

Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família

Mental health, quality of life and religion in a elderly sample of the Family Health Program

Petterson de Jesus Floriano¹, Paulo Dalgalarrodo²

RESUMO

Objetivo: Avaliar as relações entre as dimensões da vida sociocultural, como rede social de apoio e religião, saúde mental e qualidade de vida (QV) em idosos de um Programa de Saúde da Família (PSF). **Métodos:** Avaliou-se uma amostra de 82 idosos (≥ 60 anos), cadastrados em um PSF. Foram descritos o perfil de saúde física e mental, a capacidade funcional e a qualidade de vida, assim como fatores demográficos, socioeconômicos e culturais associados a essas dimensões. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário Sociodemográfico, Clínico e de Religiosidade, MINI, WHOQOL-bref e o Índice de Barthel. **Resultados:** Dos 82 idosos, 47 (57%) eram mulheres e 35 (43%) homens, porquanto 42 (51%) com de idade de 60 a 69 anos e 40 (49%) com idade de 70 anos ou mais. Por meio de modelos multivariados, identificou-se que a presença de transtornos mentais associa-se a morar só ou com apenas uma pessoa. Apresentaram uma pior QV os idosos que não recebem aposentadoria e que fizeram uso de benzodiazepínicos no último ano. A religião revelou-se dimensão importante associada à QV; em todos os domínios da WHOQOL-bref os idosos membros de igrejas evangélicas apresentaram piores escores. **Conclusões:** O presente estudo evidencia que idosos com menores escolaridade e renda tendem a ter pior QV e saúde.

Palavras-chaves

Saúde da família, idoso, religião.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relations between dimensions of the socio-cultural life, such social support network, religion, mental health and the Quality of Life (QL) in a group of elderly people from the Family Health Program (FHP). **Methods:** This study evaluated a sample of 82 elderly subjects (aged 60 or older), registered in a (FHP, and described the profile of physical and mental health, the functional capability and the QL, as well as demographic factors, socioeconomic and cultural associates to the dimensions. The instruments had been used: a sociodemographic schedule with detailed cultural, family and religion variables, MINI, WHOQOL-bref, and Barthel Index. **Results:** Of the 82 subjects, 47 (57%) they were women and 35 (43%) men, being that 42 (51%) had age of 60 the 69 years and 40 (49%) 70 years or more. Through multivariable models, it was identified that the presence of mental disorder associates to only live it or with just one person. Poor QL was associated with not having a pension and having taken benzodiazepine in the last year. The religion showed to important dimension associate to the QV; In all domains of WHOQOL-bref, those who identified themselves as Protestant/Evangelicals showed worse scores. **Conclusions:** the present study it evidences that aged with less formal education and income, they tend to have QL and health worse.

Key-words

Family health, elderly, religion.

Recebido
14/06/2007
Aprovado
31/08/2007

1 Medicina de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP).

2 Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

INTRODUÇÃO

As políticas atuais de saúde para a atenção primária no Brasil têm dado ênfase crescente à estratégia de saúde da família (Ministério da Saúde, 2000ab). O envelhecimento populacional é reconhecido como um fato demográfico relevante com importantes implicações para a saúde física e mental, para a qualidade de vida e para programas de saúde pública (Chaimowics, 1997). Em 1980, a porcentagem da população de idosos no Brasil era de 6,3%; em 2000, passou a 8%; e as estimativas indicam que os idosos serão cerca de 14% da população brasileira, em 2025 (Chaimowics, 1997; IBGE, 2000).

Saúde e transtornos mentais em idosos

No Programa de Saúde da Família (PSF), as necessidades de cuidados em saúde dos idosos (Kalache, 1996) e respectivas estratégias e políticas têm sido apontadas tanto por estudos epidemiológicos (Feliciano *et al.*, 2004) quanto por documentos institucionais (Ministério da Saúde, 2000a). A prevalência de transtornos mentais em idosos varia de 17% a 30% (Gordilho, 2002). Os principais fatores associados a esses transtornos são: gênero feminino, baixa renda, baixa escolaridade, moradores em bairros mais pobres, migrantes, divorciados, trabalhadores informais, condições precárias de moradia, doenças físicas crônicas e incapacidades funcionais (Blue, 2000; Veras *et al.*, 1987). Particularmente em idosos, há uma íntima associação entre transtornos físicos e mentais (Butler *et al.*, 1995).

Qualidade de vida

Além das morbidades física e mental, tem-se dado crescente importância para fatores demográficos, socioeconômicos e culturais associados à qualidade de vida em idosos (Neri, 2002). Guralnik *et al.* (1989) afirmam que na perspectiva dos idosos a qualidade de vida é avaliada mais por seu nível de função e capacidade de manutenção da independência que pelos diagnósticos específicos de seus médicos. Entretanto, Xavier (2001) verificou em idosos uma associação entre pior qualidade de vida e perdas na esfera da saúde.

Religião, saúde e QV em idosos

A religiosidade tem uma dimensão central na vida de uma grande parte dos idosos (Ferraro e Kelley-Moore, 2000), relacionada ao surgimento, à manutenção e às possibilidades de atenuação de agravos à saúde física e mental (Levin e Chatters, 1998). Monteiro (2004) afirma que o aumento da espiritualidade com o avançar da idade é fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental. Práticas e crenças religiosas parecem contribuir decisivamente para o bem-estar na velhice

(Goldstei e Sommenhalder, 2002; Thomas e Eisenhandler, 1994), sobretudo pelo apoio social e pelos modos de lidar com o estresse (Krause e Tran, 1989; Koenig *et al.*, 1998).

