

ASSOCIAÇÕES ENTRE A ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COM A QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL DE IDOSOS FISICAMENTE INDEPENDENTES

Denilson de Castro Teixeira, Hélio Sanches Junior

Universidade Estadual de Londrina – denict.9@gmail.com

RESUMO

A espiritualidade tem sido objeto de pesquisas científicas em muitos segmentos da área da saúde e, particularmente com a população idosa. Esse interesse é crescente, devido às características que envolvem essa população e por possuírem tendência a estarem mais voltados às questões existenciais e que podem estar relacionadas às variáveis de saúde e qualidade de vida. Esta pesquisa tem como objetivo investigar as possíveis relações entre a espiritualidade e religiosidade com a qualidade de vida, o nível de atividade física habitual de indivíduos idosos fisicamente independentes. Participaram do estudo 150 idosos (41 homens e 109 mulheres), com mediana de 67,5 anos, residentes no município de Londrina-PR. e região metropolitana. Os dados foram coletados mediante os questionários: 1) informações sociodemográficas, 2) DSES (Daily Spiritual Experience Scale) para a espiritualidade, 3) Escala de Durel para avaliar a religiosidade, 4) WHOQOL-Bref e 5) WHOQOL-Old para a qualidade de vida e 6) questionário de Baecke adaptado para idosos para o nível de atividade física habitual. Os resultados mostraram que homens e mulheres percebem a sua qualidade de vida semelhantemente (WHOQOL-Bref 70,1 *versus* 70,1, $p=0,750$; WHOQOL-Old 72,9 *versus* 72,9, $p=0,720$) e que as mulheres possuem espiritualidade mais desenvolvida, se envolvem mais em práticas religiosas (DSES 33 *versus* 36, $p=0,015$) e possuem maior nível de atividade física habitual do que os homens (4,19 *versus* 3,67, $p=0,001$). A espiritualidade e religiosidade se associaram significativamente com diversas variáveis do estudo, sobretudo as de qualidade de vida. Concluímos que a espiritualidade e a prática religiosa em indivíduos idosos fisicamente independentes estão associadas a diversas variáveis, sobretudo as que se referem à percepção de qualidade de vida.

Palavras-chave: espiritualidade, religiosidade, nível de atividade física, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

É crescente o número de pesquisas que investigam fatores subjetivos na determinação da saúde, tanto avaliada por medidas objetivas quanto subjetivas (VASCONCELOS, 2009). Neste contexto, a espiritualidade tem recebido especial destaque, principalmente pelo seu reconhecimento como um dos determinantes dos construtos saúde e qualidade de vida (OMS, 1946; WHOQOL GROUP, 1995). Particularmente no processo de envelhecimento e na velhice, esse campo demonstra amplo desenvolvimento, sobretudo, por evidências apontarem que na velhice há tendência dos idosos se voltarem mais para a sua espiritualidade e religiosidade, utilizando-as como recursos de enfrentamento para lidar com as mudanças que o envelhecimento e fatores associados provocam (CALDEIRA, 2012; MOHSEN, 2013).

Pesquisas indicam que a espiritualidade e religiosidade podem contribuir de diversas formas com a saúde e bem estar do indivíduo idoso, dentre elas a adoção de comportamentos mais saudáveis (BENJAMINS; BROWN, 2004), melhora nos sistemas fisiológicos que refletem o estresse (CARLSON et al., 2004) e aumento dos contatos sociais (FLANNELLY et al., 2004). É importante destacar, que ganhos, principalmente no campo existencial são atribuídos ao processo de envelhecimento (DEBERT, 1999), mas é inegável que as mudanças biológicas e também psicossociais levam o indivíduo idoso a ter maior vulnerabilidade na sua funcionalidade física e autonomia (SPIRDUSO, 2005), o que pode refletir em como ele percebe sua saúde e qualidade de vida. Um dos reflexos dessas mudanças é a diminuição do nível de atividade física habitual. Com o avançar da idade, há uma tendência de que o idoso reduza quantidade de atividades diárias e adote cada vez mais atividades com baixa demanda energética (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009; TUDOR-LOKE et al., 2011).

