



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA –
MESTRADO ACADÊMICO**



MARÍLIA GABRIELLE SANTOS NUNES

**QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS
PESSOAIS EM IDOSOS LONGEVOS**

**RECIFE
2016**

MARÍLIA GABRIELLE SANTOS NUNES

**QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS
PESSOAIS EM IDOSOS LONGEVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Modo de vida, morbimortalidade e atenção à saúde

Orientadora: Dr^a Márcia Carrera Campos Leal

Co-orientadora: Dr^a Ana Paula de Oliveira Marques

RECIFE

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

N972q Nunes, Marília Gabrielle Santos.
Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais em idosos longevos / Marília Gabrielle Santos Nunes. – 2016.
117 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idosos de 80 anos ou mais. 2. Espiritualidade. 3. Religião e Medicina. 4. Atenção primária à saúde. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-054)

MARÍLIA GABRIELLE SANTOS NUNES

**QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS
PESSOAIS EM IDOSOS LONGEVOS**

Aprovado em: 10 / 03 / 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Márcia Carrera Campos Leal (Orientadora)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Prof^a. Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques (Membro Titular Interno)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Membro Titular Externo)
Depto. de Enfermagem – UFPE

Prof^a. Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Membro Suplente Interno)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann (Membro Suplente Externo)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Dedico esta dissertação aos meus pais, que desde cedo me ensinaram a amar e lutar pelos meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus pela dádiva da vida e por proporcionar-me a sua paz e a serenidade para enfrentar os obstáculos que me atravessavam e superar os desafios;

À minha mãe, grande mulher de um coração bondoso na qual me espelho, especialmente pela capacidade de superar grandes vendavais e permanecer com sua candura e amabilidade. Agradeço pela devoção dedicada à minha criação;

À minha família, sobretudo a minha tia Gerda Arruda por me acolher em Recife na sua casa e no seu coração;

À minha orientadora Prof^a Dra. Márcia Carréra Campos Leal, pela propensão em ajudar, por ser minuciosa com suas valiosas contribuições e por transmitir seu amor pela docência e pesquisa, sempre com tanta humildade e sabedoria. Obrigada pela confiança que sempre depositou em mim! É por me espelhar na senhora que seguirei sempre entusiasmada e apaixonada pelo que me propor a fazer;

À Prof^a Dra. Adriana Falangola e à Prof^a Dra. Ana Paula de Oliveira Marques a quem tive o privilégio inenarrável de beber na fonte de sua sabedoria. Muito obrigada pela atenção e pela dedicação neste ambiente acadêmico cada vez mais desértico;

Aos colegas de mestrado da turma Coorte 2014 pela amizade, incentivo, conhecimentos compartilhados e, sobretudo por tornarem esta caminhada mais leve;

A equipe de pesquisa do projeto “Envelhecimento Bem-Sucedido”: Edson Rios, Jaqueline França, Fátima Knappe, Antônio Carlos Moura, e sobretudo a Sarah Mendonça, pela amizade e parceria;

Ao secretário e a coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, José Moreira e Sandra Valongueiro pela atenção dedicada durante esta fase;

Aos idosos, que sem os quais não seria possível executar este trabalho; por me receberem em suas casas, e pela boa vontade;

Aos Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiras de todas as unidades da Microrregião 4.2 que visitei pelo auxílio, compreensão e atenção prestada;

À CAPES, pela bolsa de fomento à pesquisa.

“A ciência não é só compatível com a
espiritualidade; é uma profunda fonte de
espiritualidade.”
Carl Sagan

RESUMO

Dentro do contexto do envelhecimento populacional, a faixa etária que mais cresce no mundo é a de idosos com 80 anos ou mais de idade, e esta etapa da vida propicia uma aproximação do ser com a espiritualidade. A espiritualidade, relacionada ou não com a religiosidade, tem sido concebida como fator de proteção e de amparo em diversos momentos da vida, e tem sido associada com melhor qualidade de vida das pessoas. Diante deste entendimento, este estudo objetivou relacionar religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais com qualidade de vida em indivíduos idosos longevos. Foram desenvolvidos dois artigos científicos, que constituem a seção dos resultados. O primeiro, uma revisão integrativa da literatura, objetivou analisar as evidências científicas publicadas acerca da espiritualidade e qualidade de vida em idosos. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF, resultando numa amostra final de 10 artigos que destacam a importância da espiritualidade como um recurso de apoio resultando em força e capacidade de superar as adversidades, e conseqüentemente contribuindo para uma melhor qualidade de vida. O segundo artigo, um estudo quantitativo transversal, avaliou o domínio da Espiritualidade/Religiosidade e Crenças Pessoais de 100 idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife/PE a partir do questionário WHOQOL-SRPB, tendo como variáveis independentes dados sociodemográficos, econômicos, apoio social, depressão e satisfação com a vida. A variável resposta foi associada com boa rede social ($p=0,03$), e na análise das facetas separadamente, as facetas Totalidade & Integração e Paz foram as que mais tiveram associações significantes. A qualidade de vida no idoso está relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal/espiritual. Além disso, está centrado em uma série de fatores como interação social, o suporte familiar, o próprio estado de saúde e com a espiritualidade e, neste âmbito, profissionais de saúde precisam estar engajados e incorporar este conhecimento, principalmente aqueles atrelados aos serviços de atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Idosos de 80 anos ou mais. Espiritualidade. Religião e Medicina. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Within the context of an aging population, the age group the fastest growing in the world is of 80 years old or older. This stage of life provides an approach to be with spirituality, even for those who, throughout his existential trajectory, have not yet addressed this search. Spirituality, related or not with religiosity, has been conceived as a factor of protection and support in different moments of life, and has been associated with better quality of life. Given this understanding, this study aimed to relate religiousness / spirituality / personal beliefs with quality of life in the oldest old individuals. two papers, which are the results section have been developed. The first, an integrative literature review aimed to analyze the scientific evidence published about spirituality and quality of life in the elderly. Data collection was conducted on MEDLINE, LILACS and BDNF, resulting in a final sample of 10 articles that highlight the importance of spirituality as a support resource resulting in strength and ability to overcome adversity, and thus contributing to a better quality of life. The second article, a cross-sectional quantitative study, evaluated the field of spirituality / religiosity and Personal Beliefs 100 oldest old assisted by the Health Strategy Recife Family / PE from WHOQOL- SRPB questionnaire, with the independent socio-demographic, economic data variables, social support, depression and life satisfaction. The response variable was associated with good social network ($p = 0.03$), and analysis of facets separately facets Wholeness & Integration and Peace were the most had significant associations. The Entire domain and integration significantly associated with income ($p = 0.021$), life satisfaction ($p = 0.022$), social support ($p = 0.018$), and the Peace area, the variables associated were: no depression ($p = 0.027$), life satisfaction ($p = 0.029$) and social support ($p = 0.017$). The quality of life in the elderly is related to self-esteem and personal / spirit well-being. It is also focused on a number of factors such as social interaction, family support, their own health status, lifestyle, satisfaction with daily activities and spirituality and, in this context, health professionals need to be engaged and incorporate this knowledge, especially those linked to primary health care services.

Key words: Aged, 80 and over. Spirituality. Quality of Life. Religion and Medicine. Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da microrregião 4.2.....	34
Quadro 1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas da pessoa idosa.....	37

ARTIGO DE REVISÃO

Quadro 1. Identificação dos artigos conforme título, autor(es), objetivo(s), principais resultados, ano de publicação. Recife – PE, 2015.....	67
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com 80 anos ou mais cadastradas nas USF da MR 4.2, Recife, 2015.	35
---	----

ARTIGO DE REVISÃO

Tabela 1. Relação dos artigos selecionados conforme Base de dados. Recife – PE, 2015.....	67
---	----

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Classificação da Espiritualidade/Religiosidade/Crenças por condições sociais na Microrregião 4.2 da cidade do Recife. Pernambuco, Brasil. 2015.	75
Tabela 2. Faceta Totalidade & Integração segundo condições sociodemográficas e clínicas na Microrregião 4.2 da cidade do Recife. Pernambuco, Brasil. 2015.	76
Tabela 3. Faceta Paz segundo condições sociodemográficas e clínicas na Microrregião 4.2 da cidade do Recife. Pernambuco, Brasil. 2015.	78
Tabela 4. Fatores com associação estatística segundo a análise bivariada para a Espiritualidade/Religiosidade/Crenças através das facetas Totalidade e Paz do WHOQOL-SRPB. Recife, Pernambuco, Brasil. 2015	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SV	Satisfação com a Vida
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
BDEF	Base de dados em Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
PHRU	Public Health Resource Unit
RPA	Regiões Político-Administrativas
MR	Microrregiões
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
USF	Unidade de Saúde da Família
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
WHOQOL-SRPB	Questionário elaborado pelo grupo Whoqol com o módulo da Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de Vida
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
LSNS	Escala de Redes Sociais de Lubben
GDS	Geriatric Depression Scale
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SPSS	Package for Social Sciences for Windows
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
PPGERO	Programa de Pós-Graduação em Gerontologia
ERCP	Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
MS	Ministério da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	GERAL.....	17
2.2	ESPECÍFICOS.....	17
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1	TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	18
3.2	O NOVO CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO: A LONGEVIDADE	20
3.3	QUALIDADE DE VIDA.....	22
3.4	ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS PESSOAIS EM IDOSOS LONGEVOS.....	26
4	METODOLOGIA	30
4.1	ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA: Espiritualidade e Qualidade de Vida em Idosos: Uma Revisão Integrativa	30
4.2	ARTIGO ORIGINAL: Avaliação da Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religião, Crenças Pessoais e Fatores Associados em Idosos Longevos	32
4.2.1	Tipo de Estudo.....	32
4.2.2	Local do Estudo	32
4.2.3	População do Estudo.....	34
4.2.4	Amostra do Estudo	34
4.2.5	Critérios de Inclusão	35
4.2.6	Critérios de Exclusão	36
4.2.7	Elenco das Variáveis	36
4.2.7.1	Variáveis Dependentes.....	36
4.2.7.2	Variáveis Independentes	37
4.2.8	Instrumentos de Pesquisa.....	41
4.2.9	Coleta de Dados	41
4.2.10	Análise dos Dados.....	41
4.2.11	Aspectos Éticos	42
5	RESULTADOS	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS.....	44
	APÊNDICES	50
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE PESQUISA.....	50

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	52
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
APÊNDICE C – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA.....	54
ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA: Espiritualidade e Qualidade de Vida em Idosos: Uma Revisão Integrativa	54
APÊNDICE D – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA.....	72
ARTIGO ORIGINAL: Avaliação da Qualidade de Vida no Domínio da Espiritualidade, Religião, Crenças Pessoais e Fatores Associados em Idosos Longevos	72
ANEXOS	92
ANEXO A - ESCALAS UTILIZADAS.....	92
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	99
ANEXO C – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE.....	101
ANEXO D - INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	106

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um tema que vem ganhando amplo enfoque no cenário mundial, tornando-se muito significativo, tanto do ponto de vista científico, quanto o das políticas públicas. Logo, vem conquistando vários setores das camadas sociais no desafio constante que este processo de transição estar se colocando para a sociedade (BRITO, 2013).

De acordo com os dados do último Censo realizado no Brasil pelo IBGE em 2010, a mudança do perfil demográfico pode ser observada pelo alargamento do topo da pirâmide com crescimento da população com 60 - 79 anos, que era de 7,5% em 2000, passando a 9,4% em 2010. No que se refere à população com 80 anos ou mais, o crescimento passou de 1,1 para 1,6 no mesmo período. De acordo com Gutz (2013), dentro do contexto do envelhecimento populacional, a faixa etária que mais cresce no mundo é a de idosos com 80 anos ou mais de idade.

Segundo Mello (2013), a partir do aumento do segmento populacional dos idosos no Brasil, um aspecto de grande interesse e acentuado crescimento no meio acadêmico são os estudos incluindo qualidade de vida e longevidade. A qualidade de vida no idoso está relacionada com a auto estima e com o bem-estar pessoal/espiritual. Além disso, está centrado em uma série de fatores como capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, o estilo de vida, satisfação com atividades diárias e espiritualidade (VECCHIA, 2005).

Na prática do profissional de saúde, cada vez mais tem se tornado fortalecida a relação entre espiritualidade e saúde como um fator constante. Para Volcan (2003) uma condição importante para o reconhecimento da espiritualidade no campo da saúde foi à introdução da dimensão espiritual no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, no qual passa a ser caracterizada como bem-estar biopsicossocial e espiritual.

A espiritualidade, relacionada ou não com a religiosidade, tem sido concebida como fator de proteção e de amparo em diversos momentos da vida do ser humano. Porém, por outro lado, também tem se mostrado como um fator de discórdia, fanatismo, e confrontos violentos em todo o mundo (GUIMARÃES, 2007).

Peres, Simão e Nasello (2007), afirmam que “o interesse sobre a espiritualidade e a religiosidade sempre existiu no curso da história humana, a despeito de diferentes épocas ou culturas, contudo, apenas recentemente a ciência tem demonstrado interesse em investigar o tema”.

De acordo com dados de um estudo internacional realizado por Wong (2000), as atividades religiosas, o *cooping* religioso (o modo de lidar com a doença utilizando-se da religião) e o maior significado a vida eram preditores na questão do envelhecimento bem-sucedido. Esta etapa da vida propicia uma aproximação do ser com a espiritualidade, mesmo para aqueles que, durante toda a sua trajetória existencial, ainda não tenham direcionado essa busca.

Em diversas vezes essa procura é reflexo pelas perdas acentuadas, tais como aposentadoria, diminuição da vitalidade e comprometimentos com a saúde que vão acontecendo, ocorrendo-lhe o pensamento de proximidade da morte (MENEZES, 2009).

Um estudo conduzido pelo Instituto Gallup Internacional em 2005 envolveu cerca de 50.000 pessoas em 65 países do mundo, mais de um terço dos entrevistados se declararam como sendo religiosos. No entanto, nesta população, os idosos foram o segmento populacional que apresentaram maior grau de religiosidade, aproximadamente 70% (JAMES, 2005).

Diante do exposto, o estudo tem como pergunta norteadora: quais os fatores estão associados à qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religião e crenças pessoais em idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religião, crenças pessoais e fatores associados em idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar a casuística estudada segundo variáveis sócio-demográficas, apoio social, depressão, morbidade diagnosticada em prontuário, satisfação com a vida e situação de saúde auto percebida;

Verificar se existe associação significativa entre qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religião, crenças pessoais e as variáveis independentes do estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

Historicamente, o ser humano tem buscado esclarecer o processo de envelhecimento. Uma das certezas da vida é que as pessoas envelhecem, todavia, o processo do envelhecimento apresenta-se de forma bastante peculiar entre os seres humanos. A manifestação do envelhecimento é variável entre os seres humanos da mesma espécie e de espécies diferentes. Essa observação derivou diversas teorias sobre o envelhecimento, que apesar de divergirem quanto as correntes teóricas, partilham da mesma ideia de que no envelhecimento há perda progressiva com a idade, o conseqüente aumento da susceptibilidade e incidência de doenças, aumentando a probabilidade da morte(MOTA, 2004).

Hipócrates (460 a 437 a.C.), considerado como o pai da medicina, foi o primeiro estudioso a abordar sobre o processo do envelhecimento, como sendo algo irreversível causado pela perda de calor do corpo (SPIRDUSO, 2005).

Medvedev (1990) recenseou mais de 300 teorias desde o século XVIII em que diversos estudos apontam que o fator genético assume posição preponderante sobre o envelhecimento. No entanto, também destacam-se os fatores estocásticos como determinantes na velocidade do fenômeno do envelhecimento.

Assim, as teorias sobre o envelhecimento humano podem ser operacionalmente divididas em duas categorias gerais: Teorias Genéticas e Teorias Estocásticas.

