



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

NAYARA PAULA FERNANDES MARTINS MOLINA

**RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS PESSOAIS ENQUANTO
MEDIADORA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
DE IDOSOS**

UBERABA-MG

2018

NAYARA PAULA FERNANDES MARTINS MOLINA

**RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS PESSOAIS ENQUANTO
MEDIADORA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
DE IDOSOS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues.

UBERABA-MG

2018

***Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)***

Molina, Nayara Paula Fernandes Martins, 1987-

M722p Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais enquanto mediadora
do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida de idosos
/Nayara Paula Fernandes Martins Molina. -- 2018.
155f; il.: tab., fig., graf.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dedicatória

Dedico este trabalho ao Supremo Deus, o verdadeiro Dono de tudo.

Aos meus pais, **João e Gloria**, exemplos e referência de vida!

Ao meu amado, **Breno**, grande companheiro e incentivador!

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

A **Deus** e **Meishu-Sama**, agradeço pelo dom da vida, pela saúde e pela permissão de desenvolver esse trabalho.

Aos meus pais **João Humberto** e **Gloria** gratidão eterna pelos ensinamentos, apoio e amor incondicional, por acreditarem no meu sonho e vibrarem comigo cada etapa dessa jornada!

A meu amado **Breno**, meu sincero muito obrigada por ser mais que esposo, ser companheiro de vida e fé, por seguirmos juntos o mesmo caminho e acreditarmos nos mesmos sonhos. Obrigada pela família linda que temos, em especial, nossa Elis.

À minha irmã **Sílvia**, agradeço pelo carinho e torcida e por estar sempre disposta a auxiliar no que fosse preciso.

À família **Messiânica**, agradeço pelo carinho e orações, em especial os amigos do Johrei Center Uberaba.

Agradecimento especial ao **Ministro Alceu**, pelas orientações, pelo acompanhamento, orações e torcida.

À vovó **Branca**, exemplo de idosa, obrigada pelas orações e carinho.

Aos **tios, tias, primos e primas**, agradeço pela torcida e pelo carinho.

A orientadora Dr^a **Leiner**, gratidão pela acolhida, pelas orientações, pelos ensinamentos, pela amizade, pela paciência e amor para desenvolvermos juntas esse trabalho.

À Dr^a **Darlene**, eterna gratidão, por me ensinar com tanto carinho a amar a Saúde Coletiva e a Saúde do Idoso! Grande exemplo de profissional! Obrigada pela confiança, pelos ensinamentos e pela amizade.

À Dr^a **Calíope**, agradeço pelas valiosas contribuições e por compor a banca desse trabalho.

À Dr^a **Lilian**, obrigada pelas importantes contribuições com esse trabalho e pelo carinho.

Ao querido Dr^o **Vanderlei**, agradeço imensamente todo empenho e dedicação com nosso trabalho. Gratidão pelos ensinamentos, paciência, orientações além da estatística.

Ao **PPGAS/UFTM** agradeço por esses anos maravilhosos. É maravilhoso fazer parte dessa história. Aos professores, funcionários e secretários Dani e Fábio, agradeço pelos aprendizados, cuidado e presteza.

Ao **Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Ambulatório de Geriatria e Gerontologia**, obrigada pelos aprendizados, pelas amizades e pela trocas de experiências.

As amigas **Flavia e Pollyana**, obrigada por serem sempre tão especiais.

Aos amigos do **Doutorado** do PPGAS, gratidão pela convivência e pelas amizades construídas! Em especial à Cintia, Joyce e Karla.

A bibliotecária **Ana Paula**, gratidão pelo auxílio e carinho na revisão bibliográfica.

À **Capes**, agradeço imensamente o incentivo financeiro, que me permitiu desenvolver o trabalho com tranquilidade.

Aos **idosos**, fonte de inspiração para essa pesquisa, agradeço pelo aprendizado e múltiplas experiências adquiridas com os senhores.

Resumo

RESUMO

MOLINA, Nayara Paula Fernandes Martins. **Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais enquanto mediadora do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida de idosos.** 2018. 155f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba(MG), 2018.

O aumento expressivo da população idosa denota maiores investigações e investimentos na saúde e vida dessa população. Conhecer o perfil dessa população, suas necessidades são essenciais para um envelhecimento com maior qualidade de vida. A religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais ocupam um papel importante na saúde e qualidade de vida dos idosos. O objetivo deste estudo foi analisar a influência de preditores sociodemográficos, clínicos (morbidades e o escore do indicativo de depressão), bem como o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida. Trata-se de um estudo do tipo inquérito domiciliar, analítico e transversal realizado com 613 idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG. Os instrumentos utilizados foram: Miniexame do Estado Mental (MEEM), questionário de caracterização dos dados sociodemográficos e morbidades, Escala de Depressão Geriátrica, WHQOOL-SRPB, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, no período de Março a Julho de 2016. Para análise dos dados foi utilizado tabelas de frequência absolutas e relativas, para variáveis categóricas, e medidas de tendência central e variabilidade, para as quantitativas. Empregou-se medidas de posição, dispersão e consistência interna para os WHOQOL. Utilizou-se a modelagem com equações estruturais em duas etapas: evidenciar o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais em modelos parciais apenas com variáveis observadas e um modelo final envolvendo construtos latentes exógenos e endógenos, bem como a ação mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais entre a depressão e a qualidade de vida. Utilizou o software *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, considerou o nível de significância $\alpha = 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, nº 2.295.596. O maior percentual foi do sexo feminino (68,0%),

com faixa etária de 60-70 anos (43,9%), casados (46,5%), escolaridade de 4-7 anos de estudo (39,2%) e renda individual mensal de um salário mínimo (43,2%), média de morbidades de $6,16 \pm 3,70$ e escore de $3,84 \pm 3,01$ no indicativo de depressão. O maior escore de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais foi para a faceta conexão com ser ou força espiritual ($4,22 \pm 0,696$), enquanto que o menor escore foi para a faceta Esperança e otimismo ($3,81 \pm 0,659$). Na qualidade de vida o maior escore para o WHOQOL-BREF foi no domínio relações sociais ($72,73 \pm 14,49$) e o menor foi no domínio meio ambiente ($61,34 \pm 12,73$). Já para o WHOQOL-OLD, o maior escore foi para a faceta intimidade ($71,33 \pm 16,72$) e o menor para a faceta morte e morrer ($23,92 \pm 25,41$). Identificou a função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, entre depressão e a qualidade de vida. Indicando, portanto, uma influência negativa da depressão sobre os escores de qualidade de vida, mediada pela religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, que, por sua vez, impacta positivamente na qualidade de vida. O presente estudo confirma a influência da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida dos idosos. Demonstrando efeito positivo como mediadora entre a depressão e a qualidade de vida dos idosos da comunidade.

Palavras chave: Idoso. Saúde do Idoso. Religião. Espiritualidade. Depressão. Qualidade de vida.

Abstract

ABSTRACT

MOLINA, Nayara Paula Fernandes Martins. **Religiosity, spirituality and personal beliefs as mediator of the indicative of depression upon the quality of life of the elderly**. 2018. 155f. Thesis (Doctorate in Health Care) - Stricto Sensu Postgraduate Program in Health Care, Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

The expressive increase of the elderly population denotes greater investigations and investments in the health and life of this population. Knowing the profile of this population and their needs is essential for aging with a higher quality of life. Religiousness, spirituality and personal beliefs play an important role in the health and quality of life of the elderly. This study aimed to analyze the influence of sociodemographic and clinical predictors (morbidities and depression), as well as the mediating role of religiosity, spirituality and personal beliefs about quality of life. This is a household-type, analytical and cross-sectional study carried out with 613 elderly people from the urban community of the city of Uberaba-MG. The following instruments were used: Minimental State Examination (MMSE), sociodemographic and morbidities data characterization questionnaire, Geriatric Depression Scale, WHQOOL-SRPB, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD. Data collection was performed at the residence of the elderly, in the period from March to July 2016. Data analysis was performed using absolute and relative frequency tables for categorical variables and measures of central tendency and variability for the quantitative variables. Position, dispersion and internal consistency measures were used for WHOQOLs. A two stage structural equation modeling were used to evidence the mediating role of religiosity, spirituality and personal beliefs in partial models just with observed variables, and a final model involving exogenous and endogenous latent constructs, as well as the mediating action of religiosity, spirituality and personal beliefs between depression and quality of life. We used the Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0, considering the level of significance $\alpha = 0.05$. The project was approved by the Research Ethics Committee of UFTM, under the number 2,295,596. The highest percentage was female (68.0%), with age group of 60-70 years (43.9%), married (46 , 5%), 4-7 years of schooling (39.2%) and monthly income of a minimum wage (43.2%), mean morbidity of 6.16 ± 3.70 and indicative of

depression score of 3.84 ± 3.01 . The highest score for religiosity, spirituality and personal beliefs was for the Connection with Being or spiritual strength facet (4.22 ± 0.666), while the lowest score was for the hope and optimism facet (3.81 ± 0.659). In the quality of life, the highest score for the WHOQOL-BREF was in the social relations domain (72.73 ± 14.49) and the lowest was in the environment domain (61.34 ± 12.73). For the WHOQOL-OLD, the highest score was for the intimacy facet (71.33 ± 16.72) and the lowest for the death and dying facet (23.92 ± 25.41). Religiosity, spirituality and personal beliefs mediating functions were identified between depression and quality of life. Therefore, it indicates a negative influence of depression on the quality of life scores, mediated by religiosity, spirituality and personal beliefs, which, in turn, positively impacts the quality of life. The present study confirms the influence of religiosity, spirituality and personal beliefs on the quality of life of the elderly, demonstrating a positive effect as a mediator between depression and the quality of life of the elderly in the community.

Keywords: Aged. Health of the Elderly. Religion. Spirituality. Depresión. Quality of Life.

Resumen

RESUMEN

MOLINA, Nayara Paula Fernandes Martins. **Religiosidad, espiritualidad y creencias personales como mediador del indicativo de depresión sobre la calidad de vida de los ancianos**. 2018. 155f. Tesis (Doctorado en Cuidado de la Salud) - Stricto sensu Programa de Posgrado en Cuidado de la Salud, Universidad Federal de Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

El aumento expresivo de los ancianos denota mayores investigaciones e inversiones en la salud y la vida de esta población. Conocer el perfil de esta población y sus necesidades es esencial para el envejecimiento con una mayor calidad de vida. La religiosidad, la espiritualidad y las creencias personales juegan un papel importante en la salud y la calidad de vida de los ancianos. Este estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de los predictores sociodemográficos y clínicos (morbilidad y depresión), así como el papel mediador de la religiosidad, la espiritualidad y las creencias personales sobre la calidad de vida. Se trata de un estudio de tipo familiar, analítico y transversal realizado con 613 ancianos de la comunidad urbana de la ciudad de Uberaba-MG. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Minimental State Examination (MMSE), cuestionario de caracterización de datos sociodemográficos y de morbilidad, Escala de Depresión Geriátrica, WHQOOL-SRPB, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD. La recolección de datos se realizó en la residencia de las personas mayores, en el período de marzo a julio de 2016. El análisis de los datos se realizó utilizando tablas de frecuencia absoluta y relativa para variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables cuantitativas. Se utilizaron medidas de posición, dispersión y consistencia interna para los WHOQOL. Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales en dos etapas para evidenciar el papel mediador de la religiosidad, espiritualidad y creencias personales en modelos parciales solamente con variables observadas, y un modelo final que involucra constructos latentes exógeno y endógeno, así como la acción mediadora de religiosidad, espiritualidad y creencias personales entre la depresión y la calidad de vida. Utilizamos el software *StatiscalPackage for Social Sciences* (SPSS) versión 21.0, considerando el nivel de significancia $\alpha = 0.05$. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de UFTM, bajo el número 2,295,596. El mayor porcentaje fue femenino (68.0%), con grupos de edad de 60-70 años (43.9%),

casados (46.5%), 4-7 años de escolaridad (39.2%) e ingresos mensuales de un salario mínimo (43.2%), la morbilidad media de 6.16 ± 3.70 y la puntuación indicativa de depresión de 3.84 ± 3.01 . El puntaje más alto para religiosidad, espiritualidad y creencias personales fue para la faceta Conexión con el Ser o Fortaleza Espiritual (4.22 ± 0.666), mientras que la puntuación más baja fue para la faceta esperanza y optimismo (3.81 ± 0.659). En la calidad de vida, el puntaje más alto para el WHOQOL-BREF fue en el dominio de relaciones sociales (72.73 ± 14.49) y el más bajo en el dominio medio ambiente (61.34 ± 12.73). Para WHOQOL-OLD, el puntaje más alto fue para la faceta intimidad ($71,33 \pm 16,72$) y el más bajo para la faceta de muerte e morir ($23,92 \pm 25,41$). Las funciones mediadoras de la religiosidad, la espiritualidad y las creencias personales se identificaron entre la depresión y la calidad de vida. Por lo tanto, indica una influencia negativa de la depresión en los puntajes de calidad de vida, mediada por la religiosidad, la espiritualidad y las creencias personales, lo que a su vez impacta positivamente en la calidad de vida. El presente estudio confirma la influencia de la religiosidad, la espiritualidad y las creencias personales en la calidad de vida de los ancianos. Demostrando un efecto positivo como mediador entre la depresión y la calidad de vida de los ancianos en la comunidad.

Descriptor: Anciano. Salud del Anciano. Religión. Espiritualidad. Depression. Calidad de Vida.

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFI - Índice de Ajuste Comparativo

DCNT- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

GFI - Índice de Ajuste

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Mini Exame de Estado Mental

MG – Minas Gerais

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

RMSEA - Raiz Quadrático Médio do Erro de Aproximação

SPSS - *Statistical Package Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLI - Índice de Tucker-Lewis

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

WHO – World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-BREF - Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire

WHOQOL-OLD – World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults

WHOQOL-SRPB - World Health Organization's Quality of Life Instrument – Spirituality, Religion and Personal Beliefs module

Lista de Figuras e Gráficos

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

- Figura 1.** Formas utilizadas no diagrama de equações estruturais 60
- Figura 2.** Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: domínio físico e meio ambiente dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016..... 92
- Figura 3.** Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: facetas funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016..... 95
- Figura 4.** Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: domínios psicológico, relações sociais e faceta participação social dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016..... 98
- Figura 5.** Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: facetas morte e morrer e intimidade dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016..... 101
- Figura 6.** Diagrama causal final com variáveis latentes ilustrando a função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016..... 104
- Gráfico 1.** Distribuição idade; Brasil percentual da população residente, por grupos de– 2004/2060..... 33

Gráfico2.	Proporção da população brasileira idosa e muito idosa por sexo.....	35
Gráfico 3.	Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil 2004/2013.....	36

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	63
Tabela 2.	Distribuição dos escores médios das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais segundo o WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	64
Tabela 3.	Distribuição dos escores das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB, segundo sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	66
Tabela 4.	Distribuição dos resultados de correlação entre idade, número de morbidades e escore do indicativo de depressão e as facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	69
Tabela 5.	Análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais segundo o WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	71
Tabela 6.	Distribuição dos escores médios dos domínios de qualidade de vida segundo o WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	73
Tabela 7.	Distribuição dos domínios e facetas de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	75
Tabela 8.	Análise de correlação entre idade, número de morbidades e escore do indicativo de depressão e domínios do WHOQOL-BREF e	

	facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	79
Tabela 9.	Análise de correlação entre as facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais e os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	83
Tabela 10.	Análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a qualidade de vida em seus domínios e facetas dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	88
Tabela 11.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho os domínios de qualidade de vida físico e meio ambiente dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017.....	93
Tabela 12.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho os domínios de qualidade de vida físico e meio ambiente dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017	94
Tabela 13.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho as facetas de qualidade de vida funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.....	96
Tabela 14.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho as facetas de qualidade de vida funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016	97
Tabela 15.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não	

	padronizado e padronizado, tendo como desfecho os domínios psicológico, relações sociais e a faceta participação social de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.....	99
Tabela 16.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho os domínios psicológico, relações sociais e faceta participação social de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.....	100
Tabela 17.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho as facetas morte e morrer e intimidade de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG,2016.....	102
Tabela 18.	Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho as facetas morte e morrer e intimidade de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.....	103
Tabela 19.	Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho a qualidade devida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.....	105
Tabela 20.	Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.....	107
Tabela 21.	Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando a correlação entre os erros, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.....	108

Sumário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	31
1.1 Epidemiologia do Envelhecimento.....	32
1.2 Qualidade de Vida.....	37
1.3 Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais.....	41
1.4 Depressão.....	44
2 OBJETIVOS	47
2.1 Objetivo geral.....	48
2.2 Objetivos específicos.....	48
3 HIPÓTESE.....	49
4 METODOLOGIA.....	51
4.1 Tipo do Estudo.....	52
4.2 Local do Estudo.....	52
4.3 Definição da População.....	52
4.4 Coleta dos dados.....	53
4.5 Instrumentos.....	53
4.5.1 Mini Exame de Estado Mental (MEEM).....	54
4.5.2 Caracterização dos dados sociodemográficos e morbidades.....	54
4.5.3 Escala de Depressão Geriátrica.....	54
4.5.4 WHOQOL-SRPB.....	54
4.5.5 WHOQOL-BREF.....	55
4.5.6 WHOQOL-OLD.....	56
4.6 Variáveis do estudo.....	56
4.7 Processamento dos dados.....	57
4.8 Análise estatística.....	58
4.9 Aspectos éticos.....	61
5 RESULTADOS.....	62
5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica.....	63
5.2 Modelagem Preliminar: Regressão Clássica.....	64
5.2.1 Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais.....	64
5.2.2 Qualidade de Vida.....	73
5.3 Modelagem Causal sem variáveis latentes: mediação da	

religiosidade espiritualidade e crenças pessoais.....	91
5.4 Modelagem Causal com variáveis latentes: modelo final.....	103
6 DISCUSSÃO.....	109
7 CONCLUSÃO.....	118
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICES.....	131
Apêndice A.....	132
Apêndice B.....	134
ANEXOS.....	135
Anexo 1.....	136
Anexo 2.....	138
Anexo 3.....	139
Anexo 4.....	143
Anexo 5.....	146
Anexo 6.....	151

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1. Epidemiologia do Envelhecimento

O envelhecimento natural, processo inerente a todos os seres, tem sido alvo de pesquisas e estudos em todo mundo. No entanto, foi a partir de 1930 que a ciência do envelhecimento ganhou maior visibilidade com pesquisas científicas, tendo maior repercussão entre as décadas de 1950 e 1970 com a formação de grupos de pesquisas sobre envelhecimento nos países desenvolvidos (PAPALEO NETTO, 2013).

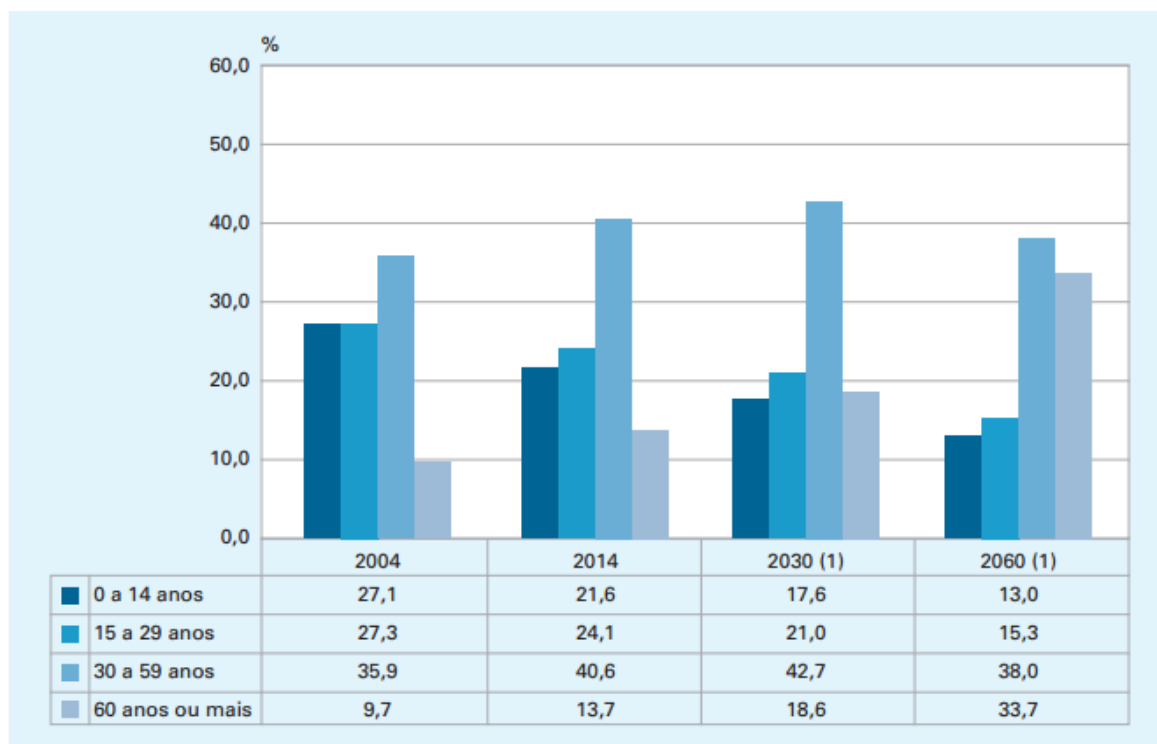
Nos países em desenvolvimento, entretanto, os estudos do envelhecimento se desenvolveram de forma mais lenta, em especial, devido a questões políticas, sociais e econômicas. Felizmente, essa realidade tem mudado e nas últimas décadas aumentou consideravelmente o número de pesquisas sobre envelhecimento nos países em desenvolvimento, sendo em sua maioria realizados no Brasil, com destaque para estudos na área da medicina, da enfermagem e da saúde pública (PAPALEO NETTO, 2013).

O expressivo aumento dos idosos em todo mundo, e também no Brasil, é uma das consequências da diminuição das taxas de fecundidade e aumento da esperança de vida (BRASIL, 2015). Esse aumento significativo refletiu, especialmente, na população idosa, uma vez que o processo de envelhecimento não está apenas relacionado ao fator fisiológico, mas também às questões ambientais, psicológicas, sociais, culturais e econômicas. Sendo assim, não se pode condicionar o envelhecimento apenas à incapacidade funcional, que acarreta maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, que resultam em morte, sendo o envelhecimento algo mais amplo (PAPALEO NETTO, 2013).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) esse aumento de idosos é proveniente da transição demográfica, no qual se observa a redução de crianças e jovens de 0 a 14 anos e um crescimento da população de 15 a 59 anos, refletindo em um aumento expressivo da população idosa, com destaque para aqueles considerados muito idosos, ou seja, com 80 anos ou mais (BRASIL, 2015; CAMARANO; KANSO, 2013). Associa-se ainda que o processo migratório e de urbanização contribuiu expressivamente para o aumento de idosos brasileiros. A projeção é que no ano de 2060, o Brasil, que no ano 2000 tinha 8,2%, tenha 33,7%

de sua população idosa, conforme apresentado no gráfico 1 (BRASIL, 2015; PAPALETTO NETTO, 2013).