Como base na contextualização apresentada, essa pesquisa investigou o contexto que envolve a espiritualidade, a religiosidade, a qualidade de vida e nível de atividade física habitual de indivíduos idosos fisicamente independentes. A necessidade de conhecer melhor esse contexto nos motivaram a investigar esse campo de pesquisa, sobretudo, porque poucas informações são encontradas relacionando a espiritualidade, qualidade de vida e nível de atividade física em idosos, sobretudo em brasileiros. Não foram encontrados estudos que abordassem a relação entre a espiritualidade, religiosidade e nível de atividade física com as características do nosso estudo, tanto em estudos internacionais como nacionais. As informações geradas nesse estudo poderão contribuir com maiores informações a respeito de como os indivíduos idosos fisicamente independentes lidam com a sua espiritualidade e religiosidade e se possuem relações com a qualidade de vida, nível de

atividade física e variáveis sociodemográficas. Entendemos que essas informações também poderão auxiliar os profissionais que trabalham com idosos a entenderem melhor esse contexto e utilizá-lo como estratégias para melhorar as suas intervenções no sentido de contribuir para que os idosos tenham um envelhecimento com melhor qualidade.

Com base no contexto apresentado, esta pesquisa teve como objetivo investigar as possíveis relações entre a espiritualidade e religiosidade com a qualidade de vida e o nível de atividade física habitual de indivíduos idosos fisicamente independentes.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se por um estudo descritivo com delineamento transversal e contou com uma amostra constituída por indivíduos idosos fisicamente independentes, residentes na comunidade do município de Londrina-PR e região metropolitana. Os critérios de inclusão foram: possuir estado mental normal, ser fisicamente independente e não residir em instituições de longa permanência. Os idosos foram recrutados por conveniência em unidades de saúde e por indicação dos próprios idosos.

As informações socioemográficas foram coletadas por um questionário e as variáveis de espiritualidade, religiosidade, qualidade de vida e nível de atividade físicas, foram avaliadas pelos seguintes questionários:

Espiritualidade: Daily Spiritual Experience Scale, proposto por Underwood e Teresi (2002) e validado para a população brasileira por Kimura et al. (2012).

Religiosidade: Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) - uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig, Meador e Parkerson (1997) e validada para a população brasileira por Moreira-Almeida et al. (2008).

Qualidade de Vida: WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, ambos validados para a população brasileira respectivamente por Fleck et al. (2000) e Fleck et al. (2006). Os dois instrumentos foram aplicados seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. O WHOQOL-Bref avalia aspectos mais gerais relacionados a qualidade de vida e o WHOQOL-Old, aspectos mais específicos que envolvem o envelhecimento.

Avaliação do nível de atividade física habitual: Questionário de Baecke Modificado para Idosos - QBMI (VOORRIPS et al., 1991), validado para a população brasileira por Mazo (2001).

Os resultados foram analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS versão 20.0. Inicialmente a hipótese de distribuição normal foi testada aplicando a proposição de Shapiro-Wilk.

Os resultados apresentaram violação da hipótese, assim optou-se pelas análises não paramétricas e apresentação dos resultados em Mediana e Intervalo interquartil, frequência absoluta e relativa. Empregou-se o teste Mann-Whitney na comparação dos resultados entre homens e mulheres. Na sequência, os resultados de Qualidade de Vida, espiritualidade, religiosidade, atividade física foram ajustados em três categorias (tercis) para compreender as associações entre religiosidade e espiritualidade com as variáveis de qualidade de vida e nível de atividade física. Para tanto, empregou-se o teste de qui-quadrado para tendência. O índice de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 150 indivíduos idosos, dos quais 72,7% eram mulheres e 27,3% homens, todos fisicamente independentes, com estado mental normal e residentes na comunidade. Em relação ao perfil sócio demográfico a maior parte dos idosos era casada, possuía de 3 a 4 anos de estudo, residia acompanhada e era aposentada.

Os resultados comparativos entre gêneros na Tabela 1, indicam que homens e mulheres não eram estatisticamente diferentes na idade, estado mental e todas as variáveis de qualidade de vida, tanto avaliada pelo WHOQOL-Bref quanto pelo WHOQOL-Old. De uma forma geral os resultados indicam que os idosos possuem uma percepção positiva sobre a sua qualidade de vida. Nos WHOQOL-Bref os homens e as mulheres obtiveram maiores pontuações nos domínios psicológico e relações sociais, já no WHOQOL-Old, as percepções mais positivas foram nos aspectos funcionamento sensorial e morte e morrer, ambos com mais de 80 pontos.

