

Autopercepção sobre a qualidade de vida em mulheres religiosas idosas

*Self-perception about the quality of life in the elderly religious women*

Carine Parnow

Bruna Rodrigues Maziero

**RESUMO:** Objetivou-se avaliar a autopercepção da qualidade de vida de mulheres religiosas de duas congregações religiosas em uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 21 idosas com idade entre 67 a 93 anos e, para avaliação, foram utilizados o WHOQOL-Bref, WHOQOL-SRPB, WHOQOL-Old e uma entrevista semiestruturada com questões abertas. As dimensões voltadas a religiosidade e espiritualidade apresentaram as médias mais altas. Considera-se que há evidência que a religião influencia positivamente na autopercepção da qualidade de vida dessas mulheres.

**Palavras - chave:** Qualidade de vida, religiosidade, envelhecimento.

**ABSTRACT:** The aim of this study was evaluate the self-perception about the quality of life in the elderly religious women of the two religious congregations. Twenty one elderly participated with aged 67 to 93 years and WHOQOL-Bref, WHOQOL-SRPB, WHOQOL-Old and an interview with the open questions were used for data collection. The dimensions related to religiosity and spirituality presented the highest averages. It is concluded that there is evidence that the religion influences positively the self-perception of the quality of life of these women.

**Keywords:** Quality of life, religiosity, aging

## **Introdução**

Sabe-se que a população mundial está envelhecendo, esse é um fenômeno evolutivo e sem precedentes na história. Trata-se de um processo irreversível, natural e singular que depende tanto da genética como do meio social do indivíduo. Uma situação já conhecida em países considerados desenvolvidos passa a ser uma realidade em países em desenvolvimento, como o Brasil, e traz consigo repercussões às quais exigem

adaptações sociais, políticas e econômicas. A modificação da distribuição da população na pirâmide etária, com o decréscimo das taxas de natalidade combinados ao aumento da expectativa de vida, altera a vida dos indivíduos e as estruturas familiares (Kreuz e Franco, 2017).

No Brasil, conforme o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2010 a população idosa do país chegou a 10,8% do total, sendo 20.590.599 milhões de brasileiros. Estima-se que em 2025 a população mundial de idosos chegue a aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas e que até 2050 haverá 2 bilhões, sendo 80% localizados nos países em desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2005). Consideram-se idosos os indivíduos que possuem 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

O envelhecimento humano é permeado por questões históricas e culturais, sendo um processo normal e gradual, que com a passagem do tempo gera desgastes, limitações físicas e perdas de papéis sociais, findando com a morte. Esses declínios físicos interferem na capacidade do idoso em interagir com o ambiente e, normalmente, incomodam mais as mulheres, “porque do ponto de vista do gênero, as mulheres sempre foram, tradicionalmente, avaliadas pela aparência física e pela capacidade reprodutiva” (Motta, 2002 45).

Outro aspecto importante a ser considerado é o relacionamento com a sociedade, visto que os laços afetivos servem de apoio para enfrentar momentos de dificuldade, como em períodos de doença ou nas novas limitações da vida de um idoso (Geib, 2012). Para as religiosas idosas, ou seja, aquelas que dedicaram a sua vida a uma religião e que são o foco deste estudo, esse é um fator de grande influência em seu processo de envelhecimento. Quando essas mulheres optam por essa vida, ainda jovens, acabam por ingressar em uma instituição com rígidas regras de convivência, além de renunciarem a vaidade, a maternidade e ao relacionamento afetivo a dois (Guimarães, 2012).

Ainda em relação ao gênero na velhice, Geib (2012) ressalta que o fator da renda contribui para a desigualdade das mulheres idosas, visto que o histórico de pouca participação no mercado de trabalho geram os benefícios mínimos de aposentadoria e a dependência do sistema público de saúde. Portanto, para as mulheres as questões sociais e políticas atuam com mais influência na velhice do que para os homens.

Norteadas às mulheres deste estudo, o contexto social também influencia nas questões da religião e do desenvolvimento de práticas espirituais. Para Santana (2006), fatores como a religiosidade e espiritualidade podem influenciar no processo de

envelhecer, pois proporcionam uma imagem mais completa sobre qualidade de vida nessa fase, tornando-se um apoio, ajudando a encontrar sentido nos eventos negativos ou incontroláveis e aproximando outras pessoas que comungam dos mesmos ideais.

