

6 - Espiritualidade Na Qualidade De Vida E Capacidade Funcional De Idosos

Mcs. Clarissa Marreiros Lages da Silveira ¹

Dr. Vicente Paulo Alves ²

Henrique Pires da Silveira Fontenele de Meneses ¹

Alana Pires da Silveira Fontenele de Meneses ¹

Yúla Pires da Silveira Fontenele de Meneses ¹

1. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, Exercício Físico e Saúde (GEQUAES) do Centro Universitário Uninovafapi Afya. Teresina-PI, Brazil.

2. Professor do Mestrado em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília

doi: 10.16887/90.a3.140

Resumo

O amparo à pessoa idosa dado pelas crenças, melhora a percepção de qualidade de vida, e estimula o indivíduo a se reinventar, buscando novas formas de um melhor viver com independência e autonomia. O objetivo deste estudo foi comparar a espiritualidade de idosos com sua capacidade funcional e qualidade de vida a partir de pesquisa quantitativa exploratória com a aplicação de questionário e entrevista em instituições de longa permanência e em grupos de idosos assistidos em igrejas católicas e evangélicas em trabalhos de espiritualização e ressocialização. Para avaliação da capacidade funcional fez-se uso do índice de Katz (2008), a qualidade de vida pelo questionário WHOQOL-BREF (2000) e a religiosidade pela Escala de Religiosidade da Duke-Durel (2008). A comparação dos dados foi feita pelo teste Quiquadrado e a correlação linear de Pearson pelo programa Bioestatic 5.0. Idosos tinham idade média de $70 \pm 8,12$ anos. O grupo de IFI reflete maior nível de independência quando comparadas às médias do grupo de idosos institucionalizados, que foram classificados com dependência parcial. E a fé, em todos os grupos se faz presente e influencia no modo de viver desses idosos. Não houve relação entre a espiritualidade e a capacidade funcional de ambos os grupos ($p > 0,05$), contudo houve correlação entre espiritualidade e qualidade de vida. Os resultados encontrados contribuem para enfatizar a importância do estímulo da espiritualidade em prol da qualidade de vida entre os idosos.

Palavras-chave: Atenção integral ao idoso; Qualidade de vida; Espiritualidade.

Spirituality In Quality Of Life And Elderlies' Functional Capability

Abstract

The support to elderly people given by their beliefs, improves their perception of quality of life, and encourages the individual to reinvent themselves, seeking new ways of better living with independence and autonomy. The aim of this study was to compare the spirituality of the elderly with their functional capacity and quality of life based on quantitative exploratory research with the application of a questionnaire and interview in long-term care institutions and groups of elderly assisted in spiritualization and resocialization programs in Catholic and Evangelical churches. Functional capacity was assessed using the Katz index (2008), quality of life by the WHOQOL-BREF questionnaire (2000) and religiosity by the Duke-Durel Religiousness Scale (2008). Data were compared using the chi-square test and Pearson's linear correlation using the Bioestatic 5.0 software. The elderly had a mean age of 70 ± 8.12 years. The IFI group reflects a higher level of independence when compared to the means of the institutionalized elderly group, which were classified as partially dependent. And faith is presente in all the groups and influences the way of life of these elderly. There was no relationship between spirituality and functional capacity of both groups ($p > 0.05$), however there was a correlation between spirituality and quality of life. These results contribute to emphasize the importance of stimulating spirituality on quality of life among the elderly.

Key-words: Comprehensive health Care; Quality of life; Spirituality.

Spiritualite Dans La Qualite De Vie Et La Capacite Fonctionnelle Des Personnes Agees

Résumé

Le soutien aux personnes âgées apporté par les croyances améliore la perception de la qualité de vie et encourage l'individu à se réinventer, à la recherche de nouvelles façons de mieux vivre en toute indépendance et autonomie. L'objectif de cette étude était de comparer la spiritualité des personnes âgées avec leurs capacités fonctionnelles et leur qualité de vie à travers une recherche exploratoire quantitative avec l'application d'un questionnaire et d'un entretien dans des institutions de longue durée et dans des groupes de personnes âgées assistées dans des églises catholiques et évangéliques en spiritualisation et resocialisation. Pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle, l'indice Katz (2008), la qualité de vie par le questionnaire WHOQOL-BREF (2000) et la religiosité par l'échelle de religiosité Duke-Durel (2008) ont été utilisés. Les données ont été comparées en utilisant le test du chi carré et la corrélation linéaire de Pearson en utilisant le programme Bioestatic 5.0. Les personnes âgées avaient en moyenne $70 \pm 8,12$ ans. Le groupe IFI reflète un niveau d'indépendance plus élevé par rapport

aux moyennes du groupe de personnes âgées institutionnalisées, qui ont été classées comme partiellement dépendantes. Et la foi, dans tous les groupes, est présente et influence le mode de vie de ces personnes âgées. Il n'y avait pas de relation entre la spiritualité et la capacité fonctionnelle des deux groupes ($p > 0,05$), mais il y avait une corrélation entre la spiritualité et la qualité de vie. Les résultats trouvés contribuent à souligner l'importance de stimuler la spiritualité après la qualité de vie des personnes âgées.

Mots-clés: soins complets aux personnes âgées; Qualité de vie; Spiritualité.

Espiritualidad en la calidad de vida y capacidad funcional de los ancianos

Resumen

El apoyo a las personas mayores dado por las creencias, mejora la percepción de la calidad de vida y alienta al individuo a reinventarse, buscando nuevas formas de vivir mejor con independencia y autonomía. El objetivo de este estudio fue comparar la espiritualidad de los ancianos con su capacidad funcional y calidad de vida a través de la investigación exploratoria cuantitativa con la aplicación de un cuestionario y una entrevista en instituciones a largo plazo y en grupos de personas mayores asistidas en iglesias católicas y evangélicas en espiritualización y resocialización. Para la evaluación de la capacidad funcional, se utilizaron el índice de Katz (2008), la calidad de vida del cuestionario WHOQOL-BREF (2000) y la religiosidad de la Escala de Religiosidad de Duke-Durel (2008). Los datos se compararon con la prueba de Chi-cuadrado y la correlación lineal de Pearson con el programa Bioestatic 5.0. Las personas mayores tenían una edad promedio de 70 ± 8.12 años. El grupo IFI refleja un mayor nivel de independencia en comparación con los promedios del grupo de ancianos institucionalizados, que se clasificaron como parcialmente dependientes. Y la fe, en todos los grupos, está presente e influye en la forma de vida de estas personas mayores. No hubo relación entre la espiritualidad y la capacidad funcional de ambos grupos ($p > 0.05$), sin embargo, hubo una correlación entre la espiritualidad y la calidad de vida. Los resultados encontrados contribuyen a enfatizar la importancia de estimular la espiritualidad después de la calidad de vida entre los ancianos.