No Brasil, as mudanças ocorridas nas últimas cinco décadas na distribuição populacional das diferentes denominações religiosas parecem decorrer de mudanças socioculturais marcantes associadas à urbanização e à modernização da sociedade (Jacob *et al.*, 2003). O crescimento vertiginoso das igrejas evangélicas pentecostais e neopentecostais e o consequente número de afiliados (Passos, 2000; Jacob *et al.*, 2003), possivelmente, têm impactos sobre a saúde e a qualidade de vida, principalmente em idosos dos estratos sociais mais empobrecidos (Fry, 2001). O objetivo deste estudo é descrever o perfil de saúde e qualidade de vida, assim como avaliar fatores associados a essas dimensões em idosos no contexto de um PSF, em um bairro pobre de uma grande cidade brasileira. Neste sentido, investigou-se uma amostra na área de abrangência de uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sosas, na cidade de Campinas, São Paulo.

MÉTODOS

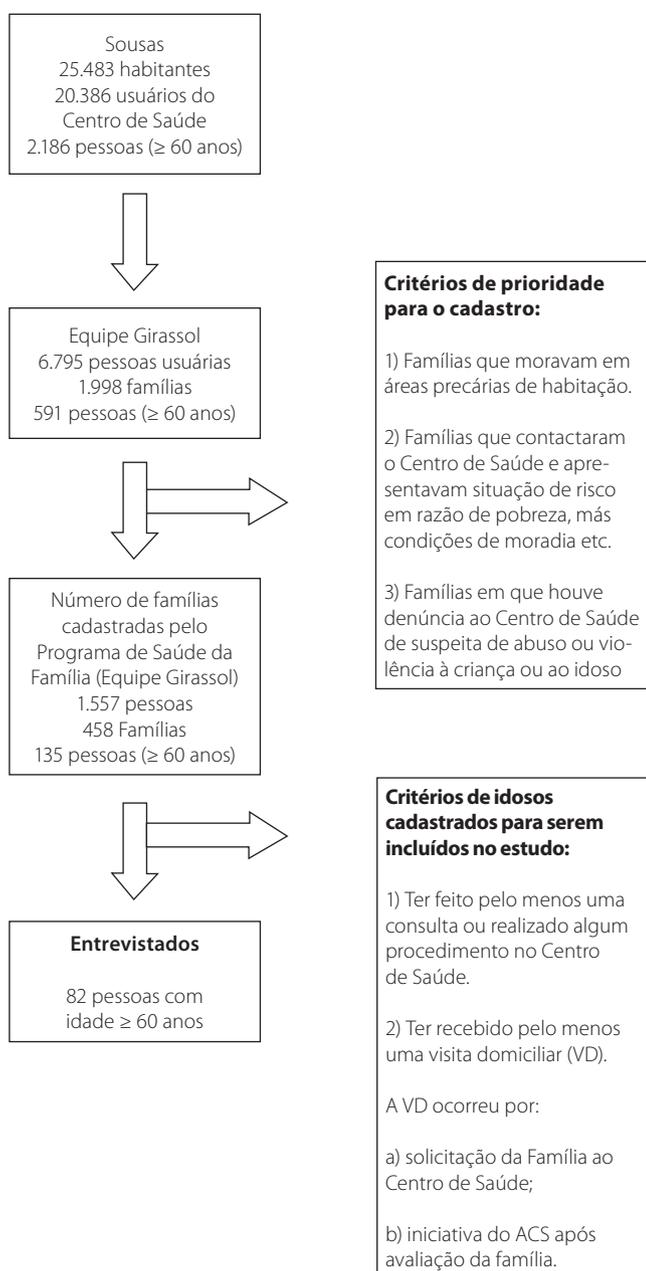
Amostra

Trata-se de estudo transversal em que a população estudada foi constituída por uma amostra sistemática de indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em uma região domiciliar predeterminada do Distrito de Sosas, Campinas, vinculados ao PSF. Neste distrito viviam cerca de 25.483 pessoas, e 20.386 destas usuárias do Centro de Saúde de Sosas. Desta população, 2.186 pessoas tinham idade igual ou acima de 60 anos. No Centro de Saúde mencionado havia três equipes do PSF. Uma delas, a "Equipe Girassol", responsável por 6.795 pessoas, sendo 591 idosos com 60 anos ou mais, foi a escolhida para obtenção da amostra. No período de novembro de 2003 a novembro de 2004 foram atendidos 82 idosos pertencentes à área de abrangência dessa equipe. Todos os idosos, sem exceção, vistos por esta equipe, foram incluídos no presente estudo. O organograma com as populações de referência para a obtenção da amostra final é apresentado na Figura 1.

Instrumentos

Foi utilizado um inventário sociodemográfico, cultural e clínico desenvolvido especificamente para o presente estudo. A religiosidade foi avaliada detalhadamente pela aferição de afiliação religiosa, frequência mensal a cultos e grau de envolvimento pessoal com a religião.

A este inventário foram acrescentados alguns instrumentos padronizados de avaliação da capacidade funcional, qualidade de vida e saúde mental. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Índice de Barthel para avaliação da capacidade funcional, o MINI para a realização de diagnóstico de transtor-



Fonte: IBGE 2000/Coordenadoria de Informação em Saúde – DGDO/SMS-Campinas, 2002.

Ficha de cadastramento do Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde de Sosas.

Figura 1. Processo de captação de sujeitos para a pesquisa.

nos mentais e o WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida. Além disso, foi inquirida a presença de agravos físicos (doenças físicas referidas) nos idosos, de maneira individual, bem como foram aferidas objetivamente a pressão arterial e a glicemia de jejum de cada idoso do estudo.