Baseado nas “Teorias Genéticas”, o envelhecimento é o produto das alterações bioquímicas que são programadas pelo próprio genoma, o que poderia resultar no ajustamento da expectativa de vida por meio de diferentes genes. Para Borgonovi (2007) e Torres (2002), segundo essa teoria, cada ser humano teria a continuidade da sua existência definida por padrões genéticos, o que pode ser constatado através de síndromes do envelhecimento precoce, como é a Progeria infantil ou síndrome de Hutchinson-Gilford e Progeria do adulto ou síndrome de Werner, doenças que estariam relacionadas a deficiências de enzimas controlados

por genes autossômicos recessivos. Neste grupo destacamos: a Teoria da Velocidade da Vida, Teoria dos Telômeros e Teoria Imunológica.

De acordo com a Teoria da Velocidade da Vida, enfatizamos que a mesma, sofreu várias reformulações, até ser considerada que a influência metabólica na longevidade poderá ser, parcialmente, explicada pelo aumento da produção de espécies reativas de oxigênio (ERO), nos animais metabolicamente mais ativos (MOTA, 2004).

Em relação à Teoria dos Telômeros, outro mecanismo genético considerado, seria o encurtamento dos telômeros, como sendo o principal responsável pelo desencadeamento do envelhecimento. Os telômeros são estruturas localizadas no final dos cromossomos de células eucarióticas, e de acordo com Torres (2002), tem como principal função manter a estabilidade estrutural do cromossomo e garantir a replicação do DNA cromossomal. Segundo Cunha e Jeckel-Neto (2002), o encurtamento dos telômeros também traria como consequência perdas de informações genéticas e instabilidades genômicas no decorrer da vida.

No tocante a Teoria Imunológica, observa-se que a função imunológica declina-se com o avançar a idade, motivo pelo qual a hipótese básica da teoria imunológica seja a de que a redução da eficácia do sistema imune, mantido pela interação entre linfócitos e macrófagos no organismo, ao longo dos anos, tornam as pessoas mais susceptíveis contra as injúrias, provocando assim, o envelhecimento. Tal teoria postula que a diminuição da resposta imune estaria relacionada ao envelhecimento do timo, órgão central no desenvolvimento e diferenciação de Linfócitos T (CUNHA; JECKEL-NETO, 2002).

Considerando as “Teorias Estocásticas” que defendem a perda de funcionalidade que esta presente na maioria dos padrões de envelhecimento, sendo causada pela acumulação de lesões que se dar de forma aleatória, associadas também a ação ambiental, que juntas, provocam uma regressão fisiológica progressiva. Diversas teorias estão enquadradas neste grupo, dentre as quais se destacam a Teoria do Erro Catástrofe, Teorias das Mutações Somáticas e a Teoria do Stress Oxidativo (CRISTOFALO, 1994).

A Teoria do Erro Catástrofe, também chamada de Teoria do Acúmulo de Danos, afirma que a principal causa do envelhecimento se dá pela concentração de

moléculas defeituosas oriundas de falhas no reparo e na síntese de moléculas intracelulares, o que resultaria na perda progressiva de algumas funções no organismo (TORRES, 2002).

A Teoria das Mutações Somáticas pressupõe que ao longo dos anos, alterações que ocorrem nas células somáticas (46 cromossomos), produziriam células mutantes incapazes de cumprir suas funções biológicas, o que provocaria uma perda progressiva das funções dos órgãos e tecidos, com instalação do envelhecimento (CUNHA; JECKEL-NETO, 2002).

A Teoria do Estresse Oxidativo, considera o envolvimento de Radicais Livres (RL) no fenômeno do envelhecimento, este seria o resultado da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reações dos RL nas células do organismo humano, o que acarretaria na perda da funcionalidade e em diversas doenças com o aumento da idade, levando à morte (MOTA, 2004).

3.2 O NOVO CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO: A LONGEVIDADE

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e significa um crescimento elevado e ascendente dos idosos comparados aos outros segmentos populacionais. Diferente do fenômeno que ocorreu nos países desenvolvidos, esse avanço ocorreu de forma sistemática e mais tarde, porém, a ascensão ocorreu de forma mais rápida, principalmente na população acima de 80 anos (MENEZES, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, até 2025 a população idosa deverá crescer cerca de 16 vezes, tendo como estimativa que em 2050 essa população alcance em média 81,29 anos. Para 2020, estima-se que o Brasil terá a sexta maior população de idosos com um contingente de 30 milhões (VERAS, 2009).

O processo de envelhecimento de uma população é medido pelo índice de envelhecimento que é obtido pela razão entre o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas com até 14 anos de idade. De acordo com o IBGE (2010) o Brasil apresenta 51,8% de idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos e o índice mundial é de 48,2%.

Para Menezes (2009), no Brasil, o aumento da longevidade é um fator que está intimamente relacionado com a queda da taxa de natalidade e à redução da mortalidade. Esse aumento populacional nesta faixa etária é explicado, principalmente, pelas tendências históricas de redução das taxas de fecundidade e pela elevação da expectativa de vida dos brasileiros, que associada à queda da taxa de natalidade, ampliou a proporção de idosos quando comparado às demais faixas etárias.

Em 1980, havia no Brasil 591 mil idosos longevos, e segundo as projeções, este número indica que em 2050 eles serão 13,8 milhões. Enquanto a população total aumentaria 81,6%, a população de idosos longevos aumentaria 436% no mesmo período (IBGE, 2008).

Destacamos que o segmento dos idosos na faixa etária de 80anos ou mais, é o que mais cresce, chegando a um aumento de 65% nos últimos dez anos. Este fato aponta para as peculiaridades decorrentes das modificações internas que ocorrem dentro do próprio segmento etário, conferindo heterogeneidade nas características deste grupo populacional. (IBGE, 2008; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Este processo de envelhecimento necessita de maciços investimentos dos órgãos governamentais e da sociedade devido às próprias demandas que são intrínsecas do envelhecimento populacional (MELLO, 2013).

O que se pode afirmar com segurança é que no século XX produziu-se uma verdadeira revolução da longevidade, que tende a se perpetuar por várias décadas, tornando-se ainda maior no século XXI. Ressalta-se que o aumento da longevidade sempre foi almejado pelos seres humanos, desde os primórdios da civilização. Portanto, é importante promover envelhecimento ativo (PAPALÉO NETTO, 2007).

Além disso, pode-se também afirmar que está relacionado ao desenvolvimento das biotecnologias na área da saúde, melhoria na qualidade de vida. Nesta perspectiva, considera-se que é necessário o envolvimento e a responsabilidade coletiva no que tange a esta revolução demográfica mundial (MENEZES, 2009; BRANDÃO E MERCADANTE, 2009; ONU, 2010)

Desta forma, a longevidade é considerada como um grande desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas, e a sua presença vem demandar pela adoção de políticas públicas, que sejam capazes de proporcionar um envelhecimento ativo. Assim, este novo cenário vem demandando aos sistemas de proteção social, historicamente já estruturado, com o intuito de repensar os sistemas de modelos vigentes para atender essa transição demográfica em curso (MENEZES, 2009; ALMEIDA C, 2010).

Países europeus como Inglaterra e Alemanha são os precursores dos sistemas de proteção social, e desde 2005 já apresentavam taxas de Envelhecimento Populacional de 21,2 e 25,1, valores estes que correspondiam a $\frac{1}{4}$ da população total (BATISTA, 2008)

Conforme Paschoal (2002), “o desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade”.

Observa-se que modificações vêm ocorrendo no campo da saúde e com isto, uma crescente preocupação em avaliar a percepção de saúde e de bem-estar dos indivíduos. Esta valorização da opinião de quem está sendo assistido, provavelmente foi motivada pela ampliação do conceito de saúde da OMS. Sendo assim, qualidade de vida está intimamente atrelada à saúde e ao bem-estar dos indivíduos (MAGALHÃES, 2009).

3.3 QUALIDADE DE VIDA

De acordo com Krause (2003), a partir da década de 70, no contexto do progresso da medicina e da melhoria das condições econômicas e sociais, houve um aumento da expectativa de vida, conseqüentemente uma maior longevidade. Com isto surge o interesse de conceituar e avaliar qualidade de vida. Não existe consenso definitivo na literatura sobre um único conceito do que é a qualidade de vida.

A natureza abstrata do termo tem múltiplos significados, para pessoas, situações e lugares diferentes. Nota-se que existem incontáveis esforços na

tentativa de elucidar este campo do conhecimento. Compreender a qualidade de vida como uma forma em que o homem faz uma auto-percepção do seu existir, considerando as suas peculiaridades a partir de óticas objetivas e subjetivas é um primeiro passo. Antes de tudo, é necessário que para uma compreensão adequada para evitar que o tema sofra restrições, para compreender a natureza ampla que o tema requer (ALMEIDA, 2012).

A concepção sobre qualidade de vida, para muitos, é vista como algo que precisa ser alcançado, e que para isso, os homens precisam ir a busca, sem ter definido quais são os seus valores conceituais e o seu significado semântico. É como se tratasse de um ideal da contemporaneidade, que se expressa na política, na economia, na vida pessoal. Busca-se qualidade de vida em tudo (BARBOSA, 1998).

No que diz respeito à análise semântica, tem-se que o termo Qualidade, que em uma abordagem filosófica, refere-se a uma especificidade do objeto, embora ainda não atribua nenhuma propriedade ou possibilidade a ele. Significa uma forma de estabelecer valores. Atribuir a palavra qualidade é designar um nível bom ou ruim, porque esta é uma atribuição meramente subjetiva que vai de acordo com o referencial e com os elementos ponderados. O que é boa qualidade para alguém não é necessariamente para outra pessoa (BETTI, 2002).

Analisando o termo Qualidade de Vida, observa-se a utilização da palavra Qualidade a essa forma de percepção de que mundo leva a uma existência intrínseca a esse campo de conhecimento, independente deste termo ser considerado bom ou ruim. Este termo sempre esteve presente no cotidiano dos homens, remete-se ao interesse da vida. Desta forma, é interessante esclarecer que qualidade de vida não é algo a ser atingido, um objeto de desejo da sociedade contemporânea que é obtido graças ao esforço individual. É visto como uma percepção que se faz presente na vida do ser humano, e que cada um deve buscar uma boa qualidade de acordo com as suas possibilidades (ALMEIDA, 2012).

Ainda de acordo com Almeida (2012), quanto ao valor implícito a essa percepção (bom ou ruim), é possível afirmar que respeita tanto questões de ordem concreta, que exercem influência direta sobre as possibilidades de ação do sujeito frente à própria vida, como formas de percepção, ação e expectativas individuais

frente a esses elementos. Inclusive, estabelecer se algo é bom ou ruim depende de diferentes referenciais ou pontos de vista.

As diversas concepções de qualidade de vida envolvem desde a visão aristotélica de boa vida, passando pelo significado de condições de vida e satisfação das necessidades, até os aspectos psicológicos, como felicidade, bem-estar e satisfação com a vida (PASCHOAL, 2000)

A qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, atualmente constitui um compromisso pessoal, a procura contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar, sendo indissociável das condições do modo de viver (SANTOS, et al., 2002).

De acordo com Minayo et al. (2000, p.10),

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. 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.

A Organização Mundial da Saúde (1995) define Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A qualidade de vida também é vista como uma conjunção de indicadores subjetivos, que conseguem ser explicitados através de sensações de relações afetivas como felicidade e satisfação, saúde auto-percebida, autocontrole, estresse e competência social (NERI, 2007).

Porém, a qualidade de vida também é influenciada por condições objetivas, especificamente como as condições de saúde, as relações sociais, a realização de atividades, que repercutem diretamente com a satisfação da vida (DIOGO, 2003; VECCHIA, 2005; SATO, 2002).

A satisfação com a vida (SV) não se reporta exclusivamente à saúde física, como também às necessidades de satisfação social e psicológica. Percebe-se que possui associação com o gênero, idade, nível socioeconômico e educacional, entre outros. Além do mais, é um forte indicador de qualidade de vida percebida e pode ser utilizada para traçar estratégias e políticas públicas relacionadas ao envelhecimento (SPOSITO, 2013).

Diversos estudos mostram que a SV recebe influências do próprio conhecimento humano, assim como um conjunto de aplicabilidades cognitivas de diversas áreas do funcionamento pessoal. A avaliação da SV reflete as expressões de cada pessoa aos próprios critérios, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as experiências de maneira positiva (NERI, 2007).

O estudo e a avaliação da qualidade de vida tem se mostrado necessário em todas as faixas etárias, inclusive na população idosa. O ato de envelhecer é uma experiência heterogênea, vivenciada de forma singular por cada indivíduo, em que ele norteará de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes (COSTA, 2013).

Diversas tendências têm sido utilizadas no campo da pesquisa em qualidade de vida na velhice, dentre elas a relação de Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religião e Crenças, sendo utilizado o instrumento WHOQOL-SRPB, módulo da WHOQUOL (instrumento de medida de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) que avalia espiritualidade, religião e crenças pessoais, medindo de que forma estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

A qualidade de vida no idoso pode ser afetada tanto por estados de saúde (médico, social e mental) quanto por condições socioeconômicas e fatores do meio (espiritualidade, relações familiares e de amizade) em que a pessoa vive ou interage. Mesmo se o indivíduo não tiver nenhuma doença instalada, pode não resultar em uma boa qualidade de vida. Existem pessoas que embora sofram enfermidades crônicas permanecem relativamente felizes, aceitando e convivendo bem com sua condição (COSTA, 2013).

3.4 ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS PESSOAIS EM IDOSOS LONGEVOS

Segundo Rohr (2011), refletir sobre espiritualidade significa em um primeiro momento, levar em consideração a integralidade do ser humano. O conceito de espiritualidade diz respeito às conjunturas da constituição da subjetividade do sujeito por si mesmo e remete ao:

conjunto de buscas, práticas e experiências tais como as purificações, as ascetes, as renúncias, as conversões do olhar, as modificações de existência, etc, que constituem, não para o conhecimento, mas para o sujeito, para o ser mesmo do sujeito o preço a pagar para ter acesso à verdade (FOUCAULT, 2004).

Enquanto a filosofia é “*a forma de pensamento que se interroga sobre o que permite ao sujeito ter acesso à verdade [...e] que tenta determinar as condições e os limites do acesso à verdade*” (Foucault, 2004b, p.19), a espiritualidade é a transformação que o sujeito precisa ter para alcance da verdade, expressão conhecida como *epiméleia heautôu*.

No curso *A Hermenêutica do Sujeito* de Michael Foucault, a questão da relação entre sujeito e objeto é vista sob uma ótica bem explícita, e pergunta-se de que forma a verdade de um saber pode ser compreensível pelo sujeito do conhecimento. Foucault (2004) fala da relação entre o sujeito e a verdade do conhecimento. Ele chama de espiritualidade uma compreensão do saber, especialmente da filosofia, como algo que só pode ser acessado pelo sujeito se ele cuidar de si mesmo, se ele se deixar transformar pela própria verdade.

Segundo Rohr (2012), a espiritualidade é um fenômeno profundamente humano, que não se encaixa em uma completa definição, e por isso, é difícil encontrar um consenso na elaboração de um conceito. Desta forma, esclarece que a espiritualidade é uma das cinco dimensões que fazem parte do ser humano, e não se pode concebê-la como uma dimensão isolada das demais.

As cinco dimensões básicas que regem a alma humana são: a dimensão física, que é o ser físico-biológico, do qual nem temos percepção; a dimensão sensorial, representada pelas sensações físicas através do cinco sentidos; a dimensão emocional, que abrange os nossos estados emocionais, a nossa psique; a

dimensão mental que inclui o racional e o lógico, a capacidade de reflexão, de questionar todas as coisas, inclusive a nós mesmos; e a quinta e a mais difícil de ser examinada é a espiritualidade, que não pode ser confundida com a religiosa, pois, diferem-se no que diz respeito à intervenção de Deus sobre as coisas e um tipo de organização social que não são enquadrados na dimensão espiritual (ROHR, 2012).

