

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

ANA TERESA DE MELO E SILVA

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE RELACIONADAS ÀS VARIÁVEIS
SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DA
COMUNIDADE

UBERABA

2015

ANA TERESA DE MELO E SILVA

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE RELACIONADAS ÀS VARIÁVEIS
SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DA
COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

UBERABA

2015

ANA TERESA DE MELO E SILVA

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE RELACIONADAS ÀS VARIÁVEIS
SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DA
COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre.

Uberaba, _____ de _____ de 2015.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Lúcia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Membro

Prof. Dr. Tommy Akira Goto
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
Membro

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S578r	<p>Silva, Ana Teresa de Melo e Religiosidade e espiritualidade relacionadas às variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos da comunidade / Ana Teresa de Melo e Silva. -- 2015. 112 f. : il., fig., graf., tab.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015 Orientadora: Profª Drª Leiner Resende Rodrigues</p> <p>1. Saúde do idoso. 2. Enfermagem geriátrica. 3. Religião. 4. Espiritualidade. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p>CDU 613.98</p>
-------	---

Dedico esta conquista aos meus pais, Ronaldo e Marta,
pelo incentivo constante e apoio em todas as minhas escolhas.

Vocês são os meus exemplos de vida e amor eterno.

A vocês, todo o meu respeito, carinho e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre caminhar ao meu lado, guiar os meus passos e me iluminar para a concretização de mais um sonho.

Aos meus pais, meus anjos da guarda, por sempre me aconselharem, protegerem, vibrarem com as minhas conquistas e acreditarem em meu potencial. Vocês são meus exemplos de luta e perseverança, maiores incentivadores, melhores amigos e amores eternos. Obrigada por cada momento dedicado à minha educação. Sem vocês essa caminhada seria impossível!

Ao meu irmão, presente em todos os momentos de minha vida, agradeço o apoio, amor e paciência.

Aos meus avós, agradeço por todas as orações, imensa dedicação e por sempre torcerem pelo meu sucesso.

Ao meu noivo, Eduardo, pelo companheirismo, incentivo, amor e carinho. Obrigada pela confiança, apoio e por compartilhar de minhas escolhas.

Aos meus familiares, exemplos de união, por sempre torcerem e aplaudirem minhas conquistas.

Às amigas e amigos, essenciais em minha vida, por compreenderem minhas ausências e mesmo assim continuarem presentes e vibrando com minhas vitórias. Vocês ocupam um lugar especial em meu coração.

À professora Dra. Leiner, orientadora desta pesquisa, agradeço pelo aprendizado, oportunidades concedidas, incentivo, pela valiosa contribuição na construção desta conquista, por todo carinho e amizade construída. A você, meu respeito e admiração.

À professora Dra. Darlene, agradeço os conselhos, o auxílio e imensas contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos professores, Dra Lúcia e Dr. Tommy, por aceitarem compor a banca e pelas contribuições no desenvolvimento desta dissertação.

Ao professor Dr. Vanderlei Haas, com quem muito aprendi durante o desenvolvimento deste trabalho, agradeço pela paciência e dedicação. Sou muito grata pela ajuda e inúmeras contribuições nestes dois anos.

A todos os professores da Pós-Graduação, obrigada pelo apoio e auxílio na construção e conclusão do curso.

Às Mestres Flávia Aparecida e Nayara Mendes, por dividirem um pouco do conhecimento de vocês comigo e me auxiliarem no desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço por cada conselho e ensinamento. A vocês, meu eterno agradecimento.

Aos colegas da Pós-Graduação que, através do convívio diário, compartilhamos sonhos, medos e experiências que farão parte da nossa trajetória profissional e pessoal. A vocês, agradeço pela amizade construída. Desejo sorte e sucesso nesta nova caminhada.

Aos funcionários da Pós-Graduação, por todo apoio e auxílio durante estes dois anos.

A CAPES, pelo auxílio financeiro.

Aos idosos, agradeço pela disponibilidade em participar desta pesquisa e por possibilitarem o desenvolvimento deste estudo, por terem sido tão acolhedores, pela experiência de vida e ensinamentos, que contribuíram ainda mais para o meu crescimento pessoal e profissional. Vocês são minha fonte de inspiração.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte da construção deste sonho, meus sinceros agradecimentos.

“Não importa se a estação do ano muda...
Se o século vira, se o milénio é outro.
Se a idade aumenta...
Conserva a vontade de viver,
Não se chega a parte alguma sem ela.”

Fernando Pessoa

RESUMO

SILVA, Ana Teresa Melo. **Religiosidade e Espiritualidade relacionadas às variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos da comunidade.** 2015. 112f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

O Brasil tem vivenciado um acelerado processo de envelhecimento populacional, que é uma realidade mundial. Diante do contexto de progressivo envelhecimento populacional brasileiro, é necessário conhecer como as pessoas lidam com seus processos de envelhecer e como os enfrentam. Desta maneira, a religiosidade e espiritualidade (R/E) ocupam lugar de destaque na vida de pessoas idosas, visto que o envelhecimento traz consigo questões existenciais que a religião tenta responder. Este estudo objetivou caracterizar as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos da comunidade, bem como verificar a influência dessas variáveis sobre as medidas de R/E. Trata-se de um inquérito domiciliar, analítico e transversal realizado com 643 idosos do município de Uberaba-MG. Os instrumentos utilizados foram: Miniexame do Estado Mental (MEEM), instrumento estruturado de caracterização dos dados sociodemográficos, econômicos e indicadores clínicos, Medida Multidimensional Breve de Religiosidade e Espiritualidade (BMMRS). A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, no período de janeiro a abril de 2014. Os dados foram submetidos à análise univariada, com medidas de tendência central e de variabilidade, a análise bivariada, em relação aos escores de R/E, entre grupos definidos por variáveis categóricas incluiu-se o teste *t*-student. Para as variáveis ordinais, sob esses escores, incluiu, na análise bivariada, o coeficiente de correlação de Spearman. Já a influência das variáveis quantitativas, sob esses escores, utilizou, na análise bivariada, o coeficiente de correlação de Pearson. As correlações foram classificadas em: fraca ($0 < |r| < 0,3$), moderada ($0,3 \leq |r| < 0,5$), forte ($0,5 \leq |r| \leq 1,0$). Para analisar as variáveis preditoras na R/E, empregou-se o modelo de regressão linear múltipla, por meio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0. O nível de significância desse trabalho foi $\alpha = 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, nº 493.211. Entre as características dos idosos, predominaram o sexo feminino (67,0%), com 60 |69 anos (42,3%), casados (as) (42,1%), com 1 |4 anos de estudo (51,0%) e com renda de 1 salário mínimo (45,1%). Referente à satisfação com as necessidades básicas, 43,4% informaram que as

satisfazem de forma regular, 39,8% classificaram a percepção de saúde como regular, 81,5% relataram possuir 2 ou mais doenças. Observou-se que as variáveis sexo, estado conjugal, idade, escolaridade, número de doenças e percepção de saúde apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação às dimensões de R/E. Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a variável renda e os domínios de R/E. Ainda há poucas pesquisas mundiais envolvendo saúde e R/E em populações exclusivamente idosas. E os resultados desta pesquisa permitiram ampliar o conhecimento das características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos em relação às dimensões de R/E.

Palavras-chave: Idoso; Saúde do Idoso; Enfermagem; Enfermagem geriátrica; Religião; Espiritualidade.