Índice de Barthel: é um questionário que contém 10 perguntas que avaliam as atividades da vida diária, e dizem respeito a alimentação, transferência, toalete pessoal, uso do banheiro, banho, andar em superfície plana, subir e descer

escadas, vestir-se e despir-se, continência do esfíncter anal e continência do esfíncter vesical. Um indivíduo é considerado independente se executa todas as atividades sem dificuldade. Executar uma atividade com pouca ou muita dificuldade já consta algum grau de dependência (Carrillo *et al.*, 1994).

WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life-bref): trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL 100, composta por 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas desse instrumento-padrão da OMS para avaliação de qualidade de vida. Dessas 26 questões, as duas primeiras são genéricas e não entram no cálculo dos escores de nenhum dos domínios. A versão abreviada é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck *et al.*, 2000).

MINI (International Neuropsychiatric Interview): é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (20 a 40 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10. Ela é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria e pode ser utilizada por clínicos depois de um treinamento específico (de 1 a 3 horas) (Amorin, 2000). Para esta pesquisa foram utilizados seis módulos distintos, servindo como base diagnóstica para seis transtornos mentais freqüentes, quais sejam: depressão, distímia, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, dependência e abuso de álcool e dependência e abuso de substâncias sedativas.

Análise estatística

As variáveis independentes consideradas para este estudo foram: gênero, idade, escolaridade, estado civil, condições de moradia (boas, razoável e ruim), situação laboral, capacidade funcional, atividade social fora do domicílio, utilização regular do centro de saúde, propriedade do domicílio (próprio ou não), número de moradores no domicílio, número de pessoas por quarto, renda *per capita*, aposentadoria, nível socioeconômico, afiliação religiosa, religiosidade pessoal (se considera-se uma pessoa muito religiosa, religiosa ou pouco religiosa), freqüência aos cultos, Índice de Barthel, uso de benzodiazepínicos, hipertensão, diabetes. As variáveis dependentes foram: qualidade de vida nos seus quatro domínios, presença de transtorno mental e de doenças físicas referidas.

Optou-se por trabalhar com o escore de baixa qualidade de vida pelo respectivo percentil 25 (ou primeiro quartil) referente à amostra estudada. Todos os casos positivos diagnosticados pelo MINI foram considerados transtorno mental. Foram considerados “alto número de doenças físicas referidas” aqueles indivíduos com cinco ou mais doenças. Dos 82 sujeitos, nos quais a avaliação pode ser realizada, dois apresentaram quadro de demência e dois déficit auditivo importante, não sendo possível a realização

do WHOQOL-bref e do MINI para estas quatro pessoas. No total foram analisados os 82 questionários, sendo 78 com todos os instrumentos planejados e mais quatro sujeitos com o protocolo incompleto. Para analisar a associação entre duas variáveis categóricas foram utilizados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que cinco).

Para a análise e teste de hipóteses com as variáveis dependentes “presença de transtornos mentais”, “qualidade de vida baixa” e “número de agravos físicos referidos”, foi utilizada a análise de regressão logística. Foram realizadas as análises univariadas e multivariadas com critério *stepwise* de seleção de variáveis, tendo sido construído um modelo para cada variável dependente (“presença de transtorno mental”, “qualidade de vida baixa” [dividida pelos quartis] e “número de agravos físicos referidos”). O método *stepwise* é um critério estatístico que seleciona as variáveis independentes mais fortes conjuntamente para prever ou “explicar” a variável dependente. As variáveis independentes “candidatas” a entrarem no modelo multivariável final foram todas as que obtiveram, nas análises prévias univariadas, um *p* menor que 0,25. Por razões de espaço serão apresentados nos resultados apenas as análises multivariadas.

Procedimentos

O estudo foi realizado por meio de entrevistas individuais, tanto no Centro de Saúde de Sousas quanto em visitas domiciliares. As entrevistas e avaliações foram realizadas pessoalmente pelo primeiro autor deste trabalho, que tem formação específica em medicina de família e comunidade e recebeu treinamento específico para a utilização de todos os instrumentos.

Aspectos éticos

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Também obteve-se a autorização da coordenação do Centro de Saúde de Sousas, Campinas, SP, para a sua realização. Foi utilizado um termo de consentimento livre e cada participante foi orientado quanto ao objetivo da pesquisa, sendo garantido sigilo sobre as informações prestadas. Foi assegurado a todos os candidatos que a sua participação no PSF era totalmente independente da participação no estudo.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Dos 82 idosos incluídos no estudo, 47 (57,3%) eram mulheres e 35 (42,7%) homens. porquanto 42 (51,2%) tinham idade de 60 a 69 anos, e 40 (48,8%) tinham 70 anos ou mais. Como esperado, o nível de escolaridade foi baixo; 77 (94%) não

completaram cinco anos de estudo com sucesso. Moravam em bairros sem saneamento básico, com casas em péssimas condições de moradia e sem asfalto, 49 (59,8%) idosos. Em relação ao trabalho, 66 (80,5%) referiram como “do lar”, e 58 (70,7%) referiram ser aposentados. Em relação ao nível socioeconômico, 47 (57,3%) pertenciam aos estratos “D” e “E” e a renda *per capita* média foi de 128 dólares (um dólar = 2,6 reais). Em relação à moradia, 61 (74,4%) possuíam casa própria. Em relação ao *status* matrimonial e rede social de apoio, 52 (63,4%) eram casados ou moravam juntos. Em média, o lar era composto por 3,1 pessoas. Com relação ao número de pessoas que dormem no mesmo quarto, 51 (62,2%) dormiam com outra pessoa. Em relação à atividade social regular, 43 (89,6%) realizavam alguma atividade social regular, tendo a religião como atividade rotineira. O Centro de Saúde era utilizado regularmente por 64 (78%) dos entrevistados.

