. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **Fraternidade e Pessoas Idosas**. Texto-base. CF 2003. São Paulo: Salesiana, 2002.

CONSELHO DOS DIREITOS DO IDOSO DO DISTRITO FEDERAL. **ESTATUTO DO IDOSO**. 4 ed. Brasília: Positiva, 2009.

COSTA, Adriana Cajado. **Psicanálise e Saúde Mental: a análise do sujeito psicótico na instituição psiquiátrica**. São Luiz: EDUFMA, 2009.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Susana Maria Miranda; LIMA, Vilma Maria. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, maio-junho, 2004; ano12 n. 3, p. 518-524

DIDAQUÉ. **A INSTRUÇÃO DOS DOZE APOSTÓLOS**. Disponível em: <http://www.geocities.com/apologética/didaque.html>. Acesso em: 20 jun de 2009.

DOCUMENTO DE APARECIDA. **Texto conclusivo da V Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano e do Caribe**. São Paulo: Paulinas, 2007.

DUARTE, Luiz Miguel. **Vicente de Paulo servidor dos pobres**. 2 ed. São Paulo: Paulinas, 1987.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria Jose Delbux. **Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

DURKHEIN, Émile. **As formas Elementares da Vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. Tradução FERNANDES, Rogério. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FERRANTIN, Ana Carolina; BORGES, Camila Fernanda; MORELLI, Jose Geraldo da Silva; REBELATTO, Jose Rubens. Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não-institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, set, out. 2006, ano 6. n. 5, p.372-375.

FLECK, Marcelo Pio Almeida; LEAL, O.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da Versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

_____. BORGES, Z. N.; BOLONESI, G.; ROCHA, Neusa Sica. DESENVOLVIMENTO DO MÓDULO RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS PESSOAIS DO WHOQOL (WHOQOL-SRPB). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

_____. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRANÇA, Ailton Araújo; FRANÇA, Josélia Silva; AQUINO, Thiago Antônio Avellar (2002, Set). **Validação da Escala de Atitude Religiosa.** Sessão de Pôster apresentado no I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e profissão, São Paulo, SP.

FRANKL, Viktor. **A presença ignorada de Deus.** (Der unberwusste Gott: psychotherapie und religion). Trad. de Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. 7 ed. São Leopoldo: Sinodal, Petrópolis: Vozes, 2003.

FREI BETTO. **Oração na ação.** 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1978.

_____. **Catecismo popular.** São Paulo: Ática, 1992.

GAIARSA, José Ângelo. **Como enfrentar a velhice.** São Paulo: Ícone, 1986.

GATTO, IB Falcão. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In: PAPAEO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em Visão Globalizada.** São Paulo: Atheneu, 1999.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica.** n. 34, supl I; p. 88-94, 2007. Disponível em: www.hcnet.usp.br/ipq/revista. Acesso em 01 dez de 2007.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: NERI, Anita Liberasso. (Org). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Campinas: Papirus, 2001. p. 113-139.

GUTIÉRREZ, Luis Ignacio Sierra. A Midiatização Televisiva da Religião. Uma experiência de pesquisa sobre os processos midiáticos e a religiosidade. **UNIrevista.** Vol. 1, n.3, julho 2006. Disponível em: http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNIrev_Sierra.PDF. Acesso em 20 abr de 2009.

HAYFLICK, Leonard. **Como e por que envelhecemos.** Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HERMÓGENES, Jose. **Saúde na terceira idade.** 7 ed. Rio de janeiro: Nova Era, 1997. p.347.

HEREDIA, Olga Collinet. **Características Demográficas da Terceira Idade na América Latina e no Brasil**. Estudo interdisciplinar do envelhecimento, Porto Alegre, v.2, p.7-21, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. (2000). Tabela 1.1.2: População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo a religião. **Censo demográfico 2000**: Resultados da amostra. Brasil: Autor.

INSTITUTO PRÓ-LIVRO. **Retratos da Leitura no Brasil**. Disponível em: http://www.cerlalc.org/redplanes/boletin_redplanes/documentos/Noticia1/Retratos_2008.pdf. Acesso em 19 abr de 2009.

JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE. **Idosos lideram o índice de analfabetismo**. Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=580914>. Acesso em 15 fev de 2009.

