

RELIGIÃO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

Nívea Maria Izidro de Brito (1); Carolline Antes (2); Cleane Rosa da Silva (3);
Maria de Lourdes Farias Pontes (4) Raísa Raquel Silva Monteiro (5)

- (1) *Universidade Federal da Paraíba, niveamariaufpb@yahoo.com*
(2) *Universidade Federal da Paraíba, carol_lineantes@hotmail.com*
(3) *Universidade Federal da Paraíba, cleane_rosas@hotmail.com*
(4) *Universidade Federal da Paraíba, profa.lourdespontes@gmail.com*
(5) *Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, raisa_raquel@hotmail.com*

RESUMO

Diversos fatores têm sido relacionados à qualidade de vida de idosos, um aspecto de destaque em vários estudos é o efeito positivo da religião sobre a qualidade de vida. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, que objetivou investigar a relação entre religião e qualidade de vida em indivíduos idosos. Realizado com 110 idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família, localizadas no município de João Pessoa-PB. Os instrumentos utilizados foram roteiro socioeconômico, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Os dados coletados foram analisados pelo aplicativo SPSS 20. Houve predominância do sexo feminino (64,5%), faixa etária de 60 a 64 anos (25,4), com 1 a 4 anos de estudo (33,6%), casados (69,1%) e com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (34,5%). Na comparação entre ter ou não religião com os escores da QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, constatou-se maiores escores médios em todos os domínios e facetas da qualidade de vida dos idosos que possuem religião, com significância estatística no domínio "Físico" (0,028) e facetas "Habilidades Sensoriais" (p-valor 0,000), "Autonomia" (p-valor 0,038) e "Morte e Morrer" (p-valor 0,009). O fator religião é significativamente importante na aquisição da qualidade de vida, sendo por isso fundamental a sua compreensão e valorização enquanto necessidade humana básica para uma velhice saudável e com qualidade.

Palavras-chaves: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Religião, Idosos.

ABSTRACT

Several factors have been linked to the quality of life of seniors, an important aspect in many studies is the positive effect of religion on the quality of vida. Trata is a quantitative study, observational, cross-sectional study aimed to investigate the relationship between religion and quality of life in older adults. Conducted with 110 elderly enrolled in the Family Health Units, located in the city of João Pessoa-PB. The instruments used were socioeconomic script, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. The collected data were analyzed by SPSS 20. application was predominantly female (64.5%), aged 60-64 years (25.4), with 1-4 years of education (33.6%), married (69.1%) and family income between 1-3 minimum wages (34.5%). Comparing whether or not religion with scores of WHOQOL-BREF of QOL and WHOQOL-OLD, it was found higher mean scores in all areas and aspects of quality of life of elderly people who have religion, with statistical significance in the field "Physical "(0.028) and facets "Sensory Skills "(p-value 0.000)," Autonomy "(p-value 0.038) and" Death and Dying "(p-value 0.009). The religious factor is significantly important in the acquisition of quality of

life, and it is vital to your understanding and appreciation as a basic human need for a healthy old age and quality.

Descriptors: Aged, Quality of life, Religion, Aging.

INTRODUÇÃO

O atual processo de transição demográfica tem como uma de suas consequências o aumento de indivíduos maiores de 60 anos. Esse processo de envelhecimento tornou-se um fenômeno e tem demonstrado a necessidade de medidas que auxiliem idosos a se manterem mais saudáveis e ativos. Sabe-se que o envelhecimento é um processo inerente ao ser humano, mas a longevidade atrelada a uma boa Qualidade de Vida (QV) depende da interação entre fatores biopsicossociais e espirituais¹.

O envelhecimento populacional vem despertando um maior interesse em profissionais da saúde que estão à procura de estratégias que os auxiliem na promoção ou manutenção da autonomia e independência de indivíduos idosos, fato que colabora com uma melhor QV, a qual não implica apenas em uma determinada forma de viver ou condição de saúde, mas é autorreferida, ou seja, é a percepção que um indivíduo possui sobre a forma como vive, a cultura que carrega consigo, seus valores, suas relações sociais e interpessoais².

Diversos fatores têm sido relacionados à QV de idosos. Um aspecto de destaque em vários estudos é o efeito positivo da religião na qualidade de vida de idosos¹⁴. A religiosidade é um complexo de crenças, práticas, rituais de adoração, de doutrina e símbolos, comum a um grupo, que geram aproximação com o sagrado¹⁵. No idoso a religião pode auxiliar no enfrentamento das adversidades da vida e do próprio processo de envelhecimento, além de estimular a integração e o convívio social³.