Palabras clave: Atención integral a personas mayores, Calidad de vida, Espiritualidad

Introdução

O acelerado crescimento da população brasileira acima de sessenta anos é uma realidade descrita por vários estudos atuais. Essa transição demográfica é observada na tendência à inversão da pirâmide como decorrência da redução da população jovem e da natalidade, juntamente com o notável aumento da longevidade (GONÇALVES, 2015; MIRANDA et al., 2016). De acordo com o último censo geral de 2010 do IBGE (2011) a população de idosos no Brasil praticamente dobrou entre os anos de 1970 e 2010, possibilitando uma estimativa de crescimento para 2050 de cerca de 24% da população total (IBGE, 2013).

O envelhecimento é um processo natural e comum a todos os seres humanos, caracterizado por declínios e perdas nos sistemas fisiológico, morfológico, funcional e psicológico de forma que os estudos apontam que nesta etapa ocorre uma desregulação dos mecanismos responsáveis pela homeostase do organismo (JACOB FILHO, 2009). Toda essa modificação nos sistemas do corpo do idoso pode estar relacionada a transição epidemiológica, onde as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na sua maioria incapacitante, tornam-se as principais queixas nos postos de atendimento à saúde (REIS, NORONHA & WAJNMAN, 2016).

O aparecimento gradativo das DCNT associado à diminuição significativa da massa e da função muscular provoca alteração da capacidade funcional, que de acordo com Kagawa e Corrente (2015) é definida como a capacidade que o indivíduo possui de manter suas habilidades físicas e mentais podendo dessa forma ter uma vida independente e autônoma nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. A avaliação funcional em idosos serve como guia das possíveis intervenções nessa população, pois através dela é possível mensurar de forma objetiva a probabilidade de futura dependência e outras complicações advindas da senescência e da senilidade (CAMARA et al., 2008; LUSTOSA et al., 2016).

O declínio físico e mental decorrente do envelhecimento normal observado nas pessoas idosas demanda cuidados especiais, que requerem disponibilidade de tempo e dedicação dos mais próximos, a fim de proporcionar vida digna a elas. Infelizmente a falta de tempo, recurso, paciência e cuidados por parte dos familiares e cuidadores são alguns dos fatores determinantes para a institucionalização dessas pessoas (ARAÚJO, SOUZA & FARO, 2010).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 (BRASIL, 2005), as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são definidas como instituições governamentais ou não governamentais destinadas a moradia de pessoas com 60 anos ou mais, com ou sem base familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. No Brasil em 2010 foram identificadas 3549 ILPIs, sendo a maioria na Região Sudeste, demonstrando ser aí a maior concentração dessa população. Neste mesmo ano foi constatado que cerca de 30% dos idosos vivem como residentes nesse tipo de instituição (CAMARANO & KANSO, 2010; KANSO et al., 2010).

As internações podem por muitas vezes levar ao isolamento e à privação social do idoso desencadeando novas adaptações e aprendizados longe do meio familiar, com a necessidade de formar novos ciclos de amizades e de se acostumar com as novas rotinas. No entanto, existem casos onde a ILPI é a oportunidade de uma melhor vida para aquele indivíduo (ARAÚJO et al., 2014). Independente da causa da internação, o abalo emocional provocado pela mudança de ambiente e pelas modificações advindas do processo de envelhecimento afetam o modo de viver do idoso, ou seja, sua qualidade de vida (SILVA et al., 2017).

A qualidade de vida (QV) é algo subjetivo e para mensurar é necessário pensar no indivíduo como um ser integral, considerando suas condições físicas e psicológicas, o meio em que vive, suas relações sociais e sua satisfação com a saúde e o lazer (Silva et al., 2014). Devido ainda haver divergências entre qual a verdadeira influência destes fatores sobre a QV, faz-se necessário proceder à mensuração dela com diferentes populações, inseridas em culturas e valores específicos de cada região, pois dessa forma poder-se à favorecer a compreensão sobre o processo de envelhecimento, estimulando a implantação de programas mais personalizados para os idosos (PAULA et al., 2016).

Poder quantificar a QV dos idosos em diferentes situações de vivência demonstra o interesse que está despertando para o futuro onde viver mais será sinônimo de viver bem, com qualidade e dignidade, sem desperdícios de gastos, pois com planejamento, existirá adaptação às necessidades individuais de cada um (PAULA et al., 2016). Dentre as variáveis investigadas na mensuração da QV, a espiritualidade é a mais referida pelos idosos de mais idade, como suporte de enfrentamento das dificuldades e dos medos adquiridos com o passar dos anos, sejam idosos institucionalizados ou que estão no convívio familiar (OLIVEIRA & ALVES, 2014).

As pessoas quando se aproximam da finitude podem passar a procurar mais as práticas religiosas e espirituais para buscar entender questões relacionadas à vida e ao seu sentido, isso sem necessariamente ter que comparecer a cultos e igrejas, celebrações ou rituais, porque o entendem que basta realizar individualmente suas orações e meditações em casa sem ter que ir aos templos (SILVA, 2015).

A busca pelo significado da vida é algo transcendental, sem exigir uma religião específica e que alguns autores dão o nome de espiritualidade. Ela pode estar ou não vinculada à religiosidade, no entanto existem conceitos diferentes, onde a religiosidade relaciona-se à prática doutrinária e social, exigindo a presença em celebrações rituais, com cultos e missas. Já a espiritualidade caracteriza-se pelo transcendental, onde a pessoa acredita em algo superior que possa dar esclarecimentos sobre as dificuldades enfrentadas e que não necessariamente esteja ligada a um nome divino (DUARTE et al., 2008).