Gráfico 1. Distribuição percentual da população residente, por grupos de idade; Brasil – 2004/2060



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013.

No Brasil, são considerados idosos, segundo o Estatuto do Idoso, lei número 10.741/2003, indivíduos com 60 anos ou mais. Esta recomendação é adotada para os países em desenvolvimento segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto que em países desenvolvidos, pessoa idosa é aquela com 65 anos ou mais (BRASIL, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Tal definição é conhecida como idade cronológica, sendo a mais utilizada, tanto pelas limitações que existem em definir idade biológica, como por ser cientificamente mais aceita. Dessa forma, o presente estudo adotou a definição de 60 anos ou mais para caracterizar pessoas idosas.

Considera-se ainda que o envelhecimento possa ser dividido em três maneiras, primário ou fisiológico, secundário ou patológico e terciário ou terminal, melhor descritos a seguir (NERI, 2007).

O primário é universal e progressivo, tido como fenômeno inerente aos seres vivos, sofre influência de múltiplos fatores como educação, estilo de vida,

alimentação, exercícios físicos, entre outros. Caracteriza-se por indicadores, a citar, o branqueamento dos cabelos, presença de rugas, diminuição do tônus e força muscular (NERI, 2007).

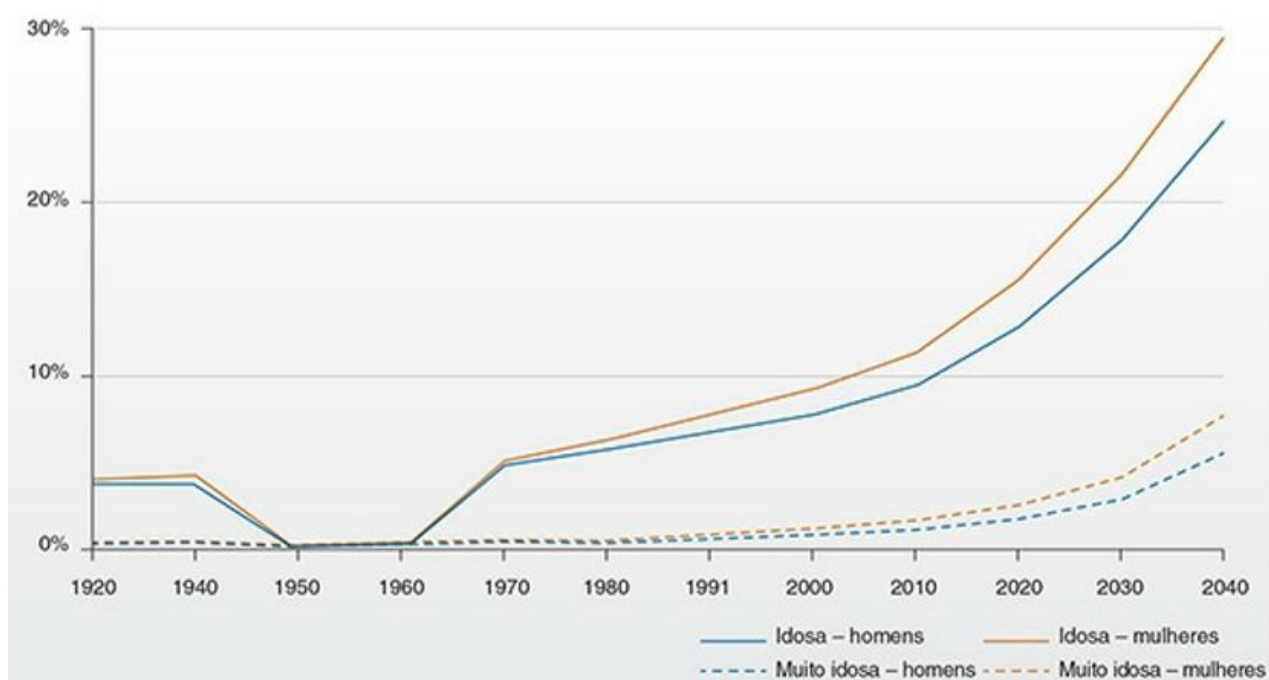
Já o envelhecimento secundário ou patológico, está associado a doenças, tais como as doenças cardiovasculares, demências, câncer entre outras. Esse envelhecimento tem maior probabilidade de ocorrer com o aumento da idade (NERI, 2007).

Por fim, tem-se o envelhecimento terciário ou terminal, que ocorre em qualquer idade, e se relaciona a um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas em um curto período de tempo, ou com o ponto final das doenças terminais (NERI, 2007).

Dado à rapidez do processo de envelhecimento, emergem necessidades relacionadas à saúde, cuidados, integração social entre outros, especialmente para atender as especificidades de cada contexto e realidade desses idosos. Por se tratar de um processo individual, dinâmico, progressivo e que gera múltiplas modificações, o envelhecimento se apresenta de forma distinta entre a população, podendo ser dividido em duas categorias: comum ou usual; e bem-sucedido ou saudável (BRASIL, 2015; PAPALETTO, 2013).

O primeiro, o envelhecimento comum ou usual, é determinado por fatores extrínsecos, como os hábitos alimentares e inatividade física que repercutem intensivamente com o passar dos anos; enquanto que o bem-sucedido ou saudável relaciona-se a baixo risco de doenças e suas possíveis limitações funcionais, o bom funcionamento físico e mental e o envolvimento ativo com a vida (NERI, 2007; PAPALETTO, 2013).

A forma de envelhecer também repercute nas características da população. Como observado na projeção do IBGE, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 75,1 anos, em 2014, sendo maior nas regiões Sul (77,2 anos) e Sudeste (76,9 anos) e menor nas regiões Nordeste (72,5 anos) e Norte (71,8 anos) (BRASIL, 2015). Entre a população idosa brasileira, os octogenários, ou seja, aqueles com 80 anos ou mais, ainda que representados por um pequeno contingente, é proporcionalmente o segmento populacional que mais cresce, conforme expressa o Gráfico 2 (CAMARANO, KANSO, 2013).

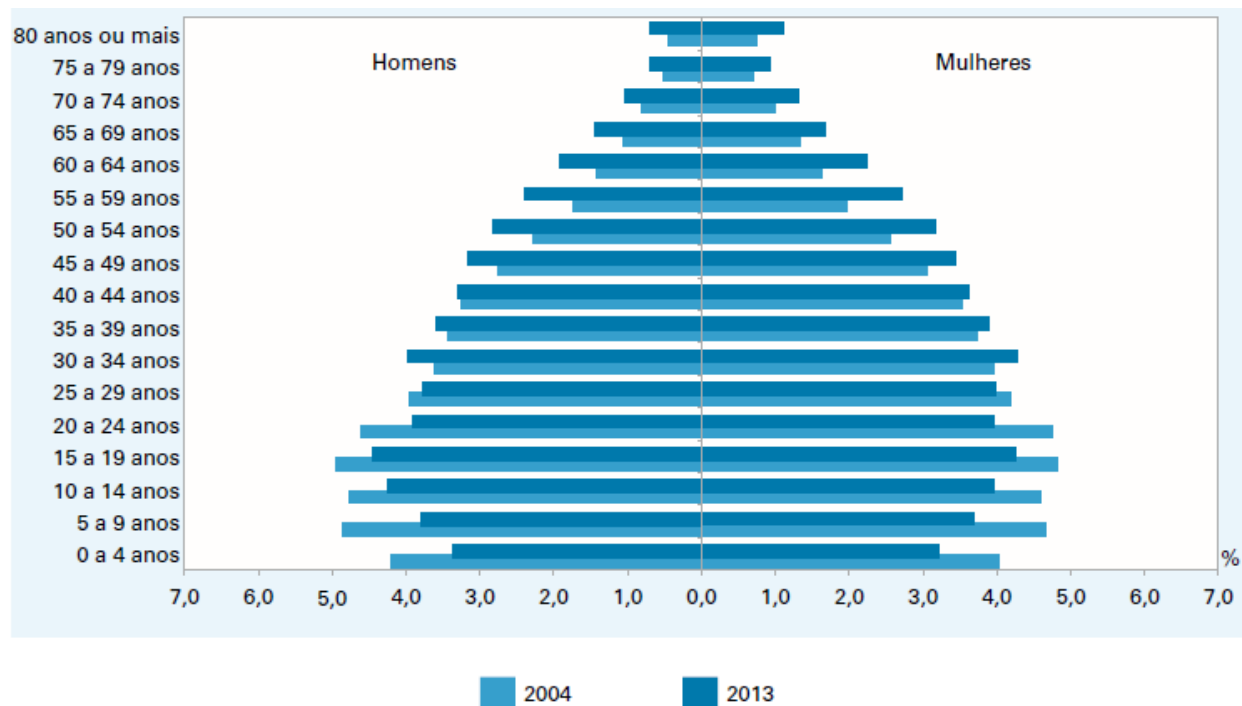
Gráfico 2. Proporção da população brasileira idosa e muito idosa por sexo

Fonte: Camarano e Kanso, 2013, p.136.

Entre os sexos também há diferença, e para mensurar a sobrevivência dos idosos, em tempo médio, utiliza-se a esperança de vida aos 60 anos de idade. O IBGE estima que em 2060 a esperança de vida de uma pessoa idosa, para ambos os sexos, atinja 25,2 anos; sendo 23,0 anos para os homens e 27,2 anos para as mulheres (BRASIL, 2015). Conhecido como feminização da velhice, esse fenômeno é característico de localidades urbanas, tendo como algumas causas o fluxo migratório rural urbano, maior cuidado com a própria saúde e incentivo ao autocuidado (CAMARANO; KANSO, 2013).

Dessa maneira, se terá uma população muito idosa e feminina (CAMARANO; KANSO, 2013). Essa longevidade denota maiores preocupações com serviços prestados, dentre esses, os serviços de saúde, que refletem tanto no adoecimento como no processo de morte. Ademais, ainda que nasçam proporcionalmente mais homens que mulheres, a proporção da mortalidade masculina tende a se elevar com o aumento da idade, conforme apresentado no Gráfico 3 (BRASIL, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Gráfico 3. Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil 2004/2013



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013.

As mulheres idosas apresentam maior participação em atividades extradomésticas, como cursos, viagens e trabalhos temporários. Por outro lado, ainda que vivam mais, as mulheres idosas tendem a ficar viúvas e em condições socioeconômicas mais desfavoráveis em relação aos homens, além da maior prevalência de institucionalização permanente e propensão a pior debilidade física no final da vida, ocasionando maior adoecimento e dependência (CAMARANO; KANSO, 2013).

Concomitantemente à transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica que está relacionada à mudança do perfil de morbimortalidade da população. Essa transição, assim como a demográfica, ocorre de maneira distinta entre a população e determina o padrão de adoecimento, dependência e morte (BRASIL, 2013, CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013).

Na transição epidemiológica, as doenças infectoparasitárias são menos incidentes devido à adoção de medidas sanitárias e formas de controle, sendo assim, substituída por condições crônicas. Dessa maneira, há um maior adoecimento entre os mais velhos em relação aos mais jovens e a mortalidade é substituída pelo predomínio das morbidades (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013). Salienta-se ainda que a maior longevidade propicie ao idoso maior suscetibilidade às

doenças, com destaque para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2016).

As DCNT são as principais responsáveis por morte em todo mundo e o Ministério da Saúde as define como doenças multifatoriais que apresentam longa duração e que se desenvolvem no decorrer da vida (BRASIL, 2016). Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade, no Brasil 72,6% de mortes, aproximadamente, foram causadas pelas DCNT em 2013, dentre elas as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e respiratórias crônicas, acometendo principalmente a população com menor escolaridade e renda (BRASIL, 2015).

Estudos nacionais têm corroborado com essa prevalência de DCNT em idosos, assim como o impacto na saúde e vida dessa população (ARCOVERDE, 2014; BRASIL, 2015; LEBRÃO et al., 2008; TAVARES; DIAS, 2012). As DCNT são responsáveis atualmente por mais de 70% das causas de morte, além do alto comprometimento funcional, impacto familiar e social e menor qualidade de vida (BRASIL, 2014).

É fundamental, portanto, entender a realidade dos idosos inseridos em nossa sociedade para se propor ações de promoção à saúde e prevenção de agravos e outras morbidades que contemplem suas necessidades, com intuito de manter a autonomia, a independência e promover o autocuidado dessa população, e consequentemente ocasionar menor impacto na qualidade de vida dos mesmos.

1.2 Qualidade de Vida

Ainda que o envelhecer seja inerente à vida, a longevidade nem sempre vem acompanhada de qualidade de vida (QV) (BRASIL, 2015). Segundo Fonseca (2006), o envelhecimento vem acompanhado de três componentes: Biológico, que se relaciona à senescência, ou envelhecimento fisiológico natural; Social, relacionado aos papéis e expectativas quanto a esse público na sociedade; e Psicológico, relacionado à autoregulação frente ao processo de envelhecimento.

O aumento da idade traz consigo a ambiguidade de se viver bem e cada vez mais, porém, assombra com a possibilidade de múltiplas morbidades com reflexo no físico, psíquico e social. A longevidade tem relação direta com a QV, podendo ocasionar impacto nas dimensões da vida humana física, psíquica e socialmente de maneiras distintas (PASCHOAL, 2013).

Ademais, podem ocorrer, no processo de envelhecimento, mudanças fisiológicas naturais, perdas sociais como aposentadoria, falecimento de familiares, menor apoio social e também perdas psicológicas como a memória, itens esses que comprometem a QV (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015).

Quando essa fase da vida vem ainda acompanhada de DCNT, além do impacto na morbimortalidade, repercute também na QV dos indivíduos afetados, proveniente da maior possibilidade de morte prematura, além de gastos e impacto econômico para as famílias, comunidade e sociedade em geral (BRASIL, 2016). Conhecer e desenvolver estratégias que reflitam positivamente na QV dessa população deve ser prioridade no cuidado à saúde e alvo de políticas públicas.

O termo QV foi mencionado pela primeira vez na década de 20 em um livro sobre economia e bem-estar material, porém, apenas após a Segunda Guerra Mundial o termo foi ganhando destaque com o relatório da Comissão dos Objetivos Nacionais do Presidente Eisenhower, em 1960, no qual incluiu a QV, relacionando na época com a educação, ao crescimento individual e econômico, saúde e bem-estar econômico e assim foi-se incorporando à políticas sociais (PASCHOAL, 2013).

Dessa forma, o conceito de QV foi sendo ampliado e passou a ser relacionado, além do crescimento econômico, ao desenvolvimento social (mensurado a partir das boas condições de saúde, educação, moradia, lazer, transporte, trabalho e crescimento individual). Surgiu assim a necessidade de se avaliar a QV e compará-la entre os países, estados, regiões e cidades (QV objetiva) e, conseqüentemente, percebeu-se que apenas parâmetros objetivos não eram eficazes, sendo necessária a avaliação da QV pela própria pessoa (QV subjetiva) (PASCHOAL, 2013).

Assim, a QV foi ganhando adeptos na arte, no lazer, nos transportes, na moradia, no meio ambiente e na educação. No contexto da saúde, a QV surgiu a partir de 1970 com estudos internacionais na área da oncologia, reumatologia e psiquiatria; no Brasil, somente em 1992 começaram a aparecer pesquisas acerca do tema (PASCHOAL, 2013).

Por se tratar de algo subjetivo, há inúmeros conceitos acerca da QV, relacionados a determinantes históricos, culturais, de classe social, do indivíduo e tendo influência do cotidiano, sócio-histórico e ecológico (PASCHOAL, 2013). A OMS define a QV 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, p. 1405), sendo esse o conceito adotado para o presente estudo.

Por se tratar de um conceito abrangente e que considera várias dimensões do indivíduo, como aspectos psicossociais, físicos, nível de independência, inclusive suas crenças, a QV deve ser avaliada pela própria pessoa e esse é o aspecto essencial do conceito, é a avaliação feita por si próprio baseado em critérios e padrões próprios e expectativas sociais (NERI, 2011b).

Para tal, foram criados instrumentos gerais e específicos que avaliam as múltiplas dimensões da QV, ainda que poucos tivessem como alvo a população idosa (PASCHOAL, 2013). Em um estudo, com idosos da comunidade urbana paulista, os pesquisadores destacaram oito dimensões da QV dos idosos: saúde física, saúde psicológica, capacidade funcional/autonomia, social/família, econômica, espiritualidade/transcendência, hábitos/estilos de vida e meio ambiente (PASCHOAL, 2004).

Assim reforça-se a pluralidade da avaliação da QV, em especial na vida do idoso, assim como a responsabilidade da sociedade, políticas públicas e ciência em identificar e agregar à vida dos idosos, estratégias e opções de uma melhor QV (PASCHOAL, 2013).

Pensando nesse contexto, foram criados instrumentos como o WHOQOL-BREF (Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire), o WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults) e WHOQOL-SRPB (World Health Organization's Quality of Life Instrument – Spirituality, Religion and Personal Beliefs module), desenvolvidos pela OMS com intuito de avaliar a QV, sendo o primeiro instrumento de versão abreviada e que sustenta a avaliação dos demais; o segundo específico para o público idoso; e o último avalia a maneira como espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais correlacionam-se com a QV na saúde e na assistência à saúde (PANZINI et al., 2011; ROCHA; FLECK 2011; FLECK; SKEVINGTON, 2007; FLECK; CHACHAMOVIC; TRENTINI, 2006; FLECK et al., 2000).

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

Outro fator que interfere na QV durante o envelhecimento é a maneira como se envelhece. Se, por um lado, muitos idosos permanecerem ativos, saudáveis e

independentes, por outro, essa não é a realidade de todos, pois, muitas vezes, o idoso está em condição de dependência, possui limitações e múltiplas morbidades, podendo assim perder sua autonomia e independência, comprometendo seu bem-estar e repercutindo negativamente na QV (PASCHOAL, 2013).

Essa diversidade no universo do envelhecimento aumenta a necessidade de pesquisas sensíveis para entender essas especificidades (PASCHOAL, 2013). Estudos sobre a QV entre idosos saudáveis, com DCNT ou morbidades específicas, na comunidade urbana e rural têm sido desenvolvidos na literatura internacional e nacional (BROWN et al., 2015; BERG et al., 2014; GIJS et al., 2010; TAVARES; DIAS 2012; RODRIGUES et al., 2012; ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015), entretanto, a avaliação da QV relacionada à espiritualidade e religiosidade de idosos ainda carece de mais estudos (MOOM; KIM, 2015).

Estudiosos da QV salientam ainda a importância da religiosidade e espiritualidade na vida das pessoas frente ao processo de saúde e doença, sendo eficaz no planejamento em saúde e melhoria da QV (ROCHA; FLECK, 2011). Em estudo de validação do WHOQOL-SRPB (Brasil), as mulheres apresentaram média significativamente maior na faceta conexão espiritual, entre os mais velhos, foram identificadas médias mais altas nas facetas totalidade e integração e paz interior e nas facetas sentido na vida e totalidade e integração entre os saudáveis tiveram escores maiores em relação àqueles com morbidades (PANZINI et al., 2011).

Ademais, o grupo WHOQOL no Brasil ressalta que o WHOQOL-SRPB não é um instrumento que busca avaliar o construto SRPB, mas sim a QV referente a este construto. Enfatizam, assim, que as crenças pessoais podem auxiliar na forma de enfrentar e conseguir lidar com os problemas, pois dão significado ao comportamento humano e podem influenciar na QV, e que o SRPB é um construto coerente e pode ser considerado independente de bem-estar psicológico (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Assim, o WHOQOL-SRPB busca avaliar de que maneira a religiosidades, espiritualidade e crenças pessoais estão relacionadas com a QV na saúde e na assistência à saúde, uma vez que os conceitos incluídos no projeto WHOQOL foram considerados genuinamente transculturais por consenso e isso é um de seus pontos mais fortes (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

1.3 Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais

Pesquisas acerca da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na área da saúde tem sido desenvolvida há algumas décadas, no entanto, a partir da década de 90, ampliou-se o interesse por esses estudos, aumentando a credibilidade científica do tema (TEIXEIRA; MÜLER; SILVA, 2004). Pesquisas internacionais entre “religião” e “saúde” buscam confirmação científica de que a religião, a fé e a espiritualidade são benéficas e acarretam bem-estar (OLIVEIRA; PESSINI, 2011) uma vez que a religiosidade e a espiritualidade estão associadas a efeitos positivos no processo de envelhecimento (ABDALA et al., 2015; GALLARDO, 2017).

Ainda que religiosidade e espiritualidade sejam inter-relacionadas e muitas vezes sobrepostas, são utilizadas conjuntamente para facilitar a entendimento, porém são conceitos distintos e, didaticamente, faz-se necessário contextualizar suas definições, para maior compreensão do estudo (KOENIG, 2004; MISHRA et al., 2017).

Espiritualidade deriva da palavra latina *spiritu*, cujo termo é relacionado à respiração, associa-se com as necessidades de busca de significado, razão e preenchimento da vida, esperança e vontade de viver, ter fé e acreditar em si mesmo, nos outros ou em Deus, sendo assim um processo de percepção entre a consciência humana e a interação com Deus ou com um Poder Superior, em função do que é chamado Fé (PERES et al., 2007).

Uma vez que a espiritualidade se relaciona ao significado da vida e da razão de viver, propicia, desse modo, a busca por sentido ou por um ser transcendente, não estando assim restrita e/ou condicionada às crenças ou práticas (FLECK et al., 2003). A espiritualidade é algo individual e pessoal, podendo ou não estar relacionado a uma doutrina religiosa. Pode se relacionar a uma melhor QV, uma vez que tem reflexo positivo no bem-estar e na saúde mental e física (KOENIG, 2004).

A espiritualidade pode ser definida ainda como parte complexa e multidimensional da experiência humana. Podendo ser apresentada em três aspectos: cognitivos, experienciais e comportamentais. No qual o primeiro relaciona-se a busca do significado, do propósito da vida, assim como as crenças e valores que a pessoa vive. O segundo relaciona-se a sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e suporte que refletem na qualidade dos recursos internos da pessoa. E o último a como a pessoa manifesta externamente as crenças

espirituais individuais e o estado espiritual interno, podendo ser expressada pela prática religiosa ou com o relacionamento pessoal com o divino (KOENIG, 2012).

Já religiosidade, palavra originada do latim *religare*, significa religar. Caracteriza-se pela fé na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo (DEUS), que ofertou ao homem uma essência espiritual que persiste mesmo após a morte do corpo físico, implicando assim, diretamente na vivência desta religiosidade. Trata-se da extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, sendo determinada por tradições espirituais expressadas concretamente em ritos e celebrações codificadas cultural e historicamente (FLECK et al., 2003).

A prática religiosa ainda é algo forte na sociedade e está intrinsecamente relacionada a variáveis socioeconômicas, culturais e intelectuais, especialmente entre a população idosa. Relaciona-se ainda à distinção de um grupo em relação a outro pela prática das crenças, doutrinas e rituais, por também ter ligação em uma comunidade de fé e responsabilidade com o outro, naquela comunidade (KOENIG, 2004). É uma experiência social que nasce e desenvolve na comunidade (GALLARDO, 2017).