Entende-se que a religião está relacionada a algo místico e simbólico, que possui a capacidade de mudar a percepção que as pessoas têm de si e do mundo, enquanto, o entendimento de espiritualidade é algo maior, refere-se a uma experiência de contato com algo que não se explica e nem vive (Boff, 2006). “Portanto, a espiritualidade e a religiosidade caracterizam-se pela dimensão essencialmente experiencial, enquanto que a religião está calcada no aspecto institucional e doutrinário” (Oliveira e Junges, 2012: 470).

O conjunto dos fatores citados acima é compreendido como a qualidade de vida de uma pessoa. Esse conceito tem sido utilizado com diversos enfoques e é tema de muitas pesquisas na área da saúde. O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde definiu o QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995 apud Fleck 2000, p.34). A qualidade de vida está na percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de um indivíduo, os quais podem ou não coincidir com indicadores de padrão de vida (Panzini et al., 2007).

Para Minayo et al:

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (2000: 8).

No âmbito da saúde, a qualidade de vida também está relacionada à percepção que o indivíduo possui em relação à presença de doenças e seus efeitos. O conceito é abrangente, engloba a relação do indivíduo com suas atividades sociais e profissionais, o enfrentamento de suas limitações e as medidas que podem propiciar-lhe melhores condições de saúde (Santana, 2006).

Nesse sentido, o entendimento de qualidade de vida está diretamente relacionado ao modo de pensar e de viver do indivíduo frente às condições culturais, psicológicas, espirituais e sociais, no qual, se encontra inserido. É a busca de uma compreensão sobre saúde, que englobe a tão sonhada longevidade (Minayo, 2000). Deste modo, incluir na

vida de um idoso as crenças, comportamentos religiosos, práticas devocionais e demais atividades relacionadas a grupos religiosos, podem funcionar como estratégias de enfrentamento diante das adversidades e como amortecedores dos prejuízos acarretados no período de envelhecimento (Santana, 2006).

Assim é necessário ter uma visão integrada, reconhecendo a relação da espiritualidade e religiosidade com as outras dimensões da vida e entendendo que o bem-estar espiritual é uma experiência de fortalecimento, de apoio buscado de forma proposital por uma pessoa para melhorar a sua qualidade de vida (Marques, 2003). Para a população idosa, que passa pelo processo natural de declínio de algumas habilidades e funções, a qualidade de vida é essencial para ter condições de passar por essa fase com mais dignidade (Alencar et al. 2010).

Frente ao exposto a questão que norteia esse estudo é: qual é a autopercepção sobre a qualidade de vida de mulheres religiosas idosas? Tendo como objetivo geral conhecer a autopercepção da qualidade de vida de mulheres religiosas idosas e objetivos específicos: conhecer os fatores que influenciam positivamente a qualidade de vida dessas religiosas idosas; conhecer os fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida das religiosas idosas.

## **Método**

Trata-se de um método exploratório-descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa. Em relação à abordagem, a pesquisa qualitativa envolve a descrição de certo fenômeno, caracterizando sua ocorrência e relacionando-o com outros fatores. O objetivo da pesquisa está relacionado ao contexto no qual o objeto pesquisado está inserido. Para Gil (2010), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar um conhecimento sobre determinado problema ou fenômeno e a pesquisa descritiva procura caracterizar e identificar opiniões, atitudes e crenças de um determinado grupo ou população.

A pesquisa quantitativa tem como objetivo principal quantificar ou mensurar uma ou mais variáveis estudadas e explora uma metodologia com uso de modelos matemáticos e dados estatísticos, utilizando-se de amostragem. Dessa forma, acredita-se que o método de pesquisa quali-quantitativo pressupõe uma análise dialética, trabalhadas em conjunto trazem elementos que se complementam, corroborando para uma interpretação mais abrangente da realidade estudada (Flick, 2009).

O presente estudo foi realizado com 21 mulheres religiosas idosas, residentes em um convento de irmãs Franciscanas e um centro de convivências de irmãs Palotinas, ambos localizados numa cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, no período de março e abril de 2018. Considerou-se como critério de inclusão, idosas com 60 anos ou mais e residentes nos locais da pesquisa. Como critério de exclusão: idosas com diagnóstico médico de qualquer tipo demência e que apresentem algum tipo de afasia.