Já nas variáveis sobre espiritualidade e religiosidade, diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres foram encontradas. Os escores do DSES indicaram que as mulheres possuem espiritualidade mais desenvolvida do que os homens e estão mais inseridas em práticas religiosas organizacionais e não organizacionais do que os homens (DUREL-RO e DUREL-RNO). As medianas referentes ao DUREL-RO e ao DUREL-RNO mostraram respectivamente que os homens e as mulheres costumam frequentar templos ou encontros religiosos uma vez por semana e que diariamente dedicam parte do seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos. Apesar das medianas nos dois grupos serem iguais as diferenças entre os dois grupos podem ser observadas nos intervalos interquartílicos em que os homens apresentaram frequências mais esporádicas dessas práticas do que as mulheres. Em relação à religiosidade Intrínseca (DUREL-RI), homens e mulheres não se diferenciaram estatisticamente.

Os resultados sobre o nível de atividade física habitual também indicaram diferenças entre os homens e as mulheres. As mulheres possuem significativamente um maior nível de atividade física e realizam mais atividades domésticas e de lazer do que os homens. Em relação à prática de atividades físicas formais ou esportes, homens e mulheres apresentaram níveis semelhantes.

Tabela 1- Resultados comparativos entre gêneros nas variáveis de qualidade de estado mental, qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade.

| | GERAL | | HOMENS | | MULHERES | | <i>p</i> H x M |
|--------------------------------|---------|---------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------------|
| | Mediana | P25-75 | Mediana | P25-75 | Mediana | P25-75 | |
| Idade | 67,5 | 64-73 | 68 | 67-73 | 67 | 63-73 | 0,109 |
| MEEM | 26,5 | 25-29 | 27 | 26-29 | 26 | 24-29 | 0,056 |
| WHOQOL-BREF - Total | 70,1 | 64-76 | 70,1 | 66-75 | 70,1 | 63-76 | 0,750 |
| <i>Físico</i> | 67,8 | 61-79 | 67,8 | 64-75 | 67,8 | 57-79 | 0,804 |
| <i>Psicológico</i> | 75 | 67-79 | 79,1 | 71-79 | 75 | 67-79 | 0,155 |
| <i>Relações sociais</i> | 75 | 58-75 | 75 | 67-75 | 75 | 58-75 | 0,214 |
| <i>Meio ambiente</i> | 68,7 | 59-75 | 68,7 | 59-75 | 68,7 | 59-75 | 0,896 |
| WHOQOL-OLD - Total | 72,9 | 66-80 | 72,9 | 65-79 | 72,9 | 67-80 | 0,720 |
| <i>Funcionamento Sensorio</i> | 84,3 | 69-94 | 87,5 | 75-94 | 81,2 | 69-94 | 0,834 |
| <i>Autonomia</i> | 68,7 | 56-75 | 68,7 | 56-75 | 68,7 | 56-75 | 0,672 |
| <i>Passado-presente-futuro</i> | 68,7 | 63-75 | 68,7 | 63-75 | 75 | 63-75 | 0,561 |
| <i>Participação social</i> | 75 | 63-75 | 75 | 63-75 | 75 | 63-75 | 0,636 |
| <i>Morte e morrer</i> | 81,2 | 63-100 | 81,2 | 56-100 | 81,2 | 63-94 | 0,657 |
| <i>Intimidade</i> | 75 | 69-81 | 75 | 75-75 | 75 | 69-81 | 0,566 |
| DSES | 34 | 31-38 | 36 | 32-40 | 33 | 31-37 | 0,015 |
| DUREL-RO | 2 | 1-2 | 2 | 2-4 | 2 | 1-2 | 0,001 |
| DUREL-RNO | 2 | 1-2 | 2 | 2-2 | 2 | 1-2 | 0,049 |
| DUREL-RI | 1 | 1-2 | 1 | 1-2 | 1 | 1-2 | 0,810 |
| BAECKE-Total | 4,8 | 3,5-6,5 | 3,67 | 2,4-4,8 | 5,17 | 4,1-6,9 | 0,001 |
| <i>Atividades domésticas</i> | 1,8 | 1,5-2,0 | 1,20 | 0,9-1,6 | 1,90 | 1,7-2,0 | 0,001 |
| <i>Atividades Físicas</i> | 1,2 | 0,0-2,8 | 0,89 | 0,0-2,8 | 1,89 | 0,0-2,8 | 0,183 |
| <i>Atividades de lazer</i> | 1,1 | 0,3-2,4 | 0,60 | 0,2-1,3 | 1,21 | 0,4-2,7 | 0,025 |