A espiritualidade tem sido associada aos tratamentos de saúde, tanto em relação ao paciente quanto à equipe médica envolvida. Escolas médicas de todo mundo passaram a inserir a espiritualidade nos estudos de formação de novos médicos por perceberem que ela é um fator que contribui para a qualidade de vida e melhoria da saúde dos idosos internados (REGINATO, BENEDETTO & GALLIAN, 2016).

Acredita-se que a espiritualidade auxilie as pessoas idosas no enfrentamento de questões existenciais principalmente relacionadas às doenças crônicas que se fazem presentes nessa fase, bem como saber lidar com as perdas frequentes. Esse amparo dado pelas crenças melhora a percepção de qualidade de vida, e estimula o indivíduo a se reinventar, buscando novas formas de um melhor viver com independência e autonomia (VIEIRA & AQUINO, 2016).

Diante do exposto, pretendeu-se realizar um estudo em que fosse possível comparar espiritualidade dos idosos com sua capacidade funcional e qualidade de vida, mensurando a capacidade funcional dos idosos que estão inseridos nas atividades realizadas dentro das igrejas católicas e evangélicas, bem como daqueles institucionalizados, investigando também as relações entre o ambiente do idoso e as condições de saúde, levando em consideração a pontuação na escala de religiosidade, avaliando os níveis de espiritualidade dos grupos investigados e a qualidade de vida de idosos inseridos em diferentes ambientes.

Métodos

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa de campo do tipo exploratória procura aprofundar-se em uma realidade específica, através da aplicação de questionários ou entrevistas a fim de captar maiores informações sobre determinada população, com o objetivo de possibilitar uma visão geral a cerca de um tema pouco explorado (GIL, 2008).

Área de Trabalho e População

A pesquisa foi realizada na cidade de Teresina-Piauí, em sete instituições de longa permanência (ILPIs) cadastradas na prefeitura, cinco igrejas católicas e duas evangélicas, onde ambas desenvolvem atividades de ressocialização e espiritualização com grupos de idosos em horários diferentes ao das celebrações.

Amostra

Foram avaliados 128 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 106 anos, sendo 57 frequentadores da igreja católica, 27 das igrejas evangélicas e 44 residentes nas ILPIs. Destes foram incluídos na amostra 121

idosos, baseado nos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais, estar presente no local da coleta no dia e horário agendado. Foram excluídos da pesquisa, idosos com qualquer diagnóstico de demência, déficit na fala (afasias) e acamados.

Procedimento e Coleta de Dados

A coleta foi realizada no mês de abril de 2017, no turno da manhã, pela própria pesquisadora nos locais e horários marcados antecipadamente com os responsáveis pelas ILPIs e pelos projetos desenvolvidos nas igrejas. Os questionários foram aplicados individualmente com cada participante, proporcionando maior discrição e liberdade no momento das respostas.

Para definição do perfil sociodemográfico da população estudada foi aplicado um questionário semi-estruturado elaborado pela pesquisadora (ANEXO B) baseado nos questionários utilizados nas pesquisas de Pereira et al. (2014) e de Barbosa et al. (2014).

Para avaliação da capacidade funcional fez-se uso do índice de Katz (Lino et al., 2008) (ANEXO C) e da escala de Lawton e Brody (Santos & Virtuoso Junior, 2008) (ANEXO D). Foi investigada a capacidade do idoso de desempenhar as ABVDs (banho, vestir-se, transferência, uso do vaso sanitário, alimentação e continência) e as AIVDs (uso do telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, controle de medicações e do dinheiro).

O índice de Katz foi aplicado no formato Likert que pontua cada item de 1 a 3, onde a pontuação 1 representa "Independência" e está relacionada com o uso de ajuda não-humana (bengalas, barras, apoio em móveis); 2 relaciona-se a ajuda humana e representa "Dependência Parcial" e 3 pontua como "Dependência Completa". Ao final, quanto maior o escore maior a dependência do paciente (AFONSO et al., 2013; OLIVEIRA; GORETTI & PEREIRA, 2006). Na escala de Lawton e Brody a nota foi atribuída baseada na necessidade de ajuda, qualidade da execução e iniciativa, podendo variar de 1 a 3, onde a nota 1 está relacionada a incapacidade para realização da atividade, a nota 2 representa a necessidade de ajuda ou companhia e 3 refere total independência para função referida. Deste modo o idoso pôde ser classificado como dependente total (pontuação até 5), dependente parcial (de 5 até 20 pontos) e independente (21 pontos) (SANTOS & VIRTUOSO JÚNIOR, 2008; PEREIRA et al., 2014).

A qualidade de vida foi mensurada através do questionário da Organização Mundial da Saúde (OMS), na versão abreviada (WHOQOL-BREF) (ANEXO E). Este questionário foi validado no Brasil por Fleck et al. (2000), e é constituído de 26 questões, onde 24 abrangem quatro domínios para avaliação da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e as duas restantes avaliam a percepção global da qualidade de vida e saúde (FLECK et al., 2000; SANTOS et al., 2014).

As questões foram formuladas para respostas na escala tipo Likert, abrangendo intensidade (nada e extremamente), capacidade (nada e completamente), frequência (nunca e sempre) e avaliação (muito insatisfeito, muito satisfeito, muito ruim e muito bom). A nota variou de 1 a 5 dependendo da escolha da alternativa, e em ordem crescente de qualidade, ou seja, quanto maior a nota melhor a percepção de qualidade de vida do participante (STIVAL et al., 2014).

A avaliação da religiosidade foi realizada através da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke-Durel (Almeida et al., 2008) ANEXO F). Essa escala Durel possui cinco itens que captam as três dimensões religiosa que mais tem relação com a saúde, que são elas: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional ou privada (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). As duas primeiras questões abordam RO e RNO, e estão relacionadas à saúde física, mental e suporte social, ou seja, a frequência em encontros religiosos (missas, cultos, grupos de oração) e os hábitos e comportamentos religiosos que independem do local ou interação com outras pessoas. As três restantes de RI se relacionam com a internalização e vivência da religiosidade, isto é, compreensão da crença religiosa em si (KOENIG et al., 1997; MARTINEZ et al., 2014).