Por outro lado, as crenças pessoais podem ser quaisquer crenças ou valores que uma pessoa sustenta e que por isso sustentam o estilo de vida e comportamento da mesma; pode haver uma sobreposição com o conceito de espiritualidade, no entanto as crenças pessoais não são necessariamente de natureza não material (FLECK et al., 2003).

Como já abordado anteriormente, entre os idosos há maior suscetibilidade às perdas, tais como a situação econômica procedente da aposentadoria, a perda de independência e/ou autonomia, a perda de familiares, amigos e, finalmente, a proximidade da perda da própria vida, que podem propiciar aos idosos o desenvolvimento de indicativo de depressão e impacto na QV (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

Diante dessas perdas e suas consequências, em especial na saúde, a religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais podem auxiliar no enfrentamento de acontecimentos negativos, considerados como estressores, uma vez que atuam como recursos de proteção, especialmente, nas relações de apoio e suporte social e no enfrentamento da solidão, desesperança, tristeza, entre outros (DUARTE; WANDERLEY, 2011; GONZÁLEZ-CELIS; GÓMEZ-BENITO, 2013).

Ademais, possuem associação benéfica à saúde, devido a diminuição do estresse e depressão, refletindo na saúde, na QV e suas dimensões (STANLEY et al., 2011).

É pertinente elucidar que a religiosidade, espiritualidade e as crenças pessoais são essenciais para a cultura e vida social, além de desempenhar um papel significativo no que diz respeito à saúde física e mental do indivíduo, sendo considerado um indicador objetivo da QV, assim como o componente físico, mental, ambiental e social (AGORASTOS; DEMIRALAY; HUBER, 2014; GONZALEZ; RIOUX, 2014). Cabe elucidar que as crenças pessoais, em específico, podem auxiliar na maneira de lidar com situações adversas, uma vez que oferecem significado ao comportamento humano e podem influenciar na QV (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Salienta-se que na literatura, a religiosidade e espiritualidade tem sido citada como fator de proteção para a saúde mental, no entanto, estudiosos alertam sobre divergência nos achados quanto ao desenho metodológico, populações restritas, além do limitado número de instrumentos validados no Brasil (AGORASTOS; DEMIRALAY; HUBER, 2014; LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013). Há também pesquisas acerca da relação de religiosidade, espiritualidade e saúde, demonstrando resultados contraditórios, seja devido à má definição de religiosidade e espiritualidade, seja pela limitação dos instrumentos utilizados, sendo considerada uma controvérsia na literatura científica (CAMARGOS, 2014; MISHRA et al., 2017).

Estudo de revisão enfatizou que vários outros inquéritos demonstraram relação positiva entre religiosidade e espiritualidade e QV, refletindo, entre outros fatores, na diminuição da mortalidade assim como no aumento da QV em indivíduos doentes após a inserção da prática religiosa/espiritual. Entretanto, esses estudos apresentam limitações nos desenhos metodológicos, além de enfatizar a melhoria na QV de doentes, carecendo de novos inquéritos acerca do tema (MISHRA et al., 2017).

De tal maneira, é pertinente a realização de outros estudos com diferentes populações, levando-se em conta fatores como idade, sexo e condição socioeconômica, que também influenciam na avaliação da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na saúde mental, como acometidos por sintomas de depressão, em especial da população residente na comunidade com ou sem morbidades associadas (AGORASTOS; DEMIRALAY; HUBER, 2014).

Assim, a religiosidade, a espiritualidade e a QV podem contribuir para a saúde e bem-estar dos idosos que residem em meio urbano, e têm um efeito positivo na saúde física, mental e social dessa população, que podem ser ferramentas oportunas para o enfrentamento no processo de envelhecimento saudável e também daqueles com alguma morbidade (LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2012; SILVA, 2012).

1.4 Depressão

Outro tema de extrema relevância para a saúde pública é a depressão em idosos (ROH et al., 2015). Trata-se de um distúrbio de humor e da área afetiva com reflexo na vida diária e que pode levar ao suicídio (BRASIL, 2011). Existem ainda poucos estudos acerca da prevalência de depressão entre idosos brasileiros, no entanto, os estudos já realizados demonstram uma elevada prevalência na população idosa, dentre 14% a 26% (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013).

Na Atenção Básica, porta de entrada para a saúde da população, identificou-se que 17% a 30% dos idosos apresentam indicativo para depressão (BRASIL, 2011).

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, destacam-se outras morbidades, principalmente aquelas que ocasionam dor ou incapacidade, o abandono ou solidão e a morte de pessoas próximas; além disso apresentam maior risco para suicídio entre idosos, indivíduos do sexo masculino, que vivem sozinho, com depressão severa, DCNT limitante e/ou dolorosa, perda recente do cônjuge, insônia, entre outros (BRASIL, 2011). Cabe salientar que idosos com depressão tendem a autoavaliar seu estado de saúde três vezes pior do que aqueles sem a doença, além de referirem pior QV (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013).

A opção por tratamento medicamentoso ainda é a mais utilizada em todo mundo, no entanto, atividades relacionadas à socialização, mudanças de estilo de vida e prática de atividades físicas tem sido alvo de estudos (ROH et al., 2015). Dentre elas, se destaca a participação em atividades religiosas, sendo visto como fator de proteção para a saúde mental de idosos, prevenindo entre outras morbidades, a depressão (HAYWARD et al., 2012; ROH et al., 2015).

A religiosidade e a espiritualidade têm demonstrado impacto positivo sobre a saúde, sendo considerada como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, redução de óbito ou impacto de outras morbidades (KONOPACK; MCAULEY, 2012; LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2012). Em estudos sobre religiosidade, espiritualidade e depressão foi identificada relação inversa entre essas variáveis, com maior índice de recuperação e diminuição dos sintomas depressivos entre os religiosamente e espiritualmente ativos (KOENIG, 2004).

Pesquisa longitudinal coreana com 6.647 idosos, que avaliou a participação da atividade física, social e religiosa e o risco de depressão, destacou que aqueles idosos com atividades religiosas uma ou mais vezes na semana apresentaram redução de 22% nas chances de desenvolver depressão, mensurado pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (ROH et al., 2015).

Cabe enfatizar que pesquisas na área da atenção ao idoso tem sido prioridade para o Ministério da Saúde (FERNANDES; SOARES, 2012). Por ser considerado um fenômeno de proporção mundial, essa temática origina alusões relevantes aos níveis sociais e econômicos à vida da população e aos cofres públicos (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013). Destaca-se, portanto, como de suma relevância, a temática entre religiosidade, saúde do idoso e depressão e sua repercussão sobre a QV (HAYWARD et al., 2012; ZOU et al., 2014).

Ainda que se verifique a relevância do tema, existem poucos estudos populacionais realizados acerca da religiosidade e espiritualidade com a QV dos idosos brasileiros, enfatizando a necessidade de mais estudos (ABDALA, 2013). Em estudo sobre religiosidade e espiritualidade, identificou-se que a presença de DCNT correlacionou-se negativamente com o domínio físico, e a presença de sintomas depressivos apresentou correlações negativas em todos os domínios da QV avaliados pelo SRPB (ROCHA; FLECK, 2011).

Ademais, observa-se o inegável impacto da religiosidade e da espiritualidade na saúde mental. Entretanto, as condições socioeconômicas e outras morbidades, também devem ser consideradas, uma vez que podem impactar na avaliação do indivíduo, repercutindo na sua QV (CORNAH, 2006). Salienta-se que na literatura internacional e nacional, os estudos foram desenvolvidos, em sua maioria, com população com alguma morbidade pré-estabelecida e/ou em tratamento hospitalar ou ambulatorial (MISHRA et al., 2017; MIHALJEVIC´ et al., 2015). O que denota a necessidade de inquéritos com pessoas da comunidade.

Acredita-se que, com a presente pesquisa, seja possível, por meio da divulgação dos achados, obter-se maior visibilidade ao tema proposto, levando os pesquisadores, sociedade e profissionais de saúde a repensar a relevância da QV, religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na vida e saúde da população idosa, como os acometidos por indicativo de depressão.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a influência de preditores sociodemográficos, clínicos (morbidades e o escore do indicativo de depressão), bem como o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico (morbidades e o escore do indicativo de depressão) de idosos da comunidade urbana;
2. Identificar os escores de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais dos idosos segundo o WHQOL-SRPB;
3. Verificar os fatores associados das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais;
4. Determinar os escores de qualidade de vida em seus domínios (WHOQOL-BREF) e facetas (WHOQOL-OLD);
5. Verificar os fatores associados das variáveis sociodemográficas, clínicas, religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida;
6. Analisar a relação das variáveis sociodemográficas, clínicas, bem como a função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida, utilizando modelagem causal sem variáveis latentes.
7. Elaborar um modelo integral com variáveis latentes (modelo estrutural) envolvendo preditores sociodemográficos, clínicos, bem como a função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida.

Hipótese

3 HIPÓTESE

- A religiosidade, espiritualidade e as crenças pessoais atuam como variável mediadora entre o indicativo de depressão e a qualidade de vida.

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

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

4.2 Local do Estudo

Essa pesquisa foi realizada na comunidade urbana da cidade de Uberaba, interior de Minas Gerais, com população estimada de 328.272 pessoas (BRASIL, 2017).

Segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a população idosa do referido município correspondia a 12,4% da população total (BRASIL, 2010).

4.3 Definição da população

A população foi composta por idosos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: Pessoas com 60 anos ou mais de idade; residente na zona urbana de Uberaba-MG; sem declínio cognitivo segundo o instrumento do Mini Exame de Estado Mental.

O processo de recrutamento incluiu procedimento de amostragem probabilístico em dois estágios, descritos a seguir:

Em um primeiro estágio, para a seleção dos idosos, foi realizado o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município por meio de amostragem sistemática organizando uma listagem única dos setores, mas identificando o bairro a que pertencia. O intervalo amostral (IA) fora calculado por meio da fórmula: $IA = Ncs/ncs$; onde Ncs é o número total de setores censitários e ncs o número setores censitários sorteados (aproximadamente 2). O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais conforme IA.

No segundo estágio, a quantidade de domicílios fora dada pelo número de tentativas calculado anteriormente ($n=889$). Em seguida foi dividida esta quantidade de domicílios pela quantidade de setores censitários sorteados (208 setores) de tal forma que se obteve uma quantidade semelhante dentro de cada setor censitário (aproximadamente 4 idosos por setor). Por último, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio do setor e os demais de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até a saturação da amostra daquele setor.

A amostra da população foi definida por meio da amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. Na literatura não há consenso acerca do tamanho amostral apropriado para Modelagem de Equação Estrutural, havendo diversas sugestões, uma delas recomenda um cálculo amostral acima de 200 participantes (MYERS; AHN; JIN, 2013). Na presente pesquisa participaram 613 idosos residentes na comunidade urbana.

4.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de Março a Julho de 2016 na residência dos idosos por meio de entrevista. Para a presente pesquisa, realizou-se treinamento prévio com os entrevistadores (alunos de graduação e pós-graduação *stricto sensu* da área da saúde participantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva) quanto ao preenchimento dos instrumentos, assim como a maneira de abordar o idoso entrevistado.

Posteriormente ocorreu supervisão (pesquisadores e docentes do Grupo de Pesquisa) do preenchimento da entrevista e consistência dos itens para a garantia do controle de qualidade. Para tal, foram realizadas reuniões sistemáticas entre os pesquisadores e entrevistadores para treinamento, acompanhamento, esclarecimentos de dúvidas e orientações acerca da coleta dos dados.

4.5 Instrumentos

4.5.1 Mini Exame de Estado Mental (MEEM)

Instrumento utilizado para a avaliação cognitiva (Anexo 1), traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). Os escores do MEEM variam de 0 a

30 pontos, com questões agrupadas em sete categorias: orientação para tempo e local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade do entrevistado, correspondendo a 13 pontos para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles 1 a 11 anos de estudo e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994).

4.5.2 Caracterização dos dados sociodemográficos e morbidades

Utilizou-se um questionário elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM (Apêndice A).

4.5.3 Escala de Depressão Geriátrica

Um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento da depressão no idoso é a Geriatric Depression Scale (GDS), com 30 questões (YESAVAGE et al., 1983), a qual é direcionada à população idosa. Este instrumento foi validado no Brasil com versões reduzidas que contemplam 1, 4, 10, 15 e 20 questões (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a). A versão brasileira da GDS-15 (Anexo 2), adotada neste estudo, é específica para idosos. Trata-se de uma escala dicotômica, em que os participantes apontam a presença ou a ausência de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. O ponto de corte >5 indica positividade para o indicativo de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b).

4.5.4 WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs of World Health Organization Quality of Life questionnaire)

Instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais relacionadas à QV (ROCHA et al., 2008), validado no Brasil (PANZINI et al., 2011). Composto de 32 questões (Anexo 3), o referido instrumento utiliza-se de uma escala Likert de 5 pontos de (1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5), dessa maneira a pontuação máxima e mínima para cada questão está entre 1 e 5, respectivamente, e os escores dos domínios são

apresentados em uma escala de 4 a 20 (THE WHOQOL GROUP, 2006), sendo que, quanto maior a pontuação, maior a influência da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a QV dos indivíduos (PEDROSO, 2012). São oito as facetas do WHOQOL-SRPB e elas avaliam os itens descritos a seguir:

- 1) Conexão com o Ser ou Força Espiritual: Estresse, momentos difíceis, compreensão, conforto e tranquilidade.
- 2) Sentido na vida: Propósito da vida.
- 3) Admiração: Contemplação, beleza, inspiração, emoção, apreciação.
- 4) Totalidade e Integração: Equilíbrio, coerência.
- 5) Força Espiritual: Força, satisfação, apoio.
- 6) Paz Interior: Paz interior, harmonia.
- 7) Esperança e Otimismo: Perspectiva, entusiasmo.
- 8) Fé: Confiança, apoio.

4.5.5 WHOQOL-BREF (Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire)

Instrumento específico para a aferição da QV, criado pelo grupo de qualidade de vida da OMS a partir do WHOQOL-100, sendo uma versão abreviada deste. É composto de 26 questões, das quais duas são relativas à percepção geral da QV e 24 correspondem às facetas específicas (Anexo 4). Cada questão tem cinco opções de resposta do tipo Likert, oscilando de 1 a 5 pontos; o instrumento é dividido em quatro domínios com resultados de 0 a 100 e quanto maior a pontuação, melhor a QV do indivíduo (FLECK et al., 2000). Envolve quatro domínios descritos a seguir:

- 1) Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho.
- 2) Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais.
- 3) Relações Sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual.

- 4) Meio Ambiente: Segurança física, recursos financeiros, ambiente no lar, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

4.5.6 WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults)

Trata-se de um instrumento de avaliação de QV específico para a população idosa, validado no Brasil por Fleck, Chachamovic e Trentini (2006) (Anexo 5). Deve ser aplicado juntamente ao WHOQOL-BREF, é composto por 24 questões de uma escala do tipo Likert (pontuação de 1 a 5) que atribuem a seis facetas, descritas a seguir:

- 1) Funcionamento do Sensório: “Avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida”.
- 2) Autonomia: “Refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões”.
- 3) Atividades Passadas, Presentes e Futuras: “Descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia”.
- 4) Participação Social: “Delineia a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade”.
- 5) Morte e Morrer: “Relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer”.
- 6) Intimidade: “Avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas”.

4.6 Variáveis do estudo

Sociodemográficas:

- Sexo (masculino e feminino);
- Faixa etária, em anos (60|-70; 70|-80; ou 80 anos ou mais);
- Estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado; viúvo e solteiro) na análise descritiva;

enquanto que para as análises bivariada, regressão clássica e modelagem com equação estrutural, essa variável foi dicotomizada em com e sem companheiro.

- Escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade; 1-4; 4-8; 8; 9-11; ou 11 ou mais) na análise descritiva; já para as análises bivariada, regressão clássica e modelagem com equação estrutural, essa variável foi dicotomizada em com e sem escolaridade.
- Renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-3; 3-5; >5) para análise descritiva; nas análises bivariada, regressão clássica e modelagem com equação estrutural, essa variável foi recategorizada como: com e sem renda.
- Número de morbidades;

Indicativo de depressão: escore total obtido com a escala de depressão geriátrica; optou-se por considerar o escore total do indicativo de depressão, considerando sua maior sensibilidade na influência dos desfechos considerados.

Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais (Facetas WHOQOL-SRPB):

- WHOQOL-SRPB: Conexão com o Ser ou Força Espiritual, Sentido na Vida, Admiração, Totalidade e Integração, Força Espiritual, Paz Interior, Esperança e Otimismo, Fé.

Qualidade de Vida (domínios WHOQOL-BREF e facetas WHOQOL-OLD):

- WHOQOL-BREF: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente:
- WHOQOL-OLD: Funcionamento do sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade.

4.7 Processamento dos dados

Conforme as entrevistas foram realizadas e entregues para o pesquisador responsável, os supervisores de campo procederam às revisões. Quando

necessário, as entrevistas foram devolvidas para o entrevistador complementar as informações.

Posteriormente foi elaborado um banco de dados eletrônico, no programa Excel[®], para que os dados coletados fossem processados em microcomputador, em dupla entrada, para então verificar a existência de registros equivocados ou diferentes, por meio da consistência. Quanto houve caso de dados inconsistentes, recorreu-se à entrevista original para verificação e correção. O banco de dados após essas etapas foi importado para o aplicativo “*Statiscal Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 21.0, para realização da análise. Utilizou-se ainda o aplicativo AMOS, versão 22.0 para confecção das figuras de modelagem de equações estruturais.

4.8 Análise estatística

Para se atender ao primeiro objetivo, as variáveis categóricas foram apresentadas em tabelas de frequência absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana), bem como de variabilidade (amplitude e desvio padrão).

Para se atender ao segundo e quarto objetivos, empregaram-se medidas de posição (média e mediana), dispersão (amplitude e desvio padrão) e consistência interna (alfa de Cronbach). Na avaliação da QV, segundo o WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, foram utilizadas suas respectivas sintaxes.

Em relação ao terceiro e o quinto objetivo, primeiramente houve a apresentação da análise bivariada e de correlação de Pearson (correlação fraca = $0 < r < 0,3$; correlação moderada = $0,3 \leq r < 0,5$ e correlação forte = $r \geq 0,5$) (COHEN, 1988). Posteriormente, os desfechos foram analisados utilizando-se análise de regressão linear múltipla (abordagem clássica). O critério de inserção de preditores na regressão considerou aspectos de relevância clínica e conceitual pertinentes a cada variável.

Para analisar o sexto e sétimo objetivos utilizou-se a modelagem com equações estruturais em duas etapas: no sexto objetivo a finalidade foi evidenciar o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais em modelos parciais apenas com variáveis observadas, em desfechos afins ou domínios correlatos.










Já para o sétimo objetivo foi apresentado um modelo final envolvendo construtos latentes exógenos (independentes) e endógenos (desfechos – QV), bem como a ação mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais entre o indicativo de depressão e a QV. Neste trabalho a mediação será considerada como sendo estatisticamente significativa quando o caminho causal entre o escore do indicativo de depressão e religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, bem como o caminho causal entre religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais e QV forem ambos simultaneamente estatisticamente significativo ($p \leq 0,005$).

A modelagem de equações estruturais (structural equations modeling - SEM) é uma técnica multivariada que permite examinar simultaneamente relações entre as variáveis medidas e os construtos latentes, ou seja, aquelas variáveis que não são medidas diretamente, são variáveis que apresentam apenas definições conceituais, ou seja construto (HAIR JR et al., 2009).

A SEM é caracterizada por duas construções fundamentais: o modelo estrutural e o de medida. O primeiro refere-se às relações de dependências entre as variáveis latentes do modelo, o segundo, aponta as variáveis observáveis a serem usadas como medida para cada variável latente e também auxilia na avaliação da fidedignidade dessas. Assim, a SEM combina a regressão múltipla e a análise fatorial para estimar relações de dependência entre componentes de construtos que são medidos indiretamente por um conjunto de variáveis (GUEDES; ANJOS, 2008).

A SEM é comumente apresentada por equações do tipo $y_i = \beta_1.x_{i1} + \beta_2.x_{i2} + \dots + \beta_j.x_{ij}$, ou ainda descrita graficamente por um diagrama causal, onde formas circulares ou elipsóides representam as variáveis latentes ou os erros, as retas (setas) indicam as relações entre variáveis, setas curvas, as covariâncias e os quadros ou retângulos, representam as variáveis observáveis, conforme se observa na Figura1 abaixo (GUEDES; ANJOS, 2008; HAIR JR et al., 2009; KLINE, 2011).

Figura 1. Formas utilizadas no diagrama de equações estruturais

Símbolo	Representação
	• Variável latente
	• Variável observável
	• Coeficiente da regressão da variável observável sobre a variável latente.
	• Coeficiente da regressão da variável latente sobre outra variável latente.
	• Distúrbio na predição da variável latente
	• Erro de medição associado com a variável observável
	• Relação direcional
	• Relação não direcional
	• Associação não analisada entre duas variáveis.

Fonte: HAIR JÚNIOR et al., 2009.

O ajuste ou a adequação dos modelos pode ser medido empregando-se critérios que buscam determinar a similaridade entre as matrizes de variância-covariância observada na amostra com aquela predita pelo modelo que está sendo testado. Estes critérios são quantitativamente medidos por coeficientes de ajuste, entre os quais podemos citar:

1. Medidas de ajuste absoluto, que determinam a quanto o modelo testado se ajusta aos dados obtidos com a amostra, destacando-se:

- a. O teste qui-quadrado, uma medida estatística cujo valor, ao ser comparado com um valor crítico, indica um ajuste adequado ou não; na CFA, o pesquisador deseja não rejeitar a hipótese de nulidade, isto é, que o modelo testado não difere dos dados observados; o problema com este indicador é que o valor do qui-quadrado é afetado pelo tamanho amostral, isto é, em amostras grandes é altamente provável que o pesquisador rejeite a hipótese de nulidade, mesmo em

situações em que o modelo testado, em termos práticos, não se diferencia da matriz de dados, razão pelo qual este indicador não é utilizado sem a comparação com outros indicadores

b. raiz quadrático médio do erro de aproximação (RMSEA), indicando o ajuste do modelo aos dados, sendo este ajuste considerado adequado para valores de RMSEA entre 0,05 e 0,08 (MACCALUM; BROWNE; SUGAWARA, 1996);

c. índice de ajuste (GFI), indicando o ajuste aprimorado do modelo, quando comparado a modelo nenhum; varia de 0 (ausência de ajuste) a 1 (ajuste perfeito), não havendo um ponto de corte proposto;

2. medidas de ajuste incrementais, que comparam o modelo testado com algum outro, geralmente designado como modelo independente, em que se supõe não haver correlações entre as variáveis observadas; exemplos são o Índice de Tucker-Lewis (TLI) e o Índice de Ajuste Comparativo (CFI)); variam de 0 (ausência de ajuste) a 1 (ajuste perfeito), sendo o valor acima de 0,9 para cada índice o indicativo de ajuste aceitável para um modelo em teste (KLINE, 2010).