Esta dimensão vai além da realidade empiricamente verificável e o indivíduo permanece nela no momento em que se identifica com algo que sente que é uma necessidade incondicional para ele. Portanto, criar um distanciamento irremovível entre a espiritualidade e as demais dimensões gera um falso misticismo e nefasto pode, de grosso modo, prejudicar a alma humana (ROHR, 2012).

Atualmente, a maioria das pessoas considera-se espiritualistas ou espiritualizadas. O que se observa, é que ocorre uma rejeição ao materialismo, seja ele político, econômico, filosófico ou ateístico em geral; a crença em uma força superior ao homem e que rege todas as coisas, conferindo sentido à vida (RÖHR, 2011).

Porém, *a priori*, é preciso distinguir os conceitos de espiritualidade e religiosidade, elas estão relacionadas, mas não são sinônimos. A religiosidade palavra originada do latim *religare*, significando religar, caracteriza-se pela convicção na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que ofertou ao homem uma essência espiritual que persiste mesmo após a morte do corpo físico, implicando diretamente na vivência desta religiosidade (FLECK, 2003).

Os conceitos relacionados à religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organização (envolvimento com a igreja ou com alguma outra instituição religiosa) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão) (RÖHR, 2012).

De acordo com Gaarder (2005), as religiões costumam ditar os valores morais e estabelece a relação entre o homem e um ser superior no qual acredita. É comum nas religiões a crença em algo que ultrapassa o empírico, em algo divino que pode ser um princípio abstrato, um estado de graça que a pessoa pode alcançar.

A espiritualidade deriva da palavra latina *spiritu*, cujo vocábulo relaciona-se com o termo respiração, logo entendido como um ato inquestionavelmente vital está relacionado também com as necessidades de busca de significado, razão e

preenchimento da vida; de esperança e vontade de viver; sendo então um processo de percepção entre a consciência humana e a interação com Deus ou com um Poder Superior. Considerada uma condição essencial à vida, a necessidade de significado é o que traz sentido às vivências de cada indivíduo e, este muitas vezes é capaz de experimentar sensações de vazio e desespero quando sente-se incapaz de encontrá-lo (ROSS, 1995; PERES, 2007).

O conceito de espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou com o transcendental que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas. A espiritualidade não está atrelada a uma crença em Deus; remete a uma questão universal e esta baseada a um propósito de vida, além disso, compartilha com a religião na crença de uma divindade, mas não prega nenhuma específica. De outro modo, não descarta a possibilidade de que pessoas espiritualizadas possam acreditar em uma divindade específica (RÖHR, 2012).

Portanto, Rohr (2012) acredita que a espiritualidade não afasta a ideia de que a fé religiosa possa ser uma forma específica de vivenciar a espiritualidade. Por outro lado, nem tudo o que se apresenta como religião inclui a espiritualidade. Pode-se perceber isso quando a religião estabelece doutrinas, inflexibilidade, mostrando-se intolerante aos outros tipos de fé e de crenças. Para Ross (1995) e Peres (2007) tendo isto em vista, ao abordar um referencial de significados frente à condição de doença, o construto Espiritualidade/Religiosidade apresentaria um valor intrínseco para avaliação em saúde.

Alguns autores como Fleck (2003), Birchal (2005) e Furtado (2011) consideram as crenças pessoais como sendo quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento.

Segundo Fabrega (2000), a medicina oriental sempre buscou realizar uma associação de forma clara entre a dimensão espiritual e a dimensão religiosa com o binômio saúde-doença. Enquanto isso, a medicina ocidental continuava tratar a espiritualidade ora com desídia, porque considerava estes assuntos sem importância ou sem relação com a própria medicina; ora como oposição, por considerar que os

pacientes que buscavam algum apoio espiritual eram portadores de algum tipo de psicopatologia (SIMS, 1994).

Contudo, nas últimas décadas este panorama vem alterando-se especialmente no que Saad e cols (2001) intitularam “espiritualidade baseada em evidências”, e atualmente, existem centenas de artigos científicos que correlacionam espiritualidade, religião e saúde, mostrando que essa associação é provavelmente causal (LEVIN, 1994).

Apesar da espiritualidade ter maior relevância na população idosa, percebe-se que ainda há uma escassez de pesquisas sobre espiritualidade/religiosidade e a sua relação com a qualidade de vida. (LUCCHETTI, 2011). Negligenciar a dimensão espiritual do paciente é ignorar as suas dimensões sociais ou psicológicas, e isto traz como consequência uma grande falha no processo do cuidado integral (KOENIG, 2005).

O profissional de saúde que tem o intuito de compreender melhor acerca destes fenômenos com o paciente geriátrico deve estar familiarizado para abordar esta questão, estando atento aos aspectos positivos e negativos, respeitando o idoso nas suas escolhas e na sua individualidade (LUCCHETTI, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA: Espiritualidade e Qualidade de Vida em Idosos: Uma Revisão Integrativa

Para o desenvolvimento do presente estudo, dentre os métodos de revisão de literatura, adotamos a modalidade integrativa, a qual é considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, por permitir a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, combinando dados teóricos e empíricos, no intuito de fornecer uma compreensão ampliada sobre o fenômeno analisado (SOUZA, 2010).

Foi estabelecido para o desenvolvimento desta revisão as seguintes etapas: a definição do tema e formulação da questão norteadora; escolha das bases de dados eletrônicas utilizadas na pesquisa; definição dos descritores; definição dos critérios de inclusão e exclusão; pré-seleção dos artigos; avaliação dos estudos pré-selecionados, para seleção dos estudos a ser incluídos na revisão; interpretação dos resultados e conclusão da revisão integrativa.

Para a coleta de dados foi estabelecido o período do mês de março de 2015, tendo como pergunta norteadora: quais as evidências científicas publicadas nos últimos cinco anos acerca da espiritualidade e sua relação com a qualidade de vida em idosos?

A etapa seguinte constituiu-se pela seleção dos artigos, por meio de busca das publicações da literatura científica, no período de Janeiro 2010 a dezembro de 2014 nos idiomas inglês, português e espanhol nas seguintes bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e na BDEF (Base de dados em Enfermagem).

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: ser artigo original; responder a questão norteadora; estar disponível na íntegra, ter sido publicado no período supracitado nos idiomas português, inglês ou espanhol e apresentar em seus resultados fatores significativamente associados à espiritualidade na qualidade de vida dos idosos. Em relação aos critérios de exclusão, foi estabelecido desconsiderar as publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões,

artigos de revisão, estudos que incluíssem em sua amostra pessoas com idade inferior a 60 anos, e estudos repetidos em uma ou mais bases de dados.

Para a busca dos artigos foram utilizadas três palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): idoso, espiritualidade e qualidade de vida, mediante a combinação de dois ou mais descritores por meio do operador lógico booleano “and” no campo “descriptor de assunto”. Em seguida foi realizada a pré-seleção dos artigos relacionados ao tema por meio da leitura dos títulos e resumos a fim de averiguar a adequação dos estudos com os critérios estabelecidos para a inclusão.

Todos os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra, os que foram selecionados para a revisão foram avaliados a partir de dois instrumentos. O primeiro, desenvolvido por URSI em 2006. E o segundo, adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “*Public Health Resource Unit*” (PHRU)(STILLWELL, 2010).

O método desenvolvido por Elisabeth Ursi contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

A construção e realização desta etapa favoreceu uma maior compreensão sobre o assunto, categorização e síntese dos resultados, facilitando à compreensão de cada artigo.

O CASP propõe um *checklist* que auxilia na análise crítica dos estudos, quanto ao rigor, à credibilidade e à relevância, por meio de 10 itens: objetivo claro e justificado; desenho metodológico apropriado aos objetivos; procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; seleção intencional da amostra; coleta de dados descrita e instrumentos e processo de saturação explicitados; relação entre pesquisador e pesquisado; cuidados éticos; análise densa e fundamentada; resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade; e descrição das contribuições, implicações e limitações do estudo. Após cada estudo ter sido filtrado pelo *checklist*, foi classificado em duas categorias (A e B). Na A entram os estudos com viés de risco menor (06 a 10 pontos), e na categoria B, os estudos com viés de risco moderado, ou seja, quando pelo menos cinco dos 10 itens

foram atendidos, contemplando, pois, apenas parcialmente os critérios adotados (TOLEDO, 2011).

4.2 ARTIGO ORIGINAL: Avaliação da Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religião, Crenças Pessoais e Fatores Associados em Idosos Longevos

4.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal, do tipo “survey”. São chamados estudos transversais ou de corte transversal aqueles que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e também determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL, 2013)

A condução de um estudo transversal envolve como características essencialmente as seguintes etapas: definição de uma população de interesse, estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela e a determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados (GORDIS, 2004).

4.2.2 Local do Estudo

A cidade do Recife encontra-se dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Algumas dessas RPA são subdivididas em microrregiões que por sua vez, são subdivididas em três microrregiões (MR) cada uma.

Figura 1 – Mapa da microrregião 4.2



Fonte: Desenvolvimento Humano no Recife - Atlas municipal, 2005.

A MR 4.2 localiza-se na porção centro-oeste de Recife, possui uma extensão territorial de 2,5 Km² e dista 7,5 Km do Marco Zero da cidade. Segundo dados do censo de 2010, a MR 4.2 possuía uma população de 42.226 habitantes, perfazendo 2,75% da população do Recife. O número de pessoas acima de 60 era equivalente a 4.319, o que correspondia a 10,23% da população (SIAB, 2013).

De acordo com a tabela 1, verifica-se que a população acima de 80 anos ou mais cadastradas na atenção básica era de 485.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com 80 anos ou mais cadastradas nas USF da MR 4.2, Recife, 2015.

Equipe de Saúde da Família	N
Engenho do Meio	251
Sítio das Palmeiras	106
Cosirof	76
Macaé	32
Sinos	20
TOTAL	485

Fonte: Unidades de Saúde da Família / RPA 4.2. Recife, 2015

4.2.3 População do Estudo

A população elegível para o estudo foi composta por idosos com 80 anos e mais, de ambos os sexos, não institucionalizadas, residentes na área de abrangência da MR 4.2 da cidade do Recife – PE, Brasil e cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF). De acordo com os dados obtidos junto a equipe das USF participantes da pesquisa, os idosos acima de 80 anos correspondiam a 485 habitantes.

4.2.4 Amostra do Estudo

Para dimensionamento da amostra, foi realizado um estudo piloto, com 30 participantes que serviu para cálculo da prevalência do fenômeno a ser avaliado: a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e o desvio padrão. Foi utilizada a fórmula abaixo:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \cdot \sigma}{E} \right)^2$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado

σ = Desvio-padrão populacional da variável estudada

E = Margem de erro

Para a amostra do estudo em questão temos que:

$$\sigma = 31,3196$$

$$Z_{\alpha/2} = 1,96$$

$$E = 5,4345$$

Então fazendo os cálculos o tamanho da amostra foi de 127. Entretanto, foi aplicado um fator de correção para população finita (N=485).

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

N = Total Populacional

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

σ^2 = Desvio-padrão populacional da variável estudada.

E = Margem de erro

Assim, após os cálculos o tamanho da amostra mínimo para o estudo seria, aproximadamente, de 100 idosos longevos.

Os cálculos acerca do tamanho amostral foram fundamentais para dar segurança aos pesquisadores que estavam trabalhando com um número de indivíduos suficientes para explicar o fenômeno analisado naquela população.

4.2.5 Critérios de Inclusão

Indivíduos de ambos os sexos, com idade mínima de 80 anos;

- Estar cadastrado em uma das unidades de Saúde da Família da MR 4.2 e residir na área;
- Apresentar condições de saúde que permitam a prestação das informações solicitadas;
- Aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2.6 Critérios de Exclusão

- Idosos institucionalizados
- Idosos assistidos pelo programa de assistência domiciliar (SAD) do município;
- Idosos com comprometimento de cognição e comunicação

4.2.7 Elenco das Variáveis

4.2.7.1 Variáveis Dependentes

Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais –Para avaliar a qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religião, crenças pessoais utilizou-se o instrumento WHOQOL-SRPB. Este instrumento é um módulo da WHOQUOL (instrumento de medida de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) que avalia espiritualidade, religião e crenças pessoais e que foi desenvolvido para avaliar de que forma espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês) estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Esta escala foi validada em uma amostra de conveniência estratificada por sexo, idade, estado de saúde e religião/crença de 404 pacientes e funcionários de hospital universitário e funcionários de universidade, em Porto Alegre, entre os anos de 2006 e 2009. O instrumento apresentou validade de construto, com validade discriminativa entre crentes de não crentes ($t = 7,40$; $p = 0,0001$); validade relacionada ao critério concorrente, discriminando deprimidos de não deprimidos

através do Inventário de Depressão de Beck (BDI); validade convergente com o WHOQOL-Breve (com físico $r = 0,18$; psicológico $r = 0,46$; social $r = 0,35$; ambiental $r = 0,29$; global $r = 0,23$; $p = 0,0001$) e com a dimensão SRPB do WHOQOL-100 ($r = 0,78$; $p = 0,0001$); e validade convergente/discriminante com a Escala CRE-Breve (com CREP $r = 0,64$; $p = 0,0001$ / CREN $r = -0,03$; $p = 0,554$).

A fidedignidade teste-reteste ($t = 0,74$; $p = 0,463$) e a consistência interna ($\alpha = 0,96$; correlação intrafatorial $0,87 > r > 0,60$, $p = 0,0001$) foram consideradas suficientes para ser considerada apta no que se refere à validade e fidedignidade para uso no Brasil. O Instrumento WHOQOL-SRPB possui 32 itens, oito facetas, um índice geral do domínio e oito fatoriais pela média dos itens, resultados de 4 a 20.

4.2.7.2 Variáveis Independentes

Quadro 1. Variáveis socioeconômicas e demográficas da pessoa idosa.

Variável	Definição	Categorização
Idade em anos	Considerada em anos completos a partir da data de nascimento e data da coleta dos dados;	Igual ou maiores a 80 anos
Raça/cor	-	- Branca, - Não branca
Situação conjugal	Se o(a) idoso (a) está casado(a) ou vivendo com alguém atualmente	- Solteiro(a) - Casado(a) ou tem companheiro(a), - Viúvo(a) - Separado(a).
Sexo	-	- Masculino -Feminino

Escolaridade em anos de estudo	Definida em anos de estudo com aprovação	<ul style="list-style-type: none"> - 1- 4 anos - 5-8 anos - 9-11 anos - Acima de 11 anos.
Rendimento mensal individual	Calculada de acordo com o salário mínimo de 2015 (R\$ 724,00)	<ul style="list-style-type: none"> - De um a dois salários mínimos vigentes - De dois a quatro salários mínimos vigentes; - Mais de quatro salários mínimos vigentes - Não possui renda; - Menos de um salário mínimo (até R\$ 724,00);
Religião		<ul style="list-style-type: none"> - Católica - Evangélica - Espírita - Sem religião ou sem declarar - Outras
Situação de saúde auto-percebida		<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Muito boa - Boa - Regular - Ruim - Não sabe.
Morbidade diagnosticada em prontuário	Obtido por meio das informações contidas no prontuário na USF.	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão Arterial - Diabetes -Doenças Cardiovasculares - Osteoporose

		<ul style="list-style-type: none"> - Osteoartrose - Doenças neurológicas - Neoplasias
--	--	--

- Avaliação da capacidade cognitiva: avaliada a partir do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM. O instrumento objetiva avaliar funções cognitivas específicas. O escore varia entre 0 a 30 pontos. No Brasil, Bertolucci et al (1994), propuseram a utilização de pontos de corte de acordo com a escolaridade: sem escolaridade no mínimo 13, baixa e média escolaridade no mínimo 18 e alta escolaridade no mínimo 26.

- Apoio social: avaliado através da escala de Redes Sociais de Lubben (*LSNS - Lubben Social Network Scale*). Esta escala é constituída por 10 itens que avaliam o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos. (LUBBEN, 1988). Esse instrumento foi desenvolvido especificamente para pessoas idosas e constitui um dos mais utilizados junto desta população. Utilizada extensivamente em estudos internacionais e nacionais. Em 2012 a escala foi validada para o Brasil em apenas 6 itens por Ribeiro (2012).

A LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são: considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc... (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. Estes três itens são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança do respondente.

A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5. De modo a classificar os idosos em relação às suas redes sociais, será considerado como baixo apoio social e risco de isolamento social, a pontuação abaixo de 12.

- Depressão: Para avaliação de depressão foi utilizada uma escala denominada GDS – Geriatric Depression Scale. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al (1983), a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. A GDS é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão em idosos e possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respectivamente.

De acordo com Ferrari (2007), ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento na população idosa. Entre as suas vantagens destacam-se: perguntas facilmente elucidadas; possui pequena variação nas possibilidades de resposta, e pode ser aplicada por um entrevistador treinado.

A GDS com 15 itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (PARADELA, 2005).

De acordo com essa escala, o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica o paciente com depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (FRANK, 2006).

-Satisfação com a vida: será aplicada uma escala de satisfação com a vida (ESV), que foi elaborada com o objetivo de avaliar o julgamento que as pessoas fazem sobre o quão satisfeitos encontram-se com suas vidas. A versão original era composta por 5 itens, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) (DIENER et al., 1985). Para interpretação dos resultados: entre 30 e 35 são os considerados muito satisfeitos com a vida; entre 25 e 29 são os que possuem alta pontuação para satisfação com a vida; entre 20 e 24, pontuação média para satisfação com a vida; entre 15 e 19 ligeiramente abaixo da média na satisfação com a vida; entre 10 e 14 insatisfeito e entre 5 e 9 são os extremamente insatisfeitos com a vida.

4.2.8 Instrumentos de Pesquisa

O instrumento de pesquisa foi aplicado a cada participante do estudo (APÊNDICE A) além das escalas já enumeradas (ANEXO A).

4.2.9 Coleta de Dados

A primeira etapa foi realizada no período de julho a outubro de 2014. O pesquisador fez visita em cada Unidade de Saúde da Família do distrito 4.2 para coletar as informações da população acima de 80 anos. A seleção da amostra ocorreu através de sorteio (amostra aleatória) após estudo piloto realizado nas unidades. A segunda etapa foi realizada no período de abril a agosto de 2015. A captação dos idosos ocorreu por intermédio dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Os idosos incluídos no estudo foram visitados em domicílio. No primeiro momento, após informação sobre a pesquisa e o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - APÊNDICE B), foi aplicado o questionário da pesquisa com dados sócio-demográficos, morbidade diagnosticada em prontuário e situação de auto percepção de saúde; e por seguinte, foi preenchida as escalas para avaliação cognitiva, apoio social, depressão, satisfação com a vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

4.2.10 Análise dos Dados

Para organização dos dados, o banco de dados foi construído com o auxílio do software *Excel*. Após a digitação em dupla entrada, os dados foram checados visando excluir possíveis inconsistências. Para análise estatística, foi utilizado o *Package for Social Sciences for Windows (SPSS)* versão 19.0.

A análise descritiva da distribuição da população foi realizada por meio de frequências absoluta e relativa (variáveis categóricas) e as estatísticas: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão, para as variáveis contínuas. Também foi calculado o intervalo de confiança para a média dos escores em cada domínio avaliado. Foram realizados testes de hipóteses para verificar a associação entre a

variável dependente e as variáveis independentes. A apresentação dos resultados atendeu as normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

4.2.11 Aspectos Éticos

Os questionários da pesquisa foram identificados por um número e guardados imediatamente após a entrevista. Esses questionários constam de um termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as pessoas idosas eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

Os questionários da pesquisa foram guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (PPGERO), no qual permanecerão por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade da prof. Márcia Carrera Campos Leal.

Não há conflito de interesse no presente estudo. Esta pesquisa não constou com qualquer tipo de apoio financeiro, público ou privado, em nenhuma fase de seu desenvolvimento.

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados” que foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 818.705), mediante nº CAAE nº 34900514.0.0000.5208) (ANEXO B). Este respeita as normas para pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Declaração de Helsinque. Com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o trabalho cumpre as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado às exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – do Ministério da Saúde (CONEP - MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Desta maneira o estudo atendeu aos requisitos estabelecidos na resolução 466/12 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

5 RESULTADOS

Foram produzidos dois artigos, sendo um de Revisão Integrativa e outro Artigo Original.

Os resultados da pesquisa encontra-se apresentados em forma de artigo, os quais estão dispostos no Apêndice C (Artigo de Revisão Integrativa: Espiritualidade e Qualidade de Vida em Idosos: Uma Revisão Integrativa) e Apêndice D (Artigo Original: Avaliação da Qualidade de Vida no Domínio da Espiritualidade, Religião, Crenças Pessoais e Fatores Associados em Idosos Longevos).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de revisão foi fundamental para analisar as evidências científicas publicadas acerca da espiritualidade e qualidade de vida em idosos. Desta forma, observou-se que a maioria dos estudos sugere que a espiritualidade, religiosidade e fé, contribuem de maneira positiva para o enfrentamento das dificuldades, melhorando a qualidade de vida.

O estudo de original demonstrou que a ERCP foi associada com boa rede social ($p=0,03$), e na análise das facetas separadamente, as facetas Totalidade & Integração e Paz foram as que mais tiveram associações significantes, a exemplo da Satisfação com a Vida e do Apoio Social. A qualidade de vida no idoso provavelmente está relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal/espiritual e, neste âmbito, profissionais de saúde precisam estar engajados e incorporar este conhecimento, principalmente aqueles atrelados aos serviços de atenção primária à saúde

Com isso, este estudo teve o intuito de condensar e disseminar o conhecimento produzido a respeito do tema, contribuindo na melhoria da atenção ofertada a esta população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA C, M.S..C.; LIMA, F.M.; PAIVA, S.O.C. População idosa de Pernambuco: perfil socioeconômico aspectos de saúde, qualidade de vida, capacidade funcional e acessibilidade aos serviços públicos de saúde. Recife: EDUPE, 2010.
- ALMEIDA, M. A. B. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.: il.
- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas (org.). A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401- 423.
- BATISTA, A.S.; JACCOUD, L.B.; AQUINO, L.; EL-MOOR, P. D. Envelhecimento e dependência : desafios para a organização da proteção social. Brasília : MPS, SPPS, 2008.160 p. (Coleção Previdência Social, 28).
- BERTOLUCCI, P.H.F et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 52, n. 1, 1994.
- BETTI, M. Esporte espetáculo e mídias: implicações para a Qualidade de Vida. In: MOREIRA, Wagner Wey; SIMÕES, Regina (orgs). Esporte como fator de Qualidade de Vida. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2002, p. 25-36.
- BIRCHAL, T.S. Fé, razão e crença na apologia Raymond Sebon: somos cristãos como somos perigordinos ou alemães? *Kriterion Rev Filosofia* [Internet]. 2005 Jan-Jun [cited 2014 Apr 14];111(46):44-54.
- BITOUN, JAN. O que revelam os índices de desenvolvimento humano. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. Prefeitura do Recife / SEPLAN (Projeto PNUD), 2005.
- BORGONOV, N.; PAPALÉO NETTO, M. Biologia e Teorias do Envelhecimento. *In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 44-59.
- BRANDÃO, V.M.A; MERCADANTE, E. F. Envelhecimento ou Longevidade? São Paulo: Paulus, 2009.
- BRITO, T. A.; FERNANDES, M. H.; COQUEIRO, R. S.; JESUS, C. S. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. Texto contexto - enfermagem. [online], vol.22, n.1, pp. 43-5, 2013.
- COSTA, F. B.; TERRA, N. L. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. *Revista Geriatria & Gerontologia*, v.7, n.3, p. 173-178, 2013.

CRISTOFALO, V.J.; GERHARD, G.S.; PIGNOLO, R.J. Molecular biology of aging. *Surgery Clinics of North America Revistas*, v. 74, n.1, p. 1-21, 1994.

CUNHA, G. L.; JECKEL-NETO, E. A. da. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: CANÇADO, F. A. X.; FREITAS, E. V.; GORZONI, M. L.; PY, L.; NERI, A. L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 13-19.

DIENER, E.; EMMONS, R. A; LARSEN, R. J.; GRIFFIN, S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, v. 49, n. 1, p. 71–5, 1985.

DIOGO, M.J.D'E. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Panam Salud Publica*, v. 13, n. 6, p.395-399, 2003.

FABREGA, H. Culture, spirituality and Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 13, p. 525-530, 2000.

FERRARI, J.F., DALACORTE, R.R. Use of Yesavage's Geriatric Depression Scale to evaluate the prevalence of depression in inpatient elderly subjects *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FLECK, M. P., & SKEVINGTON, S. Explicando o significado do Whoqol-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.34, suppl. 1), p. 146-149, 2007.

FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública*, v.37, n.4, p.446- 55, 2003.

FOUCAULT, Michel. A hermenêutica do sujeito. Trad.: Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail; Dir. François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros. São Paulo: Martins Fontes. 2004.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 376-87, 2006.

FURTADO, M. R. UNIVERSIDADE DE LISBOA FACULDADE DE LETRAS PROGRAMA EM TEORIA DA LITERATURA. Uma Discussão Acerca do Conceito de Crença. Mestrado em Teoria da Literatura 2011.

GAARDER, J.; HELLERN, V.; NOTAKER, H. O livro das religiões. São Paulo: Companhia das letras, 2005.

GORDIS, L. Epidemiology. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004.

GUIMARÃES, H. P., & AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria Clínica*, v.34, p. 88-94, 2007.

GUTZ, L.; CAMARGO, B.V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 793-804, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIAS E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980–2050. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE – DEPIS. Disponível em: www.ibge.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIAS E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse dos resultados do Censo 2010. 2010. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>

JAMES, M. *Voice of the people: religiosity around the world*. Gallup International, 2005.

KOENIG, H. G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: FE, 2005.

KRAUSE, N. Religious meaning and subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2003; 58B (3): 160 – 170.

LEVIN, J.S. Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science & Medicine*, v. 38, n. 11, p. 1475-482, 1994.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, jun, 2003.

LUBBEN, J. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health*, v. 11, p. 42-52, 1988.

LUCCHETTI G.; LUCCHETTI GRANERO, A.L.; BASSI, R.M.; NASRI, F.; NACIF, S.A.P. The elderly and their spirituality: impact on different aspects of aging *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.

MEDVEDEV, Z. An attempt at rational classification of theories of ageing. *Biological Reviews*, v. 65, p. 375-398, 1990.

MELLO, M.A.; ARAUJO, C.A. Velhice e espiritualidade na perspectiva da Psicologia Analítica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v. 33, n. 84, p. 118-141, 2013.

MENEZES, T. M. O. *Being Elderly Longevous: revealing the senses of the lived*. 2009. 206 f. Thesis (Doctorate) - Federal University of Bahia, Salvador, 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. *Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

MOTA, M.P.; FIGUEIREDO, P.A.; DUARTE, J.A. Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, v.4, n.1, p.81-110, 2004.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Editora Alínea; 2007. p. 13-59.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. World Population Ageing 2009. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations, New York, p.129, 2010.

PAPALEO NETTO, M. Processos de Envelhecimento e Longevidade. In: Papaleo Netto; M. (Org.) *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu. cap. 1, p. 3 – 14, 2007.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS R.P. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n.6, p. 918- 923, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. São Paulo Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 255p , 2000.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,. p.79-84, 2002.

PERES, J.F.P.; SIMÃO, M.J.P.; NASELLO, A.G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 34, n.1, p. 136-145, 2007.

PERES, M.F.; ARANTES, A.C.L.Q.; LESSA, P.S.; CAOUS, C.A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev psiquiatr clín.*, v. 34, p.82-7, 2007.

RIBEIRO, O.; TEIXEIRA, L.; BARBOSA, S. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 1, p. 217–234, 2012.

ROHR, F. *Diálogos em Educação e Espiritualidade*, 2ª edição – Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

ROHR, F. Espiritualidade e Formação Humana. *Poiésis*, Número especial: Biopolítica, Educação e Filosofia, p. 53 - 68, 2011.

ROSS, L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud.*, v. 32, n.5, p. 457-68, 1995.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. *Rouquayrol epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. - Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v.8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SANTOS, R.S.. et. al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 10, n.6, p. 757-764, 2002.

SATO S, DEMURA S, KOBAYASHI H, NAGASAWA Y. The relationship and its change whit aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent japanese elderly living at home. *J Physiol Anthropol*, v.21, n.4, p. 195-204,2002.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, v. 5, p. 165-173, 1986.

SIMS, A. - Psyche – Spirit as Well as Mind?. *British Journal of Psychiatry*, v. 165, p.441-46, 1994.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

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

SPOSITO, G.; D'ELBOUX, M. J.; NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n.12, p. 3475-3482, 2013.

STILLWELL, S, et. al. Evidence-based practice: step by step. *Am J Nurs*, v. 110, n. 5, p.41-47, 2010.

TOLEDO, M.M, et. al. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 370-375, mar./abr. 2011.

TORRES, B. B. (sup). Bioquímica do Envelhecimento. In: XXXI Reunião Anual: Sociedade Brasileira de Bioquímica e Biologia Molecular, São Paulo, mai. 2002

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 14, n.1, p. 124-131, 2006.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 3, 2005.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, m.3, p.548-554, 2009.

VOLCAN, S. M. A., SOUSA, P. L. R., MARI, J. J., & HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WONG-MCDONALD, A.; GORSUCH, R.L. - Surrender to God: an additional coping style? *Journal of Psychology & Theology*, v. 28, n. 2, p. 149-161, 2000.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, p. 37-42, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE PESQUISA

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:

01. Nome: _____ _____
02. Nº Prontuário: _____ (ACS responsável: _____) Endereço: _____ _____
Telefones para contato: _____
03. Em caso de comprometimento cognitivo, responsável por oferecer as informações (nome e parentesco) : _____
Entrevistador: _____ Data da entrevista: ___/___/___

B) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

04. Data de Nascimento: ___/___/___	05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	
07. Situação Conjugal (1) Solteiro (2) Casado ou mora com companheiro (3) Viúvo (a) (4) Separado (a)	08. Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos
09. Rendimento mensal individual: (1) Sem renda (2) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 724,00) (3) De 1-2 salários mínimos (De R\$724,00 a R\$1.448,00) (4) De 2-4 salários (De R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00) (5) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.896,00)	10. Raça (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena
11. Religião (1) Católica Apostólica Romana (2) Evangélica (3) Espírita (4) Outras: _____ (5) Sem religião ou sem declarar	

C) AUTO AVALIAÇÃO

12. Avaliação de saúde auto-percebida:

O (a) senhor (a) diria que sua saúde é:

- (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa
 (3) Regular (4) Ruim

Classificação de saúde auto-percebida
() Boa (0 – 1 – 2)
() Não satisfatória (3 – 4)

D) MORBIDADES DIAGNOSTICADAS EM PRONTUÁRIOS

Avaliação de doença crônica	
HAS	(1) Ausente (2) Presente
DM	(1) Ausente (2) Presente
Doenças cardiovasculares	(1) Ausente (2) Presente
Osteoporose	(1) Ausente (2) Presente
Osteoartrose	(1) Ausente (2) Presente
Doenças neurológicas	(1) Ausente (2) Presente
Doenças respiratórias	(1) Ausente (2) Presente
Neoplasia	(1) Ausente (2) Presente

Classificação de doenças crônicas	
() Presente	(lembrar de pontuar depressão se presente)
() Ausente	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Márcia Carréra Campos Leal - Endereço para contato: Departamento de Medicina Social da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, E-mail: marciacarrera@hotmail.com, Telefone: (81): 21268550.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O objetivo avaliar o envelhecimento bem-sucedido em idosos maiores de 80 anos e os fatores associados a esse envelhecimento. O (a) Sr. (a) responderá a uma entrevista sobre a sua condição física e emocional por meio de instrumento de avaliação na área de envelhecimento.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer benefícios, como por exemplo, melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso não institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

As informações(entrevistas) serão armazenadas em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA: Espiritualidade e Qualidade de Vida em Idosos: Uma Revisão Integrativa

Spirituality and quality of life in the elderly: an integrative review

Autora: Marília Gabrielle Santos Nunes^IMárcia Carrera Campos Leal^{II}

^IPrograma de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil;

^{II}Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil;

Endereço para correspondência do autor responsável:

Marília Gabrielle Santos Nunes. Hospital das Clínicas. Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n Bloco E 4º andar. Cidade Universitária. 50670-901 Recife, PE, Brasil. e-mail: marilia_gabrielle170@hotmail.com

Fontes de financiamento: O projeto não possuiu financiamento.