Os dados qualitativos foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com 5 questões abertas e formuladas pelas pesquisadoras, indo ao encontro dos objetivos da pesquisa. Os dados foram coletados com o auxílio de um aparelho gravador acoplado ao aparelho smartphone moto g5 e posteriormente transcritas na íntegra e armazenadas em um microcomputador com o auxílio do programa de edição de texto *Microsoft Office Word 10*. O conteúdo foi analisado por meio da análise de conteúdo, técnica que consiste em encontrar categorias de sentido que são semelhantes entre as respostas e que cuja frequência adicione significado ao estudo (Bardin, 2011). As entrevistas ocorreram em salas cedidas pelos locais da pesquisa e tiveram duração média de 1 hora cada.

O estudo quantitativo obedeceu às seguintes etapas:

1) Aplicação do questionário *WHOQOL-BREF* (1996) que contém 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 compõem 4 facetas que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esse questionário é uma versão abreviada do WHOQOL-100 e sempre recomendada sua utilização quando sua aplicação precisa ser simplificada. Na faceta *Físico* avaliaram-se os aspectos de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. Na faceta *Psicológico* foram avaliados os aspectos: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião, crenças pessoais.

Em relação a faceta *Relações pessoais* foram avaliados 3 aspectos: relações sociais; suporte social; e atividade sexual. A última faceta avaliada é o de *Meio ambiente* com 8 aspectos, são eles: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidade; participação e oportunidade de recreação\lazer; ambiente físico (poluição\ruídos\ trânsito\ clima); e transporte.

2) Aplicação do questionário WHOQOL-OLD (2005) que é um complemento do WHOQOL-BREF e deve ser aplicado junto. Foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida do idoso e consiste em 24 itens atribuídos a seis facetas, são eles: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade. Cada uma das facetas possui 4 itens e os escores destas facetas, ou seja, os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD, podem ser combinados para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos, denominado de “escore total” do módulo WHOQOL-OLD.

A faceta *funcionamento do sensório* avalia o funcionamento sensorial da pessoa, analisando o impacto gerado pela perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. Em relação à faceta *Autonomia*, as questões avaliam a independência nessa fase da vida, o quanto a pessoa consegue viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. Na faceta *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* os aspectos avaliados estão relacionados às conquistas obtidas durante a vida e aquelas que os anseiam. A faceta *Participação Social* refere-se à participação do idoso em atividades na comunidade. A faceta *Morte e morrer* analisam-se a preocupação e temores sobre a morte. Por último, a faceta *Intimidade* analisa as relações pessoais e íntimas.

3) Aplicação do questionário WHOQOL-SRPB (2002) completa os questionários anteriores, pois avalia os critérios de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais. Ele adiciona oito facetas, são elas: conexão com um ser ou uma força espiritual, sentido na vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz interior, esperança e otimismo, e fé.

A faceta *conexão com um ser ou força espiritual* está relacionada ao apoio gerado por crer neste ser espiritual. Na faceta *sentido na vida* estão relacionados os aspectos que as pessoas se apoiam para gerar um motivo para continuar vivendo. Já na faceta *admiração* é trabalhado o quanto a pessoa consegue contemplar as coisas ao seu redor.

Em relação à faceta *totalidade e integração* refere-se ao equilíbrio entre o corpo, a mente e a alma. A faceta *força espiritual* busca saber o quanto a pessoa possui e se apoia nela. Na faceta *paz interior*, questiona-se o quanto a pessoa está em paz com a vida atual. A faceta *esperança e otimismo* trabalha o quanto os respondentes conseguem manter a esperança e o otimismo no momento atual e em momentos difíceis. Por último, a faceta *fé* relaciona o quanto a fé dessas pessoas interfere em suas vidas.

Todos os questionários citados foram desenvolvidos pelo World Health Organization Quality of Life Group, em que todas as questões desses questionários são mensuradas em uma escala Likert de 1 a 5, em que 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas. Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do programa *Microsoft Excel*.

### ***Aspectos Éticos***

Consideraram-se os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/12. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com as pesquisadoras. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Franciscana, pelo parecer número: 2.393.232. Manteve-se o anonimato das participantes identificando-as por ID seguido de um algarismo numérico. As irmãs Palotinas foram identificadas ID01 ao ID07 e as irmãs Franciscanas do ID08 ao ID21.

## **Resultados**

### **Análise Quantitativa**

Com relação a caracterização das participantes do estudo à idade variou entre 65 e 93 anos e o tempo em que residem nesses locais de 1 semana a 18 anos. Os resultados estão dispostos no quadro 1.