Neste trabalho, o modelo estrutural final resultou tanto da análise de regressão clássica quanto da análise causal sem variáveis latentes, ou seja, o modelo final decorreu de padrões de causação sugeridos pelos dados.

Para o presente estudo foi considerado um nível de significância $\alpha = 0,05$.

4.9 Aspectos éticos

Foi solicitado adendo ao projeto com parecer número 2.295.596 (Anexo 6) que já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atendendo aos preceitos da legislação brasileira para pesquisas com seres humanos. Utilizaram-se as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

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

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica

Dos 613 idosos entrevistados, o maior percentual foi do sexo feminino (68,0%), com faixa etária de 60-70 anos (43,9%), declararam de estado civil casados (46,5%), seguido dos viúvos (35,9%). A escolaridade mais prevalente foi de 4-7 anos de estudo (39,2%) e renda individual mensal de um salário mínimo (43,2%), Tabela 1.

Na Tabela 1, a seguir, estão distribuídas as frequências da caracterização dos idosos entrevistados no município de Uberaba, segundo dados sociodemográficos.

Tabela 1. Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	196	32,0
Feminino	417	68,0
Faixa Etária		
60-70 anos	269	43,9
70-80 anos	239	39,0
80 e mais	105	17,1
Estado Conjugal		
Solteiro	45	7,3
Casado	285	46,5
Viúvo	220	35,9
Separado	63	10,3
Faixa Escolaridade		
0	93	15,2
1-3	139	22,7
4-7	240	39,2
8-11	98	16,0
12 e mais	43	7,0
Renda* (salários mínimos)		
Sem renda	55	9,0
<1	10	1,6
1	265	43,2
1-3	227	37,0
3-5	37	6,0
>5	19	3,1

Fonte: a autora, 2018.

Nota: *O Salário Mínimo Individual Mensal correspondia a R\$ 880,00 (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2016).

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

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

5.2 Modelagem Preliminar: Regressão Clássica

5.2.1 Religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais

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

Na Tabela 2, a seguir, apresentam os escores das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB.

Tabela 2. Distribuição dos escores médios das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais segundo o WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Facetas					
Conexão com ser ou força espiritual	4	20	17,04	16,00	2,86
Sentido na vida	4	20	16,06	16,00	2,63
Admiração	4	20	16,37	16,00	2,60
Totalidade e integração	4	20	15,53	16,00	2,62
Força espiritual	4	20	16,52	16,00	2,59
Paz interior	4	20	15,54	16,00	2,76
Esperança e otimismo	4	20	15,75	16,00	2,74
Fé	4	20	17,01	16,00	2,42

Fonte: a autora, 2018.

Na análise bivariada das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais segundo sexo, companheiro, escolaridade e renda, observou-se que as mulheres apresentaram médias superiores em todas as facetas do WHOQOL-SRPB em relação aos homens, Tabela 3.

Destaca-se que houve diferença estatisticamente significativa nas facetas conexão com ser ou força espiritual ($p < 0,001$), sentido na vida ($p < 0,001$), admiração

($p < 0,001$), totalidade e integração ($p = 0,001$), força espiritual ($p < 0,001$) e fé ($p < 0,001$); já a faceta paz interior ($p = 0,054$) apresentou relação marginalmente significativa entre os sexos, Tabela 3. As mulheres apresentaram escores médios superiores em relação aos homens nas referidas facetas do WHOQOL-SRPB.

Em relação a variável ter companheiro, a faceta esperança e otimismo apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,047$), no qual aqueles com companheiro apresentaram maior média nessa faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais em relação aos idosos sem companheiro, Tabela 3.

Quanto à escolaridade, a faceta sentido na vida ($p < 0,001$) e admiração ($p = 0,027$) apresentaram médias estatisticamente significativas, os idosos com escolaridade nessas facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais em relação àqueles sem escolaridade, Tabela 3.

Referente à renda, os idosos com renda apresentaram menor média no WHOQOL-SRPB em comparação aos idosos sem renda na faceta conexão com ser ou força espiritual ($p = 0,022$), as demais facetas não apresentaram diferença estatística, Tabela 3.

Na Tabela 3, abaixo, encontra-se a análise bivariada da relação entre sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade e os escores das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB.

Tabela 3. Distribuição dos escores das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB, segundo sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(continua)

Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais	Sexo				<i>p</i>	Companheiro				<i>p</i>
	Masculino		Feminino			Sim		Não		
	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>s</i>		<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>s</i>	
Conexão com ser ou força espiritual	3,96	0,82	4,34	0,59	<0,001	4,18	0,73	4,25	0,67	0,165
Sentido na vida	3,82	0,64	4,02	0,63	<0,001	3,99	0,64	3,93	0,65	0,183
Admiração	3,85	0,61	4,05	0,60	<0,001	4,01	0,58	3,96	0,63	0,266
Totalidade e integração	3,70	0,66	3,89	0,62	0,001	3,84	0,59	3,81	0,68	0,620
Força espiritual	3,86	0,71	4,11	0,56	<0,001	4,00	0,67	4,05	0,57	0,338
Paz interior	3,75	0,61	3,85	0,67	0,054	3,81	0,64	3,82	0,68	0,910
Esperança e otimismo	3,78	0,59	3,82	0,69	0,443	3,87	0,59	3,76	0,71	0,047
Fé	4,01	0,63	4,27	0,51	<0,001	4,18	0,59	4,19	0,54	0,952

Tabela 3. Distribuição dos escores das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB, segundo sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(conclusão)

Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais	Escolaridade				<i>p</i>	Renda				<i>p</i>
	Sim		Não			Sim		Não		
	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>s</i>		<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>s</i>	
Facetas	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>p</i>	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>p</i>
Conexão com ser ou força espiritual	4,23	0,68	4,15	0,79	0,272	4,20	0,71	4,39	0,54	0,022
Sentido na vida	4,00	0,60	3,72	0,80	<0,001	3,96	0,65	3,97	0,63	0,855
Admiração	4,01	0,62	3,85	0,53	0,027	3,98	0,61	4,06	0,60	0,309
Totalidade e integração	3,84	0,63	3,74	0,67	0,186	3,82	0,64	3,93	0,64	0,219
Força espiritual	4,04	0,63	3,97	0,58	0,322	4,02	0,63	4,13	0,50	0,201
Paz interior	3,83	0,65	3,74	0,68	0,193	3,81	0,65	3,91	0,71	0,281
Esperança e otimismo	3,83	0,65	3,72	0,71	0,147	3,79	0,65	3,96	0,69	0,077
Fé	4,19	0,56	4,13	0,55	0,332	4,17	0,57	4,29	0,51	0,140

Fonte: a autora, 2018.

Na correlação entre idade e facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB foi observado correlação estatisticamente significativa para a faceta conexão com ser ou força espiritual ($p=0,010$), admiração ($p=0,021$) e fé ($p=0,005$). A correlação é negativa e fraca, ou seja, quanto menor a idade, maior o escore dessas facetas citadas, Tabela 4.

No que concerne o número de morbidades, foi observado correlação estatisticamente significativa na faceta paz interior ($p=0,006$) e esperança e otimismo ($p<0,001$), com correlação negativa e fraca, na qual quanto maior o número de morbidades, menores os escores nessas facetas, Tabela 4.

O escore do indicativo de depressão apresentou correlação significativa com todas as facetas do WHOQOL-SRPB. Nas facetas conexão com ser ou força espiritual ($p<0,001$), admiração ($p<0,001$), força espiritual ($p<0,001$) e fé ($p<0,001$) apresentaram correção negativa e fraca. Enquanto que as facetas sentido na vida ($p<0,001$), totalidade e integração ($p<0,001$), paz interior ($p<0,001$) e esperança e otimismo ($p<0,001$) apresentaram correção negativa e moderada, Tabela 4. Isso significa que quanto maior o escore do indicativo de depressão, menor os escores nessas facetas.

Na Tabela 4, a seguir, estão os resultados da correlação entre idade, número de morbidades, escore do indicativo de depressão e as facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade.

Tabela 4. Distribuição dos resultados de correlação entre idade, número de morbidades e escore do indicativo de depressão e as facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais do WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2017

Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais Facetas	Idade		Número de morbidades		Escore de depressão	
	r	p	r	p	r	p
Conexão com ser ou força espiritual	-0,10	0,010	0,06	0,160	-0,14	0,001
Sentido na vida	-0,06	0,114	-0,04	0,326	-0,34	<0,001
Admiração	-0,09	0,021	0,02	0,676	-0,21	<0,001
Totalidade e integração	-0,04	0,364	0,05	0,239	-0,30	<0,001
Força espiritual	-0,04	0,324	0,08	0,052	-0,23	<0,001
Paz interior	0,03	0,517	-0,11	0,006	-0,47	<0,001
Esperança e otimismo	-0,06	0,107	-0,15	<0,001	-0,48	<0,001
Fé	-0,11	0,005	0,05	0,253	-0,20	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

No que se refere a análise de regressão linear tendo como desfecho a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, observa-se que nas facetas conexão com ser ou força espiritual e fé, a variável sexo ($p<0,001$; $p<0,001$), idade ($p=0,023$; $p=0,020$) e o escore do indicativo de depressão ($p<0,001$; $p<0,001$), respectivamente, foram estatisticamente significativas, Tabela 5. Isso significa que ser do sexo masculino, o aumento da idade e o maior escore do indicativo de depressão reduzem os escores das referidas facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais.

A faceta sentido na vida apresentou significância estatística para a variável sexo ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,004$) e escore de depressão ($p<0,001$), ou seja, o sexo masculino e o maior escore do indicativo de depressão reduzem o escore dessa faceta, enquanto que o aumento da escolaridade aumenta o escore da faceta sentido na vida, Tabela 5.

As facetas admiração e paz interior apresentam significância estatística para o sexo ($p<0,001$; $p=0,042$) e o escore do indicativo de depressão ($p<0,001$; $p<0,001$), respectivamente, Tabela 5. Observa-se que ser do sexo masculino e o aumento do escore do indicativo de depressão reduzem os escores das referidas facetas.

Já a faceta totalidade e integração e força espiritual tiveram resultados significativos para as variáveis sexo ($p=0,003$; $p=0,001$), número de doenças

($p=0,001$ $p=0,001$) e escore do indicativo de depressão ($p<0,001$; $p<0,001$), respectivamente, Tabela 5. Para a faceta totalidade e integração o sexo masculino, o aumento de doenças e o aumento do escore do indicativo de depressão reduzem o escore dessa faceta. Ao passo que o sexo masculino e o aumento do escore do indicativo de depressão reduzem o escore da faceta força espiritual e o menor de número de doenças, aumento o escore da referida faceta.

A faceta esperança e otimismo apresentou significância estatística para o escore do indicativo de depressão ($p<0,001$), ou seja, o aumento do escore do indicativo de depressão, reduz o escore nessa faceta, Tabela 5.

A Tabela 5, abaixo, apresenta o resultado da análise de regressão linear tendo como desfecho a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais dos idosos segundo o WHOQOL-SRPB.

Tabela 5. Análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais segundo o WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(continua)

Variáveis	Conexão com ser ou força espiritual		Sentido na Vida		Admiração		Totalidade e Integração	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Sexo	-0,24	<0,001	-0,19	<0,001	-0,17	<0,001	-0,13	0,003
Companheiro	-0,03	0,526	0,08	0,055	0,06	0,146	0,03	0,524
Escolaridade	0,01	0,845	0,11	0,004	0,05	0,202	0,01	0,887
Renda	-0,04	0,282	0,04	0,306	0,00	0,953	-0,03	0,502
Idade	-0,09	0,023	-0,02	0,625	-0,06	0,147	-0,01	0,718
Número de doenças	0,05	0,207	0,04	0,387	0,06	0,172	-0,14	0,001
Escore de depressão	-0,17	<0,001	-0,34	<0,001	-0,23	<0,001	-0,35	<0,001

Tabela 5. Análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais segundo o WHOQOL-SRPB dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(conclusão)

Variáveis	Força espiritual		Paz interior		Esperança e otimismo		Fé	
	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>
Sexo	-0,16	0,001	-0,08	0,042	-0,06	0,157	-0,21	<0,001
Companheiro	-0,02	0,634	-0,03	0,504	0,03	0,521	0,02	0,688
Escolaridade	-0,00	0,944	-0,00	0,975	-0,01	0,879	-0,01	0,883
Renda	-0,04	0,387	-0,04	0,258	-0,05	0,178	-0,02	0,621
Idade	-0,03	0,453	0,04	0,292	-0,04	0,306	-0,10	0,020
Número de doenças	0,14	0,001	0,03	0,442	0,00	0,940	0,08	0,069
Escore de depressão	-0,29	<0,001	-0,49	<0,001	-0,48	<0,001	-0,24	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

5.2.2 Qualidade de Vida

Referente à QV, na questão quanto a auto avaliação da QV, a maioria (51,1%) considerou como boa, seguido dos idosos que avalia como nem ruim e nem boa (32,3%).

Quanto à satisfação com a própria saúde 47,8% referiu estar satisfeito, seguido de 24,1% que considera nem satisfeito e nem insatisfeito.

O maior escore para o WHOQOL-BREF foi no domínio relações sociais (72,73±14,49) e o menor foi no domínio meio ambiente (61,34±12,73), Tabela 6.

Já para o WHOQOL-OLD, o maior escore foi para a faceta intimidade (71,33±16,72) e o menor para a faceta morte e morrer (23,92±25,41), Tabela 6.

Na Tabela 6, a seguir, estão os escores de QV segundo os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade.

Tabela 6. Distribuição dos escores médios dos domínios de qualidade de vida segundo o WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Qualidade de Vida	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
WHOQOL-BREF					
Físico	4	100	61,81	64,29	17,96
Psicológico	4	100	65,33	66,67	14,70
Relações Sociais	8	100	72,73	75,00	14,49
Meio Ambiente	13	100	61,34	62,50	12,73
WHOQOL-OLD					
Funcionamento do sensório	6	94	35,06	31,25	18,21
Autonomia	6	100	65,25	68,75	15,98
Atividades Passadas presentes e futuras	13	100	66,26	68,75	14,66
Participação social	0	100	62,79	68,75	16,25
Morte e morrer	0	100	23,92	18,75	25,41
Intimidade	0	100	71,33	75,00	16,72

Fonte: a autora, 2018.

Na análise bivariada entre os domínios e facetas de QV e sexo, foram observados diferença estatisticamente significativa para o domínio físico ($p=0,003$), psicológico ($p=0,004$) e faceta autonomia ($p=0,007$), no qual as mulheres apresentaram menores escores de QV que os homens, Tabela 7.

Para a variável companheiro, nos domínios físico ($p=0,009$) e psicológico ($p<0,001$) do WHOQOL-BREF e nas facetas autonomia ($p=0,016$), participação

social ($p=0,017$) e intimidade ($p=0,001$) do WHOQOL-OLD houve diferença estatística, no qual aqueles idosos com companheiro apresentaram maiores escores de QV em relação aqueles sem companheiro, Tabela 7.

Referente a escolaridade houve diferença estatisticamente significativa, com média maior de escore de QV para aqueles com escolaridade, para os domínios do WHOQOL-BREF: físico ($p=0,002$), psicológico ($p=0,008$) e meio ambiente ($p=0,001$) em relação aqueles sem escolaridade. Para as facetas do WHOQOL-OLD não foi observado diferença estatisticamente significativa na variável escolaridade, Tabela 7.

Em relação a variável renda, não foi identificado diferença estatisticamente significativa para os domínios e facetas de QV, Tabela 7.

Na Tabela 7, a seguir, encontra-se a análise bivariada entre as variáveis sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade e os domínios e facetas de QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

Tabela 7. Distribuição dos domínios e facetas de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(continua)

Qualidade de Vida	Sexo					Companheiro				
	Masculino		Feminino		<i>p</i>	Sim		Não		<i>p</i>
WHOQOL-BREF	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>S</i>		<i>m</i>	<i>s</i>	<i>m</i>	<i>s</i>	
Físico	64,98	17,687	60,32	17,911	0,003	63,85	18,172	60,04	17,606	0,009
Psicológico	67,86	13,706	64,15	15,014	0,004	67,76	13,468	63,22	15,404	<0,001
Relações Sociais	73,81	13,661	72,22	14,859	0,206	72,89	13,595	72,59	15,253	0,793
Meio Ambiente	62,03	12,910	61,02	12,649	0,360	62,11	12,812	60,67	12,641	0,164
WHOQOL-OLD										
Funcionamento do sensório	35,55	17,621	34,83	18,498	0,647	33,62	17,883	36,32	18,426	0,067
Autonomia	67,79	15,161	64,05	16,233	0,007	66,91	15,626	63,80	16,169	0,016
Atividades Passadas presentes e futuras	66,77	14,450	66,02	14,774	0,555	67,37	14,700	65,30	14,587	0,082
Participação social	63,72	17,043	62,35	15,865	0,332	64,47	16,227	61,33	16,153	0,017
Morte e morrer	22,03	23,509	24,80	26,239	0,209	22,41	25,439	25,23	25,351	0,171
Intimidade	71,22	16,232	71,38	16,964	0,912	73,81	16,085	69,19	16,986	0,001

Tabela 7. Distribuição dos domínios e facetas de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo sexo, companheiro, escolaridade e renda dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(conclusão)

Qualidade de Vida	Escolaridade					Renda				
	Sim		Não		<i>p</i>	Sim		Não		<i>p</i>
WHOQOL-BREF	m	s	m	S		m	s	m	s	
Físico	62,75	17,707	56,53	18,525	0,002	61,39	17,869	66,04	18,467	0,067
Psicológico	66,00	14,693	61,60	14,248	0,008	65,28	14,488	65,91	16,841	0,789
Relações Sociais	72,82	14,394	72,22	15,115	0,714	72,95	14,323	70,45	16,103	0,223
Meio Ambiente	62,08	12,448	57,22	13,559	0,001	61,16	12,639	63,18	13,617	0,261
WHOQOL-OLD										
Funcionamento do sensório	34,63	17,900	37,50	19,786	0,161	35,34	18,321	32,27	16,958	0,234
Autonomia	65,73	15,553	62,57	18,046	0,079	65,24	15,981	65,34	16,129	0,964
Atividades Passadas presentes e futuras	66,61	14,685	64,31	14,470	0,164	66,32	14,550	65,68	15,906	0,759
Participação social	62,85	16,420	62,43	15,351	0,820	62,57	16,111	65,05	17,616	0,285
Morte e morrer	23,72	25,476	25,00	26,152	0,656	24,01	25,115	22,95	28,465	0,769
Intimidade	71,54	16,821	70,11	16,177	0,448	71,39	16,302	70,68	20,655	0,764

Fonte: a autora, 2018.

Na correlação entre os domínios e facetas de QV e idade, observou-se correlação positiva e fraca para o domínio meio ambiente ($p=0,044$) e para a faceta funcionamento do sensório ($p=0,017$), ou seja, quanto maior a idade, maior o escore de QV nesse domínio e faceta, Tabela 8.

Entre a QV e o número de morbididades, observou-se correlação em todos os domínios e facetas, sendo correlação negativa e moderada para o domínio físico ($p<0,001$), negativa e fraca para os domínios psicológico ($p<0,001$), relações sociais ($p=0,025$) e meio ambiente ($p<0,001$) do WHOQOL-BREF, Tabela 8. Esse resultado demonstra que quanto maior o número de morbididades, menor é o escore dos domínios de QV desses idosos.

Enquanto que para as facetas do WHOQOL-OLD, houve correlação positiva e fraca para as facetas funcionamento do sensório ($p<0,001$) e morte e morrer ($p=0,008$), ou seja, quanto maior o número de morbididades, maior o escore de QV dessas facetas. Já as facetas autonomia ($p<0,001$), atividades passadas, presentes e futuras ($p<0,001$), participação social ($p<0,001$) e intimidade ($p=0,012$) apresentaram correlação negativa e fraca, isso significa que, quanto maior o número de morbididades, menor o escore de QV nessas facetas, Tabela 8.

No que concerne o escore do indicativo de depressão, todos os domínios e facetas de QV apresentaram correlação significativamente estatística. Os domínios do WHOQOL-BREF físico ($p<0,001$) e psicológico ($p<0,001$) apresentaram correlação negativa e forte, enquanto que os domínios relações sociais ($p<0,001$) e meio ambiente ($p<0,001$) apresentaram correção negativa e moderada, Tabela 8. Demonstrando que quanto maior o escore do indicativo de depressão menor o escore dos domínios de QV.

Nas facetas do WHOQOL-OLD foram identificados correlação negativa e moderada para autonomia ($p<0,001$), participação social ($p<0,001$) e intimidade ($p<0,001$), enquanto que a faceta atividades passadas presentes e futuras ($p<0,001$) apresentou correlação negativa e forte; tal resultado significa que quanto maior o escore do indicativo de depressão, menor os escores de QV nessas facetas.

Já as facetas funcionamento do sensório ($p<0,001$) e morte e morrer ($p<0,001$) apresentaram correlação positiva e fraca, ou seja, quanto maior o escore do indicativo de depressão, maior o escore das referidas facetas de QV, Tabela 8.

Na Tabela 8, estão apresentadas as correlações entre idade, número de morbidades, escore do indicativo de depressão e os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD.

Tabela 8. Análise de correlação entre idade, número de morbidades e escore do indicativo de depressão e domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Qualidade de Vida	Idade		Número de morbidades		Escore de depressão	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
WHOQOL-BREF						
Físico	-0,03	0,403	-0,48	<0,001	-0,57	<0,001
Psicológico	-0,02	0,566	-0,28	<0,001	-0,65	<0,001
Relações Sociais	0,06	0,127	-0,09	0,025	-0,36	<0,001
Meio Ambiente	0,08	0,044	-0,20	<0,001	-0,47	<0,001
WHOQOL-OLD						
Funcionamento do sensório	0,10	0,017	0,27	<0,001	0,27	<0,001
Autonomia	-0,01	0,731	-0,18	<0,001	-0,38	<0,001
Atividades Passadas presentes e futuras	0,02	0,608	-0,19	<0,001	-0,50	<0,001
Participação social	-0,01	0,846	-0,26	<0,001	-0,48	<0,001
Morte e morrer	-0,08	0,052	0,11	0,008	0,15	<0,001
Intimidade	-0,05	0,237	-0,10	0,012	-0,41	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

Na correlação entre as facetas do WHOQOL-SRPB e a QV segundo o WHOQOL-BREF observou-se correlação estatisticamente significativa entre todas as facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais e os domínios de QV ($p < 0,001$), Tabela 9. Demonstrando que quanto maior o escore das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, maior o escore dos domínios de QV.

Observou-se correlação positiva e fraca na faceta conexão com ser ou força espiritual em todos os domínios ($p < 0,001$) de QV do WHOQOL-BREF e nas facetas autonomia ($p < 0,001$), atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$), participação social ($p < 0,001$) e intimidade ($p < 0,001$) do WHOQOL-OLD, Tabela 9. Tal resultado demonstra que quanto maior o escore nessa faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, maior os escores dos domínios e facetas de QV.