O artigo foi submetido ao periódico Revista Saúde em Debate e está formatado de acordo com as normas da revista.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar as evidências científicas publicadas, acerca da espiritualidade e sua relação com a qualidade de vida em idosos. Trata-se de uma revisão integrativa publicada de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF, utilizando os descritores: idoso, espiritualidade e qualidade de vida. Os artigos foram avaliados através dos instrumentos URSI e CASP, sendo selecionados 10 artigos. Conclui-se que a maioria dos estudos sugere que a espiritualidade, religiosidade e fé, contribuem de maneira positiva para o enfrentamento das dificuldades, melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso, Espiritualidade, Qualidade de vida.

ABSTRACT:

The aim of the study was to analyze the scientific evidence published about spirituality and its relation to quality of life in the elderly. This is an integrative review published from January 2010 to December 2014, in Portuguese, English and Spanish. It was conducted on MEDLINE, LILACS and BDNF, using the following keywords: Old, spirituality and quality of life. The articles were evaluated by the URSI and CASP instruments, and selected 10 articles. It is concluded that most studies suggest that spirituality, religiosity and faith contribute positively to face the difficulties, improving the quality of life.

Keywords: Aged, Spirituality , Quality of life .

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com aspectos múltiplos e multifacetados. É o resultado de diversas condições econômicas, históricas e sociais que atingiram grande êxito quando passaram a ser permeadas pela educação. Esse processo iniciou-se no século XIX, pós-revolução industrial, com o advento da promoção da saúde e da realização de políticas sanitárias que culminou numa busca pelo desenvolvimento econômico, especialmente visando à manutenção da saúde do proletariado como força de trabalho tanto dos países mais pobres quanto dos mais ricos (VITORINO, 2012).

Segundo Brito (2013), este tema vem ganhando amplo enfoque no cenário mundial, tornando-se bastante significativo, tanto do ponto de vista científico quanto o das políticas públicas e vem conquistando vários setores das camadas sociais no desafio constante que este processo de transição estar se colocando para a sociedade.

A transição demográfica mundial demonstra que a proporção de idosos com 80 anos ou mais, denominados idosos longevos ou muito idosos, vem aumentando consideravelmente, o que tem trazido implicações importantes, principalmente na área da saúde, devido à maior frequência de comorbidades. Em 2010, haviam cerca de 14 milhões de idosos acima de 65 anos no Brasil sendo que 2.935.585 (1,6%) pertencem à faixa etária acima de 80 anos (BRASIL, 2010).

De acordo com Mello (2013), a partir do aumento do segmento populacional dos idosos no Brasil, um aspecto de grande interesse e acentuado crescimento no meio acadêmico são os estudos relacionando qualidade de vida e longevidade. A qualidade de vida no idoso está relacionada com a autoestima e com o bem-estar

peçoal/espiritual. Além disso, está centrado em uma série de fatores como capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, o estilo de vida, satisfação com atividades diárias e espiritualidade (VECCHIA, 2005).

Conforme Costa (2013), o desafio proposto é de aumentar a expectativa de vida paralelamente com uma qualidade de vida cada vez melhor, desejando que os anos vividos em idade avançada sejam repletos de significado e dignidade. O processo de envelhecimento acarreta aos indivíduos mudanças biopsicossociais, em que a espiritualidade tem um papel fundamental e relevante propiciando um maior sentido e sabedoria à vida.

De acordo com a relevância do tema exposto, justifica-se a necessidade de buscar evidências que apontem a importância da espiritualidade na qualidade de vida dos idosos, no intuito de condensar e disseminar o conhecimento produzido a respeito do tema, contribuindo na melhoria da atenção ofertada a esta população.

O presente estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas publicadas acerca da espiritualidade e qualidade de vida em idosos.

Metodologia

Para o desenvolvimento do presente estudo, dentre os métodos de revisão de literatura, adotamos a modalidade integrativa, a qual é considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, por permitir a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, combinando dados teóricos e empíricos, no intuito de fornecer uma compreensão ampliada sobre o fenômeno analisado (SOUZA, 2010).

Foi estabelecido para o desenvolvimento desta revisão as seguintes etapas: a definição do tema e formulação da questão norteadora; escolha das bases de dados eletrônicas utilizadas na pesquisa; definição dos descritores; definição dos critérios de inclusão e exclusão; pré-seleção dos artigos; avaliação dos estudos pré-selecionados, para seleção dos estudos a ser incluídos na revisão; interpretação dos resultados e conclusão da revisão integrativa.

Para a coleta de dados foi estabelecido o período do mês de março de 2015, tendo como pergunta norteadora: quais as evidências científicas publicadas nos últimos cinco anos acerca da espiritualidade e sua relação com a qualidade de vida em idosos?

A etapa seguinte constituiu-se pela seleção dos artigos, por meio de busca das publicações da literatura científica, no período de Janeiro 2010 a dezembro de 2014 nos idiomas inglês, português e espanhol nas seguintes bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e na BDEF (Base de dados em Enfermagem).

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: ser artigo original; responder a questão norteadora; estar disponível na íntegra, ter sido publicado no período supracitado nos idiomas português, inglês ou espanhol e apresentar em seus resultados fatores significativamente associados à espiritualidade na qualidade de vida dos idosos. Em relação aos critérios de exclusão, foi estabelecido desconsiderar as publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos de revisão, estudos que incluíssem em sua amostra pessoas com idade inferior a 60 anos, e estudos repetidos em uma ou mais bases de dados.

Para a busca dos artigos foram utilizadas três palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): idoso, espiritualidade e qualidade de vida, mediante a combinação de dois ou mais descritores por meio do operador lógico booleano “and” no campo “descriptor de assunto”. Em seguida foi realizada a pré-seleção dos artigos relacionados ao tema por meio da leitura dos títulos e resumos a fim de averiguar a adequação dos estudos com os critérios estabelecidos para a inclusão.

Todos os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra, os que foram selecionados para a revisão foram avaliados a partir de dois instrumentos. O primeiro, desenvolvido por URSI em 2006. E o segundo, adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “*Public Health Resource Unit*” (PHRU). (STILLWELL, 2010).

O método desenvolvido por Elisabeth Ursi contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

A construção e realização desta etapa favoreceu uma maior compreensão sobre o assunto, categorização e síntese dos resultados, facilitando à compreensão de cada artigo.

O CASP propõe um *checklist* que auxilia na análise crítica dos estudos, quanto ao rigor, à credibilidade e à relevância, por meio de 10 itens: objetivo claro e justificado; desenho metodológico apropriado aos objetivos; procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; seleção intencional da amostra; coleta de dados descrita e instrumentos e processo de saturação explicitados; relação entre pesquisador e pesquisado; cuidados éticos; análise densa e fundamentada;

resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade; e descrição das contribuições, implicações e limitações do estudo. Após cada estudo ter sido filtrado pelo *checklist*, foi classificado em duas categorias (A e B). Na A entram os estudos com viés de risco menor (06 a 10 pontos), e na categoria B, os estudos com viés de risco moderado, ou seja, quando pelo menos cinco dos 10 itens foram atendidos, contemplando, pois, apenas parcialmente os critérios adotados (TOLEDO, 2011).

Resultados

Na primeira busca, foram encontrados 347 artigos, sendo 326 da MEDLINE, 19 da LILACS e 2 da BDNF. Após selecionar apenas aqueles que preenchiam aos critérios de inclusão mencionados anteriormente e realizar a leitura dos títulos e dos resumos, ficaram 55 artigos, sendo 50 do MEDLINE, 04 do LILACS e 01 da BDNF.

Na Medline, dos 50 artigos, foram excluídos 41, sendo a amostra representada por nove artigos, todos na língua inglesa. Na Lilacs, 19 artigos foram publicados, contudo apenas 04 respondiam as questões delimitadas, posteriormente, dois estudos foram excluídos e dois permaneceram na amostra, destes, um na língua portuguesa e um na língua espanhola. Na base de dados BDNF, foi encontrada apenas uma publicação considerada para este estudo.

O instrumento de Ursi foi utilizado com a finalidade de orientar a extração dos dados dos estudos incluídos. Após a leitura dos artigos na íntegra, os estudos foram avaliados pelo método CASP e optamos por utilizar os artigos classificados em nível A, o que reflete a exigência e credibilidade dos editores e pareceristas dos meios de publicação científica. Após a aplicação do CASP, dos nove artigos que constavam

na MEDLINE, dois foram excluídos por estarem evidenciados no nível B, sendo a amostra reduzida para 7 artigos nesta base de dados.

A amostra final foi representada por 10 artigos, sendo oito internacionais e dois nacionais. A seleção e exclusão conformem cada base de dados estão representados na Tabela 1.

No quadro 1, segue a descrição dos artigos, conforme título, autor(es), objetivos, principais resultados e ano de publicação.

Discussão

Os resultados encontrados nesta revisão representam o conhecimento científico sobre a espiritualidade e a qualidade de vida dos idosos. Os artigos analisados destacam a importância da espiritualidade no enfrentamento das adversidades e conseqüentemente contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Para a análise do material obtido, foi realizada uma leitura criteriosa visando agregar os artigos, de acordo com a abordagem temática adotada na pesquisa.

Segundo Veras (2007), o crescimento populacional dos idosos é uma realidade vivenciada em todo mundo, principalmente por países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esta etapa da vida propicia uma aproximação do ser com a espiritualidade, mesmo para aqueles que, durante toda a sua trajetória existencial, ainda não tenham direcionado essa busca. Em diversas vezes essa procura é reflexo pelas perdas acentuadas, tais como aposentadoria, diminuição da vitalidade e comprometimentos com a saúde que vão acontecendo, ocorrendo-lhe o pensamento de proximidade da morte (MENEZES, 2009).

A religião e a espiritualidade configuram-se como importantes aspectos para o paciente idoso, uma vez que essas mostram-se influentes em aspectos importantes da qualidade de vida e no enfrentamento das doenças.

Atualmente, são demonstradas associações entre maior religiosidade e/ou espiritualidade e melhor qualidade de vida. Desta forma, a avaliação da QV nesses pacientes em relação à espiritualidade e religião é um passo essencial para a conscientização da importância desses fatores na vida e bem-estar dessa população, assim como para promover ações que auxiliem os pacientes a lidar com os desafios que o processo do envelhecimento carrega (LUCCHETTI, G, 2010, PANZINI, 2007, LUCCHETTI, A.L.G, 2012).

As mulheres atribuem seu relacionamento com a crença em Deus como um recurso de apoio resultando em força e a capacidade de superar as adversidades. Procuram através da espiritualidade, o suporte para as dificuldades ao longo do curso de vida, e compreendem que é um aspecto de sua espiritual resiliência. A espiritualidade é um recurso poderoso no fim da vida proporcionando adultos mais velhos com a capacidade de se adaptar às novas necessidades individuais.

Cummings e Pargament (2010) descrevem isso como um aspecto de resiliência. A espiritualidade tem o potencial para ser um recurso importante para os adultos mais velhos à medida que envelhecem e como eles podem expandir sua consciência.

As pessoas idosas identificaram a fé e a espiritualidade como uma força diante dos acontecimentos adversos mais significativos de suas vidas. Assim, a fé em Deus revelou-se como força para o crescimento e resposta na hora da dor, remoção da montanha das dificuldades da vida e confiança na melhora e na

previdência divina apelo, oração, invocação de uma figura de Deus; reza e petição quando se precisa; como proteção contra todo mal aos membros da família; sentido de direção na vida mesmo no sofrimento (DA SILVA, 2007).

Conclusões

A partir desta revisão integrativa foram verificadas lacunas de conhecimento acerca da temática abordada, como por exemplo, a necessidade de mais investimentos em estudos longitudinais que contribuam para um melhor entendimento como a espiritualidade altera a qualidade de vida, além da relação entre estas variáveis na população de idosos longevos.

O estudo revelou que a variável espiritualidade pode estar ligada a melhor saúde física e emocional de idosos, beneficiando a melhor qualidade de vida, além de que, as atividades espirituais podem aumentar a motivação para realizar atividades do dia a dia.

Em muitos estudos foi observado que as pessoas acreditam em um "poder maior" e no valor de seu bem-estar espiritual. A espiritualidade e a religiosidade são frequentes entre pessoas com mais de 60 anos, principalmente nos indivíduos que apresentam algum problema crônico ou algum agravo na saúde. Porém, mesmo aqueles idosos que não possuem algum tipo de enfermidade, também buscam no transcendente explicar os fenômenos acerca da vida, fortalecendo assim o seu bem-estar pessoal/espiritual.

A relação que tem se tornado cada vez mais fortalecida entre espiritualidade e saúde é um fator constante na prática do profissional de saúde. Nesse contexto, reforçamos a necessidade de mais trabalhos relacionados ao tema, para maiores

aprofundamento a referida temática, visto que reverteria em ganhos reais para profissionais e instituições que atuam junto a esta população.

REFERÊNCIAS

1. VITORINO, S.S.; MIRANDA, M.L.J.; WITTER, C. Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado. *Revista Kairós Gerontologia*, v.15, n.3, p. 29-42, jun. 2012.
2. BRITO, T.A.; et. al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. *Texto contexto – enfermagem*, v.22, n. 1, p.43-45, 2013.
3. BRASIL. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística - IBGE. Sinopse dos resultados do Censo 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>. Acesso em: 9 jan. 2015.
4. MELLO, M.A.; ARAUJO, C.A. Ceres Velhice e espiritualidade na perspectiva da Psicologia Analítica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v. 33, n. 84, p. 118-141, 2013.
5. VECCHIA, R.D.; et. al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.
6. COSTA, F.B.; TERRA, N.L. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. *Revista Geriatria e Gerontologia*, v. 7, n. 3, p. 173-178, 2013.
7. SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
8. STILLWELL, S, et. al. Evidence-based practice: step by step. *Am J Nurs*, v. 110, n. 5, p.41-47, 2010.
9. TOLEDO, M.M, et. al. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 370-375, mar./abr. 2011.
10. MANNING, L.K. Enduring as Lived Experience: Exploring the Essence of Spiritual Resilience for Women in Late Life. *J Relig Health*, v. 53, n. 2, p. 352-362, apr. 2014.
11. ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S.I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 48, n. 2, p 92-98, 2014.

12. VAHIA, I.V.; et. al. Correlates of Spirituality in Older Women. *Aging Ment Health*, v.15, n. 1, p. 97-102, jan. 2011.
13. JISUNG, P.A.; SOONHEE, R. Daily spiritual experiences, social support, and depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health*, v. 17, n. 1, p. 102-108, 2013.
14. STRADA, E.A.; et. al. Spiritual well-being in patients with advanced heart and lung disease. *Palliative and Supportive Care*, v. 11, p. 205-213, 2013.
15. IWAMASA, G.I.; IWASAKI, M. A New Multidimensional Model of Successful Aging: Perceptions of Japanese American Older Adults. *J Cross Cult Gerontol*, v. 26, p. 261–278, 2011.
16. BEKELMAN, D.B.; et. al. A Comparison of Two Spirituality Instruments and Their Relationship to Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure. *J Pain Symptom Manage*, v. 39, n. 3, p.515–526, mar. 2010.
17. CASTRO, A.R.; et. al. Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado*, v. 10, n. 1, p.17-26, 2013.
18. CELICH, K.L.S.; et. al. Envelhecimento com Qualidade de Vida: a percepção de idosos participantes de grupos de Terceira Idade. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 226-232, 2010.
19. LUCCHETTI, G.; et. al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med* , v. 43, p. 316–322, 2011.
20. VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p.2463-2466, 2007.
21. MENEZES, T.M.O. Being Elderly Longevous: revealing the senses of the lived. 2009. 206 f. Thesis (Doctorate) - Federal University of Bahia, Salvador, 2009.
22. LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.G.C.; GRANERO, A.L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol*. v. 32, n. 1, p. 128-132, 2010.
23. PANZINI, R.G.; et. al. Qualidade de vida e espiritualidade. [Revisão]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.
24. LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.G.C.; LUCCHETTI, A.L.G. Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. *Hemodial Int*. v. 16, n. 1, p. 89-94, 2012.