**Quadro 1** - Perfil das idosas

| <b>Idade</b>                        | <b>65-74 anos</b> | <b>65-74 anos</b> | <b>85-97 anos</b> |                 |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
|                                     | 03                | 10                | 08                |                 |
| <b>Tempo que residem nos locais</b> | <b>Até 1 ano</b>  | <b>1 – 5 anos</b> | <b>5-10 anos</b>  | <b>+10 anos</b> |
|                                     | 10                | 8                 | 02                | 01              |

\*Os valores estão expressos em número de participantes

### ***WHOQOL-BREF***

Os resultados desse questionário podem ser verificados no quadro 2. Percebe-se que a faceta *Físico* apresentou a média mais baixa, 3,95 com desvio padrão de 0,65. A

faceta *Relações Pessoais* foi a que apresentou média maior de 4,41 com desvio padrão de 0,36. Já a faceta *Meio Ambiente* apresentou média de 4,20 com desvio padrão de 0,30 e a faceta *Psicológico* média de 4,17 com desvio padrão 0,32.

**Quadro 2** – Parâmetros dos resultados das facetas do WHOQOL-BREF

| Faceta            | Idosas      |
|-------------------|-------------|
| Físico            | 3,95 ± 0,65 |
| Psicológico       | 4,17 ± 0,32 |
| Relações Pessoais | 4,41 ± 0,36 |
| Meio Ambiente     | 4,20 ± 0,30 |

\*Valores expressos em média ± desvio padrão

Na faceta *físico* duas questões apresentaram as médias mais baixas (3,38) e estão relacionadas à mobilidade. Uma das questões interrogava o quanto a dor física as impede de fazer o que precisava ser feito e a outra se elas precisavam de algum tratamento médico para levar sua vida diária. Em relação às médias mais altas (4,67), apareceram na faceta *relações pessoais* a questão que perguntava o quanto elas estão satisfeitas com a sua vida sexual e na faceta *meio ambiente* a questão o quanto elas estão satisfeitas com as condições do local onde moram.

Além dessas facetas, o questionário possuía duas questões sobre a percepção geral da qualidade de vida dos respondentes. Como pode ser verificada no quadro 3, a auto avaliação da qualidade de vida das participantes apresentou média de 4,10 com desvio padrão de 0,30. Em relação ao quanto estão satisfeitas com a sua saúde apresentou média de 3,95 com desvio padrão de 0,50.

**Quadro 3** – Percepção da qualidade de vida

| Questões                                      | Idosas      |
|---|-------------|
| Como você avaliaria sua qualidade de vida?    | 4,10 ± 0,30 |
| Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 3,95 ± 0,50 |

\*Valores expressos em média ± desvio padrão

## WHOQOL-OLD

Conforme quadro 4, a faceta *Morte e Morrer* é a que apresentou média mais alta com 4,51 e desvio padrão de 0,54, seguida da faceta *Intimidade* com 4,18 e desvio padrão de 0,39. A faceta atividades passadas, presentes e futuras apresentou média de 3,95 e desvio padrão de 0,34 e a faceta *Participação Social* obteve média de 3,88 e desvio padrão de 0,39. A faceta *Funcionamento do Sensório* ficou com a segunda menor média 3,58 e desvio padrão de 0,73. A faceta *Autonomia* é a que apresentou menor média com 3,55 e desvio padrão de 0,41. Esse módulo permite avaliar a qualidade de vida geral dos aspectos de uma pessoa idosas, o escore de todas as seis facetas. Nesta pesquisa a média do escore geral ficou 3,94 e desvio padrão de 0,26.

**Quadro 4** – Parâmetros dos resultados das facetas do WHOQOL-OLD

| Faceta                                   | Idosas      |
|--|-------------|
| Funcionamento do sensório                | 3,58 ± 0,73 |
| Autonomia                                | 3,55 ± 0,41 |
| Atividades Passadas, Presentes e Futuras | 3,95 ± 0,34 |
| Participação Social                      | 3,88 ± 0,39 |
| Morte e Morrer                           | 4,51 ± 0,54 |
| Intimidade                               | 4,18 ± 0,39 |
| Escore Geral                             | 3,94 ± 0,26 |

\*Valores expressos em média ± desvio padrão

Na faceta *funcionamento do sensório* e na faceta *autonomia* duas questões apresentaram as médias mais baixas (3,38). Uma das questões questionava até que ponto a perda de algum sentido (audição, visão, paladar, tato, etc...) afeta a capacidade de participar de alguma atividade e a outra questionava até que ponto elas sentiam que conseguiam controlar o futuro. Em relação às médias mais altas (4,57), as três respostas estão na faceta *morte e morrer*. Uma perguntava o quanto elas tem medo de morrer, a outra o quanto elas temem não poder controlar a morte e a terceira o quanto elas temem sofrer dor antes de morrer. Importante ressaltar que nessas três questões a escala de likert é invertida, assim o valor 5 refere-se a nada e o 4 refere-se a muito pouco.