MEEM- Miniexame do estado mental; WHOQOL-BREF- questionário abreviado de qualidade de vida; WHOQOL-OLD- questionário de qualidade de vida com questões voltadas ao envelhecimento. DSES- Daily Spiritual Experience Scale (avaliação da espiritualidade); DUREL-RO – religiosidade organizacional; DUREL-RNO – religiosidade não organizacional; DUREL-RI – religiosidade intrínseca; BAECKE- questionário de atividade física.

Os resultados das associações entre a espiritualidade, avaliada pelo DSES, com as variáveis do estudo, indicaram associações significativas com oito variáveis relacionadas à percepção de qualidade de vida ($p < 0,05$ para todas). De modo geral esses resultados indicam que

uma espiritualidade mais desenvolvida, idosos alocados no tercil 1 (T1), está associada à melhor percepção de qualidade de vida, idosos alocados no tercil 3 (T3) e vice-versa, ou seja, indivíduos com a espiritualidade menos desenvolvida (T3) tendem a ter pior percepção de qualidade de vida (T1) (Tabela 2). Essas associações ocorreram com a percepção geral de qualidade de vida, pelo WHOQOL-Bref e os seus quatro domínios (aspectos físicos, psicológicos, relacionamento social e meio ambiente) e pelo escore total do WHOQOL-Old e dois dos seus domínios: autonomia e intimidade.

Tabela 2- Resultados significativos entre a espiritualidade e as variáveis do estudo.

| | | DSES- ESPIRITUALIDADE | | | | | |
|---|----|-----------------------|--------------|----|-------|-----------|--------------|
| | | T1 | | T2 | | T3 | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| WHOQOL-BREF Total | T1 | 9 | 6,0% | 15 | 10,0% | 25 | 16,7% |
| | T2 | 17 | 11,3% | 19 | 12,7% | 14 | 9,3% |
| | T3 | 23 | 15,3% | 16 | 10,7% | 12 | 8,0% |
| WHOQOL-BREF <i>Físico</i> | T1 | 13 | 8,7% | 15 | 10,0% | 21 | 14,0% |
| | T2 | 14 | 9,3% | 20 | 13,3% | 16 | 10,7% |
| | T3 | 22 | 14,7% | 15 | 10,0% | 14 | 9,3% |
| WHOQOL-BREF <i>psicológico</i> | T1 | 12 | 8,0% | 15 | 10,0% | 22 | 14,7% |
| | T2 | 15 | 10,0% | 19 | 12,7% | 16 | 10,7% |
| | T3 | 22 | 14,7% | 16 | 10,7% | 13 | 8,7% |
| WHOQOL-BREF <i>Relações sociais</i> | T1 | 8 | 5,3% | 18 | 12,0% | 23 | 15,3% |
| | T2 | 17 | 11,3% | 18 | 12,0% | 15 | 10,0% |
| | T3 | 24 | 16,0% | 14 | 9,3% | 13 | 8,7% |
| WHOQOL-BREF <i>Meio ambiente</i> | T1 | 12 | 8,0% | 15 | 10,0% | 22 | 14,7% |
| | T2 | 11 | 7,3% | 20 | 13,3% | 19 | 12,7% |
| | T3 | 26 | 17,3% | 15 | 10,0% | 10 | 6,7% |
| WHOQOL-OLD Total | T1 | 18 | 12,0% | 21 | 14,0% | 12 | 8,0% |
| | T2 | 16 | 10,7% | 10 | 6,7% | 23 | 15,3% |
| | T3 | 15 | 10,0% | 19 | 12,7% | 16 | 10,7% |
| WHOQOL-OLD <i>Autonomia</i> | T1 | 12 | 8,0% | 15 | 10,0% | 22 | 14,7% |
| | T2 | 18 | 12,0% | 17 | 11,3% | 15 | 10,0% |
| | T3 | 19 | 12,7% | 18 | 12,0% | 14 | 9,3% |
| WHOQOL-OLD <i>Intimidade</i> | T1 | 18 | 12,0% | 21 | 14,0% | 12 | 8,0% |
| | T2 | 9 | 6,0% | 15 | 10,0% | 25 | 16,7% |
| | T3 | 18 | 12,0% | 18 | 12,0% | 14 | 9,3% |