Saúde física e capacidade funcional

Ao questionar os agravos à saúde, obteve-se que esta população referiu ter 3,5 doenças em média por indivíduo. Os agravos referidos mais frequentemente foram: hipertensão arterial, 60 (73,2%); alteração visual, 55 (67,1%); dores articulares (doença osteoarticular), 42 (51,2%); alteração auditiva, 35 (42,7%); diabetes, 25 (30,5%); doença respiratória, 17 (20,7%); doença digestiva, 14 (17,1%); doença urinária, 11 (13,4%) e doença cardíaca, 10 (12,2%). Aplicando-se o Índice de Barthel, 60 (73,2%) referiram não necessitar de ajuda para a realização de atividades da vida diária, 22 (26,8%) necessitam de ajuda em pelo menos uma atividade de vida diária e/ou não têm o controle dos esfíncteres.

Qualidade de vida e saúde mental

Em relação ao WHOQOL-bref, avaliado pela escala Likert de 100 pontos (1 a 100), obtiveram escores abaixo da média: no domínio físico, 22 (28,2%) dos entrevistados; no domínio ambiental, 32 (41%); no domínio social, 27 (34,6%); e 36 (46,2%) ficaram abaixo da média no domínio psicológico.

Em relação à saúde mental, o MINI mostrou que 22 (28,2%) dos entrevistados apresentaram algum tipo de transtorno mental. Destes, 10 (45,5%) apresentaram transtorno depressivo; três (13,6%) distímia; sete (31,8%) transtorno de pânico; cinco (22,7%) transtorno de ansiedade generalizada; três (13,6%) dependência de benzodiazepínicos e um (4,5%) dependência ao álcool. Em relação ao uso de benzodiazepínicos nos últimos 12 meses, 14 (17%) dos entrevistados referiram ter feito algum uso; três (21,4%) revelaram-se dependentes da substância e um (7,1%) fazia uso abusivo de benzodiazepínicos.

Dimensão religiosa

Referiram ter alguma religião 80 (97,6%) sujeitos; destes, 55 (67,0%) afirmavam-se católicos; 24 (29,2%), evangélicos; um

(1,2%) espírita kardecista; e dois (2,4%) “sem religião”. Frequentavam o culto pelo menos uma vez por semana 38% (47,5%) e 53 (64,6%) dos indivíduos referiram ser muito religiosos, ter muita fé e acreditar muito em Deus.

Análises multivariadas para variáveis dependentes

Em relação ao “número de agravos físicos referidos”, observou-se que os indivíduos que apresentam incapacidade têm 3,9 vezes mais risco (associação) de maior número de doenças que os que não têm incapacidade, e, que, àqueles com um ou mais anos de estudo têm 4,4 vezes mais risco (associação) (IC 95%: 1,26-15,46) de maior número de doenças que os que não frequentaram a escola (Tabela 1).

Em relação ao transtorno mental, notou-se que os indivíduos com incapacidade funcional têm 4,3 vezes mais risco (associação) de presença de transtorno mental que os sem incapacidade, e que os idosos que moram sozinhos ou com apenas uma outra pessoa têm 3,2 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.06-9.73) de presença de transtorno mental que os que moram com mais de uma pessoa.

Em relação aos indivíduos com baixa qualidade de vida (QV) no domínio físico, observou-se que os indivíduos com incapacidade funcional têm 36,1 vezes mais risco (associação) de menor QV física que os que não apresentam incapacidade; os que fizeram uso de benzodiazepínico no último ano têm 12,1 vezes mais risco (associação) (IC 95%: 1.95-74.72) de menor QV física que os que não fizeram uso (Tabela 2).

Em relação aos indivíduos com baixa qualidade de vida no domínio psicológico, notou-se que os indivíduos com incapacidade funcional têm 16,9 vezes mais risco (associação) de menor QV psicológica que os que não apresentam incapacidade; os que não recebem aposentadoria têm 6,8 vezes mais risco (associação) de menor QV psicológica que os que recebem aposentadoria (Tabela 2).

Em relação aos indivíduos com baixa QV no domínio social, observou-se que os evangélicos têm 5,9 vezes mais risco (associação) de menor QV social que os católicos e os indivíduos com casa própria têm 8,9 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.65-48.14) de menor QV social que os que não possuem casa própria. Os sujeitos que não têm casa própria, na sua maioria (n = 18; 86%), estão recebendo ajuda de alguém ou de outra família e este fato é significativo para uma boa QV no domínio social (Tabela 2).

Em relação à QV ambiental, observou-se que os evangélicos têm 7,8 vezes mais risco (associação) de menor QV ambiental que os católicos e os não-aposentados têm 3,4 vezes mais risco (associação) de menor QV ambiental que os aposentados (Tabela 2).