25. CUMMINGS, J.P.; PARGAMENT, K.I. Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions. *Religions*, v. 1, n. 1, p. 28-53, 2010.
26. DA SILVA, A.I.; ALVES, V. Envelhecimento: resiliência e espiritualidade. *Diálogos Possíveis(FSBA)*. V. 1, n. 1, p. 191-209, 2007.

Tabela 1. Relação dos artigos selecionados conforme Base de dados. Recife - PE, 2015.

Base de Dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Artigos repetidos	Artigos excluídos	Artigos inclusos
MEDLINE	326	50	1	41	7
LILACS	19	4	0	2	2
BDENF	2	1	0	0	1
TOTAL	347	55	1	43	10

Quadro 1 – Identificação dos artigos conforme título, autor(es), objetivo(s), principais resultados, ano de publicação. Recife - PE, 2015.

Nº	Título	Autores	Objetivo(s)	Principais resultados	Ano
01	<u>Enduring as lived experience: exploring the essence of spiritual resilience for women in late life.</u> ¹⁰	Lydia K. Manning	Explorar a espiritualidade e a sua relação com a resiliência para as mulheres em vida tardia.	A espiritualidade serviu como um mecanismo de enfrentamento dos desafios para as mulheres e a crença em Deus foi um componente crítico da forma como elas trataram as dificuldades da vida.	2014
02	<u>Doença Crônica no Idoso: Espiritualidad e Enfrentament o.</u> ¹¹	Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha, Suely Itsuko Ciosak	Identificar e compreender o papel da espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso.	Os resultados mostraram que a espiritualidade/religiosidade/fé interferem de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalece a resiliência do paciente, melhorando assim, sua	2014

				qualidade de vida	
03	<u>Correlates of spirituality in older women.</u> ¹²	Ipsit V. Vahia, Colin A. Depp, Barton W. Palmer, Ian Fellows, Shahrokh Golshan, Wesley Thompson, Matthew Allison, Dilip V. Jeste,	Examinar a associação entre espiritualidade e uma gama de variáveis associadas com o envelhecimento cognitivo e emocional bem-sucedido, incluindo otimismo, resiliência, depressão e qualidade de vida (QV).	A espiritualidade foi associada a um perfil demográfico específico (baixa escolaridade, renda familiar inferior, e menor probabilidade de estar em um civil ou relação de compromisso), e maior nível de resiliência.	2011
04	<u>Daily spiritual experiences, social support, and depression among elderly Korean immigrants.</u> ¹³	Jisung Park & Soonhee Roh	Examinar as associações de experiências espirituais diárias (DSE) e apoio social com depressão para encontrar recursos de enfrentamento viáveis e melhorar a qualidade de	Idosos com DSE (Experiências Espirituais Diárias) e apoio social são menos propensos a sofrer de depressão.	2013

			vida dos idosos imigrantes coreanos.		
05	<u>Spiritual well-being in patients with advanced heart and lung disease.</u> ¹⁴	E. Alessandr a Strada, Peter Homel, Sharon Tennstedt, J. Andrew Billings, Russell K. Portenoy,	Avaliar os níveis de bem-estar espiritual ao longo do tempo em populações com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).	O bem-estar espiritual é um fenômeno relativamente associado com a raça negra, e contribui significativamente para a qualidade de vida global.	2013
06	<u>A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults.</u> ¹⁵	Gayle Y. Iwamasa & Michiko Iwasaki	Gerar um modelo de envelhecimento bem-sucedido com idosos americanos japoneses	O envelhecimento bem sucedido envolve múltiplos aspectos da vida, inclusive a espiritualidade. Aspectos religiosos e não religiosos da espiritualidade, crenças e práticas espirituais desempenham um papel importante na manutenção do bem-estar e na capacidade de lidar com o estresse	2011

07	<p><u>A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure.</u>¹⁶</p>	<p>David B. Bekelman, Carla Parry, Farr A. Curlin, Traci E. Yamashita, Diane L. Fairclough, Frederick S. Wamboldt.</p>	<p>Comparar os domínios e construtos latentes medidos pelos instrumentos A Avaliação Funcional de Terapia Espiritual na doença crônica (FACIT-SP) e o Ironson-Woods Espiritualidad e / religiosidade Index (IW), que medem espiritualidade e examinar a sua associações com medidas de depressão e qualidade de vida.</p>	<p>O FACIT-Sp medindo aspectos da espiritualidade relacionada a sentimentos de paz e de enfrentamento foi correlacionada com a depressão e qualidade de vida.</p>	2010
08	<p><u>Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia</u>¹⁷</p>	<p>Aneth Rivas Castro, Ángela Romero Cárdenas, Mirith Vásquez Munive, Carlos Canova Barrios</p>	<p>Descrever o bem-estar espiritual dos doentes que vivem em condição de doença crônica, de 60 anos, a partir do tamanho: a fé e as crenças, a auto-suficiência e satisfação com a vida (qualidade de</p>	<p>O Bem-estar espiritual se relaciona com diversas variáveis da qualidade de vida, evidenciando-se neste estudo como a influência da percepção sobre o estado de saúde, felicidade pessoal e religiosidade; esta última, mediada crença na oração e em um ser superior, tal como uma fonte de força e apoio para seguir em frente. A fé em questão, da-lhes impulso interior, proporcionando</p>	2013

			vida).	resiliência emocional	
09	<u>Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade.</u> ¹⁸	Kátia Lilian Sedrez, Celich Marion Creutzberg, José Roberto Goldim, Irênio Gomes	Identificar os fatores que influenciam no envelhecimento com qualidade de vida, de acordo com a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade no município de Erechim-RS	As idosas reconhecem que a fé em um Ser Superior é uma dimensão do envelhecimento com qualidade de vida. Elas veem na espiritualidade a segurança para seu processo vivencial, bem-estar espiritual ainda representa para as idosas um fator de proteção quando acometidas por alguma adversidade.	2010
10	<u>Religiosity affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting.</u> ¹⁹	Giancarlo Lucchetti, Alessandra L. Granero Lucchetti, Antonio M. Badan-Neto, Patricia T. Peres, Mario F. P. Peres, Alexander Moreira-Almeida, Cláudio Gomes, Harold G. Koenig.	Avaliar a relação entre religiosidade e saúde mental, hospitalização, dor, incapacidade e qualidade de vida em adultos mais velhos de uma reabilitação ambulatorial definindo, em São Paulo, Brasil	A religiosidade foi inversamente correlacionada com sintomas depressivos e dor, e foi positivamente correlacionada com a qualidade de vida	2011

APÊNDICE D – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

ARTIGO ORIGINAL: Avaliação da Qualidade de Vida no Domínio da Espiritualidade, Religião, Crenças Pessoais e Fatores Associados em Idosos Longevos

Autora: Marília Gabrielle Santos Nunes^I, Márcia Carrera Campos Leal^{II}

^IPrograma de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil;

^{II}Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil;

Endereço para correspondência do autor responsável:

Marília Gabrielle Santos Nunes. Hospital das Clínicas. Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n Bloco E 4º andar. Cidade Universitária. 50670-901 Recife, PE, Brasil. e-mail: marilia_gabrielle170@hotmail.com

Fontes de financiamento: O projeto não possuiu financiamento.

Esse manuscrito é parte da dissertação do Mestrado do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da mestrandia Marília Gabrielle Santos Nunes que tem o título: Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais em Idosos Longevos. Recife-PE. Brasil. *Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

O artigo será submetido ao periódico Revista de Saúde Pública e está formatado de acordo com as normas da revista.

Resumo

OBJETIVO: Avaliar religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais com qualidade de vida em indivíduos idosos longevos. **MÉTODOS:** Estudo descritivo transversal, realizado no período de abril a agosto de 2015. A coleta de dados foi realizada com os idosos das ESF da microrregião 4.2 da cidade do Recife-PE. Para isso, foi utilizado o questionário WHOQOL-SRPB, tendo como variáveis independentes dados sociodemográficos, econômicos, apoio social, depressão e satisfação com a vida. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** A variável resposta foi associada com boa rede social ($p=0,03$), e na análise das facetas separadamente, as facetas Totalidade & Integração e Paz foram as que mais tiveram associações significantes, a exemplo da Satisfação com a Vida e do Apoio Social. A qualidade de vida no idoso provavelmente está relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal/espiritual, neste âmbito, profissionais de saúde precisam estar engajados e incorporar este conhecimento, principalmente aqueles atrelados aos serviços de atenção primária à saúde.

Descritores: Idoso de 80 anos ou mais. Espiritualidade. Qualidade de Vida. Religião e Medicina. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate religiousness/ spirituality / personal beliefs with Quality of life of individuals seniors oldest. **METHODS:** A cross-sectional descriptive study was conducted from April to August 2015. Data collection was performed with the Seniors of ESF 4.2 micro of city Recife-PE. For this, we used the WHOQOL- SRPB questionnaire , with the independent socio-demographic , economic data variables , social support, depression and life satisfaction. **RESULTS AND CONCLUSIONS:** The response variable was associated with good social network ($p = 0.03$), and analysis of the facets separately as facets Wholeness & Integration and Peace Were as que More Significant associations were an example of the Satisfaction with Life and social support. The quality of life in the elderly most likely is related to self-esteem and Welfare Personal / spiritual. and Scope this, health professionals need Being engaged and incorporate this knowledge, especially those linked TO Primary Health Care Health Care.

Descriptors: Aged, 80 and over. Spirituality. Quality of Life. Religion and Medicine. Primary Health Care.

Introdução

O envelhecimento populacional é um tema que vem ganhando amplo enfoque no cenário mundial, tornando-se muito significativo, tanto do ponto de vista científico, quanto o das políticas públicas. Nas últimas décadas toma grandes proporções, em razão do aumento da expectativa de vida, tendo como consequência a longevidade.

1

A partir do aumento do segmento populacional dos idosos no Brasil, um aspecto de grande interesse e acentuado crescimento no meio acadêmico são os estudos incluindo qualidade de vida e longevidade.² A qualidade de vida no idoso está relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal/espiritual. Além disso, está centrado em uma série de fatores como capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, o estilo de vida, satisfação com atividades diárias e espiritualidade.³

Na prática do profissional de saúde, cada vez mais tem se tornado fortalecida a relação entre espiritualidade e saúde como um fator constante. Para Volcan⁴ (2003) uma condição importante para o reconhecimento da espiritualidade no campo da saúde foi à introdução da dimensão espiritual no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, no qual passa a ser caracterizada como bem-estar biopsicossocial e espiritual.

A espiritualidade é um fenômeno profundamente humano, que não se encaixa em uma completa definição, e por isso, é difícil encontrar um consenso na elaboração de um conceito. Desta forma, esclarece que a espiritualidade é uma das cinco dimensões que fazem parte do ser humano, e não se pode concebê-la como uma dimensão isolada das demais.⁵

As cinco dimensões básicas que regem a alma humana são: a dimensão física, que é o ser físico-biológico, do qual nem temos percepção; a dimensão sensorial, representada pelas sensações físicas através do cinco sentidos; a dimensão emocional, que abrange os nossos estados emocionais, a nossa psique; a

dimensão mental que inclui o racional e o lógico, a capacidade de reflexão, de questionar todas as coisas, inclusive a nós mesmos; e a quinta e a mais difícil de ser examinada é a espiritualidade, que não pode ser confundida com a religiosa, pois, diferem-se no que diz respeito a intervenção de Deus sobre as coisas e um tipo de organização social que não são enquadrados na dimensão espiritual.⁵

De acordo com Gaarder³(2005), as religiões costumam ditar os valores morais e estabelece a relação entre o homem e um ser superior no qual acredita. É comum nas religiões a crença em algo que ultrapassa o empírico, em algo divino que pode ser um princípio abstrato, um estado de graça que a pessoa pode alcançar. O conceito de espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou com o transcendental que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas.⁵

A espiritualidade não está atrelada a uma crença em Deus; remete a uma questão universal e esta baseada a um propósito de vida, além disso, compartilha com a religião na crença de uma divindade, mas não prega nenhuma específica. De outro modo, não descarta a possibilidade de que pessoas espiritualizadas possam acreditar em uma divindade específica. A espiritualidade não afasta a ideia de que a fé religiosa possa ser uma forma específica de vivenciar a espiritualidade. Por outro lado, nem tudo o que se apresenta como religião inclui a espiritualidade. Pode-se perceber isso quando a religião estabelece doutrinas, inflexibilidade, mostrando-se intolerante aos outros tipos de fé e de crenças.⁵

Portanto, considerando que a qualidade de vida no idoso pode ser afetada tanto por estados de saúde (médico, social e mental) quanto por condições socioeconômicas e fatores do meio (espiritualidade, relações familiares e de amizade) em que a pessoa vive ou interage. Mesmo se o indivíduo não tiver nenhuma doença instalada, pode não resultar em uma boa qualidade de vida. Existem pessoas que embora sofram enfermidades crônicas permanecem relativamente felizes, aceitando e convivendo bem com sua condição.⁶

Diante do exposto, os objetivos do presente estudo foram: avaliar qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religião, crenças pessoais e fatores associados em idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família; Caracterizar a casuística estudada segundo variáveis sócio-demográficas, apoio social, depressão,

morbidade diagnosticada em prontuário, satisfação com a vida e situação de saúde auto percebida; Verificar se existe associação significativa entre qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religião, crenças pessoais e os fatores associados.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal, realizado no período de abril a agosto de 2015. Participaram da pesquisa 100 idosos com 80 anos e mais, de ambos os sexos, não institucionalizadas, residentes na área de abrangência da microrregião 4.2 da cidade do Recife – PE, Brasil e cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Acoleta de dados foi realizada por meio de questionário aplicado aos idosos, em entrevistas face a face, baseando-se na qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

Foram utilizadas perguntas referentes às características demográficas e socioeconômicas (Idade em anos, Raça/cor, Situação conjugal, Sexo, Escolaridade em anos de estudo, Rendimento mensal individual e; Religião); dados com relação à Situação de Saúde Auto-Percebida e Morbidade diagnosticada em prontuário.

O Estado Mental foi avaliado através do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM e o Apoio social foi verificado por meio da escala de Redes Sociais de Lubben (*LSNS - Lubben Social Network Scale*). Para avaliação de depressão foi utilizada uma escala denominada GDS – Geriatric Depression Scale, e para avaliação da Satisfação com a Vida foi utilizada a Escala de Satisfação com a Vida.

Para avaliação da Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais utilizou-se o instrumento WHOQOL-SRPB. Este instrumento é um módulo da WHOQUOL (instrumento de medida de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) que avalia espiritualidade, religião e crenças pessoais e que foi desenvolvido para avaliar de que forma espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde. Esse instrumento possui 32 itens, oito facetas, um índice geral do domínio e oito fatoriais pela média dos itens, resultados de 4 a 20.

A tabulação dos dados foi efetuada com o auxílio do programa *Excel*. Os dados foram analisados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19.0. (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos).

Na descrição das proporções, procedeu-se a uma aproximação da distribuição binomial a distribuição normal pelo intervalo de confiança de 95%. Na comparação das proporções, utilizaram-se o teste de *Mantel-Haenszel* e Qui-quadrado de *Pearson* ou tendência linear.