## **WHOQOL-SRPB**

As facetas que apresentaram média mais alta foram a *Sentido na Vida* com 4,44 e desvio padrão de 0,49, seguida da *Força Espiritual* com 4,40 e desvio padrão de 0,41. As que apresentaram menor média foram as facetas *Esperança e Otimismo* com 4,08 e desvio padrão de 0,41 e a *Totalidade e integração* com 4,10 e desvio padrão de 0,44. Já a faceta *Conexão com um ser ou Força Espiritual* apresentou média 4,20 e desvio padrão 0,36, a faceta *Admiração* apresentou média de 4,25 e desvio padrão de 0,37, a faceta *Paz Interior* apresentou média de 4,11 e desvio padrão de 0,23 e por último a faceta *Fé* ficou com média 4,35 e desvio padrão de 0,44.

**Quadro 5** – Parâmetros dos resultados das facetas do WHOQOL-SRPB

| Faceta                                 | Idosas      |
|--|-------------|
| Conexão com um ser ou força espiritual | 4,20 ± 0,36 |
| Sentido na Vida                        | 4,44 ± 0,49 |
| Admiração                              | 4,25 ± 0,37 |
| Totalidade e integração                | 4,10 ± 0,44 |
| Força Espiritual                       | 4,40 ± 0,41 |
| Paz Interior                           | 4,11 ± 0,23 |
| Esperança e Otimismo                   | 4,08 ± 0,41 |
| Fé                                     | 4,35 ± 0,44 |

\*Valores expressos em média ± desvio padrão

Na faceta *esperança e otimismo* uma questão apresentou a média mais baixa (3,81). A questão questionava o quanto elas são capazes de permanecer otimistas em épocas de incerteza. Em relação à média mais alta (4,62) das questões foi na faceta *força espiritual*. A pergunta questionava até que ponto elas sentem força espiritual interior.

## **Análise Qualitativa**

### ***A autopercepção sobre a qualidade de vida***

Os relatos a seguir mostram a autopercepção das idosas sobre o significado de qualidade de vida, separados em três aspectos. O primeiro aspecto está relacionado ao

sentimento em relação à vida que levam, ao quanto estão felizes com suas escolhas. As falas a seguir apresentam respostas que exemplificam esse aspecto.

*“Como a gente vive a vida se está contente ou não está.”* (ID03, 97 anos).

*“Eu acho que é bem estar geral, tanto físico como socialmente no ambiente, a gente se sentindo bem dentro do seu jeito de ser das suas qualidades, um conjunto de fatores e principalmente estar bem espiritualmente que é muito importante, mas é todo um conjunto de fatores”* (ID09, 84 anos).

*“Acho que a pessoa faz uma opção de sua vida e tem que colocar em pratica esta opção, sendo assim ela conseguirá ser Feliz”* (ID16, 73 anos).

O segundo aspecto dessa categoria está relacionado a saúde das idosas pesquisadas. Para elas, ter qualidade de vida está diretamente ligado a ter os cuidados médicos necessários e ter uma boa saúde para poder desenvolver suas atividades cotidianas. As falas a seguir apresentam algumas respostas que mostram essa percepção.

*“É um bem estar geral, que a pessoa tenha condições de viver e não de sobreviver e sim viver ter atendimento necessário quando doente, para recuperar e ter assistência”* (ID08, 76 anos).

*“Eu acho que qualidade de vida seria se a gente tivesse bem de saúde”* (ID12, 84 anos).

*“Acho que estar em companhia das irmãs e ter um acesso aos médicos”* (ID02, 97 anos).

O terceiro aspecto relacionado a essa categoria refere-se diretamente a escolha que elas fizeram ainda muito novas, que é a sua dedicação à religião. Para as

respondentes poder praticar a religião é um fator importante na qualidade de vida delas, como fica perceptível nas falas que seguem.