A pontuação das dimensões RO e RNO variam de 1 a 6 e a dimensão RI varia de 1 a 5 podendo obter uma nota máxima de 15 pontos. Ao final do teste o escore encontrado deve ser analisado separadamente para cada dimensão, e jamais devem ser somados no final com objetivo de um escore total (MARTINEZ, 2014; MARQUES & AGUIAR, 2014).

Além disso, para avaliar a espiritualidade foi aplicada uma escala de autopercepção (APÊNDICE B) ao participante sobre o quanto ele se considera religioso e espiritualizado, com uma definição prévia do conceito de religiosidade e espiritualidade para que desta forma ele pudesse pontuar corretamente de 0 a 10.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília com o parecer nº 1.984.644. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise Estatística

Os dados foram processados e analisados por meio do programa estatístico *Bioestatic*, versão 5.0. Inicialmente, foi aplicado o teste de kolmogorov-smirnov para a averiguação da normalidade dos dados. Em seguida, as variáveis categóricas (dados sociodemográficos) foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as numéricas por meio de média \pm desvio padrão.

Para comparações de dados categóricos foram utilizados o teste do Qui-quadrado ou teste G para os dados contínuos foram utilizados o teste paramétrico de *T Student* (para amostras independentes) e o não paramétrico de Man-Whitney. Para análise da correlação entre variáveis foi utilizado o teste de correlação linear de Pearson. Foi considerado estatisticamente significativo valor de $p < 0,05$.

Resultados:

Foram coletados dados de 128 idosos que estavam presentes nos locais da coleta. No entanto houve uma perda de aproximadamente 7% da amostra, por preenchimento de forma incorreta dos questionários ou por estarem fora da idade mínima exigida nos critérios de inclusão. Desta forma, a partir de uma população de 128 idosos, sendo que 3, não responderam aos questionários de forma correta, 4 tinham idade inferior a 60 anos finalizando com uma amostragem de 121 idosos.

A média de idade dos participantes foi de $70 \pm 8,12$ anos, para o grupo IFI e de $78 \pm 9,99$ anos, para os ILPI, variando de 60 a 106 anos de idade. A maior parte da amostra tanto dos IFI quanto dos ILPI foi composta de idosos do sexo feminino (86% IFI e 69% ILPI), brancos (36% IFI e 50% ILPI), praticantes da religião católica (58% IFI e 83% ILPI) e portadores de doenças crônicas não-degenerativas associadas (35% IFI e 28% ILPI).

No entanto existiram dados independentes e diferentes em cada população, como por exemplo, o tempo de institucionalização; e a escolaridade que teve predomínio de ensino fundamental incompleto, enquanto nos idosos institucionalizados predominou a ausência de escolaridade. Os demais dados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica dos idosos frequentadores de igreja católica e evangélica e dos idosos institucionalizados de Teresina, PI. (N = 121)

Variáveis	Idosos Frequentadores de Igreja (n=79)	Idosos Institucionalizados (n=42)
Idade	70,72 ± 8,12	78,76 ± 9,99
Sexo		
Masculino	11 (13,92%)	13 (30,95%)
Feminino	68 (86,08%)	29 (69,05%)
Cor		
Branco	29 (36,71%)	21 (50,00%)
Preto	22 (27,85%)	19 (45,24%)
Mulato/caboclo/pardo	26 (32,91%)	2 (4,76%)
Indígena	1 (1,27%)	0 (0,00%)
Amarelo	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Não respondeu	1 (1,27%)	0 (0,00%)
Escolaridade		
Nenhuma	11 (13,92%)	14 (33,33%)
Ensino Fund Incomp	15 (18,99%)	12 (28,57%)
Ensino Fund Comp	12 (15,19%)	6 (14,29%)
Ensino Médio	26 (32,91%)	7 (16,67%)
Ensino Superior	15 (18,99%)	3 (7,14%)
Religiã		
Católica	46 (58,23%)	35 (83,33%)
Evangélica	29 (36,71%)	3 (7,14%)
Espirita	1 (1,27%)	1 (2,38%)
Budista	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Apenas acredita em Deus	2 (2,53%)	0 (0,00%)
Nenhuma religião	1 (1,27%)	3 (7,14%)
Doenças		
Hipertensão	25 (31,65%)	11 (26,19%)
Diabetes	1 (1,27%)	2 (4,76%)
AVC	1 (1,27%)	0 (0,00%)
Câncer	2 (2,53%)	0 (0,00%)
Cardiopatias	2 (2,53%)	5 (11,90%)
Osteoporose	8 (10,13%)	2 (4,76%)
Artrite/Reumatismo	2 (2,53%)	0 (0,00%)
Depressão	0 (0,00%)	2 (4,76%)

Associação de doenças	28 (35,44%)	12 (28,57%)
Não possuía nenhuma	10 (12,66%)	8 (19,05%)
Tempo de Institucionalização (meses)	-	42,67 ± 54,94

Fonte própria

Na comparação do nível de independência das atividades básicas e instrumentais de vida diária entre os grupos percebeu-se que o grupo de IFI reflete maior nível de independência (6,25 ± 0,98 Katz; 19,32 ± 2,56 LB) quando comparadas às médias do grupo de ILPI (8,59 ± 3,05 Katz; 9,59 ± 2,16 LB), que foram classificados com dependência parcial nos dois testes.