A análise multivariada foi utilizada para estimar a contribuição independente de cada variável para o nível de espiritualidade/religiosidade e crenças pessoais. Para a construção do modelo, foram testadas as variáveis da análise bivariada com probabilidades de 20%. Para tanto, empregou-se a regressão logística binária por meio do método *backward*. Para efeito de interpretação, o limite do erro tipo I foi de até 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 34900514000005208) em conformidade com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Resultados

As principais características da amostra, em relação aos dados demográficas e socioeconômicas foram: 77% do sexo feminino, 34% da raça branca, 46% com escolaridade de 1 a 4 anos, 63% viúvo, 76% com renda de 1 a 2 salários mínimos, 73% aposentados e 72% religião católica.

Verificou-se que a maioria dos homens eram casados ou tinham companheira, evidenciado significativamente com $p < 0,001$. Além disso, observou que a maioria das idosas eram aposentadas ($p = 0,004$).

Na tabela 1 apresentamos a análise, em que os domínios foram classificados da seguinte maneira: espiritualidade/religiosidade alta; se média da pontuação for maior ou igual a quatro, espiritualidade/religiosidade moderada; se média da pontuação no domínio for maior ou igual a dois e menor que quatro, e espiritualidade/religiosidade baixa; se média da pontuação no domínio for menor que dois.

Para realizar os testes de associação a variável idade foi categorizada em duas faixas: Idosos com até 85 anos e idosos com 85 anos ou mais.

De acordo com a tabela 1, os idosos que tinham boa rede social, atribuíam um maior valor a Espiritualidade/Religiosidade/Crenças, sendo encontrado valor significativo $p=0,03$.

Após a análise da variável dependente conforme os critérios definidos (Espiritualidade/Religiosidade/Crenças), cada um dos domínios foi analisado separadamente para verificar as suas respectivas relações com as demais variáveis do estudo (condições sociodemográficas e clínicas). Os domínios que apresentaram mais resultados estatisticamente significantes foram as facetas Paz e Totalidade.

De acordo com as demais facetas, observou-se que para a faceta Sentido na Vida, aqueles idosos que não tinham depressão relatam um alto sentido na vida ($p=0,042$), assim como os idosos que possuíam baixa escolaridade ($p=0,038$).

A tabela 2 demonstra que os idosos com renda menor que um salário mínimo apresentaram menor sentimento de equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre as ações, pensamentos e sentimentos ($p = 0,021$). Também foi observado que os idosos que sentiam mais satisfeitos com a vida igualmente puderam experimentar esse sentimento de equilíbrio e integração, com valor estatisticamente significativo ($p = 0,022$). Entre os idosos que possuíam uma boa rede social, a faceta Totalidade & Integração foi significativamente mais elevada ($p=0,018$).

Ainda de acordo com a tabela 2, percebe-se também que entre os indivíduos que não eram diabéticos e não possuíam osteoartrose foram comparados com aqueles que possuíam a doença, os indivíduos saudáveis apresentaram melhor escore na análise desta faceta ($p=0,021$ e $p=0,015$ respectivamente), nesta comparação entre saudáveis versus doentes.

De acordo com a tabela 3, o fato de não ter depressão e atribuir um alto valor para a faceta Paz foi estatisticamente significativo ($p=0,027$). Os idosos que também mostraram maior satisfação com a vida também demonstraram um alto significado para a paz se comparado com aqueles que eram insatisfeitos ($p=0,029$). O alto valor demonstrado pelas pessoas que estão em paz consigo mesmas também foi associado com a boa rede social que eles dispunham ($p=0,017$).

Na tabela 4, a análise multivariada através da regressão logística empregada com o domínio Totalidade & Integração permaneceram como fatores de risco independentes para a Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Renda, Satisfação com a Vida, Apoio Social, Diabetes e Osteoartrose. Em relação ao domínio Paz, os fatores de risco independentes para a Espiritualidade/Religiosidade/Crenças encontrados foram a depressão, satisfação com a vida, apoio social e a osteoporose.

Discussão

Acredita-se que a relevância do presente estudo consiste no fato de que são raras as pesquisas sobre Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais (ERCP) e saúde dos idosos longevos no Brasil. Assim, optou-se por estudar os determinantes da ERCP, uma vez que apresenta um valor intrínseco para avaliação em saúde.

Diante das perdas e da finitude da vida, há a maior necessidade de auto-compreensão e de sentido, e uma das formas de enfrentar a resistência a essa crise existencial é através da transformação interior. Mediante a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais é possível encontrar apoio e oportunidades para refletir, superando assim as perdas.⁷

Neste estudo, foi encontrado um maior número de mulheres, expressando claramente o processo de feminização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna, corroborando com diversos estudos que abordam sobre este tema.^{8,9}

Segundo o censo demográfico do IBGE⁹ (2011), o contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total. Desses, 55,5 % (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens.

Ao realizar uma análise da atual transição demográfica brasileira na perspectiva de gênero, este processo de feminização mostra-se de forma bastante acentuada. Em 2011, as mulheres representavam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos.⁹ Esse fenômeno é

explicado através da maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem oito anos a mais do que os homens. Além disso, destacam-se as causas externas (assassinatos e acidentes), cujas vítimas em sua grande maioria são homens, e em mais de 90% dos casos o acompanhamento médico contínuo ocorre com maior frequência entre as mulheres do que entre os homens.¹⁰

Destacamos que a população estudada declararam na sua grande maioria religião auto-referida. Os significados de Religião geralmente estão associados à Afiliação Religiosa a Cultura e Dogmas, e a maioria dos indivíduos declararam pertencer a alguma religião. Isto também foi encontrado no Estudo multicêntrico SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) sobre o perfil religioso e a importância dada à religião pelos idosos no município de São Paulo, associada às condições de saúde, revelando que em 2006, 98% dos idosos faziam parte de uma religião. Esta afiliação religiosa também vem acompanhada de uma ideia de pertencimento, assim como de uma interação social, permitindo a troca de informações entre o grupo, remetendo ao acolhimento.¹¹

Em estudo realizado por Moraes¹² (2007), a importância da religião e sua prática relacionada com a Qualidade de Vida foi positivamente avaliada por 50 indivíduos entre 65 e 86 anos. A religião foi considerada extremamente importante para a vida deles, dando força para suportar os problemas, perdas e lutas. Além disso, os idosos relataram que o contato com o divino é importante, pois traz segurança e dá conforto espiritual.

Estudos prévios evidenciaram que muitos pacientes tem buscado recursos espirituais e religiosos a fim de melhorarem a sua Satisfação com a Vida.^{13,14} Na amostra, foi verificado que a Satisfação com a Vida foi fortemente relacionada com as facetas Paz e Totalidade & Integração. Estes dados corroboram com os dados encontrados por outro estudo, em que se verificou que para alguns idosos a vida espiritual influencia todos os aspectos e momentos de seu viver diário, o que interfere em como se sentem emocional e também fisicamente.¹⁵

Ressaltamos ainda um outro estudo de revisão, em que identificou-se que para os idosos, a vivência espiritual por meio de suas crenças pessoais confere satisfação com a vida através da esperança, à medida que conseguem desenvolver expectativas positivas e enfrentar a realidade e as incertezas do futuro.¹⁶

A hipótese mais aceita é a de que a ERCP esteja associada com uma melhor qualidade de vida, sendo que um dos mecanismos mediadores prováveis é o estímulo a uma sensação de maior autonomia perante a vida.¹⁷

Foi verificado neste estudo que o Apoio Social foi relacionado com a ERCP tanto no domínio WHOQOL-SRPB, como nas facetas Paz e Totalidade & Integração isoladamente, dado encontrado por outro autor, em que o apoio social foi verificado como fator preditor para a ERCP em estudo realizado com idosos longevos no Brasil.¹⁵

Além disso, a frequência à igreja promove apoio social e é atividade regular para muitos idosos.¹⁸ Em estudo com 426 idosos de uma comunidade do Canadá, observou-se os fatores preditores mais fortes para a qualidade de vida foram o apoio social e a satisfação com saúde, sendo influenciadas pelo convívio proporcionado pela adesão a uma comunidade religiosa.¹⁹

Percebe-se que entre os idosos que não eram diabéticos e não possuíam osteoartrose apresentaram melhor escore na análise da ERCP na faceta Totalidade & Integração. Segundo Seybold²⁰(2007) a ERCP também parece influenciarnos processos fisiológicos, relacionados ao sistema cardiovascular, neuroendócrino e imunológico, promovendo benefícios na saúde dos indivíduos. Para alguns, sua vida espiritual os auxilia na manutenção, promoção e restauração da saúde, através de sua relação ou conexão com o Ser Superior.¹⁵

Os pacientes encontram na oração, meditação ou na reflexão, formas de obterem maior conforto físico, psicológico e social, o que, segundo estes pacientes proporcionavam um maior bem-estar, muitas vezes resultando em alívio de alguns sintomas físicos, como a dor.²¹

Observou-se também que para aqueles idosos que não possuíam depressão, foram encontrados os mais altos índices de Sentido na Vida, corroborando com outro estudo, com 158 idosos, para verificar se a religiosidade/espiritualidade seriam preditoras de qualidade de vida, tendo revelado que as facetas Conexão com Ser Superior, Sentido na vida, Força Espiritual, Fé e Espiritualidade apresentou correlações significativas nos participantes com idades mais elevadas.⁶

Provavelmente a busca pelo sentido da vida é atingida graças ao relacionamento do indivíduo com o sagrado, que na religião tem o papel de oferecer

valores para a vida e na espiritualidade é uma experiência de significação da vida.²²A valorização das crenças em busca do alcance do significado na vida potencializa a magnitude da espiritualidade para os idosos.²³Para Jung²⁴(1971), a velhice deve ser marcada por uma atenção específica e uma valorização do que está dentro de si, buscando assim um propósito para a vida.

O estudo apresentou algumas limitações que precisam ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. Isso porque se tratou de um estudo transversal, em que as relações de causa e efeito não podem ser determinadas; a população era muito homogênea do ponto de vista étnico, apesar da amostra ter sido criteriosamente selecionada para excluir os fatores de confusão na análise; o fato de as entrevistas terem sido realizadas nas residências dispensou um maior tempo para as coletas, ocasionando dificuldades operacionais para obtenção da amostra.

Essa análise contribuiu para preencher as lacunas dos outros estudos encontrados. Foi mostrado estatisticamente que a Satisfação com a Vida, o Apoio Social, o Sentido na Vida, a ausência de doenças crônicas estão associados com melhor nível de ERCP. Também ficou comprovado que aspectos religiosos e não religiosos da espiritualidade, crenças e práticas espirituais desempenham um papel importante na manutenção do bem-estar dos idosos longevos.

Considerando o que foi encontrado na literatura sobre a importância da ERCP nos idosos e aos importantes achados deste estudo, recomenda-se aos profissionais de saúde que priorizem o cuidado do ser humano do ponto de vista integral, resgatando os valores subjetivos e respeitando os aspectos espirituais e religiosos que cada um carrega consigo, como forma a servir de alicerce para a tomada de decisões, por ser uma parte poderosa do processo de cura.

Baseado nos dados encontrados no estudo sugerimos ampliar as investigações sobre esta temática, discutindo possibilidades em colaborar na qualidade de vida do idoso e subsidiando políticas públicas na atenção a pessoa idosa.

Referências

1. Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, Jesus CS. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. *Texto contexto - Enfermagem*. [online]. 2013; 22(1):43-5.
2. Mello MA, Araujo CA. Ceres Velhice e espiritualidade na perspectiva da Psicologia Analítica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 2013;33(84):118-141.
3. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005;8(3):246-252.
4. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(4):440-445.
5. Rohr F. Diálogos em Educação e Espiritualidade, 2ª edição. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
6. Costa FB, Terra NL. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. *Revista Geriatria & Gerontologia*. 2013;7(3):173-178.
7. Farinasso ALC, Labate RC. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2012;14(3):588-595.
8. Belo I. Velhice e mulher: vulnerabilidade e conquistas. *Rev Feminismos da UFBA*. 2013; 1(3).
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Sinopse do Senso Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro, 2011.
10. Bandeira L, Melo HP, Pinheiro LS. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE. 2008. in *Observatório Brasil da Igualdade de Gênero*. 2010:107- 119.
11. Souza TBG. *Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
12. Moraes NAS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Bol Psicol*. 2007;LVII(127):215-38.
13. Peteet, JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA Cancer J Clin*. 2013; 63(4): 280-9.
14. Khorami Markani A, Yaghmaei F, Khodayari Fard M. Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. *BR J Nurs*. 2013;22(4):s22-4,S6-8.

15. Chaves LJ, Gil CA. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015;20(12): 3641-3652.
16. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(3):242-250.
17. Macilvaine WR, Nelson LA, Stewart JÁ, Stewart WC. Association of strength of religious adherence to quality of life measures. *Complement Ther Clin Pract*. 2013;19(4):251-5.
18. Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):162-70.
19. Molzahn AE. Spirituality in Later Life: effect on quality of life. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(1):32-9.
20. Seybold KS. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. *J Behav Med*. 2007;30(4):303-9.
21. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BSR. Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity. *Medicine (Baltimore, Md.)*. 2015;94(47):e2145.
22. Moreira JO, Freitas ACP, Figueiredo RV. Algumas Considerações sobre Velhice Bem-Sucedida na Perspectiva de Professores Universitários Brasileiros. *Revista de Psicologia da UFC*. 2014;5(1):21-31.
23. Koenig HG. *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM; 2012.
24. Jung CG. *A natureza da psique*. Petrópolis: Vozes; 1971.

Tabela 1. Classificação da Espiritualidade/Religiosidade/Crenças por condições sociais na Microrregião 4.2 da cidade do Recife. Pernambuco, Brasil. 2015.

	ERC				P-valor*
	Moderada		Alta		
	Frequência	%	Frequência	%	
Faixa Etária					
Menor que 85 anos	11	20,4	43	79,6	0,331
85 anos ou mais	6	13	40	87	
Nível de Escolaridade					
Analfabetos	5	16,7	25	83,3	0,449
Baixa Escolaridade	6	13	40	87	
Alta Escolaridade	6	25	18	75	
Situação Conjugal					
Estar Casado(a)/Ter Companheiro(a)	3	13,6	19	86,4	0,634
Não Estar Casado(a)/Não Ter Companheiro(a)	14	17,9	64	82,1	
Renda					
Menos de 1 Salário Mínimo	5	33,3	10	66,7	0,183
De 1 a 2 Salários Mínimos	11	14,5	65	85,5	
Mais que 2 Salários Mínimos	1	11,1	8	88,9	
Raça					
Branca	6	17,6	28	82,4	0,969
Preta	3	15	17	85	
Amarela	1	25	3	75	
Parda	7	16,7	35	83,3	
Religião					
Católica Apostólica Romana	15	20,8	57	79,2	0,424
Evangélica	2	8	23	92	
Espírita	0	,0	2	100	
Sem religião ou sem declarar	0	,0	1	100	
Depressão					
Presente	7	18,9	30	81,1	0,153
Ausente	10	15,9	53	84,1	
Satisfação com a vida					
Satisfeito	13	15,5	71	84,5	0,864
Insatisfeito	4	25	12	75	
Saúde	Auto				0,317

Percebida

Excelente	0	,0	5	100
Muito boa	0	,0	7	100
Boa	3	11,1	24	88,9
Regular	12	23,5	39	76,5
Ruim	2	20	8	80

Apoio Social

Boa rede social	9	12,2	65	87,8	0,030*
Rede Social	8	30,8	18	69,2	
Insuficiente					

OBS: Há indicio de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05 Foi realizado o Teste Qui-Quadrado com correção computacional para pequenos valores

Tabela 2. Faceta Totalidade & Integração segundo condições sociodemográficas e clínicas na Microrregião 4.2 da cidade do Recife. Pernambuco, Brasil. 2015.