*“É a gente esta bem consigo, com Deus e com os outros” (ID11, 65 anos).*

*“Para mim qualidade de vida é ser uma pessoa que trás dentro de si valores que testemunham Jesus Cristo em todo seu agir” (ID05, 85 anos).*

*“Entendo ser uma maneira de viver contente com a vida. Agradecendo cada pouco a Deus por tudo o que ele me deu e continua má dando. Tive muitas e grandes oportunidades no decorrer da minha família e dentro da congregação. Também entendo que qualidade de vida é poder trabalhar e contribuir para o bem dos outros. Canto e gosto de cantar, tenho boa voz para o canto. Contribuo com este dom também. Admirar a natureza: montanhas, pôr do sol, estrelas, lua e firmamentos. Qualidade de vida é ter mente e memória boas, ter boas amizades dentro e fora da Comunidade. Ter tempo para rezar, ler e refletir” (ID04, 78 anos).*

Ao cruzar os dados dos questionários com as entrevistas é possível encontrar algumas semelhanças. As mulheres idosas avaliaram a sua qualidade de vida em uma média de 4,10 e relacionaram a resposta aos seus estilos de vida, a saúde e a religião\espiritualidade. Em relação ao estilo de vida, as facetas *Relacionamento Interpessoal* (4,41), *Atividade Passadas, Presentes e Futuros* (3,95) e a de *Participação Social* (3,88) apresentaram também altas médias. O que mostra o quanto satisfeito estão as respondentes com as escolhas de vida que fizeram.

### ***Fatores que influenciam positivamente a autopercepção da qualidade de vida***

Nessa categoria avaliaram-se os fatores que as pesquisadas consideram que influenciam positivamente na qualidade de vida delas. Analisando as respostas, todas

apresentaram relação com os seguintes fatores: fé; relações pessoais; participação social; ambiente físico. A seguir encontram-se alguns desses relatos.

*“Para mim tudo é muito bom tem horário pra tudo, posso participar de tudo com as irmãs, faço companhia para as visitas eu fico muito contente.” (ID03, 97 anos).*

*“Todo tratamento que a gente recebe, por exemplo, o ambiente e acolhida, tudo que o convento coloca a disposição da gente é um aspecto positivo, como a estrutura, comida, paisagem, cuidados médicos. O cuidado que tem para o nosso bem estar, acho que é um aspecto muito positivo” (ID09, 84 anos).*

*“Eu acho que nosso tempo de oração, nossos encontros de recreio onde podemos nos comunicar, nossos encontros nas refeições, e também quando podemos ajudar uma a outra sempre dar uma conselho, e nossa vida nossa vivencia, nós sabemos esta é a nossa vida nosso caminho” (ID11, 65 anos).*

*“Tudo o que a congregação a província oferecem para as irmãs aqui dentro como: cursos, retiros, missas, reuniões aqui dentro de casa e fora como Porto Alegre ou São Leopoldo, isto para mim é uma coisa muito positiva” (ID10, 83 anos).*

Os resultados mostraram que as relações das pesquisadass com a religião e os hábitos que praticam influenciam positivamente a qualidade de vida. Importante ressaltar que as facetas *Sentido de Vida* (4,44) e a *Força Espiritual* (4,40) apresentaram as maiores médias e são os aspectos mais presentes nas respostas das idosas religiosas.

### ***Fatores que influenciam negativamente a autopercepção da qualidade de vida***

Por último, analisaram-se os fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida delas. Algumas entrevistadas relataram não haver nenhum fator que percebiam que influenciava negativamente. As que responderam haver fatores relacionaram as categorias de saúde e sentimento em relação à vida que levam. Os relatos são sobre os

problemas que as impedem de ter a mesma mobilidade de quando mais jovens e ao fato de não ter mais uma função para a sociedade, não desenvolver mais nenhuma atividade externa. A seguir algumas falas que exemplificam os aspectos que influenciam negativamente.

*“Eu não poder sair no pátio, pois eu dependo de alguém para ir comigo, já que estou em cadeira de rodas. E eu não poder fazer mais o que eu fazia, porque estou na cadeira de rodas, já que meu joelho está com osteoporose” (ID06, 90 anos).*

*“A falta de saúde física, limitações por conta da artrite e da artrose, pois causam muita dor, fraqueza e debilidade. Mas sempre respeitada e ajudada quando solicito tenho médico e medicamentos. Pois eu sofro muito por conta destas minhas dores por não poder caminhar o quanto precisaria para ajudar mais ser mais útil aqui, mas estou nas missas reuniões estou sempre” (ID10, 83 anos).*