ABSTRACT

SILVA, Ana Teresa Melo. **Religiosity and Spirituality related to demographic, economic and health variables among community elders.** 2015. 112f. Dissertation (Masters Course in Attention to Health) – Federal University of the Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Brazil has experienced an accelerated process of population aging, which is a global reality. Faced with the progressive aging Brazilian population context, it is necessary to know how people deal with their processes of aging and how to face them. In this way, religiosity and spirituality (R/S) occupy a prominent place in the lives of older people, because aging brings with existential questions that religion tries to answer. This study aimed to characterize the sociodemographic, economic and health of the community elders variables and determine the influence of these variables on the measures of R/S. It is a household, analytical and cross-sectional survey carried out with 643 elderly in the city of Uberaba-MG. The instruments used were: Mini Mental State Examination (MMSE), structured instrument to characterize the socio-demographic, economic and clinical indicators, Brief Multidimensional Measure of Religiosity/Spirituality (BMMRS). Data collection was held at the home of the elderly over the period from January to April 2014. The data were submitted to univariate analysis, measures of central tendency and variability, the bivariate analysis, in relation to the scores of R/S, between groups defined by categorical variables included the t-student test. For ordinal variables, under these scores included in the bivariate analysis, the Spearman correlation coefficient. On the other hand the influence of quantitative variables under these scores, used in the bivariate analysis, the Pearson correlation coefficient. Correlations were classified as fraction ($0 < |r| < 0,3$), moderate ($0,3 \leq |r| < 0,5$), strong ($0,5 \leq |r| \leq 1,0$). To analyze the predictors in the R / S, we used the multiple linear regression model, through Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 17.0. The level of significance of this study was $\alpha = 0,05$. The project was approved by the Research Ethics Committee of UFTM, No. 493.211. Among the characteristics of the elderly, predominantly female (67,0%), with 60-69 years (42,3%), married (the) (42,1%), with 1-4 years of education (51,0%) and 1 minimum wage income (45,1%). Referring to satisfy the basic needs, 43.4% reported that meet on a regular basis, 39,8% rated their health as regular perception, 81,5% reported having two or more diseases. It was observed that the variables sex, marital status, age, education, number of diseases and health perception showed statistically significant differences in

relation to the dimensions of R/S. However, no statistically significant differences between the equity and areas of R/S. Although there are few global research involving health and R/S exclusively in elderly populations. And the results of this research allowed to expand the knowledge of the socio-demographic characteristics, economic and health of older people relative to the size of R/S.

Key words: Aged; Health of the Ederly; Nursing; Geriatric Nursing; Religion; Spirituality.

RESUMEN

SILVA, Ana Teresa Melo. **Religiosidad y Espiritualidad relacionadas a las variables sociodemográficas, económicas y de salud entre los ancianos de la comunidad.** 2015. 112f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Brasil ha experimentado un acelerado proceso de envejecimiento de la población, lo cual es una realidad global. Frente al contexto del progresivo envejecimiento de la población brasileña, es necesario saber cómo las personas se relacionan con sus procesos de envejecimiento y cómo los enfrentan. De esta manera, la religiosidad y la espiritualidad (R / E) ocupan un lugar destacado en la vida de las personas mayores, ya que el envejecimiento trae consigo preguntas existenciales que la religión trata de responder. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las variables sociodemográficas, económicas y de salud de las personas mayores de la comunidad, así como también determinar la influencia de estas variables sobre las medidas de R/E. Se trata de una encuesta a domicilio, analítica y transversal llevada a cabo con 643 ancianos en el municipio de Uberaba-MG. Los instrumentos utilizados fueron: Mini Examen del Estado Mental (MEEM), instrumento estructurado para caracterización de los datos sociodemográficos, económicos e indicadores clínicos, Medida Multidimensional Breve de la Religiosidad y Espiritualidad Corto (BMMRS). La recolección de datos se llevó a cabo en los hogares de los ancianos, de enero a abril de 2014. Los datos fueron sometidos a análisis univariados, con medidas de tendencia central y de variabilidad, el análisis bivariado, en relación a los scores de R/E, entre los grupos definidos por las variables categóricas se incluyó la prueba de t-student. Para las variables ordinales, bajo estas puntuaciones, se incluyó en el análisis bivariado, el coeficiente de correlación de Spearman. Ya la influencia de las variables cuantitativas en virtud de estos scores, utilizó, en el análisis bivariado, el coeficiente de correlación de Pearson. Las correlaciones fueron clasificados como baja ($0 < |r| < 0,3$), moderada ($0,3 \leq |r| < 0,5$), fuerte ($0,5 \leq |r| \leq 1,0$). Para analizar las variables predictoras en R/E, se utilizó el modelo de regresión lineal múltiple, a través del Statiscal Package for Social Sciences (SPSS), versión 17.0. El nivel de significación de este estudio fue $\alpha = 0,05$. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la UFTM, N ° 493211. Entre las características de las personas mayores, predominaron las del sexo femenino (67,0%), con 60 | 69 años (42,3%), casados (as) (42,1%), con 1 | 4 años de estudios

(51,0%) y con rendimientos de 1 salario mínimo (45,1%). Con relación a la satisfacción de las necesidades básicas, el 43,4% informó que las satisfacen de forma regular, el 39,8% clasificó la percepción de su salud como regular, el 81,5% informó que tienen dos o más enfermedades. Se observó que las variables sexo, estado civil, edad, educación, número de enfermedades y percepción de la salud mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación a las dimensiones de R/E. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la variable ingresos y los dominios de R/E. Sin embargo, hay pocas investigaciones globales que involucren salud y R/E en poblaciones exclusivamente de edad avanzada. Y los resultados de esta investigación permitieron ampliar el conocimiento de las características sociodemográficas, económicas y de salud de las personas mayores en relación a las dimensiones de R/E.

Palabras clave: Anciano; Salud del Anciano; Enfermería; Enfermería geriátrica; Religión; Espiritualidad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição percentual da população projetada, por grupos de idade – Brasil 2020/2060.....	21
Figura 2 - Composição final da amostra	40
Figura 3 - Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.....	50
Tabela 2 - Classificação dos idosos da comunidade quanto às necessidades básicas, percepção de saúde atual e número de doenças, Uberaba-MG, 2015.....	51
Tabela 3 - Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna, das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.....	53
Tabela 4 - Distribuição da frequência da dimensão História Religiosa/Espiritual entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.....	54
Tabela 5 - Distribuição da frequência da dimensão Comprometimento entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.....	55
Tabela 6 - Distribuição da frequência da dimensão Preferência Religiosa entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.....	56
Tabela 7 - Média das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade entre idosos da comunidade, segundo sexo e estado conjugal, Uberaba-MG, 2015.....	58
Tabela 8 - Correlação das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade, segundo idade e escolaridade, Uberaba-MG, 2015.....	59
Tabela 9 - Correlação das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade segundo as variáveis renda individual e satisfação com as necessidades básicas, Uberaba-MG, 2015.....	60
Tabela 10- Correlação das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade, segundo número de doenças e percepção de saúde, Uberaba-MG, 2015.....	61
Tabela 11- Regressão Linear das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde, Uberaba-MG, 2015.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUT GL – Autoavaliação Global

BER – Bem-estar Religioso

BEE – Bem-estar Existencial

BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

CRE- Escala de Coping Religioso Espiritual

CRE-breve- Coping Religioso Espiritual Breve

CREP - Coping Religioso Espiritual Positivo

CREN - Coping Religioso Espiritual Negativo

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DUKE - Duke Religious Index

DSES – Escala de Experiências Espirituais Diárias

EBE – Escala de Bem-estar Espiritual

EED – Experiências Espirituais Diárias

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Miniexame do Estado Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

PERD - Perdão

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PRP – Práticas Religiosas Particulares

R/E – Religiosidade/Espiritualidade

RI – Religiosidade Intrínseca

RNO – Religiosidade Não Organizacional

RO – Religiosidade Organizacional

REL ORG – Religiosidade Organizacional

SPSS - Statistical Package Social Sciences

SSRS - Spirituality Self Rating Scale

SUP R/E – Superação Religiosa/Espiritual

SUP REL – Suporte Religioso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

V/C – Valores/Crenças

WHOQOL-SRPB - World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religion
and Personal Beliefs

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	20
2 CONCEITOS: RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE, FÉ E CRENÇA, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	23
2.1 CONCEITOS: RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE, FÉ E CRENÇA	23
2.2 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	25
3 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE	28
3.1 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE	28
4 OBJETIVOS	36
5 METODOLOGIA	38
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	38
5.2 LOCAL	38
5.3 POPULAÇÃO	39
5.3.1 Definição da População	39
5.3.2 Procedimentos para amostragem por conglomerado em múltiplos estágios	39
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	41
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	41
5.6 COLETA DE DADOS	41
5.6.1 Procedimentos para coleta dos dados	41
5.6.2 Instrumentos de coleta dos dados	42
5.6.2.1 <i>Miniexame de Estado Mental (MEEM)</i>	42
5.6.2.2 <i>Caracterização dos dados sociodemográficos e econômicos</i>	42
5.6.2.3 <i>Indicadores Clínicos</i>	42
5.6.2.4 <i>Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)</i>	43
5.6.3 Variáveis do estudo	45
5.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS	46
6 ASPECTOS ÉTICOS	47
7 RESULTADOS	49

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS IDOSOS	49
7.2 DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE DE UBERABA, SEGUNDO INDICADORES CLÍNICOS E ECONÔMICOS	51
7.3 CARACTERÍSTICAS DE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE DOS IDOSOS DA COMUNIDADE, SEGUNDO AS DIMENSÕES DA ESCALA BMMRS	52
7.4 FATORES ASSOCIADOS À RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ENTRE OS IDOSOS	57
8 DISCUSSÃO	65
9 CONCLUSÃO	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE B – IDENTIFICAÇÃO, DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS	97
APÊNDICE C- INDICADORES CLÍNICOS	100
ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	102
ANEXO B - PERCEPÇÃO DE SAÚDE	105
ANEXO C – MEDIDA MULTIDIMENSIONAL BREVE DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE (BMMRS)	106
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	111

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo será abordado o seguimento acerca do envelhecimento humano, considerando-se os aspectos da transição demográfica e epidemiológica, bem como as consequências desse processo para o idoso, com destaque para a religiosidade e a espiritualidade. De acordo com esta temática, discorrerá sobre as conceituações, o instrumento de triagem utilizado e a influência que exerce na vida das pessoas idosas, assim como a relação que possuem com os fatores sociodemográficos, econômicos e de condições de saúde para os idosos.