	Faceta Totalidade & Integração				P-valor
	Moderada		Alta		
	Frequencia	%	Frequencia	%	
Faixa Etária					
Menor que 85 anos	10	18,5	44	81,5	0,363
85 anos ou mais	12	26,1	34	73,9	
Nível de Escolaridade					
Analfabetos	8	26,7	22	73,3	0,756
Baixa Escolaridade	9	19,6	37	80,4	
Alta Escolaridade	5	20,8	19	79,2	
Situação Conjugal					
Estar Casado(a)/Ter Companheiro(a)	5	22,7	17	77,3	0,926
Não Estar Casado(a)/Não Ter Companheiro(a)	17	21,8	61	78,2	
Renda					
Menos de 1 Salário Mínimo	7	46,7	8	53,3	0,021
De 1 a 2 Salários Mínimos	12	15,8	64	84,2	
Mais que 2 Salários Mínimos	3	33,3	6	66,7	

Raça					
	5	14,7	29	85,3	
Branca					0,657
Preta	5	25,0	15	75	
Amarela	1	25,0	3	75	
Parda	11	26,2	31	73,8	
Religião					
Católica	15	20,8	57	79,2	
Apostólica					0,699
Romana					
Evangélica	7	28,0	18	72	
Espírita	0	,0	2	100	
Sem religião ou sem declarar	0	,0	1	100	
Depressão					
Presente	9	24,3	28	75,7	0,667
Ausente	13	20,6	50	79,4	
Satisfação com a Vida					
Satisfeito	15	17,9	69	82,1	0,022
Insatisfeito	7	43,8	9	56,3	
Saúde Auto Percebida					
Excelente	1	20,0	4	80	
Muito boa	0	,0	7	100	0,325
Boa	5	18,5	22	81,5	
Regular	15	29,4	36	70,6	
Ruim	1	10	9	90	
Apoio Social					
Boa rede social	12	16,2	62	83,8	0,018
Rede Social Insuficiente	10	38,5	16	61,5	
Hipertensão Arterial					
Ausente	2	8,7	21	91,3	0,079
Presente	20	26	57	74	
Diabetes					
Ausente	10	15,2	56	84,8	0,021
Presente	12	35,3	22	64,7	
Doenças cardiovasculares					
Ausente	14	19,2	59	80,8	0,262
Presente	8	29,6	19	70,4	
Osteoporose					
Ausente	15	19,5	62	80,5	0,265
Presente	7	30,4	16	69,6	
Osteoartrose					
Ausente	13	16,7	65	83,3	0,015
Presente	9	40,9	13	59,1	

Doenças Neurológicas						
Ausente	21	22,1	74	77,9	0,912	
				%		
Presente	1	20,0	4	80		
Doenças Respiratórias						
Ausente	22	24,2	69	75,8	0,095	
Presente	0	,0	9	100		
Neoplasias						
Ausente	21	21,6	76	78,4	0,630	
Presente	1	33,3	2	66,7		

OBS: Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05

Tabela 3. Faceta Paz segundo condições sociodemográficas e clínicas na Microrregião 4.2 da cidade do Recife. Pernambuco, Brasil. 2015.

	Baixa		Moderada		Alta		P-valor
	Frequencia	%	Frequencia	%	Frequencia	%	
Faixa Etária							
Menor que 85 anos	2	3,7	10	18,5	42	77,8	0,408
85 anos ou mais	0	,0	8	17,4	38	82,6	
Nível de Escolaridade							
Analfabetos	0	,0	7	23,3	23	76,7	0,085
Baixa Escolaridade	0	,0	9	19,6	37	80,4	
Alta Escolaridade	2	8,3	2	8,3	20	83,3	
Situação Conjugal							
Estar Casado(a)/Ter Companheiro(a)	0	,0	2	9,1	20	90,9	0,328
Não Estar Casado(a)/Não Ter Companheiro(a)	2	2,6	16	20,5	60	76,9	
Renda							
Menos de 1 Salário Mínimo	0	,0	4	26,7	11	73,3	0,156
De 1 a 2 Salários Mínimos	1	1,3	14	18,4	61	80,3	
Mais que 2 Salários	1	11,1	0	,0	8	88,9	

Mínimos							
Raça							
Branca	1	2,9	6	17,6	27	79,4	0,739
Preta	0	,0	2	10	18	90	
Amarela	0	,0	0	,0	4	100	
Parda	1	2,4	10	23,8	31	73,8	
Religião							
Católica Apostólica Romana	2	2,8	13	18,1	57	79,2	0,957
Evangélica	0	,0	5	20	20	80	
Espírita	0	,0	0	,0	2	100	
Sem religião ou sem declarar	0	,0	0	,0	1	100	
Depressão							
Presente	2	5,4	10	27	25	67,6	0,027
Ausente	0	,0	8	12,7	55	87,3	
Satisfação com a Vida							
Satisfeito	1	1,2	12	14,3	71	84,5	0,029
Insatisfeito	1	6,3	6	37,5	9	56,3	
Saúde Auto Percebida							
Excelente	0	,0	0	,0	5	100	0,415
Muito boa	0	,0	0	,0	7	100	
Boa	0	,0	4	14,8	23	85,2	
Regular	1	2	12	23,5	38	74,5	
Ruim	1	10	2	20	7	70	
Apoio Social							
Boa rede social	0	,0	11	14,9	63	85,1	0,017
Rede Social Insuficiente	2	7,7	7	26,9	17	65,4	
Hipertensão Arterial							
Ausente	1	4,3	2	8,7	20	87	0,295
Presente	1	1,3	16	20,8	60	77,9	
Diabetes							
Ausente	1	1,5	8	12,1	57	86,4	0,085
Presente	1	2,9	10	29,4	23	67,6	
Doenças cardiovasculares							
Ausente	2	2,7	11	15,1	60	82,2	0,334
Presente	0	,0	7	25,9	20	74,1	
Osteoporose							
Ausente	1	1,3	10	13	66	85,7	0,032
Presente	1	4,3	8	34,8	14	60,9	
Osteoartrose							
							0,350

Ausente	2	2,6	12	15,4	64	82,1
Presente	0	,0	6	27,3	16	72,7
Doenças Neurológicas						
Ausente	2	2,1	17	17,9	76	80
Presente	0	,0	1	20	4	80
Doenças Respiratórias						
Ausente	2	2,2	17	18,7	72	79,1
Presente	0	,0	1	11,1	8	88,9
Neoplasias						
Ausente	2	2,1	16	16,5	79	81,4
Presente	0	,0	2	66,7	1	33,3

OBS: Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05

Tabela 4. Fatores com associação estatística segundo a análise bivariada para a Espiritualidade/Religiosidade/Crenças através das facetas Totalidade e Paz do WHOQOL-SRPB. Recife, Pernambuco, Brasil. 2015.

Fatores de risco	Alta	Moderada	P*
n = 100			
Domínio Totalidade & Integração			
Renda			0,021
Menos de 1 Salário Mínimo	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
De 1 a 2 Salários Mínimos	64 (84,2%)	12 (15,8%)	
Mais que 2 Salários Mínimos	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
Satisfação com a Vida			0,022
Satisfeito	69 (82,1%)	15 (17,9%)	
Insatisfeito	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
Apoio Social			0,018
Boa rede social	62 (83,8%)	12 (16,2%)	
Rede Social Insuficiente	16 (61,5%)	10 (38,5%)	
Diabetes			0,021
Ausente	56 (84,8%)	10 (15,2%)	
Presente	22 (64,7%)	12 (35,3%)	
Osteoartrose			0,015
Ausente	65 (83,3%)	13 (16,7%)	
Presente	13 (59,1%)	9 (40,9%)	
Domínio Paz			
Depressão			0,017
Presente	25 (67,6%)	12 (32,4%)	
Ausente	55 (87,3%)	8 (12,7%)	
Satisfação com a Vida			0,010
Satisfeito	71 (84,5%)	13 (15,5%)	

Insatisfeito	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
Apoio Social			0,030
Boa rede social	63 (85,1%)	11 (14,9%)	
Rede Social Insuficiente	17 (65,4%)	9 (34,6%)	
Osteoporose			0,009
Ausente	66 (85,7%)	11 (14,3%)	
Presente	14 (60,9%)	9 (39,1%)	

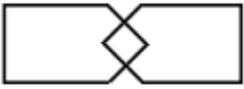
OBS: Há indício de associação estatística nos casos em que P-valor for menor que 0,05

ANEXOS

ANEXO A - ESCALAS UTILIZADAS

A) ESCALA DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

Mini-Exame do Estado Mental – MEEM				
INSTRUÇÕES:				
DOMÍNIOS			ERRADO	CERTO
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês	0	1
		Dia da semana	0	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	0	1
		Cidade	0	1
		Bairro ou rua próxima	0	1
		Local geral – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI)	0	1
		Local específico – em que local nós estamos? (consultório)	0	1
3. Memória imediata (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita se necessário (máximo 5x)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00, quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	100 - 7 = 93	0	1
		93-7 = 86	0	1
		86-7 = 79	0	1
		79-7 = 72	0	1
		72-7 = 65	0	1
5. Memória de	Repita as	Caneca	0	1

evocação (0 – 3 pontos)	palavras que disse há pouco	Tijolo Tapete	0 0	1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	0 0	1 1
7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	a) Pegue o papel com a mão direita; b) Dobre-o ao meio; c) Ponha-o no chão;	0 0 0	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	.0	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <u>ESCREVA UMA FRASE QUE TENHA COMEÇO, MEIO E FIM E FAÇA SENTIDO.</u>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS			MEEM_____	

Fonte: FOLSTEIN, 1975.

Classificação de comprometimento cognitivo segundo escolaridade	
Analfabetos	Igual ou abaixo de 13
Baixa e média escolaridade	Igual ou abaixo de 18
Alta escolaridade	Igual ou abaixo de 26
Paciente atual	() Ausência de comprometimento cognitivo
	() Ausência de comprometimento cognitivo

Fonte: BERTOLUCCI, 1994.

B) APOIO SOCIAL

Avaliação do apoio social - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?

0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro

4 Cinco a oito 5 Nove ou mais

2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?

0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro

4 Cinco a oito 5 Nove ou mais

3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro

4 Cinco a oito 5 Nove ou mais

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?

0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro

4 Cinco a oito 5 Nove ou mais

2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?

0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro

4 Cinco a oito 5 Nove ou mais

3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

0 Nenhum 1 Um 2 Dois 3 Três ou quatro

4 Cinco a oito 5 Nove ou mais

Pontuação final : _____

Fonte: RIBEIRO, 2012

Classificação apoio social	
Boa rede de apoio social	() Maior ou igual a 12
Rede de apoio insuficiente – risco de isolamento social	() Abaixo de 12

C) DEPRESSÃO

Escala de Depressão Geriátrica – GDS (as perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento)

INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.

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

Fonte: YESAVAGE, 1983

Classificação de depressão	
Ausência de depressão	() Abaixo de 5
Depressão menor	() Entre 5-10
Depressão maior	() Acima de 10

D)SATISFAÇÃO COM A VIDA

15. Escala de satisfação com a vida

Encontra a seguir cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7 abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede cada um deles. Procure ser sincero nas respostas que vai dar. Eis a escala de 7 pontos:

- 1 – totalmente em desacordo
- 2 – em desacordo
- 3 – mais ou menos em desacordo
- 4 – nem de acordo nem em desacordo
- 5 – mais ou menos de acordo
- 6 – de acordo
- 7 – totalmente de acordo

1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.

1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes.						
1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito com a minha vida.						
1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.						
1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada.						
1	2	3	4	5	6	7
						Soma: _____

15. Classificação de satisfação com a vida	
Satisfeito com a vida	() Entre 30-35 : muito satisfeito
	() Entre 25-29: alta pontuação para satisfação
	() Entre 20-24: pontuação média para satisfação
Insatisfeito com a vida	() Entre 15-19: abaixo da média para satisfação
	() Entre 10-14: insatisfeito
	() Entre 5-9 : muito insatisfeito

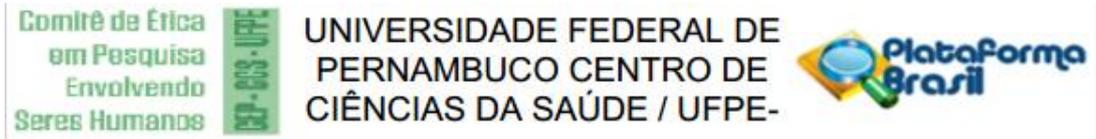
E) QUALIDADE DE VIDA – MÓDULO ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS PESSOAIS - WHOQOL-SRPB.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Conexão a ser ou força espiritual					
Até que ponto alguma ligação a espiritual ajuda você a passar por difíceis?	1	2	3	4	5
Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?	1	2	3	4	5
Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?	1	2	3	4	5
Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?	1	2	3	4	5

Sentido na vida					
Até que ponto você encontra um sentido na vida?	1	2	3	4	5
Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?	1	2	3	4	5
Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?	1	2	3	4	5
Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?	1	2	3	4	5
Admiração					
Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)	1	2	3	4	5
Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?	1	2	3	4	5
Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?	1	2	3	4	5
Até que ponto você se sente agrada por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?	1	2	3	4	5
Totalidade & Integração					
Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?	1	2	3	4	5
Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?	1	2	3	4	5
Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?	1	2	3	4	5
O quanto as suas crenças ajudam-nos a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?	1	2	3	4	5
Força espiritual					
Até que ponto você sente força espiritual interior?	1	2	3	4	5
Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?	1	2	3	4	5
Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?	1	2	3	4	5
Até que ponto a sua força espiritual ajuda a se sentir feliz na vida?	1	2	3	4	5

Paz interior					
Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?	1	2	3	4	5
Até que ponto você tem paz interior?	1	2	3	4	5
Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?	1	2	3	4	5
Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?	1	2	3	4	5
Esperança & otimismo					
Quão esperançoso você se sente?	1	2	3	4	5
Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?	1	2	3	4	5
Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?	1	2	3	4	5
Fé					
Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?	1	2	3	4	5
Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?	1	2	3	4	5

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Márcia Carréra Campos Leal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34900514.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 818.705

Data da Relatoria: 10/10/2014

Apresentação do Projeto:

Indicado no relatório inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado no relatório inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado no relatório inicial.

Continuação do Anexo B.



Continuação do Parecer: 818.705

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 03 de Outubro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

ANEXO C – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE

SAÚDE DEBATE

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

1. Artigo original: resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.
4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.
5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.
6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse

sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico validado pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

– O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

– Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

– O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

– O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

– Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

– O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

– Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.

– Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

– Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples.

Exemplo: 'porta de entrada'.

– Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.

– Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais”. (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

As declarações de ‘Autoria e Responsabilidade’ e de ‘Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa’ devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizados e enviados para o e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br), depois do artigo aprovado:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais–, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722011000100007&script=sci_arttext

ANEXO D - INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA



ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Suplementos](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Documentos](#)
- [Taxa de Publicação](#)

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão

parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.

- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à

avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.
- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o

respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem

figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito

situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.

8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos

publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa,

somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição: _____

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchem os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todos as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, Data

Assinatura

Local, Data

Assinatura

Taxa de Publicação

Em janeiro de 2012, a **RSP** instituiu a cobrança de uma taxa por artigo publicado. Esta taxa deve ser paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos **aprovados** para publicação, excetuadas situações devidamente justificadas, cuja análise será feita caso a caso.

Essa cobrança destina-se a complementar os recursos públicos obtidos da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Essa complementação é essencial para assegurar qualidade, impacto e regularidade do periódico, incluindo manutenção do sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, revisão da redação científica e tradução/revisão para o inglês de todos os **manuscritos** aprovados.

Após três anos e meio sem reajuste, **a partir de 01/07/2015**, a taxa será reajustada em 20%. Ou seja, para textos submetidos a partir dessa data, a taxa será de R\$ 1.800,00 para artigo original, revisão e comentário e de R\$ 1.200,00 para comunicação-breve. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa.

A **RSP** fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3061-7985



revsp@org.usp.br