KOENIG, Harold G. **Religion, spirituality and medicine: the beginning of a new era**. Southern Med J. 2005; 98(12): 1235-6.

KÓVACS, Maria Júlia. A experiência da dor e qualidade de vida. In: MENSURAÇÃO E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM ESTADO AVANÇADO DA DOENÇA, 2003. Recife. **Curso**. Recife: Bases para o atendimento em psico-oncologia, 2003.

LAPENTA, Victor Hugo. **A comunidade e o idoso: uma pastoral para a terceira idade**. 9 Ed. Aparecida: Editora Santuário, 2000.

LAURENTI, Ruy; ALDRIGHI, José Mendes. Morbimortalidade da População Feminina Brasileira. In: ALDRIGHI, José Mendes; BUCHALLA, Cássia Maria; CARDOSO, Maria Regina Alves. **Epidemiologia dos Agravos a Saúde da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2005.

LEITE, Marínes Tambara; CAPPELLARI, Viviane Tolfo; SONEGO, Joseila. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiência de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on-line), v. 4, n. 1, p. 18 – 25, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 15 fev 2009.

LELOUP, Jean-Yves; BOFF, Leonardo. **Terapeutas do deserto: de Filon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Durkheim**. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEVIN, Jeff. **Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura**. São Paulo: Cultrix, 2001.

LICHTENFELS, Henriete. Saúde e espiritualidade: sentido de vida no envelhecimento. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. 2 ed. São Leopoldo – RS: Sinodal, 2004. p. 25-32.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYRO, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

LUSTRI, Wilton Rogerio; MORELLI, Jose Geraldo da Silva. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: REBELATTO, Jose Rubens; MORELLI, Jose Geraldo da Silva. **Fisioterapia Geriátrica: A pratica da assistência ao idoso**. São Paulo: Manole, 2004. p.37-84.

MARIN Maria José Sanches, ANGERAMI Emília Luigia Saporiti. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós-alta hospitalar. **Rev Esc Enfermagem**, USP, 2002 março; 36(1):33-41.

MARQUES, José Regis. **O que é e como age a sociedade São Vicente de Paulo**. Disponível em: <http://www.bsb.netium.com.br/regis/A%20CARIDADE%20VICENTINA.htm>. Acesso em 23 set. 2008.

MASSA, Giulio Cesare. **Conhecer a si mesmo: um guia para a autocompreensão**. São Paulo: Paulinas, 1999.

MELO, Orfelina Vieira. **Espiritualidade na 3ª e melhor idade**. Passo Fundo: P. Berthier, 1992.

_____. **O idoso cidadão**. São Paulo: AM edições, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5 n.1. 2000.

MORAIS, Regis. Espiritualidade e saúde: visão de um filósofo. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 161- 185.

MORANGAS, Ricardo. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE - NCCAM. **BACGRAUNDER-NATIONAL Mind-Body Medicine: An Overview**. N. D239, 2007 Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatisnccam/mind-body/mindbody.htm>. Acesso em: 11 jul 2009.

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

OLIVEIRA, José H. Barros. **Psicologia da Religião**. Coimbra: Livraria Almedina, 2000.

OLIVEIRA, Roseli Kühnrich; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (org). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. 2 ed. São Leopoldo - RS: Sinodal, 2004. p. 79-99.

OLIVEIRA, José Ari Carletti. **Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos**. 2006. 245f. Tese de doutorado. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

PANZINI, Raquel Gehrke. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e Validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida**. Rio Grande do Sul, 2004. 238f. Dissertação (mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

_____; ROCHA, Neusa Sicca; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio Almeida. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista Psiquiátrica Clínica**, 34, supl 1; 105-115, 2007. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol/34/s1/105.html> Acessado em 10/02/2008.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo, 2000. 252f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost. **Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado**. Campinas, 1996. 230f. Tese de doutorado – UNICAMP.

PERES, Júlio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista Psiquiatria Clínica**, 34, supl 1; 136-145, 2007. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/136.html> > Acessado em 16/10/08.

PESSINI, Léo. Envelhecimento e saúde: ecos da II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. **Mundo Saúde**, 26(4): 457-463, out.-dez. 2002.