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O Brasil tem vivenciado um acelerado processo de envelhecimento populacional, que é uma realidade mundial (IBGE, 2010). Do ponto de vista cronológico, o Estatuto do Idoso disposto na Lei nº 10.741 de 01.10.2003 (BRASIL, 2003) e a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) consideram idosas as pessoas com 60 anos ou mais de idade, sendo esta definição adotada neste estudo. Esse conceito resulta em uma heterogeneidade do segmento considerado idoso (CAMARANO; KANSO, 2011).

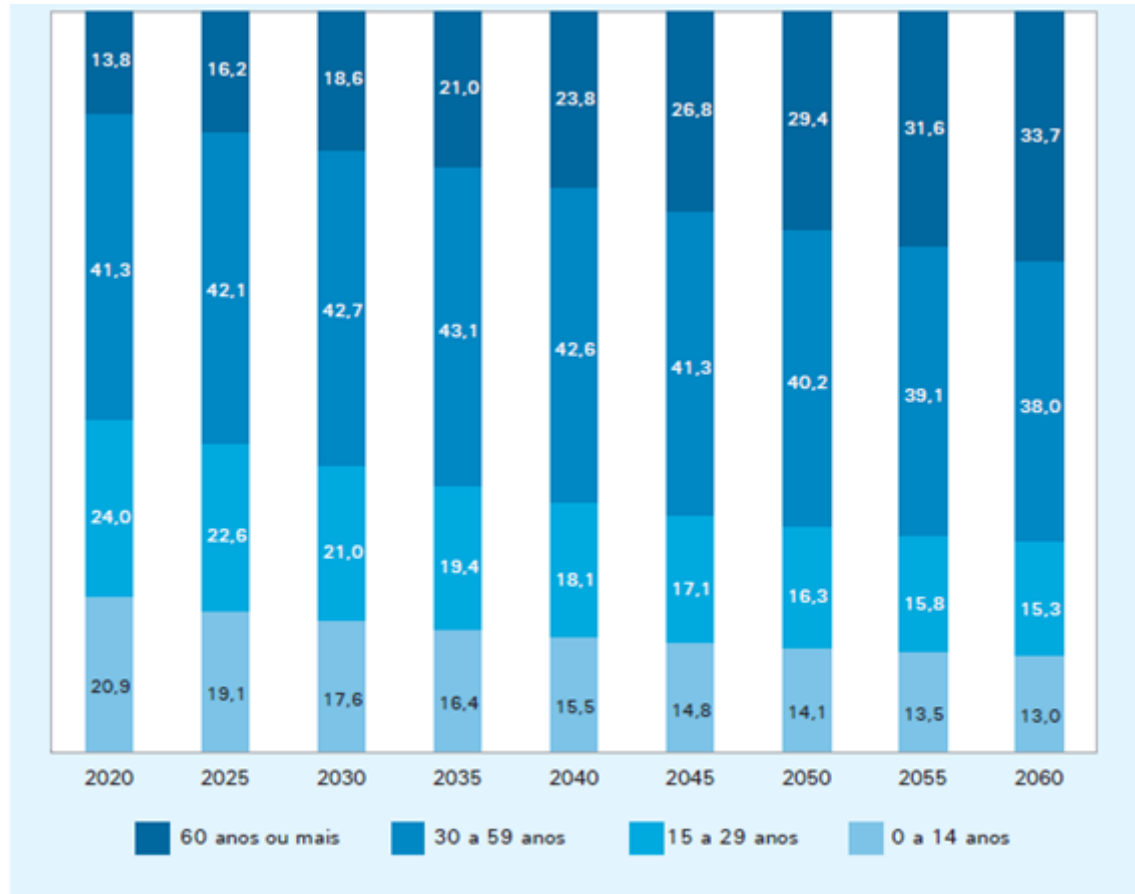
Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao evidenciar o grupo etário de 60 anos ou mais de idade, no período de 2000 a 2020, observa-se que este duplica, passando de 13,9 para 28,3 milhões. Em 2030, o número de idosos já ultrapassará o de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumentará para 35,8 milhões em 2050 (BRASIL, 2011). Espera-se que, em 2050, amplie para um número de 64 milhões de idosos (BRASIL, 2011). O contínuo crescimento da expectativa de vida é uma perspectiva importante associada às alterações no padrão demográfico do Brasil (BRASIL, 2011).

Esse processo de desenvolvimento é decorrente da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, acarretado pela redução na parcela de jovens e o crescimento significativo da população idosa, que promove o envelhecimento populacional e consequente o estreitamento da base da pirâmide etária (TANNURE et al., 2010).

O grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade será maior que a quantidade de crianças com até 14 anos de idade após 2030, e em 2055 a participação de idosos na

população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013), como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Distribuição percentual da população projetada, por grupos de idade – Brasil 2020/2060



Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000/2060, Revisão 2013 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000/2030, Revisão 2013.

A rapidez no processo de urbanização e os diferentes ritmos da queda de mortalidade e fecundidade observados entre as regiões brasileiras caracterizam a transição demográfica no Brasil, assim como em outros países da América Latina (CASTIGLIONI, 2012; OPAS, 2012).

Em âmbito internacional, identifica-se que a França levou 115 anos para duplicar a proporção da população de idosos (de 7,0 para 14,0%), enquanto no Brasil a mesma mudança proporcional levou 40 anos para ocorrer (de 5,1 para 10,8%) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Nos países em desenvolvimento, onde o envelhecimento da população está ocorrendo com maior rapidez, será especialmente desafiante lidar com tais mudanças demográficas e epidemiológicas (COTLEAR, 2011).

Destaca-se que o processo do envelhecimento é muito abrangente se comparado às alterações estatísticas de uma determinada população, pois modifica a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade (CAMARANO; KANSO, 2011).

A pressão por aumento de gastos e a melhoria de acesso aos serviços de saúde perpassam toda a estrutura etária brasileira (IBGE, 2013). Em paralelo, a maior expectativa de vida eleva a proporção de idosos na população, implicando um rápido processo de envelhecimento, o que demanda novos focos de atenção para a saúde pública voltada para esse segmento (IBGE, 2013). Essa é uma situação temporária na medida em que a razão de dependência aumentará com o crescente número de idosos: em 2012, havia 19,6 idosos (60 anos ou mais) para cada adulto em idade ativa (15 a 59 anos), razão que está estimada a chegar a 63,2 em 2060 (IBGE, 2013).

Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “epidemia de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)”, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde (MORAES, 2012).

Os cuidados com a saúde do idoso exigem investimentos em recursos físicos, medicamentos, pessoal capacitado e procedimentos tecnológicos. As DCNT, que já são um dos maiores problemas de saúde no mundo, exigem atenção permanente e tratamentos diferenciados (IBGE, 2013). Diante dessa descrição, o desafio apresentado para as políticas públicas, quanto ao envelhecimento da população, envolve um aumento do fornecimento de serviços e de benefícios, que possibilitem uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade (IBGE, 2013).

O envelhecimento acontece à proporção que a idade aumenta. Este é um seguimento irreversível, natural e individual. É acompanhado por perdas progressivas de função e de papéis sociais. Um processo único que depende de capacidades básicas adquiridas e do meio ambiente (CAMARANO; KANSO, 2011).