WHOQOL-BREF- questionário abreviado de qualidade de vida; WHOQOL-OLD- questionário de qualidade de vida com questões voltadas ao envelhecimento.

As associações entre a religiosidade organizacional (DUREL-RO) se mostraram significativas com cinco variáveis: o domínio atividades domésticas do questionário de nível de atividade física de BAECKE, o domínio psicológico do WHOQOL-Bref, o escore total do WHOQOL-Old e nos domínios autonomia e participação social ($p < 0,05$ para todas). Esses

resultados indicam que o maior envolvimento em atividades religiosas organizacionais está associado aos idosos que 1) realizam mais atividades domésticas, 2) que possuem mais sentimentos positivos, melhor memória e concentração, autoestima elevada, melhor imagem corporal, que conseguem lidar melhor com os sentimentos negativos e que são mais envolvidos com a espiritualidade, religião e crenças pessoais, 3) que possuem avaliações mais positivas da sua qualidade de vida global voltadas às questões mais específicas do envelhecimento e 4) que possuem uma vida independente e 5) com boa participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade.

Em relação à religiosidade intrínseca (DUREL-RI), os resultados indicam associações significativas com seis variáveis de qualidade de vida: o domínio relações sociais do WHOQOL-Bref, o escore total do WHOQOL-Old e as dimensões funcionamento sensorial, autonomia, participação social, morte e morrer e intimidade ($p < 0,05$ para todas) (Tabela 6). Esses resultados indicam que os idosos com a religiosidade intrínseca mais desenvolvida tendem a 1) ter melhores relacionamentos sociais, apoio e suporte social e melhor sexualidade, 2) possuir percepções mais positivas de qualidade de vida, nos aspectos mais específicos do envelhecimento, como por exemplo, 3) no seu funcionamento sensorial, que envolve a capacidade de se manter independente com liberdade para viver de forma autônoma, 4) na maior inserção nas atividades da comunidade, 5) em lidar melhor com as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer e 6) maior capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que homens e mulheres possuem semelhantemente uma percepção positiva de qualidade de vida, tanto avaliada de forma mais geral (WHOQOL-Bref) como por questões mais específicas que envolvem o envelhecimento (WHOQOL-Old). Os escores giraram em torno dos 70 pontos dos 100 máximos possíveis por esses instrumentos e as percepções mais positivas foram nas dimensões do WHOQOL-Old funcionamento sensorial e morte morrer, indicando que os idosos avaliados estão satisfeitos com suas habilidades sensoriais e que lidam bem com as questões que envolvem as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer. Apesar desses dois destaques, é digno de nota, que de uma forma geral, os idosos perceberam positivamente sua qualidade de vida em todos os outros aspectos. Esses resultados estão condizentes com os achados de vários estudos realizados com idosos de diferentes regiões do Brasil (TAMAI et al., 2011; TAVARES et al., 2014; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2011). Os escores dos instrumentos avaliados nesses estudos se situam entre 60 a 70 pontos e, a exemplo do

nosso estudo, os escores do WHOQOL-Old são ligeiramente maiores do que os do WHOQOL-Bref. É importante ressaltar que a percepção mais positiva dos idosos em relação aos domínios funcionamento sensorial e sobre questões que envolvem a morte e o morrer, parece ser característica comum de idosos com o mesmo perfil dos avaliados em nosso estudo. Resultados similares foram encontrados no estudo realizado por Teston e Marcon (2015) que ao comparar a qualidade de vida entre idosos que residem na zona urbana e rural do estado de Minas Gerais – Brasil, verificaram maiores escores para esses dois domínios, somente na população que reside na zona urbana.