ROLIM, Flávia Sattolo. **Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconhecimento no processo de envelhecimento**. 2005. 84f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

ROMA, Romano. **Uma pobreza que se chama Cristo**. Iprimatur: Vaticano, 1979.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de Almeida. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed.. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SAAD, Marcelo; MASICRO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade Baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**. 8(3): 107-112, 2001.

SANTANA, Rosimere Ferreira; SANTOS, Iraci. Transcender com a natureza: a Espiritualidade para idosos. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 07, n. 02 2005. p. 148-58. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm>. Acesso em 30 mai. 2008.

SIEGEL, Sidney. **Estatística não-paramétrica (para ciências do comportamento)**. São Paulo: McGraw-Hill, 1975.

SILVA, Maria do Socorro Andrade. **O Efeito da Espiritualidade no tratamento de saúde da terceira idade**. Monografia (especialização em Saúde da Família – 1º Macrorregional de Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SILVEIRA, Frei Ildefonso; REIS, Orlando. **São Francisco de Assis: escritos e biografias de São Francisco de Assis, crônicas e outros testemunhos do primeiro século franciscano**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

SCHMIDT, Maria Inês; DUCAN, Bruce B. Epidemiologia Clínica e Medicina Baseada em Evidências. In: ROUQUAYRO, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SOARES, Maria Socorro; LIMA, Carla Bezerra. **Grito de dor e canção de amor. Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade.** Editora Universitária: João Pessoa, 2005.

VALLA, Victor Vicent. O que a saúde tem a ver com a religião? In: _____. (org) **Religião e cultura popular.** Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: _____. (org) **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-153.

VERAS, Renato. A era dos idosos. Disponível em: <http://www.terceirosetor.org.br/>. **Revista do terceiro Setor.** 1995. Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor. Acesso em 25 de novembro de 2007.

_____. A era dos idosos: os novos desafios. Anais da I oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde do idoso, Ouro Preto, 2002: 89-96.

WEBBER, Adriana Almeida. **Avaliação da propensão a quedas em idosos institucionalizados e não institucionalizados correlacionando com o nível de cognição e equilíbrio.** Monografia (conclusão em fisioterapia) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2004.

WONG-UN, Julio Alberto. O sopro da poesia: revelar, criar, experimentar e fazer saúde comunitária. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org). **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 198- 222.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS** e está sendo desenvolvida por LICANIA CORREIA CARNEIRO, aluna do Curso de Mestrado em Ciências das Religiões, Linha de Pesquisa: Espiritualidade e Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. BERTA LÚCIA PINHEIRO KLÜPPEL.

Os objetivos do estudo são estudar a espiritualidade e a qualidade de vida de idosos institucionalizados acolhidos e em instituições de origem religiosa, na grande cidade de João Pessoa/PB, e tecer, se possível, correlações entre esses fatores.

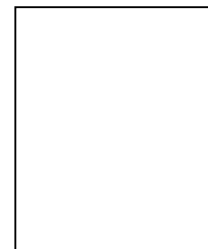
Solicitamos a sua colaboração para responder à entrevista, participar das oficinas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). A sua participação é voluntária e gratuita não implicando em pagamento sem recebimento de nenhum valor monetário. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Testemunha



Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)

LICANIA CORREIA CARNEIRO

Endereço: Av. Nego 585 Aptº 1202 – Tambaú – CEP:58039-920

Telefone: 3247-4046 / 9986-5828

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE CARACTERIZAÇÃO

1. Instituição: _____
2. Nome: _____
3. Sexo: Feminino (☐) Masculino (☐)
4. Idade: _____ anos.
5. Estado Civil: Solteiro(a) (☐)
Casado(a) (☐)
Divorciado(a) (☐)
Viúvo(a) (☐)
Separado (a) (☐)
6. Tem filhos? Sim (☐) Não (☐)
7. Naturalidade: Paraíba (☐) Outros Estado (☐)
8. Situação Econômica: Aposentado/ Benefício (☐)
Pensionista (☐)
Situação indefinida (☐)
9. Há quanto tempo está na instituição? _____
10. Escolaridade: Nível médio (☐)
Nível superior (☐)
11. Qual sua religião? _____