Com exceção da dimensão RI da escala de Duke-Durel, não foi constatada diferença significativa nas notas dadas à religião e espiritualidade pelos dois grupos. Esse fato pode ser devido à semelhança nos valores das notas atribuídas pelas populações, sendo a média dos IFI igual a 9,03 e a dos idosos institucionalizados igual a 8,40. Esses dados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 Comparação da Capacidade Funcional e da Espiritualidade entre idosos frequentadores de igrejas e idosos institucionalizados de Teresina, PI. (N = 121)

Variável	Idosos frequentadores de igreja (média ± DP)	Idosos Institucionalizados (média ± DP)	P
Escala de Katz	6,25 ± 0,98	8,59 ± 3,05	0,0001*
Escala Lawton e Brody	19,32 ± 2,56	9,59 ± 2,16	0,0001*
Nota Religiosidade	8,68 ± 2,20	8 ± 3,34	0,6770
Nota Espiritualidade	9,03 ± 1,80	8,40 ± 2,90	0,7917
Religiosidade Organizacional (RO)	2,03 ± 1,04	2,16 ± 1,03	0,4204
Religiosidade Não Organizacional (RNO)	2,14 ± 0,83	2,42 ± 1,10	0,1840
Religiosidade Intrínseca (RI)	3,63 ± 1,10	4,69 ± 1,91	0,0030*

* Teste Man-Whitney. $p < 0,05$ (significativo).

Fonte: Pesquisa Direta.

Na Tabela 3 está descrito a comparação entre os grupos estudados com relação à qualidade de vida. Neste questionário foi constatada diferença significativa em todos os domínios abordados, onde o grupo dos idosos institucionalizados apresentou uma pior qualidade de vida subjetiva quando comparados aos IFI. Em relação aos domínios, os maiores scores foram obtidos nos domínios psicológico (3,96 ± 1,06 IFI), global (3,32 ± 0,85 ILPI) e relações sociais (4,18 ± 1,07 IFI; 3,48 ± 1,20 ILPI), enquanto as menores notas foram atribuídas ao domínio meio ambiente (1,88 ± 1,01 IFI; 2,33 ± 1,16 ILPI).

Tabela 3 Comparação dos valores médios obtidos no questionário de qualidade de vida entre idosos frequentadores de igreja e idosos institucionalizados (n=121) Teresina-PI, 2017.

Domínios	Idosos frequentadores de igreja (média ± DP)	Idosos Institucionalizados (média ± DP)	p
Global	3,90 ± 0,82	3,32 ± 0,85	0,0001*
Físico	3,68 ± 1,22	3,30 ± 1,17	0,0017*
Psicológico	3,96 ± 1,06	3,19 ± 1,20	0,0001*
Relações Sociais	4,18 ± 1,07	3,48 ± 1,20	0,0001*
Meio ambiente	1,88 ± 1,01	2,33 ± 1,16	0,0299*

* Teste T student. $p < 0,05$ (significativo).

Nos gráficos abaixo se pode observar que não houve relação entre a espiritualidade e a capacidade funcional de ambos os grupos ($p > 0,05$). Esse fato pode ser devido aos altos valores atribuídos à espiritualidade por todos os grupos. Mesmo subdividindo os grupos em mais espiritualizados e menos espiritualizados, ainda assim não foi encontrado valores estatisticamente significantes, como mostram os Gráficos 1 e 2.

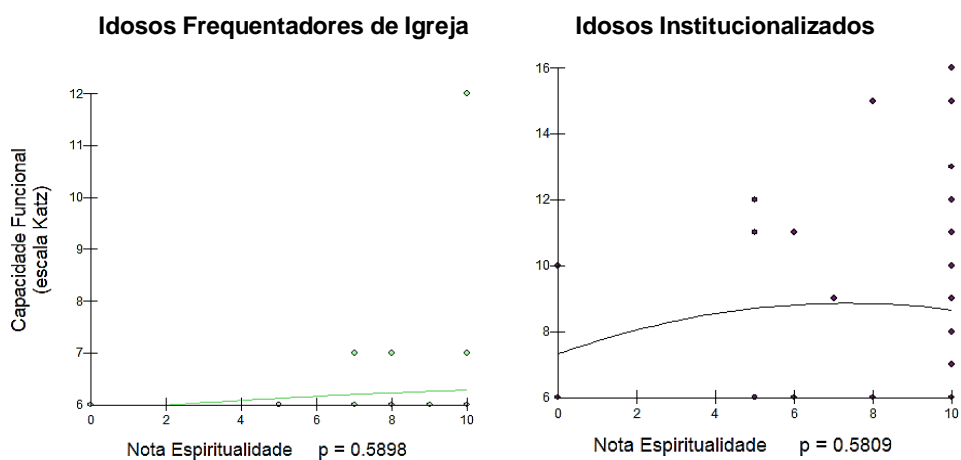


Gráfico 1: Análise da correlação da capacidade funcional (ABVDs) e espiritualidade

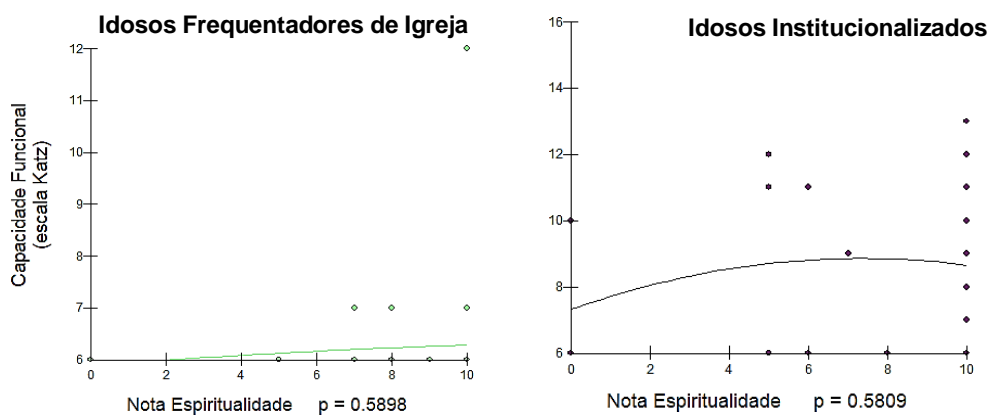


Gráfico 1: Análise da correlação da capacidade funcional (ABVDs) e espiritualidade