O decurso do envelhecimento abrange particularidades biológicas, psicológicas e sociais inerentes a todos, mas que se alteram de pessoa para pessoa, ocasionado por variações nas condições materiais de existência de cada uma. Fatores associados ao próprio indivíduo e aos espaços em que vive podem modificar de forma significativa este processo (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Diante do contexto de progressivo envelhecimento populacional brasileiro, é necessário conhecer como as pessoas lidam com seus processos de envelhecer e como os enfrentam (SANTOS et al., 2013).

2 CONCEITOS: RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE, FÉ E CRENÇA, A RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

2.1 CONCEITOS: RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE, FÉ E CRENÇA

A princípio, é imprescindível uma citação sobre os conceitos básicos de religião, religiosidade e espiritualidade. Segundo Koenig; King; Carson (2012):

- Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema). Além disso, a religião pode ser organizada e praticada dentro de uma comunidade, ou pode ser praticada de forma individual no meio privado. Em ambos os casos, a religião tem origem em uma tradição que surge de uma comunidade com crenças e práticas comuns.
- Religiosidade é o quanto um indivíduo acompanha, confia e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (assistir a programas religiosos, ler a bíblia ou livros religiosos, rezar).
- Espiritualidade é um conceito mais amplo que cada indivíduo define para si mesmo, ou seja, é uma busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formação de comunidades religiosas. Portanto, a espiritualidade possui ampla aplicabilidade e valorização na era do individualismo.

De acordo com Renaud (2008), a palavra espírito deriva do latim “*spiritus*”, que por sua vez provém do grego “*pneuma*”, significando **sopro vital** da inspiração e expiração, que se apresenta como sinal de vida.

As noções de fé e crença também são elementos importantes desse campo semântico (DALGALARRONDO, 2008). A crença se define por certa adesão ao que parece ou pode ser verdadeiro. Ela é subjetiva dadas às proposições que são tidas como verdadeiras (crenças,

morais, políticas religiosas, etc) (ALLPORT, 1966). Para Jolivet (1967, *apud* DALGALARRONDO, 2008), o domínio, por excelência, da crença é a fé religiosa.

Em uma perspectiva bem mais antropológica do que filosófica ou teológica, Kirsch (2004) analisou o constructo “*crença*” e suas articulações com o religioso. Para ele, trata-se de uma noção controversa. Segundo este autor, sempre houve, no debate antropológico, certa tensão entre “crer internamente” e “realizar ou cumprir algo no mundo”, entre ter fé e agir em um sentido ou em outro.

Para muitos antropólogos, o termo *crença* é quase equivalente ao termo *visão de mundo*, no sentido de uma atitude mental e emocional, que condiciona as práticas sociais e a compreensão das experiências ao longo da vida (PEREIRA, 2011). Crer, ter fé, é algo fundamental para as pessoas, não apenas por seu aspecto intelectual ou interno ao campo subjetivo, mas, sobretudo, porque crer implica uma dimensão performativa dirigida ao mundo externo, ter fé é sempre invocar concretamente o poder do mundo espiritual para os eventos e as experiências da vida diária (PEREIRA, 2011).

Para alguns autores, conforme argumenta Samuel (2003), a crença é parte da característica humana, mesmo que seja inconsciente, e dizer-se sem fé é o mesmo que dizer que se acredita em outra forma de crença. O ato de fé é o crer sem saber, é acreditar sem ter provas ou certezas (SAMUEL, 2003). Fé é essa que se torna religiosa, de forma implícita ou explícita, quando se faz a indagação pelo sentido último (AMATUZZI, 2008). Crer seria um ato individual. A fé seria um compromisso do sujeito com algo maior ou mais profundo que ele (PEREIRA, 2011).

Tillich (1985) situa a fé como um possível caminho na busca pelo sagrado, em que o sagrado é algo que nos toca incondicionalmente, assinalando para o infinito. Fowler (1992, p. 15) define que “A fé conduz a um alinhamento do coração ou vontade, um compromisso de lealdade e confiança; e, ainda, implica visão, um modo de conhecer, de reconhecimento”. O autor ressalta que, pela religião, o indivíduo pode estabelecer um contato com o sagrado, fortalecendo-se nos grupos e em sua fé.

Vimos que o uso dos conceitos de religiosidade e espiritualidade vem ganhando espaço na literatura científica em saúde. No entanto, é uma tarefa árdua distinguir tais conceitos, mesmo porque, segundo Sullivan (1993), “a espiritualidade, relacionada ou não à religiosidade, historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida”. Em síntese, a religiosidade relaciona-se com algum tipo de instituição religiosa e/ou igreja, em que a pessoa procura seguir a crença em um ser transcendente, normalmente

denominado “Deus”, representando a ligação do “Eu” com o Universo e com outras pessoas (LUKOFF, 1992 ; MILLER, 1998). Portanto, enquanto a religiosidade se liga a uma religião, a espiritualidade envolve problemas que remetem ao significado e ao propósito da vida, que vão além da religião e religiosidade (LUKOFF, 1992 ; MILLER, 1998).

2.2 A RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Considera-se que religiosidade e espiritualidade ocupam lugar de destaque na vida de pessoas idosas, visto que o envelhecimento traz consigo questões existenciais que a religião tenta responder (DUARTE; WANDERLEY, 2011). A religião é algo que consegue garantir as motivações mais profundas do ser humano e dar sentido à vida (OLIVEIRA, 2011). E os valores humanos, como a espiritualidade, que até bem pouco tempo simplesmente não eram considerados importantes, estão sendo resgatados no cuidado em saúde (OLIVEIRA; PESSINI, 2011).

Ainda que religiosidade e espiritualidade assumam sentidos opostos e independentes, as pesquisas científicas têm analisado a sua influência, na saúde e no processo de envelhecimento (SILVA, 2012). Durante as duas últimas décadas, houve a influência do paradigma da ciência pós-moderna de que a racionalidade não depende apenas de uma forma de conhecimento, mas da configuração de todas onde o cruzamento advindo dos saberes ultrapassa a visão do mundo e da vida, conferindo um sentido à existência humana (SILVA, 2012).

Publicações internacionais de grande circulação e credibilidade científica trazem importante consideração entre “religião” e “saúde”, na busca de comprovação de que a religião, a fé e a espiritualidade são benéficas e acarretam bem-estar (OLIVEIRA; PESSINI, 2011). De acordo com Oliveira; Pessini (2011), nos Estados Unidos (EUA), diversas faculdades da área de saúde modificam o currículo de formação de seus futuros profissionais para estudar a questão de como tratar, junto aos pacientes, de aspectos relacionados com a doença-saúde e fé-cura.

O envelhecimento bem sucedido não é privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado ao longo da vida, a medida com que cada um lida com as mudanças que acompanham o envelhecer (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013). Envelhecer acarreta situações de perdas, sofrimento, dor, e a religiosidade representa um fator de proteção

tornando a pessoa mais resistente para enfrentar estas situações (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

No processo de viver e envelhecer, a religião é uma estratégia no enfrentamento das crises existenciais, especialmente para as pessoas idosas (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013). A prática religiosa fornece a esperança de uma vida após a morte e somente ela pode responder à questão sobre o propósito da vida, auxilia na redução da ansiedade, aumenta as esperanças, abre portas para a imensidão e o significado da existência (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Os idosos estão mais susceptíveis às perdas. Em sua maioria, tem-se a perda financeira, da situação econômica procedente da aposentadoria; a perda da beleza, do vigor da juventude; a perda de um corpo saudável para dar lugar à convivência com doenças crônicas; a perda de independência e/ou autonomia; a perda de familiares, amigos e, finalmente, a proximidade da perda da própria vida (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

Estudo com internados na enfermagem geriátrica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, sobre a temática religiosidade/espiritualidade (R/E), concluiu que estas podem auxiliar no enfrentamento dos eventos estressores, especialmente na velhice, em que o número de anos vividos lhes possibilitou conhecer diversos fatos, como as perdas, que podem acarretar consequências negativas em sua saúde (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

Diante deste contexto, é importante destacar que o envolvimento espiritual e religioso não só promove a saúde física, mental e a longevidade, como também diminui a procura por cuidados em saúde (SILVA, 2012).

O suporte religioso proporciona integração, interação social, suporte social e emocional e é um recurso poderoso, porque ajuda o idoso a regular e gerir as emoções negativas associadas aos acontecimentos de vida, como: perdas, declínio e dor (OLIVEIRA, 2008). Em geral os idosos encontram na religião, mais ou menos vivida ou tradicional, um grande apoio para ajudá-los a confrontar-se com as mazelas da própria idade (OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, a busca de sentido existencial através da religião e espiritualidade é uma constante em todas as idades, e mais ainda nos idosos quando confrontados com momentos cruciantes e dolorosos (OLIVEIRA, 2008).