Tabela 1. Resultados da análise de regressão logística multivariada agravos físicos referidos (NAFR) e presença de transtorno mental (critério *stepwise* de seleção de variáveis)

Variáveis (passos)	Categorias/níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Agravos físicos referidos				
1. Barthel	Não tem incapacidade	–	1,00	–
	Tem incapacidade	0,018	3,89	1,27 – 11,95
2. Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	–	1,00	–
	Não frequentou escola	0,020	0,22	0,07 – 0,79
Presença de transtorno mental				
1. Barthel	Não tem incapacidade	–	1,00	–
	Tem incapacidade	0,016	4,32	1,31 – 14,25
2. Moradia	Mora só ou com uma pessoa	–	1,00	–
	Mora com mais de uma pessoa	0,040	0,31	0,10 – 0,95
Agravos físicos referidos (modelo sem o índice de Barthel)*				
Religião	Católica	–	1,00	–
	Evangélica	0,019	3,42	1,22 – 9,54

Para agravos físicos referidos: poucos agravos: n = 53 “0-4 doenças” e muitos agravos: n = 24 “5-7 doenças”. Para transtornos mentais: n = 56 sem transtorno mental e n = 22 com transtorno mental. Para agravos físicos referidos (sem o índice de Barthel): n = 53 “0-4 doenças” e n = 24 “5-7 doenças”.

*Ao se refazer a análise de regressão logística multivariável considerando-se a presença de transtorno mental sem o índice de Barthel, nenhuma variável foi selecionada pelo modelo.

Tabela 2. Resultados das análises de regressão logística multivariada para “qualidade de vida baixa”: domínios físico, psicológico, social e ambiental (critério *stepwise* de seleção de variáveis)

Variáveis (passos)	Categorias/níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Domínio físico				
1. Barthel	Não tem incapacidade	–	1,00	–
	Tem incapacidade	< 0,001	36,14	6,60 – 197,95
2. Uso de benzodiazepínico	Fez	–	1,00	–
	Não fez	0,007	0,08	0,01 – 0,51
Domínio psicológico				
1. Barthel	Não tem incapacidade	–	1,00	–
	Tem incapacidade	< 0,001	16,91	3,21 – 89,14
2. Aposentadoria	Recebe	–	1,00	–
	Não recebe	0,024	6,80	1,29 – 35,88
Domínio social				
1. Religião	Católica	–	1,00	–
	Evangélica	0,004	5,93	1,80 – 19,54
2. Casa	Própria	–	1,00	–
	Não-própria	0,011	0,11	0,02 – 0,61
Domínio ambiental				
1. Religião	Católica	–	1,00	–
	Evangélica	< 0,001	7,76	2,36 – 25,52
2. Aposentadoria	Recebe	–	1,00	–
	Não recebe	0,047	3,41	1,02 – 11,43

Para domínio físico: n = 58 alta QV e n = 17 baixa QV. Para domínio psicológico: n = 59 alta QV e n = 16 baixa QV. Para domínio social: n = 49 alta QV e n = 26 baixa QV. Para domínio ambiental: n = 49 alta QV e n = 23 baixa QV.

Análise sem o índice de Barthel

Visto que neste estudo o índice de Barthel (capacidade funcional) aparece com muita força nos resultados da análise

bivariada, e que de certa maneira tal índice se sobrepõe conceitualmente ao construto “qualidade de vida”, principalmente física, e considerando que ele também aparece de maneira robusta nos modelos multivariados (podendo mesmo “mascarar” outras variáveis significativas), resolveu-se refazer a análise multivariada, na qual o índice de Barthel foi significativo, não incluindo tal índice no novo modelo (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados das análises de regressão logística multivariada para “qualidade de vida baixa”, excluindo-se do modelo o índice de Barthel: domínios físico, psicológico, social e ambiental (critério *stepwise* de seleção de variáveis)

Variáveis (passos)	Categorias/níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Domínio Físico				
Uso de benzodiazepínico	Fez	–	1,00	–
	Não fez	0,003	0,09	0,02 – 0,43
Atividade social fora do domicílio	Tem	–	1,00	–
	Não tem	0,008	7,45	1,70 – 32,56
Religião	Católica	–	1,00	–
	Evangélica	0,027	4,60	1,19 – 17,71
Domínio Psicológico				
Uso de benzodiazepínico	Fez	–	1,00	–
	Não fez	0,031	0,23	0,06 – 0,87
Religião	Católica	–	1,00	–
	Evangélica	0,039	3,58	1,07 – 12,04

As análises foram refeitas apenas para os domínios nos quais o índice de Barthel foi significativo. Domínio físico: n = 58 alta QV e n = 17 baixa QV. Domínio psicológico: n = 59 alta QV e n = 16 baixa QV.

Assim, observou-se que a variável religião apareceu de modo significativo nos novos modelos (sem o índice de Barthel) (Tabela 3). Isso indica que pertencer a uma denominação evangélica é fator significativo que se relaciona a pior QV, nas várias dimensões aferidas pelo WHOQOL.

Além da denominação religiosa, ao se retirar o índice de Barthel do modelo, verificou-se que os que não têm atividade social são também aqueles que têm pior qualidade de vida no domínio físico. O uso de benzodiazepínicos, nos modelos multivariados sem o índice de Barthel, revelou-se associado a pior qualidade de vida nos domínios físico e psicológico (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O grupo de idosos estudados foi composto predominantemente por mulheres, com faixa etária entre 60 e 69 anos, de baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e que vivem em condições ruins de moradia. Embora tais condições de vida sejam bastante precárias, esta população apresentava uma rede de apoio social relativamente satisfatória, viviam em lares com um ou mais residentes, possuíam atividade social contínua, participavam de atividades religiosas de maneira relativamente assídua e freqüentavam o Centro de Saúde regularmente.

Em relação às pessoas sem escolaridade, os sujeitos com um ou mais anos de estudo referiram maior número de doenças físicas. Assim, é plausível que haja uma relação entre apresentar nível muito baixo de escolaridade, praticamente o analfabetismo, e pior percepção de agravos à saúde, ou seja, mesmo apresentando problemas de saúde é possível que os idosos analfabetos, neste estudo, não os tenham referido.