ANEXOS

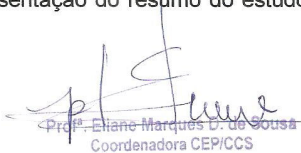
ANEXO A Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 1ª Reunião Ordinária do ano de 2008, realizada no dia 27/02/2008 o projeto de pesquisa do(a) interessado(a) a Mestranda **LICANIA CORREIA CARNEIRO**, intitulado: “ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE E MOTIVAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS”. Protocolo nº. 2708.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Profª. Eliane Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

ANEXO B**ESCALA DE ATITUDE RELIGIOSA**

(França, França & Aquino, 2002)

Leia atentamente as frases abaixo. Assinale com um círculo o **número** que expressa **o quanto você faz o que as frases dizem** no seu dia-a-dia. Não necessita ser todos os dias, mas se em algum momento do seu cotidiano tal atitude faz parte de sua vida. Seja sincero e marque apenas um número em cada alternativa. Por favor, não deixe nenhuma resposta em branco.

Acredito em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você não acredita em Deus, nem um pouco, faça um círculo no

número (1)

Se você acredita um pouco, circule o (2)

Se você acredita mais ou menos, circule o (3)

Se você acredita bastante, circule o (4)

Se você acredita muitíssimo, circule o (5)

1) Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2) Costumo ler livros que falam sobre Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3) Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos de minha religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4) Participo de debates sobre os assuntos que dizem respeito à religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5) Converso com minha família sobre assuntos religiosos.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6) Assistio programas de TV ou rádio que tratam sobre assuntos religiosos.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7) Converso com meus amigos sobre minhas experiências religiosas.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8) A religião influencia nas minhas decisões sobre o que devo fazer.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9) Participo das orações coletivas de minha religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10) Frequento as celebrações de minha religião (missa, culto, sessões).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11) Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12) Ajo de acordo com o que minha religião prescreve como sendo o correto.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13) Sinto-me unido a todas as coisas.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14) Quando entro numa Igreja ou Templo despertam-me emoções.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15) Sinto-me unido a um “ser maior”.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

ANEXO C**Questionário sobre Qualidade de Vida SF-36
(CICONELLI, 1997)**

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente.....1 ☐

Muito boa.....2 ☐

Boa.....3 ☐

Ruim.....4 ☐

Muito ruim.....5 ☐

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1 ☐

Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2 ☐

Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....3 ☐

Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4 ☐

3. Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta pouco	Não Não dificulta de modo algum
a) Atividades Vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1 ☐	2 ☐	3 ☐
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1 ☐	2 ☐	3 ☐
c) Levantar ou carregar mantimentos	1 ☐	2 ☐	3 ☐
d) Subir vários lances de escada	1 ☐	2 ☐	3 ☐
e) Subir um lance de escadas	1 ☐	2 ☐	3 ☐
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1 ☐	2 ☐	3 ☐
g) Andar mais de 1 km	1 ☐	2 ☐	3 ☐
h) Andar vários quarteirões	1 ☐	2 ☐	3 ☐
i) Andar um quarteirão	1 ☐	2 ☐	3 ☐

j) Tomar banho ou vestir-se	1 ☐	2 ☐	3 ☐
-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 ☐	2 ☐
b) Realizou menos tarefas do que de gostaria?	1 ☐	2 ☐
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1 ☐	2 ☐
d) Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades?	1 ☐	2 ☐

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 ☐	2 ☐
b) Realizou menos tarefas do que de gostaria?	1 ☐	2 ☐
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1 ☐	2 ☐
d) Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades?	1 ☐	2 ☐

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma alguma.....1 ☐

Ligeiramente.....2 ☐

Moderadamente.....3 ☐

Bastante.....4 ☐

Extremamente.....5 ☐

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma.....1 ☐

Muito leve.....2 ☐

Leve.....3 ☐

Moderada.....4 ☐

Grave.....5 ☐

Muito grave.....6 ☐

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferir com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora como dentro de casa)?

De maneira alguma.....1 ☐

Um pouco.....2 ☐

Moderadamente.....3 ☐

Bastante.....4 ☐

Extremamente.....5 ☐

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo.....1 ☐

A maior parte do tempo.....2 ☐

Alguma parte do tempo.....3 ☐

Uma pequena parte do tempo....4 ☐

Nenhuma parte do tempo.....5 ☐

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Efetivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

b) Eu sou saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Eu acho que minha saúde vai piorar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d) Minha saúde é excelente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