*“Às vezes eu gostaria de ajudar mais e não consigo em função dos meus olhos” (ID12, 84 anos).*

*“Eu me sinto amarrada, porque eu era acostumada sempre trabalhar, então estou limitada em função do tombo que tive e machuquei meu joelho” (ID16, 73 anos).*

Relacionando os dados da pesquisa quantitativa, o aspecto saúde também apareceu como um fator que influencia negativamente a qualidade de vida delas. Conforme os relatos, muitas respondentes possuem debilidades físicas e acabam não conseguindo desenvolver mais todas as atividades que faziam anteriormente, além de depender de outras pessoas para algumas tarefas. Isso gera um sentimento de frustração para as irmãs, que ficam evidentes nas facetas *Funcionamento do Sensório (3,58)* e *Autonomia (3,55)* do WHOQOL-OLD. A satisfação geral em relação a saúde delas apresentou uma média de 3,95. No questionário WHOQOL-SRPB manifesta-se essa

negatividade em relação ao aspecto saúde na faceta *Esperança e Otimismo* (4,08) em que obteve menor resultado.

## **Discussão**

Os questionários e a entrevista apresentaram resultados convergentes, permitindo uma análise completa sobre a autopercepção da qualidade de vida das mulheres religiosas idosas. Os aspectos referentes à saúde física, ao meio ambiente e a religiosidade se sobressaíram em relação aos outros aspectos que envolvem a qualidade de vida. As médias das questões e as falas das mulheres mostram o quanto às dificuldades de locomoção e execução das atividades, devido às limitações físicas do corpo, as incomoda. Conforme Motta (2002), a construção da identidade da pessoa idosa passa pela aceitação do corpo, que está se modificando, e da mente que permanece, na sua maioria, jovem e produtiva.

Alguns estudos compararam a qualidade de vida, em especial o domínio físico, com a prática da atividade física. Conte e Lopes (2005) analisaram indicadores da qualidade de vida no domínio físico e associaram ao nível de atividade física habitual de 14 mulheres idosas participantes dos grupos de convivência. Os resultados mostraram que houve um percentual maior de respostas positivas para aquelas com maior nível de atividade física. Para esses autores, a atividade física auxilia no processo de envelhecimento e mantém a capacidade funcional das pessoas idosas. Já nas entrevistas realizadas em nosso estudo, com as mulheres idosas religiosas, não foram encontrados relatos de prática de atividade física, assim sugere-se futuros estudos que relacionem a atividade física com a qualidade de vida nesses locais.

Outro aspecto relacionado ao domínio físico está em conseguir desenvolver suas atividades diárias. Conforme a OMS (2015), fatores do ambiente e as interações permitidas nele determinarão se os idosos poderão realizar as atividades que consideram importantes, pois havendo recursos disponíveis, eles conseguirão desenvolver as atividades mesmo com a capacidade limitada. Assim, a percepção de declínio seria compensada pela satisfação por ter conseguido realizar a tarefa.

Em relação aos aspectos positivos encontrados nas pesquisas, as questões de religiosidade e espiritualidade se sobressaíram. Santana (2006: 71) ressalta que “a religiosidade atua como elemento organizador, contribuindo para a identidade das pessoas e grupos e para o seu senso de pertencimento” Assim, os momentos em que as

idosas religiosas ficam juntas rezando e assistindo as missas tornam-se fontes de prazer e conforto, ajudando na manutenção do senso de identidade.

As 18 facetas estudadas mostram o quanto amplo e complexo é o conceito de qualidade de vida. Fleck (2000) ressalva que os questionários do grupo WHOQOL são elaborados dentro de uma perspectiva internacional, em que diferentes países e culturas auxiliaram na elaboração dos mesmos, mostrando a sua confiabilidade. Deste modo, o resultado de 3,94 de média do escore geral da qualidade de vida do WHOQOL-OLD, além de todas as outras médias, nos permite perceber que o grupo estudado vive um processo de envelhecimento tranquilo e saudável.

### **Considerações Finais**

Esse estudo analisou o envelhecimento de um grupo social com hábitos de vida específicos, os resultados permitiram entender que o estilo de vida das pesquisadas influencia na sua autopercepção sobre qualidade de vida. A religiosidade delas permite que tenham uma visão ampla e simples sobre suas atuais condições de vida, além de servir como um apoio para o futuro.