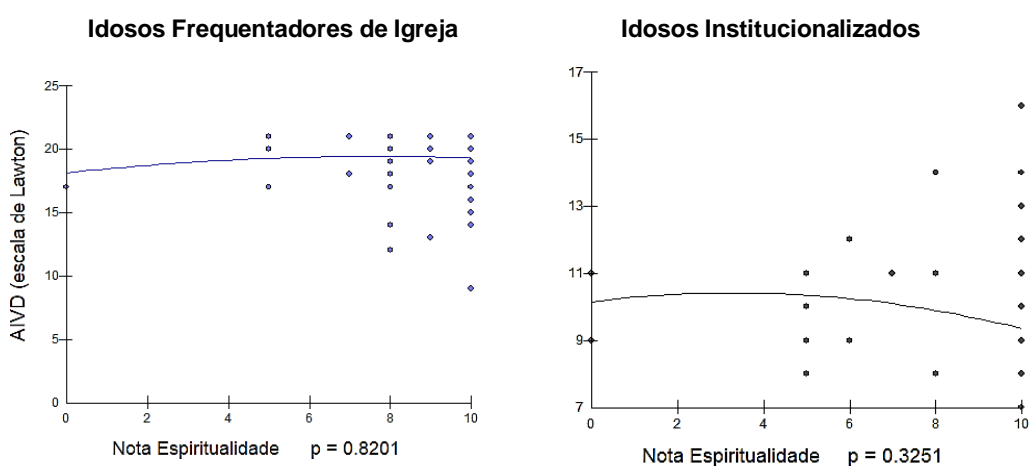


Gráfico 2: Análise da correlação da capacidade funcional (AIVDs) e espiritualidade

Ao correlacionar a espiritualidade com a qualidade de vida, diferentemente da capacidade funcional, observamos que houve significância ($p < 0,05$) onde o gráfico 3 abaixo demonstra que quanto maior a nota da espiritualidade melhor a qualidade de vida referida no WHOQOL-bref.

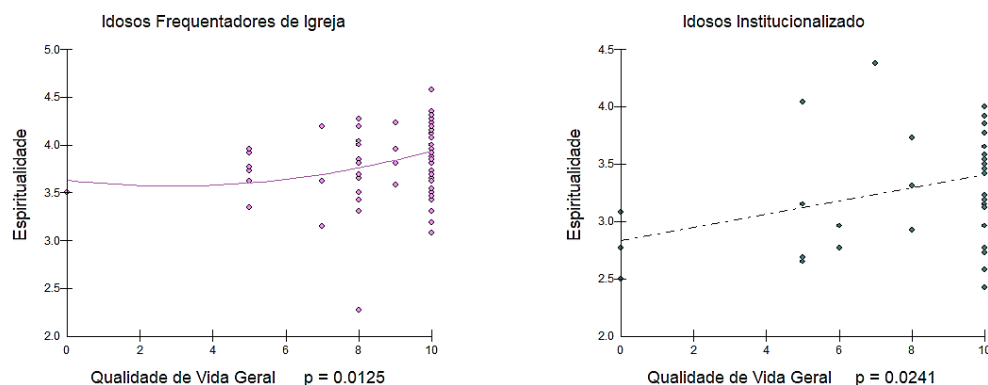


Gráfico 3: Análise da correlação entre a Espiritualidade e a Qualidade de Vida geral.

Discussão

No presente estudo houve predomínio de idosos do sexo feminino. Esse fenômeno de feminização na população de idosos também foi relatado nos estudos de Santos (2012) em Belo Horizonte, Silva (2015) em Uberaba e Carlos (2015) em Coimbra. Um pouco menos frequente e discordando dos achados anteriores, existem estudos com predomínio do sexo masculino, como foi o caso da pesquisa realizada por Pilger et al. (2017) em centros de diálise, fato esse que pode reafirmar a deficiência de cuidados à saúde por parte dos homens.

Outro fato relevante encontrado nessa pesquisa que corrobora com outros estudos realizados no Brasil foi a predominância da religião católica tanto entre os idosos institucionalizados quanto entre os IFI (SANTOS, 2012; SANTOS & ABDALA, 2014; SILVA, 2015).

Segundo Santos & Abdala (2014), mesmo reduzindo a frequência aos encontros religiosos devido às limitações da idade, os idosos tem o envolvimento religioso como protetor para o bem-estar físico e como recurso terapêutico para uma boa saúde mental e física. No estudo de Oliveira & Alves (2014) com idosos institucionalizados do interior da Bahia também foi constatado que os participantes utilizam-se da fé como apoio e força para o enfrentamento das dificuldades adquiridas com a idade.

Ainda sobre a religiosidade e espiritualidade das populações investigadas no presente estudo, foram observadas notas elevadas atribuídas por ambas, demonstrando que a fé se faz presente e influencia no modo de viver desses idosos. Silva (2015) em sua pesquisa verificou que pessoas idosas são mais religiosas que jovens, pois acreditam que a prática da religiosidade e da espiritualidade serve como subsídio para enfrentar positivamente os eventos estressores dessa fase.

Diferente do encontrado no presente estudo, Carlos (2015) constatou baixos níveis de espiritualidade entre os idosos da sua pesquisa, onde 60% dos participantes não concordaram com a afirmação de que a vida muda para melhor ao atingir a velhice e referiram sentir abandono de Deus.

Devido às incapacitações decorrentes da própria idade ou de patologias, a prática da religiosidade intrínseca (RI) foi a mais referida nos estudos de Santos (2012), Silva (2015) e Santos & Abdala (2014), ou seja, a incapacidade de locomoção ou a dependência de terceiros para o ir e vir, não impede a prática da fé entre os idosos. Na pesquisa realizada foi constatado que houve diferença entre a prática da RI, onde os IFI vivem mais intensamente os aspectos psicológicos e internos da sua religiosidade quando comparados aos institucionalizados.

Em relação à capacidade funcional dos idosos pesquisados foi verificado que todos possuem grau de independência segundo as escalas de Katz e Lawton e Brodi, sendo que aqueles que participam de atividades realizadas nas igrejas obtiveram melhores escores, sendo classificados como mais independentes para realização das ABIVDs. Tal fato também foi referido na pesquisa realizada por Costa (2017), que fez uso das mesmas escalas e constatou que os idosos institucionalizados apresentaram menor funcionalidade para realização das ABVDs e AIVDs.