Os indivíduos que apresentaram incapacidades funcionais para a realização das atividades básicas da vida diária também referiram maior número de agravos físicos. Ramos (2003) tem considerado que a incapacidade funcional é um dos principais problemas decorrentes do envelhecimento humano. É plausível, portanto, haver íntima associação, direta ou indireta, entre doenças físicas crônicas e diminuição da capacidade funcional nos idosos.

Saúde mental

Os dados do presente estudo revelam, como esperado, prevalência considerável de transtornos mentais em uma população idosa de baixa renda. Assim, entre um quarto e um terço da população estudada apresentou algum transtorno mental.

Um levantamento recente e amplo (n = 6.961, com indivíduos com 60 anos ou mais), no Rio Grande do Sul, indicou provável transtorno mental (para transtornos ditos “menores”, ou seja, depressão e ansiedade) em 38,6% dos idosos estudados. Vale ressaltar que o instrumento utilizado foi de rastreamento e não de diagnóstico (Baptista, 2004).

Um outro estudo realizado por Blue (2000), em adultos e idosos, mostrou maior taxa de prevalência para possíveis casos de transtorno mental em regiões mais pobres, como no bairro Brasilândia, na cidade de São Paulo (22%), quando comparado com o bairro Aclimação (11%), de maior nível socioeconômico, indicando que o local de residência associa-se significativamente com a saúde mental. Como esperado, a prevalência de cerca de 28% de transtornos mentais corrobora a hipótese de consideráveis taxas de prevalência de transtornos mentais para idosos em regiões urbanas empobrecidas.

No presente estudo, observou-se que os indivíduos com incapacidade funcional apresentaram significativamente mais transtornos mentais que os sem incapacidade. Nessa linha, Rosa *et al.* (2003), na pesquisa feita com idosos de São Paulo/SP, concluíram que indivíduos com incapacidade funcional apresentaram seis vezes mais chances de serem considerados “casos” no rastreamento para transtorno mental. Por sua vez, Fleck *et al.* (2002) identificaram em Porto Alegre/RS, que sintomas depressivos têm marcante associação com pior funcionamento social. Este grupo de pesquisa gaúcho também verificou a associação entre

sintomas depressivos e pior QV, assim como com maior utilização de serviços de saúde da atenção primária.

Os dados do presente estudo indicam também que idosos que moram sozinhos, ou com uma outra pessoa apenas, apresentaram mais transtornos mentais quando comparados com os que moram com mais de uma pessoa. A presença de familiares na condição de parceiros sociais significativos, emocionalmente ligados, parece ser importante fator na manutenção da saúde mental. A escassez de apoio social seria, por sua vez, um possível fator de risco para a saúde do indivíduo (Unger *et al.*, 1999). Cabe, entretanto, a ressalva de que as relações interpessoais, embora muitas vezes auxiliem as pessoas, podem em alguns casos ter um impacto negativo, implicando conflitos e dificuldades familiares (Antonucci, 1991). De toda forma, sendo um estudo transversal, a presente investigação não pode identificar linhas causais, mas apenas especular sobre elas.

Qualidade de vida (QV)

Os indivíduos com incapacidade funcional, selecionados pelo índice de Barthel, apresentaram marcadamente uma pior QV para os domínios físicos e psicológicos. Nesta linha, Guralnik *et al.* (1989), assim como Berkman e Gurland (1998), salientam que menos que os diagnósticos clínicos específicos, estão associados à QV, de uma forma mais concreta, o comprometimento das atividades cotidianas por problemas de saúde, o estar acamado, as incapacidades funcionais e a percepção negativa da própria saúde.

Nos idosos por nós estudados, verificou-se que aqueles que não têm uma aposentadoria, ou seja, um ganho fixo mensal, apresentaram pior QV nos domínios psicológicos (mais intensamente) e ambiental. A pior QV ambiental provavelmente esteve diretamente relacionada a mais insegurança, ambiente físico menos saudáveis, menos disponibilidade de dinheiro, menos acesso a informação e lazer e menor satisfação com a moradia, serviços de saúde e meios de transporte. Lima-Costa (2003), utilizando dados da PNAD de 1998, examinou uma amostra de 19.068 idosos, representativos da população brasileira com mais de 65 anos, e encontrou que os idosos mais pobres tinham, como esperado, piores condições de saúde (mais acamados, pior percepção da própria saúde) e possivelmente pior QV, indiretamente presumível por dificuldades funcionais relacionadas a atividades físicas e pior acesso a serviços de saúde.

A pior QV psicológica, por sua vez, articula-se de modo um tanto complexo com a ausência de renda. É possível que os idosos sem renda sintam mais dificuldades para “aproveitar a vida”, tenham mais “desespero, ansiedade, depressão e mau humor”, componentes do construto QV psicológica, no WHOQOL-bref.

Um achado de difícil interpretação neste estudo foi a relação entre possuir casa própria e QV. Assim, de modo

aparentemente paradoxal, os entrevistados que possuíam casa própria apresentaram quase nove vezes maior risco de menor QV no domínio social, que os que não possuíam casa própria. Uma explicação plausível refere-se à situação particular dos 21 sujeitos que não tinham casa própria, neste estudo. A maior parte deles (18 sujeitos, 86%) estava recebendo ajuda de parentes ou amigos e, conseqüentemente, referia estar satisfeita com tal ajuda. Estando em trânsito na residência de outras pessoas ou morando em uma residência emprestada, percebiam mais claramente a ajuda das pessoas próximas, incluindo familiares, amigos e vizinhança. O mesmo não acontecia com os que tinham casa própria. No domínio QV social encontra-se a pergunta: “quão satisfeito você está com suas relações pessoais e com o apoio que recebe”. Assim, esta aparente associação bizarra explica-se por peculiaridades da vida de sujeitos com grandes carências sociais, de elementos de solidariedade nas classes populares e de características do instrumento que coletou os dados de QV social.