É importante destacar, que a percepção de qualidade de vida é diretamente influenciada por questões pessoais, ambientais e sociais, por isso ela pode ser diferente em idosos de diferentes culturas. Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde considera que a qualidade de vida é 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. Dentro desta perspectiva, Paskulin e Molzahn (2007) mostraram que a percepção de qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-Bref, de idosos canadenses, que possuem estilo de vida e cultura diferentes dos nossos, é significativamente maior do que a dos idosos brasileiros. Já em um outro estudo realizado com idosos japoneses que residem na zona urbana e rural, realizado Sampaio et al. (2013), mostrou que os escores de qualidade de vida WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old apresentaram escores bastante similares aos encontrados na população brasileira.

Nos aspectos que envolvem a religiosidade, homens e mulheres se mostraram significativamente diferentes. O maior envolvimento espiritual e religioso das mulheres também está presente em vários outros estudos, mesmo em idosos com características sociais e culturais diferentes, como é o caso de estudos desenvolvidos na Austrália (MOXEY et al., 2011), nos Estados Unidos, com idosos brancos e afro-descendentes (SKARUPSKI et al., 2010) e, no Japão (KRAUSE et al., 2010). Segundo Ballew et al. (2011), essa característica deve-se à natureza social e cultural que envolvem os papéis femininos e masculinos. De maneira geral, as mulheres se sentem mais confortáveis em externalizar os seus sentimentos e emoções o que pode a desenvolverem melhor a sua espiritualidade em relação aos homens.

Os resultados referentes ao nível de atividade física, mostraram que apesar das mulheres terem maior envolvimento que os homens em três dos aspectos avaliados, de forma geral os idosos possuem baixo nível de atividade física habitual. As medianas 5,17 para as mulheres e 3,67 para os homens são classificadas como baixo nível de atividade física, segundo estudo de Ueno (2013), que

estabeleceu pontos de corte de até para esse instrumento. Segundo a autora, escores abaixo de 9,11 pontos no questionário de BAECKE significa um baixo nível de atividade física habitual. De acordo com Teixeira et al. (2011), o maior nível de atividade física das mulheres em relação aos homens é permeado por questões culturais, como por exemplo a atribuição das atividades domésticas às mulheres. Outro fator que contribui para o maior nível de atividade física, é o maior envolvimento das mulheres em grupos de convivência, programas de atividade física e de lazer.

Os resultados das correlações realizadas entre as variáveis de espiritualidade e religiosidade com as variáveis do estudo, mostraram que três delas (DSES, DUREL-RO e DUREL-RI) se correlacionaram significativamente com variáveis que envolvem os domínios de qualidade de vida “físico” e “autonomia” e realização de atividades físicas domésticas. Esses resultados indicam que a funcionalidade física, tanto identificada pela percepção do indivíduo, como na avaliação mais direta da sua inserção nas atividades cotidianas, possui uma estreita relação com o status de espiritualidade e religiosidade dos idosos. Isso quer dizer que os idosos que percebem mais positivamente a sua condição física e autonomia tendem a ter espiritualidade mais desenvolvida e a se envolver mais com atividades religiosas organizacionais e não organizacionais. Farinatti (2008) e Spirduso (2005) ressaltam que a boa condição física fornece ao idoso uma condição de independência que lhe dá subsídios para realizar as atividades que lhes são necessárias e que tenham significado. A prática religiosa pode ser uma delas. Já a espiritualidade, que é uma condição mais intrínseca e existencial também pode ser permeada pela condição física do indivíduo. Estar com o corpo saudável e disposto para lidar com as demandas do dia a dia melhora a autoestima e a autoeficácia, que por sua vez, auxiliam no autoconceito positivo. Este estado provavelmente ajudará o indivíduo idoso a ter uma vida mais plena e com melhores condições para se dedicar à sua espiritualidade.