Ferreira et al. (2014) revelou em sua pesquisa que o tempo prolongado de institucionalização contribui para redução da capacidade funcional, pois acredita-se que a internação em ILPIs favorece a não realização das atividades de vida diária, o isolamento social e redução do autocuidados. No presente estudo o tempo médio de internação foi de aproximadamente 43 meses.

Rocha & Ciosak (2014), relataram na sua pesquisa que 70% dos idosos da sua amostra foram classificados como independentes para realização das atividades diárias. No entanto, mesmo independentes, cerca de 65%

declararam que o aparecimento das doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, osteoporose e diabetes, reduz a capacidade de realizar atividades e aumenta a dependência. Tais patologias foram as mais referidas pelos idosos participantes do presente estudo.

Essa alteração da capacidade funcional é tida como um dos principais conflitos vividos pelos idosos do estudo realizado por Santos (2012), que relatou que a incapacidade acarreta alteração do modo de vida, pois há déficit de força, velocidade e disposição. Nesse mesmo estudo, assim como no realizado por Silva (2015), a espiritualidade foi relatada como estratégia de enfrentamento, onde os idosos afirmam praticar a religiosidade intrínseca a fim de alcançar acolhimento e amparo de Deus, como também, acreditam que a devoção pode favorecer o sucesso do tratamento de doenças e possivelmente a cura.

Também correlacionando a incapacidade funcional com as crenças religiosas, Santos et al. (2013), pôde verificar que o enfrentamento religioso utilizado pelos idosos nessas condições tem como principal função amenizar as respostas emocionais desencadeadas pela nova experiência de agora de não poderem conseguir realizar tarefas antes tidas como elementares. Lima, Valença & Reis (2016), constataram também que a fé e espiritualidade auxiliam na superação de angústias e sentimentos negativos decorrentes do aparecimento das doenças crônicas.

Discordando do mencionado acima, na presente amostra tal como no estudo realizado por Santos & Abdala (2014) não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e os testes de capacidade funcional. Esse fato pode ser explicado devido aos altos valores atribuídos a espiritualidade pelos dois grupos investigados, demonstrando a relevância da prática religiosa para essa população. Além disso, todos os idosos participantes foram classificados como independentes para realização das ABIVDs, algo que contradiz os estudos referidos que associam o auxílio da espiritualidade aos idosos já dependentes.

Com relação à interferência da espiritualidade na qualidade de vida (QV) o presente estudo verificou que houve correlação em todos os domínios do teste utilizado. Foi constatado ainda que os idosos que frequentam atividades nas igrejas católicas e evangélicas apresentaram melhor classificação, referindo ter melhor QV quando comparados aos idosos institucionalizados.

Tais resultados corroboram com o que foi encontrado por Santos & Abdala (2014), onde os idosos que apresentaram melhor *score* na qualidade de vida foram aqueles que praticavam a religiosidade de maneira mais assídua tanto de forma extrínseca, com as idas às igrejas, quanto de forma intrínseca através das meditações. Carlos (2015) também referiu em sua pesquisa que os idosos com alto nível de espiritualidade apresentavam melhor qualidade de vida.

Tal fato sugere que a espiritualidade e a fé podem fazer diferença no enfrentamento das dificuldades referidas nessa fase da vida, e que independente do local onde vive ou das limitações impostas por patologias ou idade, a fé sempre se faz presente no dia a dia das pessoas idosas.

Pilger et al. (2017), em sua pesquisa com idosos submetidos à hemodiálise da mesma forma como no presente estudo correlacionou a qualidade de vida mensurada através do WHOQOL-bref ao bem estar espiritual, e pôde constatar significância em todos os domínios, com exceção do meio ambiente. Este domínio na nossa pesquisa apresentou o pior *score*, demonstrando a insatisfação dos idosos, principalmente daqueles que residem nas ILPIs.

Mesmo apontando correlação significativa entre algumas variáveis o presente estudo apresenta limitações. A ausência de um questionário que verificasse a espiritualidade de fato, sem associar a religiosidade foi uma dificuldade encontrada. Além disso, a escassa população de evangélicos e a dificuldade de compreensão de algumas questões foram pontos que também dificultaram e podem ter interferido nos resultados finais.

Conclusão

A população estudada foi predominantemente independente tanto nas atividades básicas quanto nas atividades instrumentais de vida diária, demonstrando a interferência do ambiente em que vivem, já que os institucionalizados foram tidos como dependentes parciais. O mesmo foi verificado na espiritualidade, com *scores* altos atribuídos por todos os idosos. Este fato pode ter sido o motivo para a não correlação entre a espiritualidade e a capacidade funcional dos idosos.

A religiosidade intrínseca, ou seja, a prática da fé mesmo fora dos centros religiosos foi a única estatisticamente significativa entre os grupos, comprovando que mesmo diante das dificuldades os idosos têm em Deus um alicerce para o enfrentamento. Além disso, a interferência positiva constatada da espiritualidade na qualidade de vida dos idosos reforça a importância do estímulo ao cultivo da fé em todos os ambientes habitados por essa população, principalmente dentro das ILPIs, onde eles se veem distantes da família, amigos e sociedade.

Os resultados encontrados contribuem para enfatizar a importância do estímulo da espiritualidade entre os idosos, uma vez que a influência dela no modo de viver e pensar foi positiva. Apesar disso, sugere-se novos estudos buscando novas associações com uma maior população de diferentes regiões, havendo assim possibilidades de resultados mais abrangentes.

Agradecimentos

Às diretoras e responsáveis pelas instituições de longa permanência e programas desenvolvidos nas igrejas católicas e evangélicas visitadas, que possibilitaram a coleta de dados com os idosos que gentilmente aceitaram participar da pesquisa.

Declaração de conflito de interesses

Não nenhum conflito de interesses no presente estudo.