Em relação aos objetivos propostos, as idosas religiosas possuem uma boa autopercepção sobre a qualidade de vida e são cientes dos fatores que interferem positivamente e negativamente. No que tange o que influencia positivamente, destaca-se a religião\espiritualidade, resultado que vai ao encontro com a escolha de vida realizada por elas quando ainda jovens. Se tornar religiosa exigiu, além da dedicação, que elas adotassem um estilo de vida simples e regrado. Essas escolhas as fazem pessoas satisfeitas com a vida que levam, aumentando a percepção positiva da qualidade de vida.

Em relação aos fatores que influenciam negativamente, o que mais se destacou foi a saúde, relacionado à fragilidade física. Por serem mulheres que renunciaram a vaidade e ao relacionamento íntimo, a sua insatisfação com o corpo está diretamente relacionado a não poder se deslocar e nem desempenhar todas as atividades que antigamente faziam. Por fim, o estudo nos permite entender o quanto é essencial compreender o contexto em que se vive uma pessoa para poder estudar a sua autopercepção sobre a qualidade de vida.

Ressalta-se que não foram encontrados estudos recentes no Brasil sobre a qualidade de vida no processo de envelhecimento de mulheres idosas religiosas e dessa

forma, sugere-se a ampliação do número de estudos com esse público e com essa temática. Além da aplicação dessa metodologia completa a grupo de mulheres idosas em outras realidades sociais, a fim de permitir a comparação entre estilos de vida diferentes, em especial as facetas referentes à religiosidade e espiritualidade.

## Referências

ALENCAR, N. de A. et al . (2010) Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. bras. Geriatria e Gerontologia*, 13(1), 103-109. Recuperado em 5 de setembro de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a11v13n1.pdf>.

Bardin L. (2011) *Análise de conteúdo*. 70 ed. São Paulo: Almedina.

BOFF, L. (2006) *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante.

Conte, E. M. T., & Lopes, A. S. (2005). Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2(1), 61-75. Recuperado em 02 junho, 2018, de: <http://www.seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/23>.

FLICK, U.. (2009) *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

GIL, A. C.. (2010) *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas.

GEIB, L. T. C.. (2012) Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 17( 1), 123-133. Recuperado em 29 de agosto de 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)

GUIMARÃES, E. D. F. (2012) *Desejo que todo mundo seja idoso: o processo de envelhecimento na vida religiosa consagrada marista*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, p.218.

KREUZ, G., & FRANCO, M. H. P. (2017) Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas. *Revista Kairós — Gerontologia*. 20 (2), 117-133.

IBGE. (2010). *Censo Demográfico: 2010*. Características da população e dos domicílios: resultados do Universo 2010. Recuperado em 10 de setembro, 2017, de: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>

MARQUES, L. F. (2003) A saúde e o bem estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão [online]*, 23(2), 56-65. Recuperado em 12 de setembro de 2017, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000200009&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000200009&script=sci_abstract)

MOTTA, A.B. (2002) Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, MCS. e COIMBRA JUNIOR, CEA., Orgs. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 37-57.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P.M. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva* [online], 5(1), 7-18. Recuperado em 6 de setembro de 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt).

OLIVEIRA, M. R., JUNGES, J. R. (2012) Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Revista Estudos de Psicologia* [online], 17(3), 469-476. Recuperado em 12 de setembro de 2017, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016)

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2015) *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Suíça*: versão traduzida para o português.

\_\_\_\_\_. (2005) *Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília/DF. Organização Pan-Americana da Saúde, p. 60.

PANZINI, R.G. et al. (2007) Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria clinica*, 34(1), 105-115.

SANTANA, M. C.. (2006) *Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p.1001.

The WHOQOL Group. (1996) WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Recuperado em 10 de dezembro de 2017, de: <https://www.ufrgs.br/qualidep/>

\_\_\_\_\_. (2005) Manual WHOQOL-OLD. Recuperado em 10 de dezembro de 2017, de: <https://www.ufrgs.br/qualidep/>

\_\_\_\_\_. (2002) Scoring and Coding for the WHOQOL SRPB Field-Test Instrument. Recuperado em 10 de dezembro de 2017, de: <https://www.ufrgs.br/qualidep/>

**Carine Parnow.** Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Franciscana (UFN). Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: [carineparnow.adm@hotmail.com](mailto:carineparnow.adm@hotmail.com)

**Bruna Rodrigues Maziero.** Terapeuta Ocupacional, Docente da Universidade Franciscana (UFN). Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: [brunarmaziero@gmail.com](mailto:brunarmaziero@gmail.com)