Uma associação marcante (“risco” de 12 vezes mais) entre pior QV física e uso de benzodiazepínicos foi constatada. Neste domínio da QV encontram-se as perguntas relativas à dor física, necessidade de atendimento médico, menor energia no dia a dia, maior dificuldade de locomoção, insatisfação com o sono e mais dificuldades nas atividades diárias e no trabalho. É bastante esperado que os idosos que mais usam benzodiazepínicos sejam também os que mais sejam insatisfeitos com seu sono. É também plausível que idosos que usam mais benzodiazepínicos sejam os que mais buscam atendimento médico e que tenham mais queixas, como “menos energia”, “dificuldade de desempenho” e “mais dor física”.

Qualidade de vida e religião

Com relação à religião, pelo último censo do IBGE, em 2000 (Jacob, 2003), os evangélicos representam uma parcela da população com menor escolaridade, menor nível socioeconômico, mais negros e pardos e mais empregados que empregadores. Dessa forma, um estudo que associe QV com afiliação religiosa no Brasil deve ter em conta que as denominações religiosas agrupam indivíduos de distintos estratos socioeconômicos. Neste sentido, o presente estudo, ao utilizar o modelo de análise multivariada, visou controlar o efeito do nível socioeconômico, principalmente por meio das variáveis renda *per capita*, estrato social, condições de moradia, escolaridade e aposentadoria.

Neste estudo observou-se de maneira inusitada que os evangélicos, em relação aos católicos, têm quase oito vezes mais risco de associação com menor QV no domínio ambiental e seis vezes mais risco de associação com menor QV no domínio social. Em relação ao domínio ambiental, os evangélicos comparados com os católicos relatam condições menos seguras, moram em ambientes físicos

menos saudáveis, têm menos dinheiro, menos informação e menos oportunidade de lazer. Possivelmente por isso, eles estão menos satisfeitos com as condições do local onde moram, com o acesso aos serviços de saúde e com os meios de transporte. Curiosamente mesmo controlando-se a possível interferência do nível socioeconômico, pelo modelo multivariado de análise estatística, o grupo evangélico permanece revelando pior QV ambiental, o que indica que a condição de “sofrimento social” desse grupo religioso vai além do estrato socioeconômico no qual se situa.

Reforçando esta hipótese, verificou-se que, em relação ao domínio social, os evangélicos comparados com os católicos estão menos satisfeitos com suas relações pessoais, menos satisfeitos com a sua vida sexual e menos satisfeitos com o apoio que recebem dos amigos, questões estas que compõem o construto QV social do WHOQOL-bref.

De modo global, portanto, os dados deste estudo indicam que o grupo religioso dos evangélicos é composto predominantemente por pessoas em situação muito precária de vida (precárias condições de vida e desamparo social, que podem associar-se a estressores ambientais e sociais).

No novo modelo de análise multivariada, sem o índice de Barthel, observou-se que a religião evangélica surgiu de maneira significativa também associada a pior QV física e psicológica. Portanto, ser evangélico nesta amostra associou-se a pior QV nos quatro domínios. Como explicar esta intrigante associação?

Pertencer a uma igreja evangélica implica maior envolvimento religioso e maior frequência a cultos. Possivelmente também implique seguir normas comportamentais mais claras, ter uma identidade religiosa mais bem definida e provavelmente dispor de maior rede de apoio social. Seria esperado, na verdade, uma associação inversa à encontrada, ou seja, que os evangélicos tivessem melhor QV e não pior do que os católicos.

É pouco provável, portanto, que pertencer a uma igreja evangélica conduza pior QV. Embora este estudo tenha um desenho transversal, o que permite apenas a identificação de associações sem indicar vetores de causalidade, é bem mais plausível a hipótese de que pessoas empobrecidas, desprovidas não só de bens materiais, mas também de poder social, em situação de sofrimento (físico, psíquico e social) busquem as igrejas evangélicas em uma tentativa de sanar ou mitigar esta situação de sofrimento. Assim haveria um *social drift*, ou seja, uma drenagem de contingente de adultos e idosos com pior QV para igrejas que oferecem e prometem uma vida melhor (nesta terra ou após a morte). Entretanto, ao permanecer com pior QV, pode-se aventar, nessa nossa hipótese especulativa de *social drift*, que a migração para uma igreja evangélica neste segmento populacional não tenha provocado mudanças tão marcantes nas condições de vida dessas pessoas. Isso explicaria

as associações encontradas no presente estudo, incentivando, por sua vez, a realização de estudos com desenho prospectivo que revelem melhor e de maneira dinâmica e temporal as possíveis relações entre QV em idosos e religiosidade no Brasil.

Cabe ressaltar algumas peculiaridades do desenho metodológico do presente estudo, que implicam limitações metodológicas e do alcance dos achados. De maneira deliberada, a amostra investigada foi extraída de um programa específico de atenção à saúde, o PSF. Dos 135 idosos matriculados no PSF deste estudo, foram incluídos 82 realizaram pelo menos uma consulta no Centro de Saúde no período ou receberam pelo menos uma visita domiciliar por solicitação de familiar ou por iniciativa de um agente comunitário de saúde, ao notar alguma necessidade do idoso matriculado. Assim, trata-se de “amostra tratada”, que naturalmente tem uma morbidade superior à da comunidade. Portanto, uma limitação importante a ser destacada é que deste estudo não se deve sugerir generalizações à população geral, mas possivelmente pode-se inferir que os dados presentes indiquem algo da realidade de idosos de baixa renda vinculados ao PSF. É, portanto, nesse contexto, que os resultados da presente investigação devem ser interpretados.