Referências

- AFONSO, M.S. et al. Déficit funcionais de idosos correlacionados a cada década de vidas. *Movimento & Saúde – Revista Inspirar*, Edição 24, v.5, n.2: 1-6. 2013. <https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2014/10/deficitis-funcionais-artigo-279.pdf>
- ARAÚJO C.L.O., SOUZA L.A., & FARO ACM. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*. V.1, n.2: 250-262. 2010. ISSN: [2176-7475](https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013)
- ARAÚJO, Géssika da S. et al. Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p.: 57-75. 2014. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v33_n1_2014_art_04.pdf
- BARBOSA, B.R., ALMEIDA, J.M., BARBOSA, M.R., & ROSSI-BARBOSA, L.A.R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e saúde coletiva*, v.19, n.8: 3317-3325. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO RDC nº 283**, de 2005 – Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (2005). Diário Oficial da União, Brasília. http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df
- CAMARA, F.C., GEREZ, A.G., MIRANDA, M.L.J. & VELARDI, M. Capacidade funcional no idoso: formas de avaliação e tendência. *Acta Fisiatrica*, v.15, n. 4: 249-256. 2008. <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103005/101285>
- CAMARANO A. A; KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. Bras. Estud. Popul.*, v. 27, n.1:232-5. 2010. <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>
- CARLOS, Renata G.P.F. Influência da espiritualidade no idoso. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra. 50f. 2015. <http://dspace.ismt.pt/bitstream/123456789/508/1/Influ%C3%Aancia%20da%20Espiritualidade%20no%20Idoso%20%5B2015%5D.pdf>
- COSTA, F.N. Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Dissertação (Mestrado). 55f. 2017. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148848>
- DIAS, D.S.G., CARVALHO, C.S., ARAÚJO, C.V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.16, n.1: 127-138. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100013>.
- DUART, Yeda A. O. et al. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 5 (24): 173- 177. 2008. http://hygeia3.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_Yeda_Religiosidade_SCol.pdf
- FLECK, M.P.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: 178-83. 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

FERREIRA, L.L. et al. Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.17, n.3: 567-573. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13102>.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GONÇALVES, Cidália D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estudo Interdisciplinar do Envelh*, Porto Alegre, v.20, n.2:645-657. 2015. <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/49428/35463>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000 a 2060*. 2013.

JACOB FILHO, Wilson. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. *Envelhecimento & Saúde*. 2009. http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200007&lng=pt&nrm=iso

KANSO S, CAMARANO AA, MELLO JL, CARVALHO DF. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: *Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. 2010. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>

KAGAWA, Carlos A. & CORRENTE, José E. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré – SP: fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.18, n.3: 577-583. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14140>

KOENIG, H. G., MEADOR, K. & PARKERSON, G. Religion index for psychiatric research: a 5-item measure for use in health outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 154, 885-886. 1997. DOI: [10.1176/ajp.154.6.885b](https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b)

LIMA, P.V., VALENÇA, T.D.C. & REIS L.A. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v.17, n.2: 96-101. 2016. <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6082/3668>

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1: 103-112. 2008. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>

LUSTOSA, S.A.S et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos na Unidade Básica de Saúde da Família São Geraldo, município de Volta Redonda (RJ). *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, 32, 91-98. 2016. <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/341/496>

MARQUES, L.F; AGUIAR, AP. A. Instrumentos de mensuração da religiosidade/espiritualidade (R/E) e seus construtos. *Rev. Pistis Prax*, Curitiba, v. 6, n.1: 107-126. 2014. <https://www.redalyc.org/pdf/4497/449748253007.pdf>

MARTINEZ, Edson Z. et al. Investigação das propriedades psicométricas do *Duke Religiões' Index* no âmbito da pesquisa da saúde coletiva. *Cad Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 22(4), 419-427.2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400040016>

MIRANDA, Gabriella M. D.; MENDES, Antonio da C. G.; SILVA, Ana Lucia A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

OLIVEIRA, D.L.C.; GORETTI, L.C.; PEREIRA, L.S.M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. Bras. Fisioter*, v.10, n.1, 91-96. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000100012>

OLIVEIRA, R.M. & ALVES V.P. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós Gerontologia*, v.17, n.3: 305-327. 2014.

PAULA, G.R. et al. Quality of life assessment for health promotion groups. *Rev Bras Enfermagem*, v.69, n.2: 222-229. 2016. doi: [10.1590/0034-7167.2016690206i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690206i).

- Pereira, Esdras E.B. et al. (2014). Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, 17 (1), 165-176.
- PILGER, C. et al. Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.70, n.4: 721-729. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>
- REIS, Cristiano S.; NORONHA, Kenya; WAJNMAN, Simone. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Rev. Bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v.33, n.3: 591-612. 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0007>
- REGINATO, V., BENEDETTO, M.A.C & GALLIAN, D.M.C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.14, n.1: 237-255. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019272319>
- ROCHA, A.C.A.L & CIOSAK, S.I. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. *Revista Esc Enfermagem*, v.48, n.2: 92-98. 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800014
- SANTOS, Priscila M. et al. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). *Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde*, Pelotas (RS), v.19, n. 4: 494-503. 2014. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n4p494>
- SANTOS, Roberto L.; VIRTUOSO JUNIOR, Jair S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*, v.21, n. 4: 290-296. 2008. <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/575/2239>
- SANTOS, N. C. & ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 17 (4): 795-805. 2014.
- SANTOS, V. J. et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciencias & Saúde Coletiva*, v.18, n.8: 2319-2328. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800016>.
- SANTOS, W.J. A religiosidade como estratégia de enfrentamento do processo de incapacidade funcional dos idosos da cidade de Bambuí, Minas Gerais. Dissertação (mestrado). 93f. 2012. http://www.cpqr.fiocruz.br/texto-completo/D_80.pdf
- SILVA, Patrícia A. B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev. Saúde Pública*, 48 (3): 390-397. 2014. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004912
- SILVA, Ana Teresa M. Religiosidade e Espiritualidade Relacionadas às Variáveis Sociodemográficas, Econômicas e de Saúde entre Idosos da Comunidade. 114 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2015. <http://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/213>
- SILVA, N.M.N, et al. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos. *Rev Fund Care Online*, 9 (1): 159-166. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5304>
- STIVAL, Marina M. et al. Fatores associados a qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.17, n.2: 395-405. 2014.
- VIEIRA, Danielly C. L.; AQUINO, Thiago A. A. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. *Temas em Psicologia*, v.24, n.2: 483-494. 2016. <http://dx.doi.org/9788/TP2016.2-05Pt>