A R/E recebem destaque significativo durante o processo de envelhecimento. O aumento da expectativa de vida entre idosos e a expansão de estudos sobre o bem-estar na velhice demonstram a importância da R/E como recurso de enfrentamento diante de eventos

estressores (DUARTE; WANDERLEY, 2011), além de contribuir para o bem-estar pessoal, reduzir os níveis de depressão, angústia, morbidade e mortalidade (MOODY, 2005; KOENIG, 2006; DUARTE; LEBRÃO; LAURENTI 2008; SILVA, 2012).

A hospitalização, assim como a doença, os sintomas físicos, os procedimentos invasivos, a dependência, a quebra de rotina e de papéis sociais, a distância dos familiares, a gravidade do estado de saúde, o medo do desconhecido e fantasias sobre a morte são condições frequentemente vivenciadas e também representam eventos estressores à saúde dos idosos (DUARTE; WANDERLEY, 2011). Nessa mesma vertente, destaca-se a percepção de saúde ruim e muito ruim, assim como o maior número de morbidades autorreferidas que compreendem fatores estressores importantes na vida das pessoas idosas.

Estudo do tipo transversal, realizado com 30 pacientes idosos de uma enfermagem geriátrica de um hospital na cidade de São Paulo, constatou a relevância da religião e espiritualidade como recursos de enfrentamento nas morbidades que ocasionaram a situação de hospitalização, dada a importância que atribuem às práticas religiosas privadas e a frequência com que recorrem a elas (DUARTE; WANDERLEY, 2011). Frente a esses dados, destaca-se a contribuição da religião e espiritualidade na vida de idosos, especialmente em situações de agravos à saúde, visto que tais aspectos são utilizados com frequência no enfrentamento de eventos estressores (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

A religião permitirá à pessoa idosa o entrelaçamento de relações igualitárias, o direito de igualdade de oportunidades e prestígio social, garantindo às pessoas excluídas a manifestação do seu direito em ser pessoa, por meio da riqueza cultural que cada um traz em sua corporeidade (OLIVEIRA, 2011). No entanto, somente a partir desse contexto de extrema fragilidade e desigualdade é que se pode manifestar que a plenitude da vida tem prioridade sobre as diferenças (OLIVEIRA, 2011).

Para tanto, a R/E são de grande relevância como recursos de enfrentamento na vida da pessoa idosa, proporcionando bem-estar e um satisfatório equilíbrio de suas funções vitais, além de apresentar maior capacidade de lidar com as circunstâncias adversas da vida, garantindo o direito à alteridade e à diferença sem destruir o diálogo e a comunhão (MACHADO, 2012).

3 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

3.1 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

O progresso nos instrumentos de avaliação em muito se deve aos investigadores da Psicologia da Religião, uma vez que eles têm verificado que a R/E são variáveis complexas e multidimensionais que envolvem dimensões cognitivas, emocionais, comportamentais, interpessoais e psicológicas (MOBERG, 2010). A mensuração da espiritualidade foi posterior à da religiosidade, mas a sua expansão, conforme refere Moberg (2010), foi rápida desde 1980.

Um estudo de revisão sistemática (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013) teve como objetivo realizar a busca de informações, em bases de dados, sobre as escalas destinadas a mencionar R/E, as quais já haviam sido traduzidas para o português. De acordo com a análise, a maioria dos instrumentos em português foram traduzidos ou desenvolvidos, mas não totalmente validados (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

A referida pesquisa obteve como resultado 20 instrumentos de aferição da R/E disponíveis em língua portuguesa. Desse número, 45% avaliavam religiosidade, 40% espiritualidade, 10% *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual e 5% avaliavam tanto espiritualidade quanto religiosidade. Destes, 90% foram traduzidos (n = 15) ou criados (n = 3) para a língua portuguesa no Brasil e 2 (10%) para o português de Portugal. Contudo, apenas 40% dos instrumentos indicaram validação concorrente, 45% validação discriminativa e 15% teste-reteste disponíveis (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Esta constatação evidencia que o campo de pesquisa com a temática de R/E é novo em países de língua portuguesa e o que desencadeia um dos maiores desafios na pesquisa desses constructos é a sua correta aferição através de instrumentos confiáveis e válidos (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013). Essas descobertas têm estimulado a atenção de pesquisadores e profissionais da saúde de todo o mundo para esta temática (CURCIO, 2013).

A partir do estudo citado, faz-se importante mencionar os instrumentos de medida de R/E disponíveis em português, destacando-se suas vantagens e limitações.

- 1) A **Strayhorn Religious Scale** é um instrumento constituído por nove itens que avaliam a religiosidade organizacional, as crenças e práticas relativas a ter um relacionamento pessoal com Deus. É de aplicação simples e rápida. Porém, a escala avalia a

religiosidade como oposição à espiritualidade, a escala original tem 12 perguntas, o que é diferente da versão traduzida para o Português com nove perguntas, e não foi testada sua confiabilidade teste-reteste, sua consistência interna nem validade convergente ou discriminante (STRAYHORN; WEIDMAN; LARSON, 1990).

- 2) A **Francis Scale of Attitude Towards Christianity** (Escala de Atitudes Cristãs de Francis) é constituída por 24 itens que mensuram respostas afetivas acerca do Cristianismo. Cada item é analisado através de uma escala Likert de 5 pontos (de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”). Sua vantagem se atribui à complexidade de seu constructo, porém ela não é adequada para uso em outras religiões que não as cristãs; é extensa e não possui medição de confiabilidade teste-reteste nem adaptação para a cultura brasileira, apenas para a portuguesa (FRANCIS, 1978; FERREIRA; NETO, 2002).
- 3) A **Moschella Religious Scale** é um instrumento composto por 34 itens que avaliam envolvimento religioso, *coping* religioso, entre outras dimensões. A escala avalia apenas religiosidade e não espiritualidade e, além disso, para a versão em português, não foi testada sua confiabilidade teste-reteste, sua consistência interna nem validade convergente ou discriminante (MOSCHELLA et al., 1997).
- 4) A **Intrinsic Religious Motivation Scale** é uma escala tipo Likert com 12 itens que avaliam religiosidade intrínseca e extrínseca. A pontuação varia de 12 a 60. A escala difere religiosidade extrínseca-intrínseca, contudo não mede o quão religiosa é a pessoa. Não há artigos disponíveis sobre a validação dessa escala para o português e, além disso, é uma escala com certa complexidade, que exigiria graus mais elevados de escolaridade aos participantes (HOGE, 1972).
- 5) A **Private and Social Religious Practice Scale** é instrumento composto por 10 itens que avalia: frequência de oração, frequência religiosa, leitura religiosa, amigos da religião, etc. Ela é simples, rápida e de fácil aplicação e possui alguns itens qualitativos como: “Por que você reza?” ou “Por que sua religiosidade aumentou nos últimos 10 anos?”. No entanto, ela não mede religiosidade intrínseca e ainda não é validada para o português (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).
- 6) A **Escala de Coping Religioso Espiritual (CRE)** descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse. Foi adaptada e validada para o português, possuindo 87 itens que medem Coping Religioso Espiritual Positivo (CREP) e Negativo (CREN). As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos

- (1-nunca a 5- sempre). Porém é um instrumento extenso, de difícil uso em estudos epidemiológicos e em população de baixa escolaridade (PANZINI; BANDEIRA, 2005).
- 7) A escala de **Coping Religioso Espiritual breve (CRE- breve)** possui 49 itens que medem CREP (34 itens) e CREN (15 itens). Suas propriedades psicométricas são adequadas e é bem mais curta do que a CRE (PANZINI et al., 2011), porém mantém a complexidade e a dificuldade de aplicação em estudos epidemiológicos e em população de baixa escolaridade (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).
 - 8) A **Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro** é um instrumento produzido no Brasil para fins de aplicação em contextos de saúde. Ela é composta de duas dimensões (“crenças” e “esperança/otimismo”) e possui cinco itens. As respostas são do tipo Likert com 4 alternativas (1- não concordo a 4- concordo totalmente). Foi construída e validada em 2007 com 426 sujeitos maiores de 18 anos que tivessem tido doença oncológica e que se encontravam na fase de pós-tratamento (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). É de fácil e rápida aplicação e foi criada originalmente em português, porém não foram testadas confiabilidade teste-reteste, validade convergente e discriminante.
 - 9) A **Brief Santa Clara Strength of Religious Faith** possui cinco itens que visam medir a força da fé religiosa. Suas respostas têm quatro opções. É uma escala amplamente utilizada no mundo, mas sua versão em português não está adaptada à realidade brasileira e não avaliou teste-reteste e validade discriminante (PLANTE et al., 2002).
 - 10) A **FACIT SP 12** é uma escala tipo Likert de cinco pontos composta de 12 itens que medem três subdimensões de bem-estar espiritual. É de autoaplicação e tem sido amplamente utilizada na literatura científica mundial (PETERMAN et al., 2002), com boas propriedades psicométricas na versão para o português (LUCCHETTI et al., 2013). Autores apontam que alguns de seus itens (“Eu tenho razão para viver”, “Eu me sinto em paz”, “Minha vida tem sido produtiva”) medem constructos que se associam a envolvimento religioso, mas que não denotam necessariamente R/E (PETERMAN et al., 2002).
 - 11) A **Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE)** de Paloutzian e Ellison foi publicada em 1982 e é uma das pioneiras no tema da religiosidade e da espiritualidade. A EBE é um instrumento subdividido em duas subescalas que possuem 10 itens cada uma: Bem-estar religioso (BER) e Bem-estar existencial (BEE). As questões que devem ser

respondidas através de uma escala Likert de seis opções que vão de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente” e os escores podem variar de 20 a 120. A EBE foi validada para o português em 2009 com 506 participantes de 16 a 78 anos residentes em Porto Alegre (RS, Brasil). Porém, a versão em português não avaliou teste-reteste e validade convergente e discriminante (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009).

- 12) A **Spirituality Self Rating Scale (SSRS)** é uma escala de autopreenchimento composta de seis itens pontuados em escala Likert de cinco pontos (1- concordo muito e 5- discordo totalmente) que medem o nível de orientação espiritual e as dimensões: importância de passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações; esforço para viver de acordo com crenças religiosas; relevância que o indivíduo confere aos pensamentos espirituais que tem sozinho ou em reuniões religiosas; interesse em leitura espiritual; estabilidade e equilíbrio proporcionados pela espiritualidade e consideração que se dá à espiritualidade como base para a vida. Ela foi validada para o português em uma amostra de 138 homens usuários de substâncias psicoativas vinculados a diferentes serviços para reabilitação ou participando de grupos de ajuda mútua. Os autores ressaltam que os resultados devem ser interpretados com cautela, tendo em vista as limitações metodológicas do processo de validação, como: a amostra estudada, a falta de tempo hábil para a realização do teste-reteste e a não avaliação da validade convergente (GONÇALVES; PILLON, 2009).
- 13) A **Escala de Atitude Religiosa/Espiritual** foi originalmente elaborada em português e possui 15 itens que abordam atitudes (afetivo, comportamental e cognitivo) em relação à espiritualidade e religiosidade. Para responder aos itens, deve-se indicar o valor que atribui dentro de uma escala intervalar, com os seguintes extremos: 1- Nunca a 5- Sempre. A validação da escala avaliou apenas a consistência interna (Alfa de Cronbach), que foi de 0,91 e não realizou teste-reteste (AQUINO, 2005; AQUINO et al., 2009).
- 14) A **Duke Religious Index (DUREL)** é derivada da Duke Religion Index, criada por Koenig (KOENIG; MEADOR; PARKERSON, 1997). Foi traduzida, adaptada e validada no Brasil em 2008 (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008). Ela é uma escala de cinco itens que mede três dimensões de religiosidade: Religiosidade Organizacional - RO, Religiosidade Não Organizacional - RNO e Religiosidade Intrínseca - RI, cujas pontuações estão dispostas em uma escala Likert com 5 (RI) ou 6 opções (RO e RNO)

e devem ser analisadas separadamente. A estabilidade temporal da versão em português da Durel foi testada e mostrou-se satisfatória. Por se tratar de um instrumento pequeno e de fácil aplicação, a DUREL é uma opção para estudos epidemiológicos, porém aborda apenas três dimensões de religiosidade e não trata da espiritualidade (LUCCHETTI et al., 2010).

- 15) A **World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religion and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB)** é o módulo da WHOQOL (instrumento de medida de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) desenvolvido para avaliar de que forma a espiritualidade, religião e as 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 de 404 pacientes e funcionários de hospital universitário e funcionários de universidade, em Porto Alegre, entre os anos de 2006 e 2009. É uma escala complexa e extensa e, além disso, por se tratar de uma escala que visa primariamente avaliar qualidade de vida (PANZINI; BANDEIRA, 2005), alguns itens, apesar de serem relacionados às dimensões de R/E, não denotam R/E diretamente (HILL; HOOD, 1999).
- 16) A **WHOQOL-100-SRPB** é composta de quatro itens que medem espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. É uma escala tipo Likert, cujas respostas vão de “de forma nenhuma” a “extremamente”. É de fácil aplicação e suas propriedades psicométricas são adequadas. É menos complexa que a WHOQOL-SRPB, mas tem as mesmas desvantagens desta última (POWER; HARPER; BULLINGER, 1999).
- 17) A **Self reported religiosity** é composta de 1 item que avalia a importância que a religiosidade tem para o indivíduo. As respostas variam de “muito importante” a “nada importante”. Por ser muito simples, pode ser utilizada em estudos epidemiológicos e em amostras de baixa escolaridade. Porém, não é uma escala, apenas a tradução e a adaptação foram feitas para o português (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).
- 18) O **Inspirit R (The Index of Core Spiritual Experience)** é um questionário com sete itens que é projetado para identificar, entre os entrevistados, as experiências mais intensas e concretas relativas à existência de Deus ou um Ser Superior. O sétimo item conta com uma lista de 12 tipos de experiências religiosas, e os sujeitos são perguntados se tiveram quaisquer dessas experiências, convencendo-se, assim, de que

Deus existe. É um instrumento breve que ajuda a quantificar alguns aspectos percebidos de espiritualidade, porém a versão em português não faz análise da consistência interna, do teste-reteste e das validades convergente e discriminante (VERONEZ et al., 2011).

- 19) A **Escala de Experiências Espirituais Diárias (DSEs)** possui 16 itens que se destinam a avaliar experiências espirituais comuns. Inclui aspectos como admiração pela criação, paz interior, gratidão, compaixão, senso de conexão com algo transcendente e compaixão. Ela é de fácil e rápida aplicação, é amplamente utilizada em todo o mundo e muito aceita por pesquisadores não religiosos por não tocar explicitamente em questões religiosas, o que passa a ser uma desvantagem. A versão em português avaliou consistência interna, estabilidade temporal e validade de constructo convergente, porém não avaliou validade discriminante (KIMURA et al., 2012; OLIVEIRA, 2011).
- 20) O **Inventário de Religiosidade Intrínseca** é uma escala tipo Likert com 10 itens que avalia religiosidade intrínseca, cujas opções de resposta variam de 1- Nunca a 5- Sempre. Foi originalmente criada em português e é de fácil e rápida aplicação. Além disso, possui propriedades psicométricas adequadas (TAUNAY et al., 2012). Contudo, não avalia a espiritualidade.

De fato, medir a religiosidade e a espiritualidade na prática clínica e na pesquisa tem sido um desafio especial devido à complexidade dos elementos e definições envolvidos (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013). Atualmente, uma das maiores dificuldades na pesquisa de tais constructos é a sua correta aferição por meio de instrumentos confiáveis e válidos (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013), pois alguns instrumentos existentes para medir R/E, na verdade, apresentam outras finalidades como (qualidade de vida ou bem-estar psicológico) que não apenas R/E (HILL; HOOD, 1999).

Diante do exposto, foi escolhido para trabalhar neste estudo o instrumento de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS), por contemplar tanto a religiosidade quanto a espiritualidade, apresentar e representar uma abordagem que coincide com os conceitos de R/E, assim como por possuir múltiplas dimensões destinadas para o uso em estudos que avaliam a relação de R/E com a saúde.

A validação da versão em português foi realizada em 2013, a amostra foi composta por pacientes e acompanhantes de dois hospitais gerais de Juiz de Fora - MG: um hospital público e de ensino (Hospital Universitário da UFJF) e um hospital da rede privada de saúde

da cidade (Hospital Monte Sinai). Diante desse tipo de amostra, objetivou aumentar a validade externa dos resultados, pois os participantes foram constituídos por indivíduos oriundos de população clínica e não clínica, além de possuírem realidades socioeconômicas bastante distintas (CURCIO, 2013).