A faceta sentido na vida apresentou correlação positiva e fraca para os domínios físico ($p < 0,001$), relações sociais ($p < 0,001$) e faceta autonomia ($p < 0,001$); apresentou ainda correlação positiva e moderada no domínio psicológico ($p < 0,001$), meio ambiente ($p < 0,001$), assim como para a faceta atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$), participação social ($p < 0,001$) e intimidade ($p < 0,001$). Quanto maior o escore dessa faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, maior o escore de QV nesses domínios e facetas. A faceta funcionamento do sensorio ($p < 0,001$) obteve correlação negativa e fraca, ou seja, quanto maior o escore da faceta sentido na vida menor o escore dessa faceta de QV.

No que concerne a faceta admiração, apresentou correlação positiva e fraca para os domínios físico ($p < 0,001$), relações sociais ($p < 0,001$) e meio ambiente ($p < 0,001$), assim como para as facetas do WHOQOL-OLD autonomia ($p < 0,001$) e participação social ($p < 0,001$); obteve ainda correlação positiva e moderada para o domínio psicológico ($p < 0,001$), para a faceta atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$) e intimidade ($p < 0,001$), ou seja, quanto maior o escore de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, maior os escores desses domínios e facetas de QV, Tabela 9. Já a faceta morte e morrer apresentou correlação negativa e fraca ($p = 0,037$), isso significa que quanto maior o escore de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, menor é o escore desse domínio.

A faceta totalidade e Integração teve correlação positiva e fraca nos domínios físico ($p < 0,001$) e relações sociais ($p < 0,001$); teve ainda correlação positiva e

moderada nos domínios psicológico ($p < 0,001$), meio ambiente ($p < 0,001$), assim como nas facetas autonomia ($p < 0,001$), atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$), participação social ($p < 0,001$) e intimidade ($p < 0,001$), Tabela 9. Tal resultado denota correlação direta, ou seja, o aumento do escore desta faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais reflete no aumento dos domínios e facetas de QV. Observa-se ainda que houve correlação negativa e fraca nas facetas funcionamento do sensório ($p = 0,048$) e morte e morrer ($p = 0,016$), ou seja, o aumento da faceta totalidade e integração de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais reflete no menor escore das referidas facetas de QV.

A faceta força espiritual apresentou correlação positiva e fraca para todos os domínios de QV do WHOQOL-BREF ($p < 0,001$), assim como para as facetas autonomia ($p < 0,001$), atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$), participação social ($p < 0,001$) e intimidade ($p < 0,001$), Tabela 9. Isso significa que o aumento do escore desta faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais reflete no aumento dos domínios e facetas de QV

Na faceta paz interior foi identificado correlação positiva e moderada para os domínios físico ($p < 0,001$), relações sociais ($p < 0,001$) e meio ambiente do WHOQOL-BREF e também para as facetas autonomia ($p < 0,001$), participação social ($p < 0,001$) e intimidade do WHOQOL-OLD. Houve ainda correlação positiva e forte para o domínio psicológico ($p < 0,001$) e faceta atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$), ou seja, o aumento da faceta paz interior aumenta os escores de QV em seus domínios e facetas. Enquanto que na faceta funcionamento do sensório ($p = 0,002$) e morte e morrer ($p < 0,001$) identificou-se correlação negativa e fraca, o que remete a menor QV nessas facetas com o aumento do escore da referida faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais dos idosos.

No que concerne a faceta esperança e otimismo a correlação foi positiva e fraca para o domínio relações sociais ($p < 0,001$); positiva e moderada para os domínios físico ($p < 0,001$), meio ambiente ($p < 0,001$), nas facetas autonomia ($p < 0,001$), participação social ($p < 0,001$) e intimidade ($p < 0,001$); além de positiva e forte para o domínio psicológico ($p < 0,001$) e faceta atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$), o que significa que, quanto maior o escore da referida faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, maior os escores de QV nos citados domínios e facetas. Por outro lado, houve correlação negativa e fraca, ou seja, inversa, para a faceta morte e morrer ($p = 0,006$), o que significa que quanto

maior o escore da citada faceta do WHOQOL-SRPB, menor o escore da referida faceta de QV, Tabela 9.

Por fim, a faceta fé apresentou correlação positiva e fraca para todos os domínios de QV do WHOQOL-BREF ($p < 0,001$), para a faceta autonomia ($p < 0,001$) e participação social ($p < 0,001$); já as facetas atividades passadas, presentes e futuras ($p < 0,001$) e intimidade ($p < 0,001$) apresentaram correlação positiva e moderada, ou seja, o maior escore nessa faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, maior o escore de QV dos referidos domínios e facetas, Tabela 9.

Na Tabela 9, a seguir, estão a correlação das facetas do WHOQOL-SRPB e a QV segundo os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana de Uberaba.

Tabela 9. Análise de correlação entre as facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais e os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(continua)

Qualidade de Vida	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais							
	Conexão com ser ou força espiritual (r)	<i>p</i>	Sentido na Vida (r)	<i>p</i>	Admiração (r)	<i>p</i>	Totalidade e Integração (r)	<i>p</i>
WHOQOL-BREF								
Físico	0,15	<0,001	0,25	<0,001	0,18	<0,001	0,27	<0,001
Psicológico	0,23	<0,001	0,44	<0,001	0,32	<0,001	0,37	<0,001
Relações Sociais	0,16	<0,001	0,23	<0,001	0,21	<0,001	0,29	<0,001
Meio Ambiente	0,18	<0,001	0,33	<0,001	0,24	<0,001	0,33	<0,001
WHOQOL-OLD								
Funcionamento do sensório	-0,02	0,685	-0,16	<0,001	-0,06	0,106	-0,08	0,048
Autonomia	0,22	<0,001	0,24	<0,001	0,23	<0,001	0,31	<0,001
Atividades Passadas presentes e futuras	0,23	<0,001	0,37	<0,001	0,32	<0,001	0,40	<0,001
Participação social	0,24	<0,001	0,32	<0,001	0,25	<0,001	0,38	<0,001
Morte e morrer	-0,05	0,231	-0,06	0,125	-0,08	0,037	-0,10	0,016
Intimidade	0,25	<0,001	0,42	<0,001	0,40	<0,001	0,41	<0,001

Tabela 9. Análise de correlação entre as facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais e os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(conclusão)

Qualidade de vida	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais							
	Força Espiritual (r)	<i>p</i>	Paz interior (r)	<i>p</i>	Esperança e otimismo (r)	<i>p</i>	Fé (r)	<i>p</i>
WHOQOL-BREF								
Físico	0,18	<0,001	0,34	<0,001	0,37	<0,001	0,18	<0,001
Psicológico	0,28	<0,001	0,50	<0,001	0,52	<0,001	0,27	<0,001
Relações Sociais	0,20	<0,001	0,35	<0,001	0,29	<0,001	0,19	<0,001
Meio Ambiente	0,24	<0,001	0,43	<0,001	0,40	<0,001	0,19	<0,001
WHOQOL-OLD								
Funcionamento do sensório	-0,02	0,641	-0,12	0,002	-0,16	0,106	-0,04	0,295
Autonomia	0,19	<0,001	0,36	<0,001	0,33	<0,001	0,18	<0,001
Atividades Passadas presentes e futuras	0,28	<0,001	0,51	<0,001	0,50	<0,001	0,31	<0,001
Participação social	0,27	<0,001	0,43	<0,001	0,43	<0,001	0,26	<0,001
Morte e morrer	-0,04	0,298	-0,15	<0,001	-0,11	0,006	-0,05	0,231
Intimidade	0,29	<0,001	0,46	<0,001	0,45	<0,001	0,32	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

Referente à análise de regressão linear tendo como desfecho o escore bruto dos domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD de QV, observa-se que no domínio físico teve-se como associação desse desfecho o número de morbididades ($p < 0,001$), o escore do indicativo de depressão ($p < 0,001$) e a faceta esperança e otimismo ($p < 0,001$) do WHOQOL-SRPB, Tabela 10. Conforme aumenta o número de doenças e o escore do indicativo de depressão, diminui o escore de QV do domínio físico; enquanto que o aumento do escore na faceta esperança e otimismo de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais aumenta o escore de QV no domínio físico.

No que tange o domínio psicológico obteve-se que estiveram associadas as variáveis sexo ($p = 0,016$), estado conjugal ($p = 0,029$), escore do indicativo de depressão ($p < 0,001$), as facetas paz interior ($p < 0,001$) e esperança e otimismo ($p < 0,001$) de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, Tabela 10. Neste caso, o sexo feminino, ter companheiro e o aumento do escore das referidas facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais aumenta a QV no domínio psicológico; já o aumento do número de morbididades e o escore do indicativo de depressão repercutem na diminuição do escore de QV do domínio psicológico.

Referente ao domínio relações sociais, as variáveis preditoras foram escore do indicativo de depressão ($p < 0,001$), com relação inversa, ou seja, o aumento do escore do indicativo de depressão, diminui a QV no referido domínio; e a faceta paz interior ($p < 0,001$), com relação direta, na qual, o aumento do escore da faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais aumenta a QV no domínio relações sociais.

No domínio meio ambiente de QV foram identificadas associação com as variáveis escolaridade ($p = 0,004$), idade ($p = 0,001$), o escore do indicativo de depressão ($p < 0,001$), as facetas paz interior ($p < 0,001$) e esperança e otimismo ($p = 0,004$), Tabela 10. Conforme aumenta a escolaridade, a idade e o escore das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, aumenta também a QV no domínio meio ambiente. Enquanto que o aumento do escore do indicativo de depressão diminui o escore de QV no domínio meio ambiente.

No que concerne as facetas do WHOQOL-OLD de QV, observa-se que para a faceta funcionamento do sensório, as variáveis preditoras foram sexo ($p = 0,031$), número de doenças ($p < 0,001$) e escore do indicativo de depressão ($p < 0,001$), Tabela 10. O fato de ser do sexo feminino, o aumento do número de doenças e

aumento do escore do indicativo de depressão, aumenta o escore de QV dessa faceta.

Na faceta autonomia, o sexo ($p=0,023$), o escore do indicativo de depressão ($p<0,001$) e a faceta paz interior ($p<0,001$) foram as variáveis associadas, de fato, o sexo feminino e o aumento do escore da referida faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais refletem no aumento da faceta autonomia de QV; já o aumento do escore de do indicativo depressão repercute na diminuição da faceta autonomia de QV.

Para a faceta atividades passadas, presentes e futuras observou-se como variáveis preditoras o escore do indicativo de depressão ($p<0,001$) e as facetas paz interior ($p<0,001$) e esperança e otimismo ($p<0,001$), ou seja, o aumento do escore do indicativo de depressão diminui o escore da faceta atividades passadas, presentes e futuras de QV, enquanto que o aumento do escore das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais aumenta o escore da citada faceta de QV.

Já a faceta participação social obteve como variáveis preditoras o número de doenças ($p=0,002$), o escore do indicativo de depressão ($p<0,001$), as facetas paz interior ($p<0,001$) e esperança e otimismo ($p<0,001$) do WHOQOL-SRPB, Tabela 10. O aumento do número de doenças e o escore do indicativo de depressão repercutem na diminuição do escore da faceta participação social de QV; por outro lado o aumento do escore das facetas paz interior e esperança e otimismo de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais aumenta o escore da referida faceta de QV.

A faceta morte e morrer apresentou associação com a variável idade ($p=0,023$) e a faceta paz interior ($p=0,027$), no qual o aumento da idade e o aumento do escore da faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais reduz o escore da faceta morte e morrer de QV.

Por fim, a faceta intimidade teve associação com as variáveis companheiro ($p<0,001$), renda ($p=0,047$), escore do indicativo de depressão ($p<0,001$), as facetas paz interior ($p<0,001$) e esperança e otimismo ($p<0,001$), Tabela 10. A presença de um companheiro, o aumento da renda e o aumento dos escores das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, aumenta também o escore da faceta intimidade de QV. Ao passo que o aumento do escore médio do indicativo de depressão reduz o escore da referida faceta de QV.

Na Tabela 10, a seguir, encontra-se a análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a QV dos idosos, segundo os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD.

Tabela 10. Análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a qualidade de vida em seus domínios e facetas dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(continua)

Variáveis	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio Ambiente	
	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>
Sexo	0,04	0,289	0,08	0,016	0,06	0,133	0,02	0,597
Companheiro	0,00	0,977	0,07	0,029	-0,01	0,798	0,03	0,514
Escolaridade	0,08	0,013	0,04	0,184	-0,02	0,614	0,10	0,004
Renda	-0,06	0,078	0,02	0,480	0,05	0,212	-0,03	0,362
Idade	0,00	0,921	0,01	0,648	0,05	0,183	0,12	0,001
Número de doenças	-0,33	<0,001	-0,05	0,086	0,04	0,366	-0,06	0,114
Escore de depressão	-0,37	<0,001	-0,45	<0,001	-0,24	<0,001	-0,29	<0,001
Paz interior	0,07	0,078	0,18	<0,001	0,21	<0,001	0,21	<0,001
Esperança e Otimismo	0,10	0,015	0,18	<0,001	0,07	0,164	0,13	0,004

Tabela 10. Análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a qualidade de vida em seus domínios e facetas dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(continuação)

Variáveis	Funcionamento do sensório		Autonomia		Atividades Passadas, presentes e futuras	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Sexo	0,09	0,031	0,09	0,023	0,01	0,824
Companheiro	-0,04	0,399	0,04	0,372	0,04	0,278
Escolaridade	-0,03	0,479	0,03	0,380	0,01	0,838
Renda	0,01	0,748	0,02	0,669	0,05	0,179
Idade	0,07	0,101	0,00	0,967	0,04	0,231
Número de doenças	0,22	<0,001	-0,05	0,261	-0,04	0,254
Escore de depressão	0,18	<0,001	-0,21	<0,001	-0,26	<0,001
Paz interior	0,01	0,772	0,20	<0,001	0,25	<0,001
Esperança e Otimismo	-0,04	0,440	0,10	0,042	0,22	<0,001

Tabela 10. Análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a qualidade de vida em seus domínios e facetas dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(conclusão)

Variáveis	Participação social		Morte e Morrer		Intimidade	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Sexo	0,005	0,903	-0,019	0,663	-0,031	0,419
Companheiro	0,042	0,269	-0,059	0,193	0,126	0,001
Escolaridade	-0,039	0,257	-0,017	0,671	-0,022	0,533
Renda	-0,007	0,848	0,007	0,874	0,071	0,047
Idade	0,011	0,753	-0,096	0,023	-0,014	0,706
Número de doenças	-0,118	0,002	0,063	0,153	0,029	0,433
Escore de depressão	-0,263	<0,001	0,065	0,197	-0,194	<0,001
Paz interior	0,198	<0,001	-0,115	0,027	0,251	<0,001
Esperança e Otimismo	0,166	<0,001	-0,001	0,989	0,202	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

5.3 Modelagem Causal sem variáveis latentes: mediação da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais

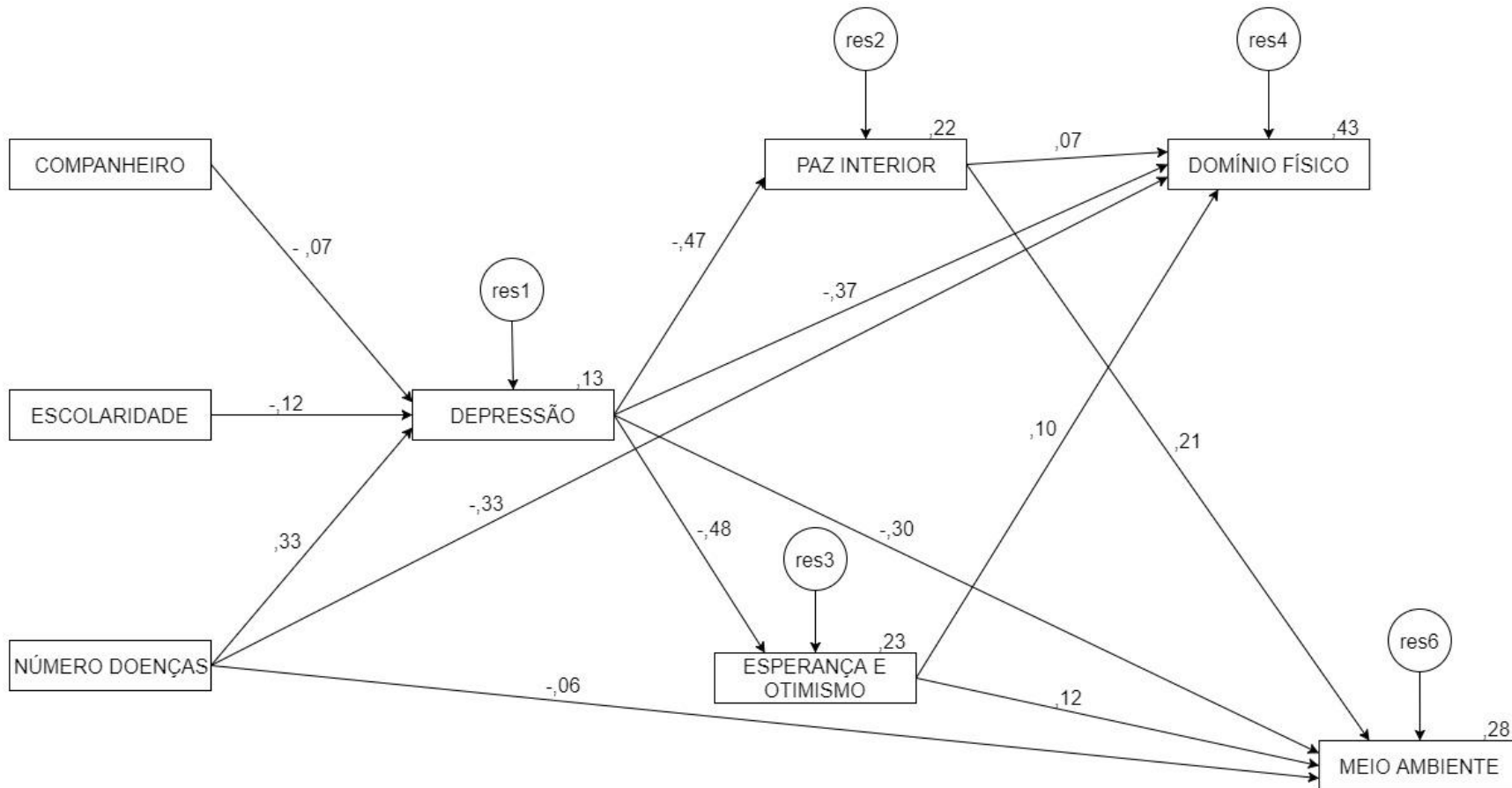
Nesta sessão são apresentados os modelos em diagrama causais para as dimensões correlatas de QV, serão organizados em quatro figuras, seguida de suas respectivas Tabelas, a citar: 1) Domínios físico e meio ambiente; 2) Facetas funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras; 3) Domínios psicológico, relações sociais e faceta participação social; 4) Facetas morte e morrer e intimidade.

Neste momento, pretende estender os resultados da análise de regressão tradicional com a finalidade de se evidenciar a função mediadora das facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais. Trata-se de um estágio intermediário que objetiva apresentar modelos parciais, uma prévia do que será apresentado na última sessão, ou seja, um modelo estrutural completo com variáveis latentes.

A Figura 2, a seguir, bem como as Tabelas 11 e 12 apresentam o resultado da modelagem causal sem variáveis latentes indicando a função mediadora das facetas paz interior e esperança e otimismo de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, entre o escore do indicativo depressão e os domínios físico e meio ambiente de QV segundo o WHOQOL-BREF.

O efeito do escore do indicativo de depressão sobre o domínio físico, em unidades de desvio padrão, é dado por $-0,37 + (-0,47 \times 0,07) + (-0,48 \times 0,10) = -0,45$. Já o efeito do escore do indicativo de depressão sobre o domínio meio ambiente, em unidades de desvio padrão, é dado por $-0,30 + (-0,47 \times 0,21) + (-0,48 \times 0,12) = -0,46$. Indicando, portanto, uma influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores de QV. Vê-se que parte desta negatividade é mediada pelas facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, que, por sua vez, impacta positivamente nos referidos domínios de QV.

Figura 2. Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: domínio físico e meio ambiente dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016



Fonte: a autora, 2018.

Nota: GFI= 0,91; TLI=0,60; CFI=0,78; RMSEA=0,17.

Tabela 11. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho os domínios de qualidade de vida físico e meio ambiente dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis		Coeficiente de regressão não padronizado	Coeficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	<i>p</i>	
Escore de dep.	←	Tem companheiro	-0,42	-0,70	0,23	-1,84	0,065
Escore de dep.	←	Tem escolaridade	-1,01	-0,12	0,32	-3,21	0,001
Escore de dep.	←	Nº de doenças	0,27	0,33	0,03	8,83	<0,001
Faceta Paz interior	←	Escore de dep.	-0,10	-0,47	0,01	-13,14	<0,001
Faceta Esperança e Otimismo	←	Escore de dep.	-0,11	-0,48	0,01	-13,58	<0,001
Domínio Físico	←	Faceta Paz Interior	1,83	0,07	0,95	1,93	0,053
Domínio Meio Ambiente	←	Faceta Paz Interior	4,11	0,21	0,75	5,50	<0,001
Domínio Físico	←	Faceta Esperança e Otimismo	2,79	0,10	0,95	2,95	0,003
Domínio Meio Ambiente	←	Faceta Esperança e Otimismo	2,29	0,12	0,75	3,06	0,002
Domínio Físico	←	Escore de dep.	-2,23	-0,37	0,24	-9,38	<0,001
Domínio Meio Ambiente	←	Escore de dep.	-1,26	-0,30	0,19	-6,70	<0,001
Domínio Meio Ambiente	←	Nº de doenças	-0,20	-0,06	0,12	-1,63	0,104
Domínio Físico	←	Nº de doenças	-1,60	-0,33	0,16	-10,22	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 12. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho os domínios de qualidade de vida físico e meio ambiente dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis	Coeficiente de Determinação
Escore de depressão	0,13
Faceta Esperança e Otimismo	0,23
Faceta Paz interior	0,22
Domínio Meio Ambiente	0,28
Domínio Físico	0,43

Fonte: a autora, 2018.