A religiosidade tem se destacado como uma variável capaz de colaborar na promoção e a manutenção da qualidade de vida de idosos, seja por meio do apoio espiritual, da socialização e/ou pelos seus ensinamentos morais e espirituais⁴.

Portanto, a proposta deste trabalho é contribuir com os profissionais da saúde na compreensão da relação existente entre a religião e a QV. Pensamos

que é essencial o desenvolvimento de trabalhos que fortaleçam o papel dos profissionais de saúde para a melhoria da vivência, relações e práticas de um envelhecimento saudável, ativo e com qualidade.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo investigar a relação entre religião e qualidade de vida em indivíduos idosos de Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, observacional, do tipo transversal, desenvolvida em duas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas no município de João Pessoa- PB. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (CEP/CCS/UFPB) com parecer nº 138.228 e CAAE 03469912.3.0000.5188.

A amostra foi aleatória simples e compreendeu 110 idosos, de ambos os sexos, com condições cognitivas preservadas e que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente segundo atendimento da Resolução 466/2012/MS/Conselho Nacional de Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos⁵.

Os dados foram coletados no domicílio do idoso, utilizando-se de roteiro estruturado para a obtenção das informações pessoais e sociais dos idosos e a qualidade de vida foi mensurada pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL 100, composto por 26 questões. Esta versão foi validada no Brasil e possui quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente⁶. O módulo WHOQOL-OLD, direcionado especificamente aos idosos, validado no Brasil, tem 24 itens da escala *Likert* atribuídos em um escore total e seis facetas: habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer, e; intimidade⁷. Os escores de qualidade de

vida variam de zero a 100, considerando-se que quanto maior o escore melhor a qualidade de vida.

As informações coletadas dos instrumentos foram armazenadas em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel 2010 for Windows, com dupla digitação no sentido de promover a eliminação de erros e garantir a confiabilidade na compilação dos dados. A análise estatística foi realizada no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foi analisado isoladamente e consolidado com suas respectivas sintaxes.

Foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e, média e desvio padrão para as numéricas. Para comparação entre as médias dos domínios e facetas dos instrumentos de QV e a presença ou não de religião definida foi utilizado o teste T de Student e seu correspondente não paramétrico o teste de Mann-Whitney. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a caracterização socioeconômica da amostra pesquisada. A idade dos entrevistados variou entre 60 a 80 anos. Predominantemente, a população alvo desse estudo na sua maioria foi composta por mulheres (64,5%), o que caracteriza o fenômeno reconhecido como feminilização, onde nesse processo as mulheres possuem uma sobrevivência maior do que os homens. E, é por isso que é essencial para um estudo que envolva indivíduos idosos reconhecer as diferenças de gêneros para descrevê-lo, visto que a feminilização é uma característica dos idosos no Brasil⁸.

Acredita-se que esse expressivo número de participantes femininos pode ser justificado por estas serem mais receptivas, reconhecerem a importância do estudo e demonstrarem maior interesse em participar; e também pelo alto índice de mortalidade observado entre os homens durante

toda a vida, o qual pode ser explicado por diversos fatores como, por exemplo, pelas diferenças biológicas entre os sexos, maior exposição masculina a determinados tipos de trabalhos, maior uso de drogas lícitas pelos homens, pelos fatores que predispõem a doenças crônicas como neoplasias e do sistema circulatório, como também pela valorização da saúde que se encontra mais evidente no sexo feminino⁹.

Em relação à escolaridade, observa-se maior prevalência de idosos com 1 a 4 anos de estudo (33,6%), seguido de idosos com alta escolaridade, com 12 anos ou mais de estudo (29,1%), o que demonstra um equilíbrio entre idosos que estudaram menos tempo com aqueles que estudaram mais. Quanto ao estado civil, as maiores freqüências foram para as situações de casados (69,1%) e viúvos (20,9%). Avaliar o estado civil do idoso é importante por relacionar-se a uma melhor QV, como revelado em estudo onde os idosos casados possuíam uma melhor QV do que os solteiros ou viúvos, o que demonstra a importância da rede familiar¹⁰.