Associado a isso, a escolha desse instrumento ocorreu também por ele representar em sua língua de origem (inglês) um instrumento de grande valor científico pela forma como foi construído e validado (FETZER INSTITUTE, 2003[1999]). Utilizar um instrumento já reconhecido em nível internacional e validado na realidade desejada é uma tendência no que diz respeito a instrumentos de pesquisa (KIMURA, 1999).

Tem crescido muito o número de estudos, em âmbito internacional, relatando a utilização da Escala BMMRS para averiguar questões de R/E e atualmente pode ser considerada uma das ferramentas de R/E mais utilizadas em pesquisas científicas no âmbito da saúde (FRANKLIN et al., 2008; KOENIG, 2008b; BUSH et al., 2012, SILVA, 2012).

Nesse contexto em que o envelhecimento da população vem adquirindo espaço, é importante atentar para a religiosidade e espiritualidade entre a população de idosos, já que são recursos de enfrentamento diante de eventos estressores e possui importância associada a outros domínios da longevidade.

Referente à temática abordada, é relevante que ocorra o conhecimento sobre o assunto desde a formação acadêmica dos cursos da saúde, de maneira a incorporar disciplinas que debatam religião e espiritualidade, e assim acontecerá um incentivo acerca do conteúdo e uma melhor concepção para a prática profissional.

É importante, também, que haja o interesse dos profissionais de saúde que lidam com o público idoso e que estes obtenham um mínimo de conhecimento sobre o tema e compreensão de sua importância ao longo da vida dos idosos.

Portanto, esta pesquisa representa uma considerável contribuição para a área de gerontologia, com o propósito de apresentar à comunidade científica a relevância e os efeitos que a R/E têm sobre os diferentes aspectos do envelhecimento, assim como fornecer incentivo para a elaboração de uma maior variedade de estudos sobre o tema, visto que ainda há pouca atenção por parte dos profissionais de saúde em relação aos benefícios que a religiosidade e a espiritualidade proporcionam aos idosos.

Objetivos

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar os escores de religiosidade e espiritualidade entre os idosos da comunidade, e analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas e de condições de saúde sob esses escores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características dos idosos da comunidade quanto às variáveis sociodemográficas e econômicas;
2. Caracterizar os idosos da comunidade, considerando o estado geral de saúde;
3. Verificar a influência das variáveis sociodemográficas, econômicas, percepção de saúde e número de morbidades, sobre as medidas de religiosidade e espiritualidade.

Metodologia

5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo foi delineada conforme os seguintes itens e subitens: *delineamento da pesquisa, local do estudo; população; critérios de inclusão, critérios de exclusão, procedimentos para coleta dos dados; instrumentos; variáveis do estudo; processamento e análise dos dados.*

Esta pesquisa está vinculada ao estudo maior intitulado: “Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa caracteriza-se como inquérito domiciliar, com delineamento analítico e observacional de corte transversal.

5.2 LOCAL

O estudo foi realizado na zona urbana do município de Uberaba, situado a 19°45'27" latitude sul e 47°55'36" longitude oeste, e que é polo da macrorregião do Triângulo Sul, Minas Gerais, composto por 27 cidades. Localizado na região do Triângulo Mineiro, a 494 km da capital do estado, Belo Horizonte. O referido município detém população estimada de 315.360 habitantes, área territorial de 4.523,957 km² e densidade demográfica de 65,43 hab/km² (IBGE, 2013). Ademais, está dividido em três Distritos Sanitários de Saúde e possui 50 Equipes de Saúde da Família (ESF), o que lhe confere uma cobertura populacional de 55% (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2011).

5.3 POPULAÇÃO

5.3.1 Definição da População

Para a definição da população da área urbana foi utilizada a amostra por conglomerado em múltiplo estágio.

5.3.2 Procedimentos para amostragem por conglomerado em múltiplos estágios

A população foi composta por idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba - MG. Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado coeficiente de determinação $R^2 = 0,02$ em um modelo de regressão linear múltipla com 7 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,2$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 711$. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista será $n = 889$. A variável dependente principal foi o domínio de Experiências espirituais diárias da escala de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade.

Para a seleção dos idosos, foi considerado, no primeiro estágio, o sorteio de 50% dos setores censitários do município, por meio da amostragem sistemática, organizando-se uma listagem única dos setores, identificando o bairro a que pertence. A quantidade de setores censitários urbanos no município de Uberaba – MG é de 409, sendo selecionados 204. O Intervalo Amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir: $IA = Ncs/ncs$.

Onde:

Ncs é o número total de setores censitários;

Ncs o número de setores censitários sorteados.

Sendo $IA = \frac{409}{2}$; $IA = 2$

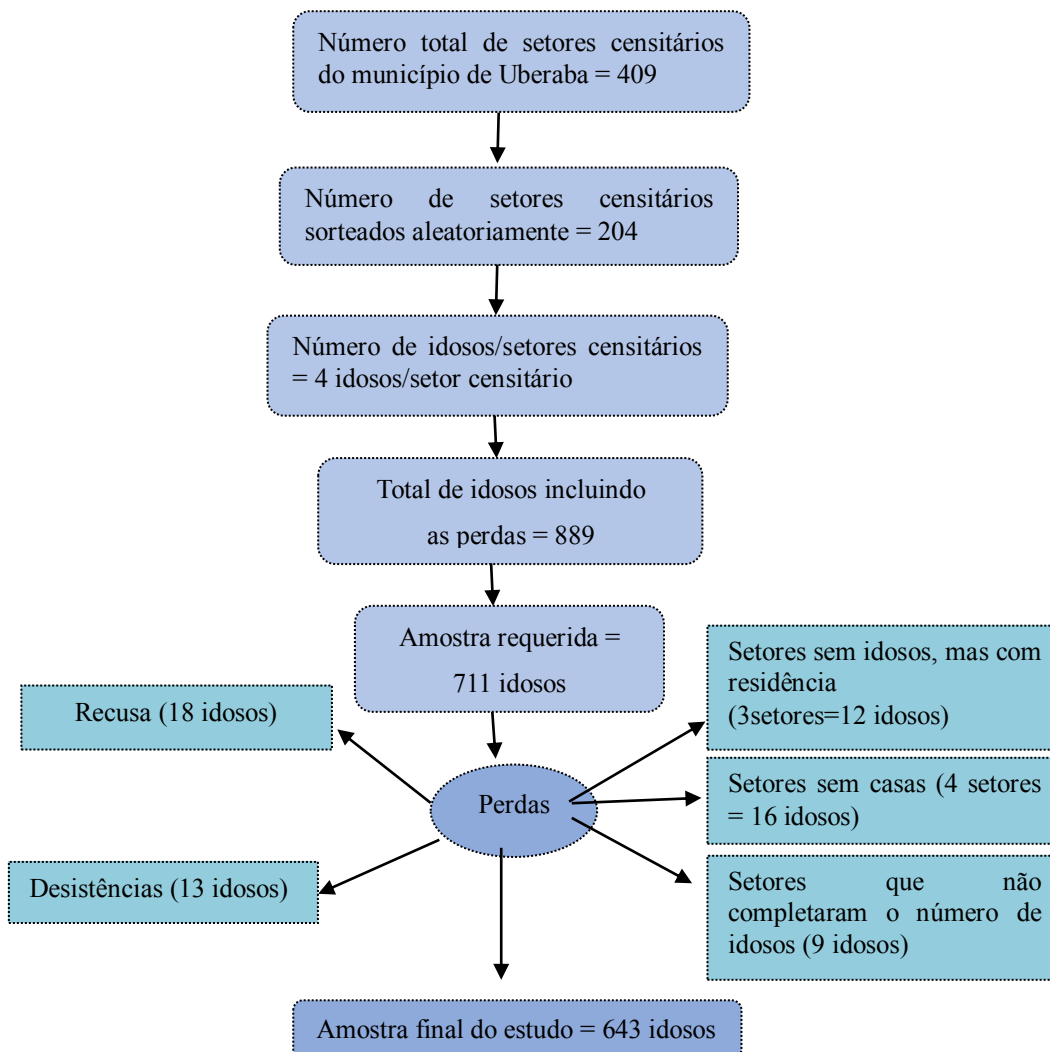
204

O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais, conforme a IA; a listagem dos setores foi ordenada por ordem numérica crescente, para fins do sorteio.