No que toca aos indicadores de ajuste do modelo, convém destacar:

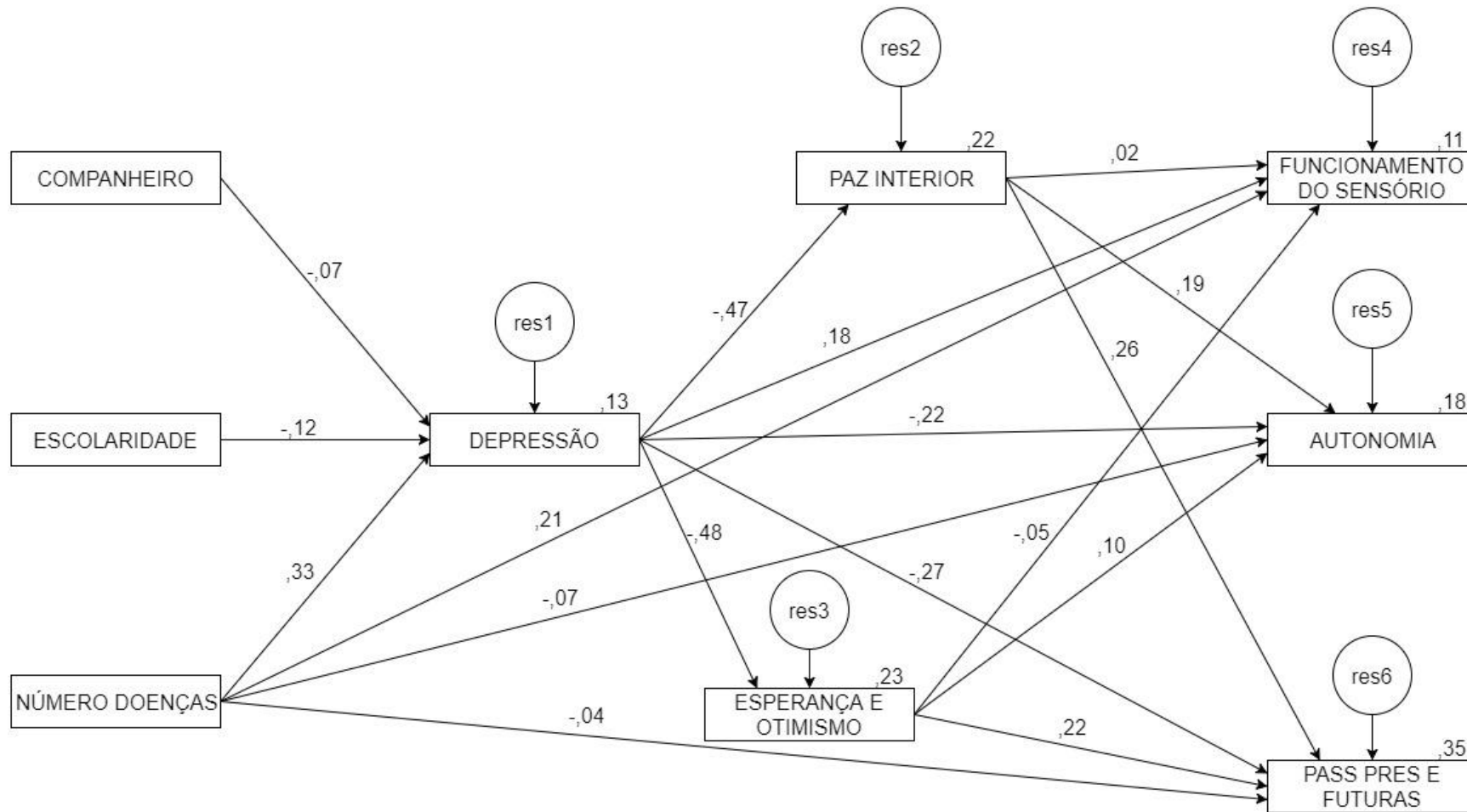
1. medidas de ajuste absolutos: o valor de qui-quadrado foi $\chi^2(15) = 274,890$, $p < 0,001$; já o valor da raiz quadrática média do erro de aproximação foi $RMSEA = 0,17$ (IC 90% = 0,15-0,19); $GFI = 0,91$

2. medidas de ajuste incrementais: $TLI = 0,60$; $CFI = 0,78$.

A Figura 3, a seguir, assim como as Tabelas 13 e 14 apresentam o resultado da modelagem causal sem variáveis latentes indicando a função mediadora das facetas paz interior e esperança e otimismo de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, entre o escore do indicativo de depressão e as facetas funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras de QV, segundo o WHOQOL-OLD.

O efeito do escore do indicativo de depressão sobre a faceta funcionamento do sensório em unidades de desvio padrão é dado por $0,18 + (-0,47 \times 0,02) + (-0,48 \times (-0,05)) = + 0,19$; enquanto que o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre a faceta autonomia em unidades de desvio padrão é dado por $-0,22 + (-0,47 \times 0,19) + (-0,48 \times 0,10) = - 0,36$, por fim o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre a faceta atividades passadas, presentes e futuras em unidades de desvio padrão é dado por $-0,27 + (-0,47 \times 0,26) + (-0,48 \times 0,22) = - 0,50$. Tal resultado indica influência positiva do escore do indicativo de depressão sobre os escores da faceta funcionamento do sensório; enquanto que há uma influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores das facetas autonomia e atividades passadas, presentes e futuras. Vê-se que parte desta positividade e negatividade é mediada pelas facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, que, por sua vez, impacta nas facetas de QV.

Figura 3. Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: facetas funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016



Fonte: a autora, 2018.

Nota: GFI= 0,92; TLI=0,58; CFI=0,78; RMSEA=0,15.

Tabela 13. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho as facetas funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis		Coeficiente de regressão não padronizado	Coeficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	p
Escore de depressão	← Tem companheiro	-0,42	-0,07	0,23	-1,84	0,065
Escore de depressão	← Tem escolaridade	-1,01	-0,12	0,32	-3,21	0,001
Escore de depressão	← Nº de doenças	0,27	0,33	0,03	8,83	<0,001
Faceta Paz interior	← Escore de dep.	-0,10	-0,47	0,01	-13,14	<0,001
Faceta Esperança e Otimismo	← Escore de dep.	-0,11	-0,48	0,01	-13,58	<0,001
Fac. Funcionamento do sensório	← Faceta Paz Interior	0,45	0,02	1,19	0,38	0,705
Faceta Autonomia	← Faceta Paz Interior	4,55	0,19	1,00	4,54	<0,001
Fac. Atividades passadas, presentes e futuras	← Faceta Paz Interior	5,62	0,26	0,81	6,97	<0,001
Fac. Funcionamento do sensório	← Faceta Esperança e Otimismo	-1,46	-0,05	1,20	-1,22	0,223
Faceta Autonomia	← Faceta Esperança e Otimismo	2,38	0,10	1,00	2,38	0,017
Fac. Atividades passadas, presentes e futuras	← Faceta Esperança e Otimismo	4,78	0,21	0,81	5,92	<0,001
Fac. Funcionamento do sensório	← Escore de depressão	1,12	0,18	0,30	3,71	<0,001
Faceta Autonomia	← Escore de depressão	-1,17	-0,22	0,25	-4,66	<0,001
Fac. Atividades passadas, presentes e futuras	← Escore de depressão	-1,31	-0,27	0,20	-6,46	<0,001
Fac. Atividades passadas, presentes e futuras	← Nº de doenças	-0,17	-0,04	0,13	-1,29	0,196
Faceta Autonomia	← Nº de doenças	-0,30	-0,07	0,17	-1,79	0,074
Fac. Funcionamento do sensório	← Nº de doenças	1,01	0,21	0,20	5,09	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 14. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho as facetas de qualidade de vida funcionamento do sensório, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.

Variáveis	Coeficiente de Determinação
Escore de depressão	0,13
Faceta Esperança e Otimismo	0,23
Faceta Paz interior	0,22
Fac. Atividades passadas, presentes e futuras	0,35
Faceta Autonomia	0,18
Fac. Funcionamento do sensório	0,11

Fonte: a autora, 2018.

No que concerne aos indicadores de ajuste do modelo, convém destacar:

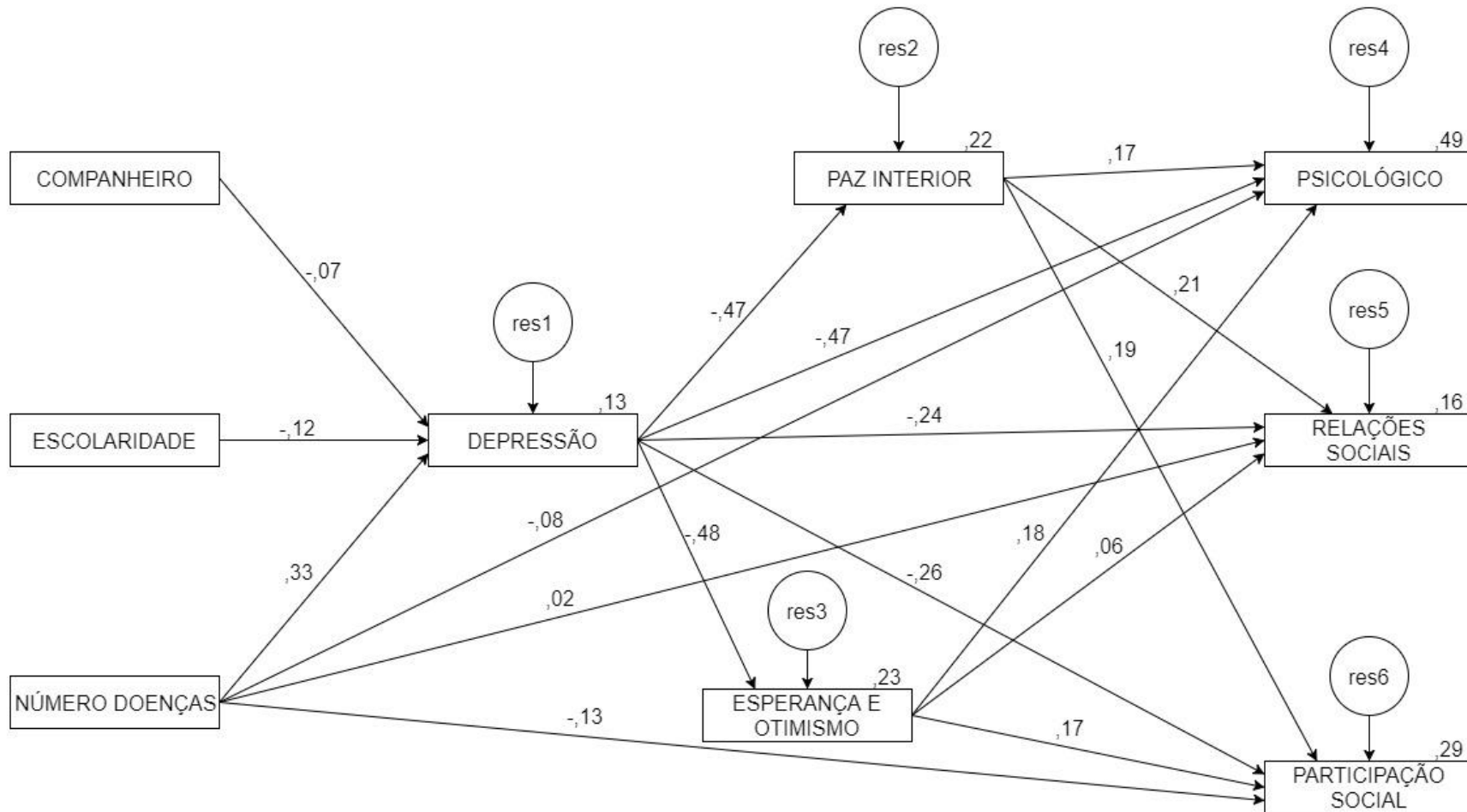
1. medidas de ajuste absolutos: o valor de qui-quadrado foi $\chi^2(19) = 267,939$, $p < 0,001$; já o valor da raiz quadrática média do erro de aproximação foi $RMSEA = 0,15$ (IC 90% = 0,13-0,16); $GFI = 0,91$

2. medidas de ajuste incrementais: $TLI = 0,58$; $CFI = 0,78$.

A Figura 4, a seguir, e as Tabelas 15 e 16 apresentam o resultado da modelagem causal sem variáveis latentes indicando a função mediadora das facetas paz interior e esperança e otimismo de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, entre o escore do indicativo de depressão e os domínios psicológico, relações sociais e faceta participação social de QV.

Observa-se que o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre o domínio psicológico em unidades de desvio padrão é dado por $-0,47 + (-0,47 \times 0,17) + (-0,48 \times 0,18) = -0,63$; o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre o domínio relações sociais em unidades de desvio padrão é dado por $-0,24 + (-0,47 \times 0,21) + (-0,48 \times 0,06) = -0,37$. Por fim, o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre a faceta participação social é dado por $-0,26 + (-0,47 \times 0,19) + (-0,48 \times 0,17) = -0,43$. Indicando, portanto, influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores do domínio psicológico e relações sociais e da faceta participação social de QV. Vê-se que parte desta negatividade é mediada pelas facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, que, por sua vez, impacta positivamente nos domínios e faceta de QV.

Figura 4. Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: domínios psicológico, relações sociais e faceta participação social dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016.



Fonte: a autora, 2018.

Nota: GFI= 0,90; TLI=0,58; CFI=0,78; RMSEA=0,17.

Tabela 15. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho os domínios psicológico, relações sociais e a faceta participação social de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis			Coeficiente de regressão não padronizado	Coeficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	<i>p</i>
Escore de depressão	←	Tem companheiro	-0,42	-0,07	0,23	-1,84	0,065
Escore de depressão	←	Tem escolaridade	-1,01	-0,12	0,32	-3,21	0,001
Escore de depressão	←	Nº de doenças	0,27	0,33	0,03	8,83	<0,001
Faceta Paz interior	←	Escore de dep.	-0,10	-0,47	0,01	-13,14	<0,001
Faceta Esperança e Otimismo	←	Escore de dep.	-0,11	-0,48	0,01	-13,58	<0,001
Domínio Psicológico	←	Faceta Paz Interior	3,74	0,17	0,73	5,16	<0,001
Domínio Relações Sociais	←	Faceta Paz Interior	4,55	0,21	0,92	4,93	<0,001
Faceta Participação Social	←	Faceta Paz Interior	4,76	0,19	0,94	5,06	<0,001
Domínio Psicológico	←	Faceta Esperança e Otimismo	4,06	0,18	0,73	5,59	<0,001
Domínio Relações Sociais	←	Faceta Esperança e Otimismo	1,21	0,05	0,92	1,31	0,189
Faceta Participação Social	←	Faceta Esperança e Otimismo	4,24	0,17	0,94	4,51	<0,001
Domínio Psicológico	←	Escore de depressão	-2,26	-0,47	0,18	-12,36	<0,001
Domínio Relações Sociais	←	Escore de depressão	-1,16	-0,24	0,23	-4,99	<0,001
Faceta Participação Social	←	Escore de depressão	-1,38	-0,26	0,24	-5,86	<0,001
Faceta Participação Social	←	Nº de doenças	-0,55	-0,13	0,16	-3,52	<0,001
Domínio Relações Sociais	←	Nº de doenças	0,08	0,02	0,15	0,55	0,585
Domínio Psicológico	←	Nº de doenças	-0,30	-0,08	0,12	-2,50	0,013

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 16. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho os domínios psicológico, relações sociais e faceta participação social de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis	Coeficiente de Determinação
Escore de depressão	0,13
Faceta Esperança e Otimismo	0,23
Faceta Paz interior	0,22
Faceta Participação Social	0,30
Domínio Relações Sociais	0,16
Domínio Psicológico	0,49

Fonte: a autora, 2018.

Quanto aos indicadores de ajuste do modelo, convém destacar:

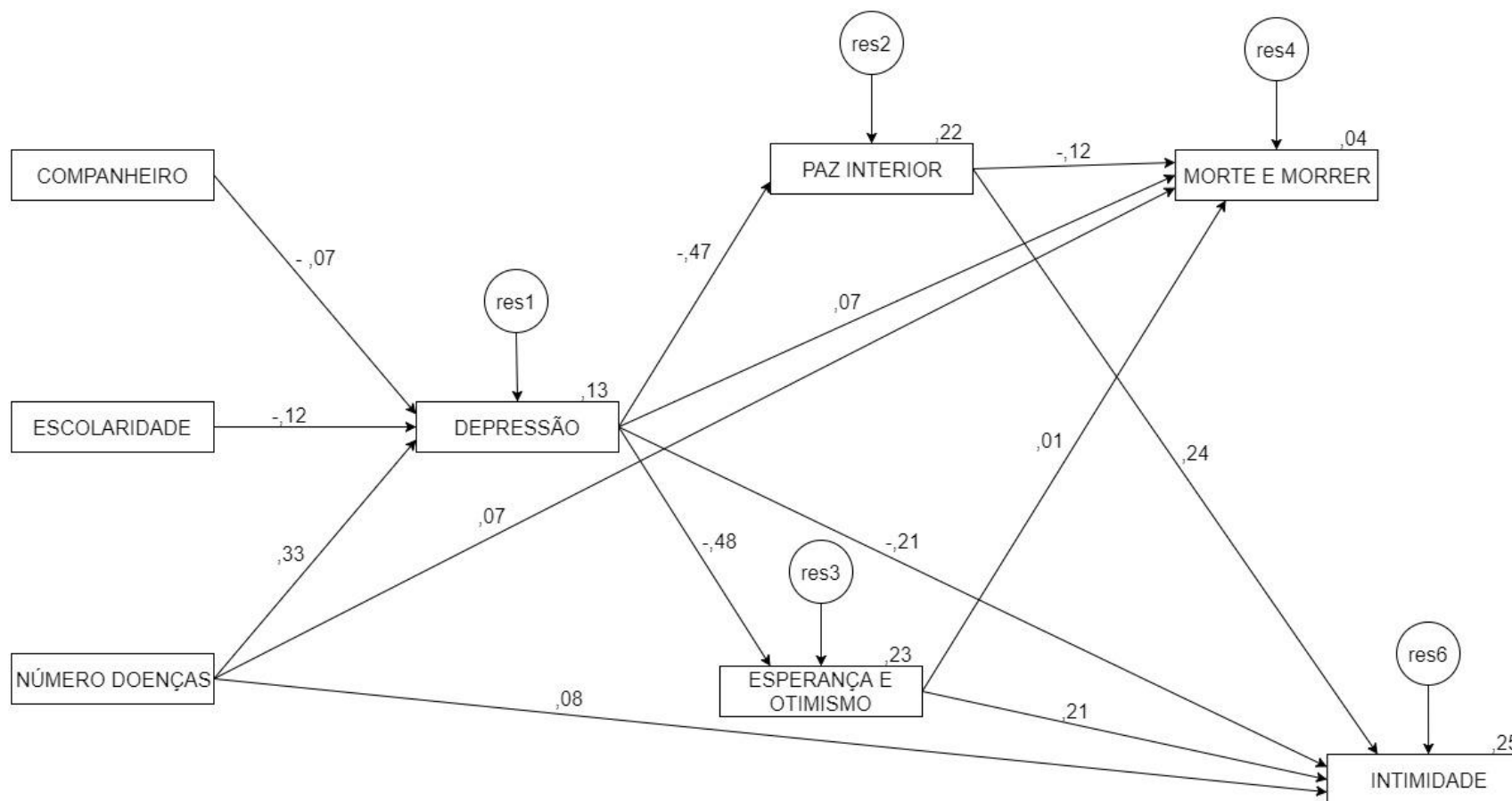
1. medidas de ajuste absolutos: o valor de qui-quadrado foi $\chi^2(19) = 342,936$, $p < 0,001$; já o valor da raiz quadrática média do erro de aproximação foi $RMSEA = 0,17$ (IC 90% = 0,15-0,18); $GFI = 0,90$

2. medidas de ajuste incrementais: $TLI = 0,58$; $CFI = 0,78$.

A Figura 5, abaixo, bem como as Tabelas 17 e 18 apresentam o resultado da modelagem causal sem variáveis latentes indicando a função mediadora das facetas paz interior e esperança e otimismo de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, entre o escore do indicativo de depressão e a as facetas morte e morrer e intimidade de QV.

Nota-se que o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre a faceta morte e morrer em unidades de desvio padrão é dado por $0,07 + (-0,47 \times (-0,12)) + (-0,48 \times 0,01) = + 0,13$; o efeito total do escore do indicativo de depressão sobre a faceta intimidade é dado por $-0,21 + (-0,47 \times 0,24) + (-0,48 \times 0,21) = - 0,42$. Indicando, portanto, influência positiva do escore do indicativo de depressão sobre os escores da faceta morte e morrer de QV, enquanto que há influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores da faceta intimidade de QV. Parte desta positividade e negatividade é mediada pelas facetas de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, que, por sua vez, impacta nas facetas de QV.

Figura 5. Diagrama causal de variáveis observadas para os desfechos de qualidade de vida indicados: facetas morte e morrer e intimidade dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016



Fonte: a autora, 2018.

Nota: GFI= 0,90; TLI=0,58; CFI=0,78; RMSEA=0,17.

Tabela 17. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho as facetas morte e morrer e intimidade de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis		Coeficiente de regressão não padronizado	Coeficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	<i>p</i>
Escore de depressão	← Tem companheiro	-0,42	-0,07	0,23	-1,84	0,065
Escore de depressão	← Tem escolaridade	-1,01	-0,12	0,32	-3,21	0,001
Escore de depressão	← N° de doenças	0,27	0,33	0,03	8,83	<0,001
Faceta Paz interior	← Escore de dep.	-0,10	-0,47	0,01	-13,14	<0,001
Faceta Esperança e Otimismo	← Escore de dep.	-0,11	-0,48	0,01	-13,58	<0,001
Faceta Morte e Morrer	← Faceta Paz Interior	-4,53	-0,12	1,74	-2,60	0,009
Faceta Intimidade	← Faceta Paz Interior	6,01	0,24	0,99	6,08	<0,001
Faceta Morte e Morrer	← Faceta Esperança e Otimismo	0,20	0,01	1,74	0,11	0,909
Faceta Intimidade	← Faceta Esperança e Otimismo	5,32	0,21	0,99	5,38	<0,001
Faceta Morte e Morrer	← Escore de depressão	0,60	0,07	0,44	1,36	0,172
Faceta Intimidade	← Escore de depressão	-1,14	-0,21	0,25	-4,61	<0,001
Faceta Intimidade	← N° de doenças	0,12	0,02	0,16	0,73	0,467
Faceta Morte e Morrer	← N° de doenças	0,48	0,07	0,29	1,67	0,095

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 18. Resultado da análise de equações estruturais sem variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho as facetas morte e morrer e intimidade de qualidade de vida dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis	Coeficiente de Determinação
Escore de depressão	0,13
Faceta Esperança e Otimismo	0,23
Faceta Paz interior	0,22
Faceta Intimidade	0,25
Faceta Morte e Morrer	0,04

Fonte: a autora, 2018.