No que se refere às condições econômicas, a maioria (34,5%) citou possuir rendimentos de 1 a 3 salários mínimos, seguida por 18,2% que revelou possuir entre 4 a 5 salários mínimos. Essa condição socioeconômica condiz, ou seja, é equivalente com o que possui a maior parte da população brasileira, a qual possui rendimentos mensais de aproximadamente 2 salários mínimos⁸.

Tabela 1. Caracterização Socioeconômica dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. João Pessoa/PB, 2013.

| Variáveis | | n | % |
|---------------------|--------------|-----|--------|
| Sexo | Masculino | 39 | 35,5% |
| | Feminino | 71 | 64,5% |
| Faixa etária | 60 a 64 anos | 28 | 25,4% |
| | 65 a 69 anos | 18 | 16,4% |
| | 70 a 74 anos | 26 | 23,6% |
| | 75 a 79 anos | 21 | 19,1% |
| | 80 ou mais | 17 | 15,5% |
| | Total | 110 | 100,0% |
| Escolaridade | Analfabeto | 20 | 18,2% |
| | 1 a 4 anos | 37 | 33,6% |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|---------------|---------------|
| | 5 a 8 anos | 17 | 15,5% |
| | 9 a 11 anos | 4 | 3,6% |
| | 12 ou mais | 32 | 29,1% |
| | Total | 110 | 100,0% |
| Estado Civil | Solteiro | 5 | 4,5% |
| | Casado | 76 | 69,1% |
| | Divorciado | 6 | 5,5% |
| | Viúva | 23 | 20,9% |
| | Total | 110 | 100,0% |
| Renda Familiar | Até 1 salário mínimo | 8 | 7,3% |
| | 1 a 3 salários mínimos | 38 | 34,5% |
| | 4 a 5 salários mínimos | 20 | 18,2% |
| | 6 a 7 salários mínimos | 18 | 16,4% |
| | 8 a 10 salários mínimos | 11 | 10,0% |
| | 10 salários mínimos | 6 | 5,5% |
| | Não sabe/Não refere | 9 | 8,2% |
| Total | 110 | 100,0% | |

A tabela 2 revela que a religião predominante é a católica com 65,5% seguida pela protestante 23,6%, sem religião 10,0% e espírita 0,9%. Segundo os dados apresentados pelo censo populacional de 2010 que avaliaram a religião da população brasileira, 64,99% referiram ser católicos; 22,16% evangélicos e 8,04% sem religião¹¹, o que se aproxima dos resultados obtidos nessa amostra em estudo. Independente do tipo de religião é possível perceber que a maioria dos idosos (90%), busca de alguma forma valorizar as suas crenças e professar a sua fé.

Tabela 2. Distribuição das religiões autorreferidas. João Pessoa/PB, 2013.

| Variáveis | N | % | |
|------------------|-------------|----------|-------|
| Religião | Nenhuma | 11 | 10,0% |
| | Católica | 72 | 65,5% |
| | Protestante | 26 | 23,6% |
| | Espírita | 1 | 0,9% |

Ao comparar as médias dos escores dos domínios da qualidade de vida, mensurada pelo WHOQOL-BREF, entre os idosos que apresentam religião com os que não possuem (tabela 3), observa-se menores médias de qualidade de vida entre os idosos que não possuem religião, porém apenas o domínio “Físico” (0,028) apresentou significância estatística com o fato do idoso ter ou não religião. Em ambos os grupos de idosos, o menor escore médio de qualidade de vida foi no domínio “Ambiental” e o maior no domínio das “Relações Sociais”.

Um estudo realizado sobre a influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos revelou que existe uma relação entre qualidade de vida e convívio social, o qual é possibilitado pela prática religiosa. Outro estudo que avaliou a QV entre idosos com baixa e alta espiritualidade/religiosidade, revelou que aqueles que obtiveram maiores pontuações de espiritualidade/religiosidade, apresentaram também maiores médias em todos os domínios da QV, sendo o maior escore o das “Relações Sociais”. O que se assemelha com este estudo ^{2,13}.

O domínio das “Relações Sociais” ajuda a avaliar o quão satisfeito o indivíduo está com a relação que mantém com as pessoas, com a sua atividade sexual, e com a sua rede de apoio. Avaliar este domínio é importante, pois ajuda a compreender se o idoso está recebendo o apoio social devido, o qual é essencial para que o mesmo sintá-se acolhido e para a manutenção das relações com a comunidade e as pessoas que o rodeiam⁹.