Os resultados que mostram que os idosos com maior inserção na realização de atividades domésticas tendem a ter maior participação nas atividades religiosas organizacionais, pode estar relacionada ao fato de se tratar de idosos mais ativos fisicamente e que possuem maior disposição para sair de casa e frequentar essas as igrejas ou grupos religiosos.

Os domínios relacionamento social e participação social, respectivamente dos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old se associaram significativamente com as mesmas variáveis de religiosidade que se correlacionaram com as variáveis de desempenho físico e autonomia. Esses resultados mostraram como as redes sociais as quais os idosos participam são importantes para esse envolvimento religioso. Nesse sentido, Flannelly et al. (2004) ressaltam que as dimensões sociais e

o aumento dos contatos sociais presentes na prática religiosa podem funcionar positivamente para a melhora da saúde e como apoio em eventos adversos da vida.

O domínio psicológico se correlacionou significativamente com a espiritualidade e religiosidade organizacional, indicando que os idosos com autoestima mais elevada e possuem sentimentos positivos e crenças religiosas e pessoais tendem a ter espiritualidade mais desenvolvida e maior inserção nas atividades religiosas organizadas. Esses resultados parecem ser explicados pela condição que o idoso se avalia, que lhes dão maior resiliência para enfrentar as adversidades do dia a dia.

O meio ambiente também apresentou correlação significativa com a espiritualidade e o funcionamento sensorial morte e morrer e intimidade se com a religiosidade intrínseca. Esses resultados mostram que os indivíduos com espiritualidade mais desenvolvida, tendem a perceber mais positivamente o seu funcionamento sensorial, lidam melhor com as questões que envolvem a morte e possuem melhores relacionamentos pessoais e íntimos.

CONCLUSÃO

Concluimos com esse estudo que idosos residentes na comunidade, fisicamente independentes, possuem um alto envolvimento espiritual e religioso e que essas variáveis apresentam relações com a qualidade de vida e nível de atividade física. Dentre as variáveis de qualidade de vida constatamos que as dimensões, aspecto físico e autonomia apresentam importante relação com a espiritualidade e envolvimento de práticas religiosas desses idosos.

REFERÊNCIAS

CALDEIRA, S; BRANCO, Z.C; VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista de enfermagem Referência**. Ser. III n.5 Coimbra, Dez. 2012.

CARLSON, L.E. et. al. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. **Psychoneuroendocrinology**, 29(4), 448–474.

CHODZKO-ZAJKO, W.J. et al. American College of Sports Medicine. Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine Science Sports Exercise**, v. 41, p. 1510-1530, 2009.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização da velhice. São Paulo: EDUSP, 1999.

FARINATTI, P.T.V. **Envelhecimento**: promoção da saúde e exercício. Barueri: Manole, 2008.

FLANNELLY, K.J.; ELLISON, C. G.; STROCK, A. L. Methodologic issues in research on religion and health. **Southern Medical Journal**, 97(12), 2004, p. 1231–1241.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVIC, E.; TRENTINI C. Development and Validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saude Pública**. 2006; 40(5):785-91.

FLECK, M.P.A.; 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 de Saude Pública**. 34(2), 2000, p. 178-83.

MOHSEN, S. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. **Asian Pacific Society Nephrology**, 2013.

MOXEY, A. et al. Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. **Australasian Journal on Ageing**, 2011, Vol.30(2), pp.82-8.

SAMPAIO, S. et al. The association of activity and participation with quality of life between Japanese older adults living in rural and urban areas. **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**, 2013, Vol.4(2), pp.51-56.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Editora Malone, 2005.

TAMAI, S.A.B. et al. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. **Einstein**. 2011; 9(1 Pt 1):8-13.

TEIXEIRA, D.C. et al. Profile of physical activity in daily life in physically independent elderly men and women. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte** (Impresso), v. 26, p. 45-55, 2012.

TESTON, E.F.; MARCON, S.S. Comparative study of quality of life of elderly living in condominiums versus community dwellers. **Invest. educ. enferm, Medellín**, v. 33, n. 1, Apr. 2015 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Oct. 2015.

TUDOR-LOCKE, C. et al. How many steps/day are enough? For older adults and special populations. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.8, n.80,2011.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cad. CEDES vol.29 no.79** Campinas Sept./Dec. 2009

WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 10, 1995, p.1403-1409.