Referente aos indicadores de ajuste do modelo, convém destacar:

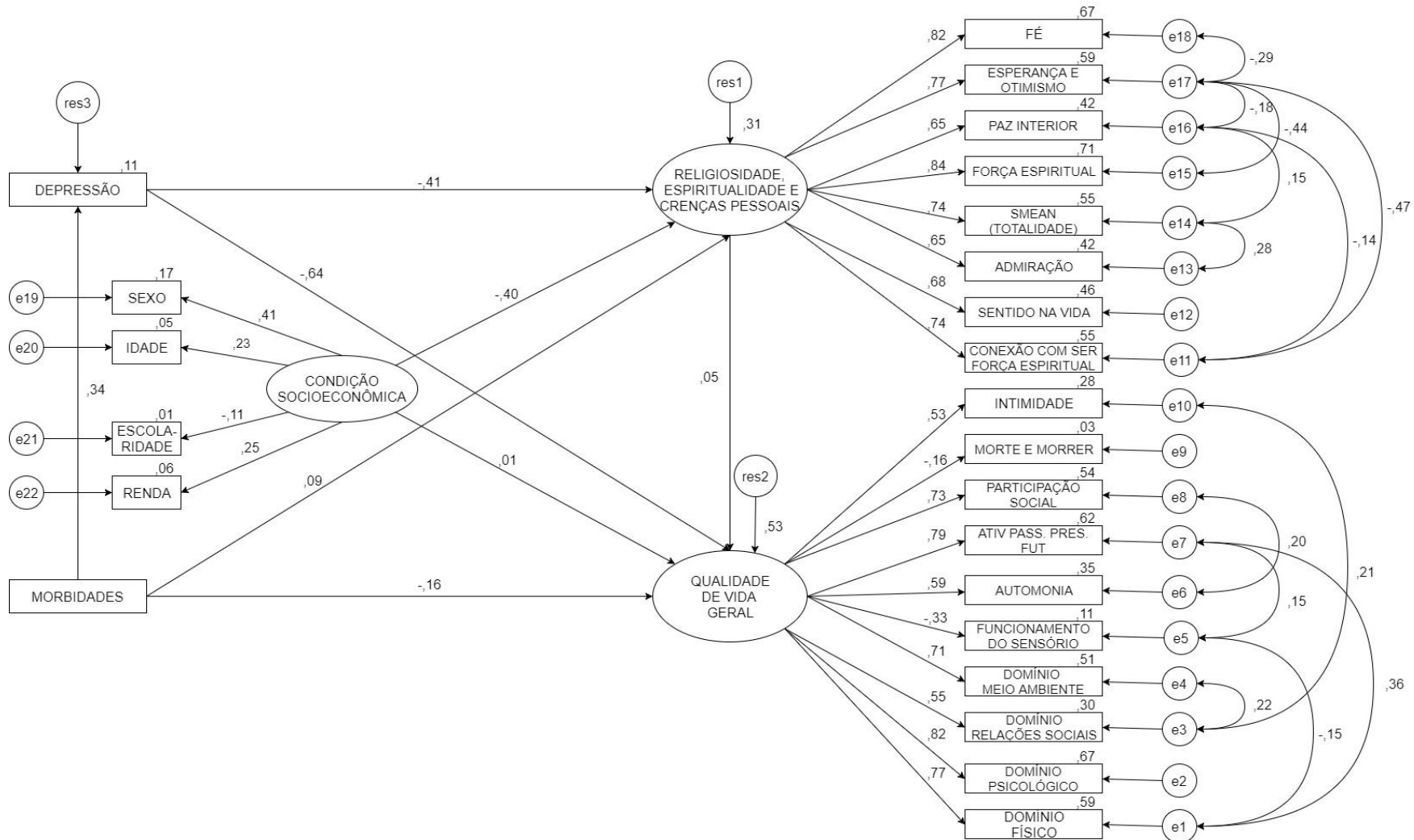
1. medidas de ajuste absolutos: o valor de qui-quadrado foi $\chi^2(15) = 197,480$, $p < 0,001$; já o valor da raiz quadrática média do erro de aproximação foi $RMSEA = 0,14$ (IC 90% = 0,12-0,16); $GFI = 0,93$
2. medidas de ajuste incrementais: $TLI = 0,57$; $CFI = 0,77$.

5.4 Modelagem Causal com variáveis latentes: modelo final

A Figura 6, a seguir, assim como as Tabelas 19 e 20 apresentam o resultado da modelagem causal com variáveis latentes, isto é, o modelo estrutural final e completo. São apresentadas as variáveis latentes condição socioeconômica, explicada pelas variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, assim como a religiosidade espiritualidade e crenças pessoais explicada pelas facetas (conexão com o ser ou força espiritual, sentido na vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz interior, esperança e otimismo, fé) e os domínios do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e as facetas do WHOQOL-OLD (funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade) de QV.

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

Figura 6. Diagrama causal final com variáveis latentes ilustrando a função mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016



Fonte: a autora, 2018.

Nota: GFI= 0,89; TLI=0,87; CFI=0,89; RMSEA=0,07.

Tabela 19. Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(continua)

Variáveis			Coeficiente de regressão não padronizado	Coeficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	<i>p</i>
Escore de depressão	←	Nº de doenças	0,27	0,34	0,03	8,86	<0,001
Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	←	Escore de depressão	-0,06	-0,41	0,01	-9,83	<0,001
Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	←	Condição socioeconômica	-2,57	-0,40	0,95	-2,70	0,007
Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	←	Nº de doenças	0,01	0,09	0,01	2,38	0,017
Qualidade de vida geral	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	1,00	0,05	-	-	-
Qualidade de vida geral	←	Condição socioeconômica	1,00	0,01	-	-	-
Qualidade de vida geral	←	Escore de depressão	-1,85	-0,64	0,16	-11,73	<0,001
Qualidade de vida geral	←	Nº de doenças	-0,38	-0,16	0,08	-4,66	<0,001
Faceta Fé	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	1,00	0,82	-	-	-
Faceta Esperança e Otimismo	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	1,09	0,77	0,06	17,79	<0,001
Faceta Paz Interior	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	0,92	0,65	0,06	16,72	<0,001
Faceta Força espiritual	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	1,13	0,84	0,05	23,55	<0,001
Faceta Totalidade e integração	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	1,02	0,74	0,05	20,27	<0,001
Faceta Admiração	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	0,85	0,65	0,05	17,16	<0,001

Tabela 19. Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando os coeficientes de regressão não padronizado e padronizado, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

(conclusão)

Variáveis			Coeficiente de regressão não padronizado	Coeficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	<i>p</i>
Faceta Sentido na vida	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	0,94	0,68	0,05	18,21	<0,001
Faceta Conexão com o Ser ou Força Espiritual	←	Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	1,11	0,74	0,06	19,76	<0,001
Faceta Intimidade	←	Qualidade de vida geral	1,00	0,53	-	-	-
Faceta Morte e morrer	←	Qualidade de vida geral	-0,47	-0,16	0,13	-3,74	<0,001
Faceta Participação Social	←	Qualidade de vida geral	1,35	0,73	0,11	12,83	<0,001
Faceta Atividades Passadas, presentes e futuras	←	Qualidade de vida geral	1,32	0,80	0,10	13,23	<0,001
Faceta Autonomia	←	Qualidade de vida geral	1,07	0,59	0,10	11,24	<0,001
Faceta Funcionamento do Sensório	←	Qualidade de vida geral	-0,68	-0,33	0,10	-6,97	<0,001
Domínio Físico	←	Qualidade de vida geral	1,03	0,71	0,08	12,63	<0,001
Domínio Relações sociais	←	Qualidade de vida geral	0,91	0,55	0,08	12,11	<0,001
Domínio Psicológico	←	Qualidade de vida geral	1,37	0,82	0,10	13,59	<0,001
Domínio Físico	←	Qualidade de vida geral	1,57	0,77	0,12	13,06	<0,001
Tem renda	←	Condição socioeconômica	1,00	0,25	-	-	-
Tem escolaridade	←	Condição socioeconômica	-0,53	-0,11	,37	-1,44	0,151
Idade	←	Condição socioeconômica	23,51	0,23	9,78	2,41	0,016
Sexo	←	Condição socioeconômica	2,64	0,41	0,97	2,74	0,006

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 20. Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando o coeficiente de determinação, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

Variáveis	Coeficiente de Determinação
Escore de depressão	0,11
Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais	0,31
Qualidade de vida	0,53
Sexo	0,17
Idade	0,05
Tem escolaridade	0,01
Tem renda	0,06
Domínio Físico	0,60
Domínio Psicológico	0,67
Domínio Relações sociais	0,31
Domínio Meio ambiente	0,51
Faceta Funcionamento do sensório	0,11
Faceta Autonomia	0,35
Faceta Ativi. passadas, presentes e futuras	0,62
Faceta Participação social	0,54
Faceta Morte e morrer	0,03
Faceta Intimidade	0,28
Faceta Conexão com o ser ou força Espiritual	0,55
Faceta Sentido na vida	0,46
Faceta Admiração	0,42
Faceta Totalidade e integração	0,55
Faceta Força espiritual	0,71
Faceta Paz	0,42
Faceta Esperança e otimismo	0,59
Faceta Fé	0,67

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 21. Resultado da análise de equações estruturais com variáveis latentes, apresentando a correlação entre os erros, tendo como desfecho a qualidade de vida geral dos idosos da comunidade urbana do município de Uberaba-MG, 2016

			Coefficiente de regressão não padronizado	Coefficiente de regressão padronizado	Erro padrão	Razão Crítica	p
e4	<-->	e3	23,39	0,22	4,67	5,01	<0,001
e7	<-->	e1	-36,43	-0,36	5,24	-6,96	<0,001
e5	<-->	e1	-28,96	-0,15	9,05	-3,20	0,001
e8	<-->	e6	28,12	0,20	6,43	4,37	<0,001
e10	<-->	e3	35,79	0,21	6,98	5,13	<0,001
e17	<-->	e11	-0,09	-0,47	0,01	-7,71	<0,001
e17	<-->	e16	0,04	0,19	0,01	3,24	0,001
e14	<-->	e13	0,06	0,28	0,01	6,12	<0,001
e17	<-->	e15	-0,06	-0,44	0,01	-6,58	<0,001
e16	<-->	e11	-0,03	-0,14	0,01	-3,15	0,002
e16	<-->	e14	0,03	0,15	0,01	3,56	<0,001
e18	<-->	e17	-0,04	-0,29	0,01	-4,45	<0,001
e7	<-->	e5	22,94	0,15	7,09	3,24	0,001

Fonte: a autora, 2018.

Discussão

6 DISCUSSÃO

Em relação às variáveis sociodemográficas, o presente estudo assemelha-se aos achados internacionais e nacionais quanto a variável sexo (GALLARDO, 2017; ABDALA et al, 2013; GONZALES; RIOUX, 2014; STANLEY et al, 2011). O predomínio de mulheres idosas é uma tendência mundial, caracterizando a denominada feminização da velhice, no qual há um predomínio do sexo feminino em relação ao masculino, representado pela maior expectativa de vida entre as mulheres (BRASIL, 2015). Esse fenômeno ocorre por diversos fatores, desde a maior mortalidade entre o sexo masculino (BRASIL, 2015), até o maior cuidado com a própria saúde por meio da procura por serviços e prática de autocuidado.

Entender o contexto do envelhecimento e as especificidades do idoso no tocante ao sexo exerce diferença no cuidado e na assistência à saúde. Deve ser prioridade para os profissionais e serviços de saúde, além de sensibilizar família e comunidade para atenção as necessidades, de ambos os sexos, dessa população.

Quanto à faixa etária assemelha-se a outros estudos, representando, portanto, idosos mais jovens (GALLARDO, 2017; SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017). Esse perfil é uma característica da população brasileira, pois, segundo dados do Censo de 2010, entre os idosos, o percentual mais expressivo é daqueles entre 60-69 anos (BRASIL, 2010). Tal fato se deve ao avanço das tecnologias na área da saúde e melhorias dos serviços de saúde, em especial da atenção primária à saúde, assim como ao desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esse público, contribuindo para um envelhecimento mais saudável, atingindo idades cada vez mais avançadas (VERAS, 2009).

Com o aumento da expectativa de vida, tem aumentando expressivamente o número de idosos octogenários o que denota maior preparo dos serviços de saúde, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos profissionais que cuidam dessa população idosa, para promover saúde e agregar QV (CAMARANO; KANSO, 2013).

No que concerne ao estado conjugal, os dados do presente estudo diferem de inquérito com idosos da França, entretanto assemelha a de idosos Chilenos, Norte Americanos e de idosos de Belém-PA e do Estado da Paraíba (GALLARDO, 2017; GONZALES; RIOUX, 2014; NOGUEIRA, 2016; SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; STANLEY et al., 2011).

A divergência entre a literatura pode estar relacionada além do envelhecimento distinto entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, também às diversidades loco regionais (PAPALEO NETTO, 2013). Os idosos do presente estudo são mais jovens, o que pode justificar o maior percentual de idosos casados. O casamento além do caráter social pode impactar positivamente na QV dos idosos (NOGUEIRA, 2016).

No que tange a escolaridade, difere de idosos de pesquisas nacionais e internacionais (ABDALA et al., 2015; NOGUEIRA, 2016; PAULA et al., 2016; GALLARDO, 2017; SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017). A escolaridade dos idosos brasileiros é baixa, entre outros motivos pela maior dificuldade de acesso às escolas, tanto pela oferta, como pelo pouco incentivo outrora, os idosos vêm de uma época que a prioridade era o trabalho e não o estudo (PAULA, 2016).

Os dados da renda individual mensal, de um salário mínimo, corroboram a outros achados (NOGUEIRA, 2016; PAULA et al., 2016). A aposentadoria é muitas vezes a única fonte de renda do idoso e tem relação direta com as relações sociais e o acesso ao lazer, exercendo impacto direto sob a QV (PILGER et al., 2013).

Ressalta-se que a maior escolaridade e a renda influenciam na QV, e se tratando de escolaridade atua como protetor no componente psicológico, resultado esse identificado em estudo com idosos da comunidade de São Paulo (ABDALA, 2013).

Quanto aos dados clínicos, no que se refere ao número de doenças, resultado inferior foi identificado em pesquisa com idosos de São Paulo-SP (ABDALA et al., 2015). Ainda que tenha sido autorreferido, a média elevada de morbidades associadas entre os idosos remete a um maior cuidado e atenção, uma vez que se associam a piora da QV e podem levar a limitações, complicações e até mortalidade precoce (TAVARES; DIAS, 2012).

Uma vez que as morbidades já estão instaladas, reforçar-se o papel crucial da promoção de saúde, capaz de incentivar ações que controlem e retardem possíveis complicações, como a mudança de estilo de vida, assim como a participação em atividades grupais, que aumentam a socialização do idoso e valoriza a troca de experiências (PAULA et al., 2016).

Destaca-se ainda o papel fundamental da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais nesse contexto de morbidades crônicas. Há estudos que sugerem a influência positiva das crenças espirituais sobre as crenças de saúde, aqueles com

maior espiritualidade tendem ao maior autocuidado, lidam melhor com as doenças e procuram mais por tratamento de saúde; atribuindo a melhora da saúde às forças espirituais (ALVAREZ et al., 2016; ROCHA; FLECK, 2011; BLACK et al., 2006).

Quanto ao escore do indicativo de depressão, salienta-se que identificar os escores do indicativo de depressão auxilia na prevenção da depressão e oportuniza a criação de estratégias de cuidado aos sintomas. Reforça-se ainda que o aumento do escore do indicativo de depressão diminuiu proporcionalmente os escores de QV mensurados pelo WHOQOL-BREF em pesquisa com adultos e idosos da China (SUN et al., 2017).

Em estudo com adultos em tratamento ambulatorial da Croácia acerca dos sintomas depressivos e religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais identificou que, quanto maior o escore de depressão menor os escores das facetas segundo o WHOQOL-SRPB (MIHALJEVIC et al., 2015).

Quanto aos achados do WHOQOL-SRPB, o maior escore de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na faceta conexão com ser ou força espiritual divergiu da pesquisa de validação do referido instrumento, no qual os maiores escores foram nas facetas totalidade e integração e paz interior entre os mais velhos e entre aqueles sem morbidades o maior escore foi na faceta sentido na vida e na faceta fé entre aqueles com morbidades (PANZINI et al., 2011).

O menor escore foi identificado na faceta totalidade e integração, divergindo do estudo de validação, no qual os menores escores entre adultos e idosos saudáveis e com morbidades foi respectivamente na faceta conexão com ser ou força espiritual (PANZINI et al., 2011).

As diferenças sociodemográficas entre as populações investigadas podem justificar a divergência entre os achados do estudo de validação e o presente inquérito. Cabe elucidar que mulheres e idosos tendem a praticar mais a religiosidade e a espiritualidade (KOENIG, 2004), perfil esse identificado neste estudo ainda que não tenha sido alvo da investigação.

Na análise de regressão clássica, tendo como desfecho a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, observou-se que as facetas, em sua maioria, tiveram relação estatisticamente significativa com o sexo, a idade, a escolaridade, ao número de doenças e o escore de depressão.

Em estudo acerca do envolvimento religioso e variáveis demográficas, observou-se que o sexo feminino e a maior idade também tiveram associação com a

maior religiosidade, enquanto que escolaridade, renda e estado conjugal não apresentaram associação estatística (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

A religiosidade e a espiritualidade são estratégias importantes no enfrentamento de morbidades, especialmente quando se trata de doenças crônicas, atuando principalmente no enfrentamento e na resiliência (ROCHA; CIOSAK 2014). Quando se trata de eventos estressores, como sintomas de depressão, a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais podem atuar como fonte de apoio social, reduzindo sintomas e prevenindo a instalação da doença (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

No que tange a avaliação da QV, na questão quanto a autoavaliação, o maior percentual de idosos avaliaram como boa, podendo ser parcialmente justificada pelo elevado número de idosos mais jovens, uma vez que o aumento da idade tende a acarretar pior percepção da QV entre os idosos (NOGUEIRA, 2016).

Referente à satisfação com a própria saúde, os idosos auto avaliaram como satisfeitos, tal resultado pode estar relacionado ao fato de que muitas das morbidades que acometem essa população podem estar controladas ou serem assintomáticas. Ressalta-se ainda que os idosos apresentam certas crenças acerca do envelhecimento, acreditando que alguns problemas são proveniente da idade, podendo ser erroneamente considerado como parte do processo natural de envelhecimento (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013).

O maior escore para o WHOQOL-BREF no domínio relações sociais e o menor no domínio meio ambiente corroborou com estudo com idosos da comunidade participantes de grupo de promoção da saúde de Goiânia-GO, no qual o maior escore foi no domínio relações sociais e o menor escore no meio ambiente, e também com adultos e idosos da China no qual identificou menor escore no domínio meio ambiente (PAULA et al, 2016; SUN et al., 2017).

Em outra pesquisa com idosos da comunidade do interior do Rio Grande do Sul também evidenciou maior escore no domínio relações sociais (BOMBARDELLI et al, 2017). A prática religiosa/espiritual e as crenças pessoais estão relacionadas além da melhor QV física e mental, também à social (ABDALA, 2013).

O domínio relações sociais está relacionado ao suporte social, relações pessoais e atividade sexual (FLECK et al., 2000). O maior percentual de idosos casados pode justificar, em parte, o maior escore nesse domínio.

O meio ambiente, relacionado, dentre outras questões, a recursos financeiros, cuidados de saúde, transporte, entre outros (FLECK et al., 2000), pode ter tido menor escore devido a renda individual mensal dos idosos da presente pesquisa, de um salário mínimo, que pode não ser satisfatória para as necessidades desses idosos, ainda mais pensando em custos com o tratamento de múltiplas morbidades associadas.

Quanto à avaliação da QV pelo WHOQOL-OLD, o maior escore para a faceta intimidade e o menor para morte e morrer divergiu, em partes, de pesquisa com idosos de Goiânia-GO, no qual os maiores escores foram para a faceta participação social e atividades passadas, presentes e futuras, porém o menor escore foi para a faceta morte e morrer (PAULA et al., 2016). Pesquisa com idosos da Paraíba também identificou resultados distintos do presente inquérito, no qual o maior escore foi para a faceta atividades passadas, presentes e futuras, porém assemelhou-se para o menor escore na faceta para morte e morrer (NOGUEIRA, 2016).

A faceta intimidade avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (FLECK; CHACHAMOVIC; TRENTINI, 2006). O maior escore dessa faceta vai ao encontro do maior escore no domínio relações sociais, reforçando boas relações pessoais e íntimas entre os idosos desse estudo. Por outro lado, as perdas sensoriais devem ser observadas e investigadas pelos profissionais de saúde que cuidam dos idosos, uma vez que afetam a participação de atividades, em especial na comunidade (PAULA et al., 2016).

Na análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho a QV, observou-se que o aumento do número de doenças e o escore de depressão, repercutiram na diminuição dos escores de domínios e facetas QV; enquanto que o sexo feminino, aumento da idade, aumento da escolaridade, maior renda, ter companheiro, maior escore na faceta de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, aumenta o escore de QV, segundo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

O impacto na QV foi identificado em estudo com idosos da comunidade de São Paulo também pelo sexo feminino; ainda que expressem maior religiosidade e espiritualidade, são mais acometidas por sintomas de depressão, devido alterações hormonais, menor apoio social e sobrecarga de cuidados domésticos, ocasionando maior impacto físico e mental (NOGUEIRA, 2016), comprometendo assim a QV.

Em outro estudo identificou-se relação da maior escolaridade com o domínio mental de QV de idosos de ambos os sexos (ABDALA, 2013). Porém observa-se

controvérsia entre a relação da maior escolaridade e a religiosidade e a espiritualidade, sendo relatada como inversa em outras pesquisas, principalmente internacionais (ABDALA, 2013).

Ainda que a relação do sexo tenha sido positiva no presente estudo, mulheres tendem a apresentar maior número de comorbidades associadas e maior indicativo de depressão, o que pode justificar parcialmente os resultados. Em outra pesquisa com idosos, obteve-se relação positiva entre a maior escolaridade e menor número de doenças com maior escore no domínio físico de QV (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

A espiritualidade e religiosidade, por refletir positivamente no enfrentamento de agentes estressores e situações adversas, repercute no controle das morbidades crônicas e na melhoria da QV. Tanto a limitação como a dependência, ocasionados pelas morbidades podem gerar sentimentos negativos no idoso, abalando sua autonomia, autoconfiança e independência, itens esses avaliados na QV (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Ademais doenças geram custos com tratamento e impactam na situação econômica do idoso, limitando as opções de lazer (ROCHA, CIOSAK, 2014), podendo ainda interferir na participação de atividades em comunidade, devido horários de medicamentos, efeitos colaterais e restrições alimentares. Tais mudanças geram estresse, podendo aumentar a possibilidade de manifestar sintomas depressivos.

A exceção na regressão clássica foi a faceta morte e morrer do módulo WHOQOL-OLD, que apresentou como preditores a idade e a faceta paz interior, no qual o aumento da idade e da referida faceta repercutiu na redução do escore de QV. A faceta morte e morrer relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer (FLECK; CHACHAMOVIC; TRENTINI, 2006). O aumento da idade, e conseqüentemente a proximidade da finitude da vida, e maior limitação e dependência podem ocasionar maior ansiedade e receios frente ao inevitável, podendo justificar tal resultado.

Ao observar o resultado final da modelagem de equação estrutural evidenciou-se que a influência negativa do escore do indicativo de depressão sobre os escores de QV foi observada pela relação inversa, na qual o aumento do escore do indicativo de depressão ocasiona menor QV. Vê-se que esta negatividade é

mediada pela religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, que, por sua vez, impacta positivamente na QV.

Resultado concordante com pesquisa realizada com idosos em tratamento ambulatorial de São Paulo, no qual houve relação inversa entre a religiosidade e a espiritualidade com sintomas depressivos e relação positiva com a QV (LUCCHETTI et al., 2011). Dentre as alterações evidenciadas em virtude do envelhecimento, observa-se no envelhecimento psicológico o declínio afetivo, das emoções e desejos, a diminuição da memória, irritabilidade, dificuldade de assimilação a ideias, coisas e situações novas, oscilações de humor dentre outras que são avaliadas no indicativo de depressão (RODRIGUES, 2012).