Nesse contexto, a religião é considerada como fundamental para muitos indivíduos, visto que a igreja atua como um espaço de união entre pessoas com interesses comuns, a qual acolhe, escuta, ou seja, valoriza as queixas de seus fieis¹³. A religião também pode proporcionar um momento de lazer, de descontração dos problemas da vida e despertar um sentimento de pertencer a um grupo, o que promove interação social e a manutenção de laços afetivos⁸.

O domínio “ambiental” apresentou o menor escore médio entre os indivíduos que possuem ou não uma religião definida. O domínio ambiental considera a análise do meio ambiente em que o idoso encontra-se inserido, este possui resultados mais significativos quando relacionado ao gênero, uma vez que as mulheres apresentam mais interesse pela aparência de sua casa e ambiente peridomiciliar ¹⁴.

Apenas o domínio “Físico” do WHOQOL-BREF apresentou significância estatística com a religião. Esse domínio avalia diversas questões como a intensidade da dor e o quanto a presença dessa dor interfere em suas atividades do dia-a-dia; se o idoso possui energia suficiente para a realização

das tarefas diárias e para se locomover; se necessita constantemente de auxílio médico, como também a sua satisfação quanto ao seu sono, desempenho para a realização das atividades de vida diária, e para realização do trabalho⁹.

As pessoas idosas buscam na religiosidade uma forma de enfrentamento das adversidades da vida, principalmente aquelas que não podem ser resolvidas, como por exemplo, as doenças crônicas. Além disso, acreditar em algo, ou em um ser sobrenatural, ajuda o indivíduo idoso a compreender e aceitar melhor a morte, auxiliando na redução dos seus medos e angústias desse momento da vida que é inevitável⁸.

A religiosidade é um fator contribuinte para uma melhor QV dos idosos, pois normalmente pessoas religiosas possuem um estilo de vida mais saudável, muitas vezes ditado pela própria religião, o que implica em distanciamento de comportamentos de risco como o uso de drogas lícitas e ilícitas. E, tudo isso contribui para o aumento da expectativa de vida, com qualidade¹².

Na comparação das médias dos escores das facetas do WHOQOL-OLD entre os idosos que apresentam religião com os que não possuem (tabela 3) encontrou-se maiores escores médios em todas as facetas da qualidade de vida dos idosos que possuem religião, com significância estatística entre religião e as facetas “Habilidades Sensoriais” (p-valor 0,000), “Autonomia” (p-valor 0,038) e “Morte e Morrer” (p-valor 0,009).

A faceta “Habilidades Sensoriais” do WHOQOL-OLD avalia as perdas na audição, no paladar, na visão, no tato e no olfato, com possíveis repercussões na vida diária, interferência na participação em atividades familiares e sociais e na habilidade de interagir com outras pessoas. No presente estudo, os idosos que possuem religião demonstraram-se satisfeitos com os aspectos que englobam as “Habilidades Sensoriais”, já que apresentaram maior escore médio (79,60) nessa faceta, divergindo dos idosos que não possuem religião, que a conferiram menor escore médio (45,45).

A faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice e descreve se o idoso é capaz de controlar o seu futuro, tomar suas próprias decisões e até que ponto as pessoas ao redor respeitam a sua liberdade. Os idosos que possuem religião demonstraram menor escore médio na faceta “Autonomia”, porém sua média ainda se tornou superior ao valor encontrado entre os idosos que não possuem religião. Tal achado pode estar relacionado ao fato dos idosos entrevistados, em sua maioria, serem mulheres casadas, fator que pode comprometer a capacidade de decisão. Para as idosas atuais, a viuvez ou ser solteira pode significar autonomia e liberdade. Estas, na sua juventude e vida adulta, não tiveram liberdade, dadas as relações de gênero prevalentes¹⁶.

Na faceta “Morte e morrer” percebe-se uma acentuada diferença na média entre as pessoas que referem ter uma religião (72,47) e as que referem não ter religião (48,29). O estudo revela que idosos que possuem uma prática religiosa acreditam na existência de um “poder sobrenatural, criador e controlador do Universo”, que concedeu ao homem a possibilidade de ter uma vida espiritual, mesmo após a morte do seu corpo. Desta forma, se torna possível a compreensão de como os idosos que possuem religião definida, são capazes de entender o processo de morte e morrer e aceitar esta realidade como algo melhor que está por vir¹⁵.