CONCLUSÃO

O presente estudo situa-se no contexto do Programa de Saúde da Família que visa uma perspectiva ampliada do ser interagindo com o meio, em sua família. Observar o indivíduo, em particular os idosos, dentro de um contexto familiar e social com suas limitações, rede de relações e crenças, é fundamental para a compreensão e o entendimento do processo saúde-doença e dos determinantes da QV.

Pôde-se em uma amostra de idosos retirada de um contexto de saúde pública estudar o perfil de saúde física e mental, de capacidade funcional e de QV e identificar associações significativas entre essas dimensões. Variáveis que indicam uma situação de vida mais difícil, como não dispor de aposentadoria, ter mais incapacidades funcionais e usar benzodiazepínicos relacionaram-se a pior QV. Em particular pertencer a uma igreja evangélica associou-se significativamente a pior QV nos vários domínios, provavelmente indicando que idosos pobres, em pior condições de vida, buscam tais igrejas como tentativa, consciente ou não, de minimizar seus sofrimentos.

Considerando-se que a estruturação das políticas públicas de saúde em geral, e no PSF, em particular, deve estar fundamentada, tanto no diagnóstico de problemas específicos como em ampla e abrangente avaliação das condições de vida, realidade cultural e QV, em particular

nos idosos, espera-se que os resultados do presente estudo possam incentivar novas investigações sobre determinantes da saúde mental e QV em idosos pobres no contexto da saúde da família. É possível e desejável que tais conhecimentos venham um dia a colaborar para o aperfeiçoamento dos PSFs, seu planejamento e execução, em particular nas dimensões de promoção, prevenção e atenção ao idoso de baixa renda.

REFERÊNCIAS

- Antonucci TC. Attachment, social support, and coping with negative life events in mature adulthood. In: EM Cummings, AL Greene, KH Karraker editores. *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp.261-276, 1991.
- Baptista ASD. Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental de idosos: um estudo na comunidade [tese de doutorado em Ciências da Saúde]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2004.
- Berkman CS, Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *J Aging and Health*, 10: 81-98, 1998.
- Blue I. Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 22 (3): 116-123, 2000.
- Butler R, Lewis M. Late life depression: when/how to intervene. *Geriatrics*, 50 (8): 44-45, 1995.
- Carrillo V, Garcia FM, Blanco S. Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación*, 28 (6): 377-388, 1994.
- Chaimowics F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31 (2): 16-20, 1997.
- Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, SP, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, 20 (6): 1575-1585, 2004.
- Ferraro KF, Kelley-Moore JA. Religious consolation among men and women: do health problems spur seeking? *J Sci Stud Religion*, 39: 220-234, 2000.
- Fleck MPA. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública*, 34 (2): 178-183, 2000.
- Fleck MPA. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*, 36 (4):431-8, 2002.
- Fry OS. The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal loss. *Gerontologist*, 41(1):69-81, 2001.
- Goldstein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas EV, et al., organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanaba/Koogan, 2002. p. 950-55.
- Gordilho A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In Freitas EV, et al., organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanaba/Koogan, 2002. p. 204-15.
- Guralnik JM, Branch LG, Cummings SR, Curb JD. Physical performance measures in aging research. *J Gerontol*, 44: 141-46, 1989.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico, 2000 [acesso em 2004 Nov 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
- Jacob CR, Hees DR, Waniez P, Brustlein V. Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- Kalache A. Envelhecimento no contexto internacional: perspectiva da Organização Mundial da Saúde. In: Seminário Internacional Envelhecimento Populacional. Brasília: MPAS, SAS, 1996. v. 1, p. 13-2.
- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*, 155 (4): 536-542, 1998.
- Krause N, Tran TV. Stress and religion involvement among elderly black adults. *Journal of Gerontology: Soc. Sci*, 44, 4-13, 1989.
- Levin JS, Chatters LM. Religion, health, and psychocological well-being in older adults. Findings from national surveys. *Journal of Aging and Health*, 10 (4): 504-531, 1998.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*,19(3): 745-757, 2003.
- Ministério da Saúde (a) Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família. Milton Menezes da Costa Neto, organizador. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000b.
- Ministério da Saúde (b). A implantação da unidade de saúde da família. Milton Menezes da Costa Neto, organizador. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.
- Monteiro DMR. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al., organizadores. *Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU, 2004.
- Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus, pp. 09-56, 2002.
- Passos JD. Teogonias urbanas: os pentecostais na passagem do rural ao urbano. *São Paulo: Perspectiva*,14(4):120-9, 2000.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso. *Cad Saúde Pública*, 19:793-8, 2003.
- Rosa TE, Benício MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 37: 40-8, 2003.
- Thomas LE, Eisenhandler SA. A human science perspective on aging and the religious dimension. In: Thomas EL, Eisenhandler SA. *Aging and the religious dimension*. London: Auburn House, 1994.
- Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: McArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology, Social Sciences*. Vol. 54B, (5), pp. S245-S251, 1999.
- Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Pública*, 21 (3): 225:33, 1987.
- Xavier FMF. Saúde mental de octagenários residentes na comunidade [tese de doutorado em Psiquiatria]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2001.