Associadas ao envelhecimento natural biológico e social, essas alterações podem gerar estresse e impactar na avaliação da QV, especialmente no funcionamento dos sentidos, na participação social e nas atividades passadas, presentes e futuras (NOGUEIRA, 2016).

Estudo com idosos da comunidade de São Paulo, também utilizou MEE para avaliar a QV, segundo SF-12 e religiosidade e espiritualidade, destacando relação direta entre esses construtos. O autor destaca que, mesmo que tenha sido evidenciado maior religiosidade e espiritualidade entre as mulheres, proporcionalmente apresentaram piores escores de QV no domínio físico e mental (ABDALA, 2013).

Como elucidado anteriormente, os sintomas de depressão acometem mais mulheres (NOGUEIRA, 2016), que por sua vez expressam maior religiosidade e espiritualidade (ABDALA, 2013), refletindo assim na QV. A maior prevalência do sexo feminino vai ao encontro dos achados na MEE do presente inquérito.

É fato que a religiosidade e a espiritualidade têm demonstrado ser um importante protetor psicossocial, aumentando o bem-estar psicológico e minimizando pensamentos e sintomas de depressão (ABDALA, 2013). No entanto, muitas vezes essa ferramenta é ignorada pelos profissionais de saúde, que não valorizam a fundamental atuação da religiosidade e espiritualidade na vida, saúde e qualidade de vida, em especial dos idosos.

Cabe enfatizar que a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais atuam como mediadora frente a essas condições inerentes a vida e diminuem o impacto dos agentes estressores, sendo importante ferramenta nas relações sociais e

auxiliando nas questões psicológicas e físicas, medidas essas avaliadas na QV (AGORASTOS; DEMIRALAY; HUBER, 2014; GONZALEZ; RIOUX, 2014).

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

Conclusão

7 CONCLUSÕES

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

Quanto à religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais o maior escore foi para a faceta Conexão com ser ou força espiritual e o menor para a faceta esperança e otimismo. Na qualidade de vida o maior escore para o WHOQOL-BREF foi no domínio relações sociais e menor no domínio meio ambiente. Já para o WHOQOL-OLD, o maior escore foi para a faceta Intimidade e menor para a faceta morte e morrer.

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

Destaca-se que a hipótese do presente inquérito foi confirmada, demonstrando que a religiosidade, espiritualidade e as crenças pessoais atuam como variável mediadora no caminho entre o escore do indicativo de depressão e a qualidade de vida.

Faz-se necessário investir na prática da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, na comunidade e como ferramenta na saúde, uma vez que demonstraram impacto na diminuição do indicativo de depressão e aumento significativo da QV.

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de um estudo transversal, é preciso ter cautela no estabelecimento de relações de causalidade, especialmente quando não for possível determinar a precedência temporal de uma variável sobre a outra. Porém, neste trabalho, sempre que possível, as relações causais procuraram fundamentar-se considerando aspectos lógicos e a temporalidade.

Ademais, salienta-se que há uma escassa literatura científica que utilize a influência de preditores sociodemográficos, clínicos e a ação mediadora da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na qualidade de vida de idosos.

Cabe elucidar ainda que, por se tratar de algo inerente à vida, o envelhecimento é fato, de tal maneira promover a qualidade de vida, assim como ações que diminuam o número de morbidades e suas consequências e incentivar práticas como da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais podem ser benéficos na saúde e vida dos idosos a curto, médio e longo prazo.

Referências

REFERÊNCIAS

ABDALA, G. A. **Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos: estudo populacional da cidades de São Paulo**. 2013. 140 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ABDALA, G. A. et al. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-9, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 244 p.

AGORASTOS, A.; DEMIRALAY, C.; HUBER, C. G. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. **Psychology Research and Behavior Management**, Auckland, v.7, p. 93–101, 2014.

ALBERTE, J. S. P.; RUSCALLEDA, R. M. I.; GUARIENTO, M.E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.13, n.1, p. 32-9, 2015.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.

ALVAREZ, J. S. et al. Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 106, n. 6, p. 491-501, 2016.

ARCOVERDE, M. S. S. **Assistência domiciliária e hospitalar**: percepção de pessoas idosas sobre espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: PUCRS, 2014.

BERG, J. et al. Health-related quality of life and long-term morbidity and mortality in patients hospitalised with systolic heart failure. **JRSM Cardiovascular Disease**, London, v. 3, p. 1-9, 2014.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo**, v. 52, p. 1-7, 1994.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em: 22 de mar. 2017.

BLACK, G. et al. The relationship between spirituality and compliance in patients with heart failure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, Philadelphia, v. 21, n. 3, p.128-33, 2006.

BOMBARDELLI, C. et al. Qualidade de vida de idosos residentes em município com características rurais do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 88-94, 2017.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 140, n. 192, Seção 1, p. 1-6, 3 out. 2003. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 12, Seção 1, p. 59, 13 jun. 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2015. 152 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, DF, 2011.

BROWN, D. S. et al. Associations between health-related quality of life and mortality in older adults. **Prevention Science**, New York, v. 16, n. 1, p.21-30, 2015.

CAMARANO, A. M.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

CAMARGOS, M. G. **Avaliação da Espiritualidade/Religiosidade e associação com a Qualidade de Vida de pacientes com câncer e de profissionais de saúde de um hospital oncológico**. 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, 2014.

CHAIMOWICZ, F.; CAMARGOS, M. C. S. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2.ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

CORNAH, D. **The impact of spirituality on mental health**: a review of the literature. London: Mental Health Foundation, 2006. 40f.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Salário mínimo 2010**. Disponível em:

<<http://https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2017>>. Acesso em: 14 out. 2017.

_____. **Salário mínimo 2016**. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2016>. Acesso em: 14 out. 2017.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2011.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-502, 2012.

FHON, J. R. S. et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.5, p.1-8, 2012.

FLECK, M. P. D. A ; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 146-9, 2007.

FLECK, M. P. D. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.178-83, 2000.

FLECK, M. P. D. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4 p.446-55, 2003.

FLECK, M. P. D. A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-91, 2006.

FONSECA, A. M. **O envelhecimento**: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2006.

GALLARDO-PERALTA, L. P. The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. **International Social Work**, Thousand Oaks, v. 60, n. 6, p. 1498-511, 2017.

GIJS, W. D.; LANDMAN, M. D.; KORNELIS, J. J. et al. Health-Related Quality of Life and Mortality in a General and Elderly Population of Patients With Type 2 Diabetes (ZODIAC-18). **Diabetes Care**, Alexandria, V. 33, n. 11, p. 2378-82, 2010.

GONZALEZ, L. V.; RIOUX, L. The spiritual well-being of elderly people: a study of a french sample. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 53, p. 1123–37, 2014.

GONZÁLEZ-CELIS, A. L.; GÓMEZ-BENITO, J. Spirituality and quality of life and its effect on depression in older adults in Mexico. **Psychology**, Wuhan, v. 4, 178-82, 2013.

GUEDES, A. L. V.; ANJOS, U. U. **Identificação e avaliação de variáveis que causam qualidade na educação das escolas da rede municipal da cidade de João Pessoa para o ano de 2005**. 2008. 67f. Monografia - Departamento de estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

HAIR JÚNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688p.

HAYWARD, R. D. et al. Religion and the presence and severity of depression in older adults. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, v. 20, p. 188–92, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico: 2010**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2016.

_____. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100923.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

_____. **IBGE cidades: Minas Gerais**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=31&search=minas-gerais>>. Acesso em: 19 nov 2017.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes regiões e Unidade de Federação, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 06 out 2017.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população**. Rio de Janeiro, 2014. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica: n. 35). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3. ed. The Guilford Press: New York, 2010. 428p.

KOENIG, H. G. Spirituality, wellness, and quality of life. **Sexuality, Reproduction and Menopause**, Amsterdam, v. 2, n. 2, June 2004.

_____. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade.** Porto Alegre: L & PM, 2012, 248 p.

KONOPACK, J. F.; MCAULEY, E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: a path analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 10, p. 1-6, 2012.

LEBRÃO, M. L. et al. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 30-45, 2008.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore**, New York, v. 7, n. 4, p. 234-8, 2011.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 131, n. 2, p:112-22, 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 43, p. 316-22, 2011.

MACCALUM, R. C.; BROWNE, M. W.; SUGAWARA, H. M. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. **Psychological Methods**, Washington, v. 1, n. 2, p. 130-49, 1996.

MIHALJEVIĆ, S. et al. Spirituality and Its relationship with personality in depressed people: preliminary findings. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 54, p. 2099-110, 2015.

MISHRA, S. et al. Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 56, n. 4, p 1282–1301, 2017.

MOOM, Y. S.; KIM, D. H.. Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. **Asia-Pacific Psychiatry**, Richmond, v. 5, p. 293–300, 2015.

MYERS, N. D.; AHN, S.; JIN, Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: a Monte Carlo approach. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, Washington, v. 82, n. 3, p. 412-23, 2013.

Disponível em:

<<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02701367.2011.10599773>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 33-47.

_____. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2011b.

NOGUEIRA, M. F. **Avaliação multidimensional da qualidade de vida em idosos: um estudo no Curimataú Ocidental paraibano**. 2016. 182f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

OLIVEIRA, J. F. P.; PESSINI, L. Espiritualidade e finitude na “religiosidade” do envelhecimento. In: FREITAS, E. V; PY, L. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1553-60.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/Espiritualidade religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-65, 2011.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: In: FREITAS, E. V; PY, L. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. 2004. 245 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo. 2004.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V; PY, L. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PAULA, G. R. et al. Quality of life assessment for health promotion groups. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 2, p. 222-9, 2016.

PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. **Revista Eletrônica FAFIT/FACIC**, Itararé, v. 03, n. 01, p. 01-12, jan./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/37/21>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

PERES, M. F. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 82-7, 2007.

PILGER, C. et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v.19, n.1,p. 61- 73, 2013.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S. I. Doença crônica no idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, Esp. 2, p. 92-8, 2014.

ROCHA N.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.19-23, 2011.

ROCHA, N. S. et al. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). In: FLECK, M. P. A. (Org.) **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

RODRIGUES, L. R. et al. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, (esp.2), p. 777-83, 2012.

RODRIGUES, A. M. S. M. **O medo de envelhecer e o papel do gerontólogo**. 2012. 61 f. Monografia (Licenciatura em Gerontologia Social) - Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, 2012. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3567/1/MONOGRAFIAFINAL.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ROH, H. W. et al. Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. **PLoS ONE**, San Francisco, v.10, n. 7, p. e0132838. Disponível em: <<http://doi:10.1371/journal.pone.0132838>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

ROSS, L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 32, n.5, p. 457-68, 1995.

SILVA, C. M. J. S. **Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar**. 2012. 254 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. 2012.

SILVA, J. A. C.; SOUZA, L. E. A.; GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 15, n.3, p. 146-9, jul./set. 2017.

STANLEY, M. A. et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. **Aging and Mental Health**, Abingdon, v. 15, n. 3, p. 334-43, 2011. doi: 10.1080/13607863.2010.519326.

SUN, G. Z. et al. Association between CHADS2 score, depressive symptoms, and quality of life in a general population. **BMC Psychiatry**, London, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 24, n. 1, p. 112-20, 2012.

TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

THE World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization: The WHOQOL Group. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 10, p.1403-9, 1995.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ZOU, J. The efficacy of religious service attendance in reducing depressive symptoms. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. Berlin, v. 49, p. 911–8, 2014.

WHOQOL-SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, London, v. 62, n. 6, p. 1486-97, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **TH statistics and health information systems: definition of an older or elderly person: proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project**. Geneva, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

Apêndices

APÊNDICES

Apêndice A

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Início da entrevista: _____ Término: _____ Data da Coleta: ____/____/____

Bairro: _____ Endereço: _____ Tel: _____

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E MORBIDADES

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

3) Qual o seu estado conjugal?.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)

4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

4) Escolaridade:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

5) Qual a sua renda individual:.....

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo

4 - De 1 - 3 salários mínimo 5 - De 3 - 5 salários mínimo 6 - mais de 5 salários mínimo

MORBIDADES

6) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Morbidades	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99
F) Embolia	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99
J) Diabetes	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99
L) Derrame	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99
R) Catarata	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99
X) Tumores benígnos	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99
Z) Outras (_____)	1	2	99

7) Número de doenças.....

Apêndice B

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS PESSOAIS ENQUANTO MEDIADORA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é: Analisar a influência de preditores sociodemográficos, clínicos (morbidades e depressão), bem como o papel mediador da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais sobre a qualidade de vida.. Para participar você deverá responder umas perguntas sobre os seus dados pessoais e sua saúde. Além disto, realizar testes de desempenho funcional realizados pela verificação da sua força das mãos e sua capacidade de andar.

Você poderá obter todas as informações que quiser; e poderá não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3700-6607 / 996612865

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3700-6776.

Anexos

ANEXOS

Anexo 1

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____

Nota: _____

b) "Solete a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHER OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

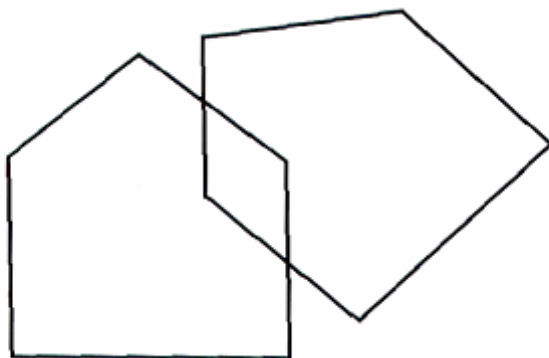
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.) Deve copiar um desenho.

Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos \leq 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18

• com escolaridade superior a 11 anos \leq 26

9) Idoso apresentou declínio cognitivo:.....

(1) Sim (2) Não



Anexo 2

LEIA AS QUESTÕES SEGUINTESS EXATAMENTE COMO ESTÃO ESCRITAS**XIV – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA**

Para cada questão abaixo assinale no campo Não ou Sim. Em total coloque a pontuação final obtida pelo idoso.

Questões		Não	Sim
1.	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2.	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3.	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4.	Você se aborrece com frequência?	0	1
5.	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6.	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7.	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8.	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9.	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10.	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11.	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12.	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13.	Você se sente cheio de energia?	1	0
14.	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15.	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

Considere: A soma total de pontos maior que 5 é indicativo de depressão.

10) Presença de indicativo de depressão.....

(1) Sim (2) Não

Anexo 3

WHOQOL-SRPB

As seguintes perguntas indagam a respeito das suas **crenças espirituais, religiosas ou pessoais**, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida. Estas perguntas são planejadas para serem aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes, com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como por exemplo o Judaísmo, Cristianismo, Islamismo ou Budismo, você provavelmente responderá às perguntas a seguir lembrando-se das suas crenças religiosas. Se não seguir a uma religião específica, mas ainda acredita que existe algo mais elevado e mais poderoso além do mundo físico e material, você poderá responder às perguntas que seguem a partir desta perspectiva. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes ou algo que segue, como, por exemplo, acreditar em uma teoria científica, um modo de vida pessoal, uma determinada filosofia ou código moral e ético.

Quando em algumas perguntas forem utilizadas palavras como espiritualidade, por favor, responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja ele religioso, espiritual ou pessoal.

As perguntas a seguir indagam como as suas crenças afetaram diversos aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma pergunta é : “Até que ponto você se sente ligado à sua mente corpo e alma? Se você tiver vivenciado muito isso, faça um círculo em torno do número abaixo de “muito ”. Se não tiver vivenciado isto em nenhum momento, faça um círculo em torno do número abaixo de “nada”. Você deve fazer um círculo em torno de um dos números no meio, se desejar indicar que a sua resposta está em algum ponto entre “Nada” e “Muito”. As perguntas referem-se às **últimas duas semanas**.

SP1.1 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

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

SP1.2 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?

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

SP1.3 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?

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

SP1.4 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranqüiliza você?

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

SP2.1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?

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

SP2.2	Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5	
SP2.3	Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5	
SP2.4	Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5	
SP5.1	Até que ponto você sente força espiritual interior?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5	
SP5.2	Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5	
SP8.1	Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5	
SP8.2	Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5	

SP8.3	Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP3.2	Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP3.3	Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP3.4	Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP7.1	Quão esperançoso você se sente?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP7.2	Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP3.1	Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

SP4.1	Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP4.3	Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP4.4	O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP5.3	O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP5.4	Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP6.1	Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP6.2	Até que ponto você tem paz interior?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP6.3	O quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP6.4	Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP7.3	Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP7.4	O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP8.4	Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP4.2	Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 4

WHOQOL-BREF

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 5
WHOQOL-OLD

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

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

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 6

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas depressivos, fatores associados e acesso aos serviços de saúde entre idosos residentes no Triângulo SUL Mineiro

Pesquisador: Leiner Resende Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69897617.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.295.598

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora: "O tornar-se idoso no Brasil tem acontecido de maneira acelerada, com dificuldades de ajuste às novas demandas sociais e sanitárias. Diferentemente dos países desenvolvidos, cujo envelhecimento ocorreu após a vigência de melhores condições de vida da população em uma realidade socioeconômica mais equilibrada (BRASIL, 2007). Assim, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma desigual, apresentando variações nos percentuais entre as regiões brasileiras, sendo 12,7% no Sudeste; 12,3% no Sul; 10,5% no Nordeste, 9,5% no Centro-Oeste e 7,3% no Norte (IBGE, 2010a). Estes dados evidenciam a heterogeneidade do envelhecimento populacional brasileiro sendo relevante desenvolver pesquisas com o intuito de propor ações em saúde que atendam as especificidades de cada localidade. No estado de Minas Gerais a população idosa corresponde a, aproximadamente, 11,8% e no Triângulo Mineiro, local de realização da presente investigação a 11,5% (IBGE, 2010b; 2010c). Estes percentuais estão acima da média nacional denotando a necessidade de desenvolver pesquisas nesta localidade com o intuito de compreender a dinâmica do processo de envelhecimento, bem como suas implicações para as áreas sociais e de saúde. O crescente número de idosos é uma realidade e vem acontecendo em todo o mundo, sendo mais acelerado em países em desenvolvimento. O aumento do envelhecimento populacional é uma das consequências da

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.295.596

transição demográfica, resultado da interação entre a taxa de fecundidade e a de mortalidade (IBGE, 2010). No Brasil, esta realidade é evidenciada pelo percentual considerável de pessoas acima de 60 anos, representadas por 12,6% da população total (IBGE, 2012). Anualmente, 650 mil indivíduos chegam à velhice, a maior parte com doenças crônicas não estão acima da média nacional denotando a necessidade de desenvolver pesquisas nesta localidade com o intuito de compreender a dinâmica do processo de envelhecimento, bem como suas implicações para as áreas sociais e de saúde. O crescente número de idosos é uma realidade e vem acontecendo em todo o mundo, sendo mais acelerado em países em desenvolvimento. O aumento do envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica, resultado da interação entre a taxa de fecundidade e a de mortalidade (IBGE, 2010). No Brasil, esta realidade é evidenciada pelo percentual considerável de pessoas acima de 60 anos, representadas por 12,6% da população total (IBGE, 2012). Anualmente, 650 mil indivíduos chegam à velhice, a maior parte com doenças crônicas não transmissíveis e alguns com limitações funcionais. Em menos de meio século, o Brasil tem passado de um panorama de mortalidade característico de uma população jovem para um cenário de doenças complexas que perduram durante anos e até então eram peculiares dos países longevos (LEBRÃO, 2007). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 48,9% dos idosos apresentam mais de uma doença crônica e, entre aqueles com 75 anos ou mais de idade, a proporção atinge 54,0%. Destaca-se que as morbidades crônicas contribuem para o processo de declínio funcional (IBGE, 2010a). Doenças crônicas não transmissíveis são as afecções que apresentam evolução longa, como resultado de um processo multifatorial, gradativo e cumulativo. Em geral, essas condições cursam com sintomatologia permanente, intervalando fases assintomáticas e agudas (PEREIRA, 2008). Na velhice, esse processo pode se revelar de forma expressiva e, com frequência, pode haver a associação de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando as comorbidades (BRASIL, 2007). Dentre essas morbidades, evidencia-se a depressão, cuja prevalência na velhice é alta (SNOWDON, 2002). A doença traz consigo repercussões importantes na vida do diária (AVDs), que pode levar à dependência e comprometer a qualidade de vida do idoso (SANTOS, 2003). Destaca-se que a manutenção da capacidade funcional para a realização das AVDs, que permite que o idoso viva sem dependência tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde desta área, considerando que ele está mais vulnerável a apresentar doença crônica. Estas morbidades podem gerar dependência funcional e maior utilização dos serviços de saúde, expressos na maior procura, em internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação do leito (VERAS, 2009). De acordo com os dados do sistema de informação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.295.596

Triângulo Mineiro (UFTM), referência para 27 municípios da macrorregião do Triângulo Sul, sediado no município de Uberaba, as internações dos idosos representaram 24% em relação às outras faixas etárias. A média de permanência hospitalar dos idosos foi de 5,75 dias no ano 2008, 7,17 em 2009 e 6,16 em 2010. Os homens idosos apresentaram maior percentual de internação em 2008 (50,98%) e em 2009 (50,1%). Qual a prevalência do indicativo de depressão na população idosa residente no Triângulo Sul Mineiro? A Capacidade Funcional pode interferir no indicativo de depressão?

Idosos com sintomas depressivos procuram mais os serviços de saúde do que idosos sem sintomas?"

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora: "Identificar a prevalência do indicativo de depressão entre idosos residentes no Triângulo Mineiro;

2. Verificar a associação do indicativo de depressão com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, renda, número de morbidades e capacidade funcional.

3. Analisar a utilização e o acesso aos serviços de saúde entre os idosos com indicativo de depressão residentes no Triângulo Mineiro;"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "O risco previsto é de desconforto na aplicação do instrumento de depressão. Se isso ocorrer ao idoso será oferecido apoio emocional, será interrompido a entrevista e será feito encaminhamento para a ESF do território adscrito. Será utilizado número de identificação para garantia do anonimato.

O risco previsto é de desconforto na aplicação do instrumento de depressão. Se isso ocorrer ao idoso será oferecido apoio emocional, será interrompido a entrevista e o encaminhamento para a ESF do território adscrito. Será utilizado número de identificação para garantia do anonimato.

O benefício será de identificar idosos com depressão e fatores associados para que os profissionais de saúde estejam mais atentos ao tema, procurando melhorar a assistência a esses idosos. Todos os municípios que serão investigados contam com Equipes de Saúde da Família (ESF), e todas as equipes contam com profissional de psicologia."

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadla CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.295.596

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com abordagem quantitativa; tipo inquérito domiciliar; analítico, transversal e observacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 22/09/2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890626.pdf	20/09/2017 09:24:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_20_09.doc	20/09/2017 09:24:38	Leiner Resende Rodrigues	Aceito
Outros	Apendice_Anexos.docx	17/06/2017 13:03:03	Leiner Resende Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Leiner.docx	14/06/2017 09:44:53	Leiner Resende Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/05/2017 09:37:08	Leiner Resende Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadla	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.295.596

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 25 de Setembro de 2017

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br