Tabela 3. Comparação das médias dos domínios e facetas da QV segundo a presença de religião definida. João Pessoa/PB, 2013.

| Domínio/ Facetas | Tem religião Média (DP) | Não tem religião Média (DP) | p |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------|
| WHOQOL-BREF | | | |
| Domínio Físico | 68,90(14,29) | 59,41(15,42) | 0,028** |
| Domínio Psicológico | 67,88(12,24) | 62,87(14,00) | 0,207* |
| Domínio Relações Sociais | 74,15(11,81) | 71,96(15,03) | 0,811** |
| Domínio Ambiental | 61,52(11,06) | 59,09(15,14) | 0,964** |
| WHOQOL-OLD | | | |
| Habilidades Sensoriais | 79,60(21,47) | 45,45(23,73) | 0,000** |

| | | | |
|------------------------------------|--------------|--------------|----------------|
| Autonomia | 62,53(16,28) | 51,70(22,37) | 0,038** |
| Atividades Passado-Presente-Futuro | 67,36(15,50) | 58,52(13,77) | 0,073* |
| Participação Social | 64,52(12,30) | 61,93(16,87) | 0,863** |
| Morte e Morrer | 72,47(24,00) | 48,29(31,26) | 0,009** |
| Intimidade | 69,26(15,83) | 61,36(17,63) | 0,185** |

*T-Student

** Teste U de Mann-Whitney

CONCLUSÃO

Na amostra pesquisada, os idosos que praticam algum tipo de religião apresentaram maiores médias em todos os domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD. Logo, se tais domínios e facetas são fatores que influenciam a qualidade de vida, podemos concluir que o fator religião é significativamente importante na aquisição da qualidade de vida, sendo por isso fundamental a sua compreensão e valorização enquanto necessidade humana básica para uma velhice saudável e com qualidade.

Acreditamos que é essencial a capacitação de profissionais da saúde para a valorização da religião como sendo necessária ao cuidado a saúde do indivíduo, ainda que a crença ou fé do profissional seja diferente da do paciente, pois o ser humano é um ser completo que possui distintas necessidades que não devem ser dissociadas. Além disso, a espiritualidade faz parte do sentido ampliado de saúde, que é entendida como um completo bem-estar biopsicossocioespiritual.

REFERÊNCIAS

1. Costa FB. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012. [acesso em 2015 mai 22]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/3576>.
2. Barricelli ILFOBL, Sakomoto IKY. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. [trabalho de conclusão de curso] [internet]. São José dos Campos: UNICAPITAL/Centro de Estudos FIRVAL; 2011. [acesso em 2015 mai 24]. Disponível em: <http://www.firval.com.br/ftmateria/1348685099.pdf>.

3. Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos: estudo populacional na cidade de São Paulo. [tese] [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013. [acesso em 2015 mai 24]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/sabe/Teses/Gina.pdf>.
4. Cardoso, MCS; Ferreira, MC. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. Psicol. cienc. prof. [online]. 2009.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética e Pesquisa - CONEP sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
6. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista Saúde Pública. 2000; 34(2): 178-83.
7. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Revista Saúde Pública. 2006; 40(5): 785-91.
8. Costa FB. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012. [acesso em 2015 mai 22]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/3576>.
9. Pontes MLF. Qualidade de vida e fragilidade em idosos que residem em comunidades. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2013.
10. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de foz do iguaçu-PR. Esc. Anna Nery Rev. de Enferm. [Internet]. 2010 [acesso em 2015 jun 15]; 14 (4): 803-810. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715826021>.
11. Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/;2010>.
12. Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município da Bahia, Brasil. Rev. Bras. Geriatr.

- Gerontol. 2014; 17(4):795-805. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166>.
13. Murakami R, Campos CJC. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 2015 jun 18]; 65 (2): 361-367. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024.
14. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 2015 jun 30]; 16 (6): 2907-2917. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/28.pdf>
15. Panzini GR. Qualidade de vida e espiritualidade. Rev. Psiq. Clín. [internet]. 2007 [acesso em 2015 junho 15.]; supl 1:105-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a14v34s1.pdf>.
16. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo, Edusp/ Fapesp 1999.