No segundo estágio, a quantidade de domicílios foi dada pelo número de tentativas calculado anteriormente ($n=889$). Em seguida foi dividida esta quantidade de domicílios pela de setores censitários sorteados (204 setores) de tal forma que obteve um número semelhante dentro de cada setor censitário (4,3, ou seja, aproximadamente 4 idosos por setor), partindo-se de uma amostra de 711 idosos, Figura 2.

Dos 711 idosos abordados e convidados a participar da pesquisa houve 18 recusas, 13 desistências, 3 Setores sem idosos mas com residência (somando um total de 12 idosos), 4 setores sem casa (total de 16 idosos) e setores que não completaram o número de idosos (9 idosos), desta maneira a amostra final do estudo foi de 643 idosos.

Figura 2 – Composição final da amostra.



Fonte: As Autoras, 2015

As ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0, e sorteada aleatoriamente a rua em que deveria iniciar a busca do idoso. A coleta de dados iniciou-se na primeira residência da rua de cada setor censitário, conforme mapas obtidos pelo IBGE de Uberaba ou pelo *Google Earth*, seguindo-se em sentido horário até o final do setor censitário. Visitaram-se todos os domicílios sequencialmente, conforme Figura 3, até obter número de idosos por setor.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A amostra foi constituída pelos indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; residente na zona urbana do município de Uberaba – MG; sem declínio cognitivo.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

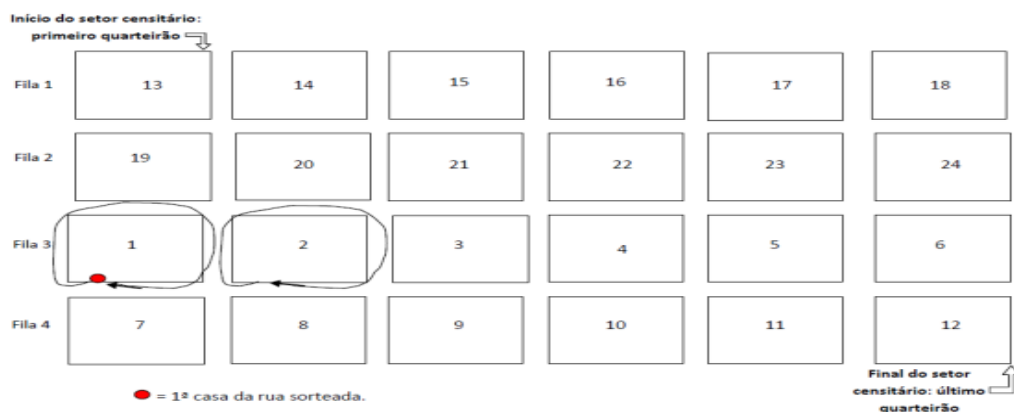
Foram considerados excluídos da pesquisa aqueles que apresentaram declínio cognitivo.

5.6 COLETA DE DADOS

5.6.1. Procedimentos para coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2014, nas respectivas residências dos idosos, em um único momento.

Figura 3 - Mapa da seqüência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.



Fonte: As Autoras, 2015

Foram selecionados 10 entrevistadores com experiência prévia em coleta de dados, os quais passaram por treinamento para aplicação dos instrumentos, como abordar o idoso e questões éticas da pesquisa. Os entrevistadores anotaram as intercorrências (ausências, recusas e outras) em planilha de campo. Reuniões sistemáticas foram realizadas entre os entrevistadores e pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM, para acompanhamento e orientação da coleta dos dados.

As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo do referido grupo e, na identificação de dados incompletos ou inconsistentes, retornaram ao entrevistador para correções. Reuniões também aconteceram entre os pesquisadores e supervisores.

5.6.2 Instrumentos de coleta dos dados

5.6.2.1 Miniexame de Estado Mental (MEEM)

Para a avaliação cognitiva foi utilizado o MEEM (ANEXO A), traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI, 1994). Os escores do MEEM variam de 0 a 30 pontos, com questões agrupadas em sete categorias: orientação para tempo e local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual (ALMEIDA, 1998). O ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade do entrevistado, correspondendo a 13 pontos para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles com 1 a 11 anos de estudo e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI, 1994).

5.6.2.2 Caracterização dos dados sociodemográficos e econômicos

Instrumento construído pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, utilizado em pesquisas do referido grupo (APÊNDICE B).

5.6.2.3 Indicadores Clínicos

Instrumento construído pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (APÊNDICE C). A percepção de saúde foi mensurada por meio de uma questão pertencente

ao Questionário do Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (LEBRÃO; DUARTE, 2003) (ANEXO B).

5.6.2.4 Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)

Para a avaliação da R/E foi utilizado o instrumento BMMRS, elaborado por Fetzer Institute (2003[1999]), traduzido e adaptado culturalmente no Brasil (MIARELLI; SILVA, 2011) e validado na versão brasileira (CURCIO, 2013) (ANEXO C), possui 38 itens e mede 11 dimensões.

A seguir, estão descritas as dimensões segundo o Fetzer Institute (2003[1999]):

1) Experiências espirituais diárias: frequência que vivenciam experiências, como a presença de Deus, conforto na religião ou na espiritualidade, amor aos outros, admiração pela natureza, paz interior e desejo de proximidade com Deus. É uma medida mais direta do impacto da religião e da espiritualidade na vida diária;

2) Valores/crenças: premissa de que Deus existe e que afeta de alguma forma a vivência humana;

3) Perdão: é composto por: sentindo-se perdoado por Deus, perdoar aos outros e perdoar a si mesmo. Ou seja, processo de cessar o ressentimento, a mágoa, a vingança, em relação a um ofensor, aos próprios erros ou a Deus;

4) Práticas religiosas particulares: são práticas religiosas privadas, que se referem as atividades realizadas individualmente (oração pessoal, assistir a programas religiosos, etc.);

5) Superação religiosa e espiritual: estratégias de religiosidade e espiritualidade utilizadas para lidar com circunstâncias difíceis de vida, ou seja, eventos estressores;

6) Suporte religioso: está interligado com as relações sociais, como o apoio advindo de Deus, da comunidade religiosa e do seu líder religioso;

7) História religiosa/espiritual: referem-se às experiências que o indivíduo teve e que atribui motivações religiosas/espirituais;

8) Comprometimento: utilizado para mensurar o nível de envolvimento religioso do indivíduo, bem como o compromisso com a própria crença religiosa;

9) Religiosidade organizacional: é o envolvimento com as atividades religiosas públicas, como a participação religiosa em missas, cultos, grupos de oração e reuniões religiosas;

10) Preferências religiosas: identificação com um grupo religioso específico;

11) Autoavaliação global de R/E: autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado o indivíduo se considera.

As opções de resposta estão dispostas em escala Likert que em alguns itens variam de 1 a 8 opções, em outros, de 1 a 6 opções e também de 1 a 4 opções de resposta. A pontuação de cada dimensão é específica e, quanto menor a pontuação, maior o grau da dimensão em questão (para facilitar a análise, pode-se inverter a pontuação dos itens no momento da digitação dos dados de forma que os mais religiosos/espiritualizados pontuem mais) (CURCIO, 2013).

Ex: Tenho perdoado a mim mesmo pelas coisas que tenho feito de errado.

1. Sempre ou quase sempre
2. Frequentemente
3. Raramente
4. Nunca

Na inserção dos dados no banco de dados (ou computando novas variáveis no SPSS) deve-se inverter a ordem de resposta de forma que os que mais se perdoam pontuem mais.

Ex: Tenho perdoado a mim mesmo pelas coisas que tenho feito de errado.

4. Sempre ou quase sempre
3. Frequentemente
2. Raramente
1. Nunca

Os dados armazenados na planilha do Excel®, foram importados para o software *Statistical Package Social Sciences* - SPSS, onde se inverteu o valor das respostas aos itens da BMMRS, de forma que os mais religiosos/espiritualizados pontuaram mais na BMMRS, exceto nos itens negativos da dimensão Superação Religiosa/Espiritual (“Sinto que Deus me castiga por meus pecados ou falta de espiritualidade”, “Eu me pergunto se Deus me abandonou”, “Tento entender o problema e resolvê-lo sem confiar em Deus”), na última questão de Suporte Religioso (“Com que frequência as pessoas de sua comunidade religiosa criticam você e as coisas que você faz?”) e na questão sobre perda de fé da dimensão História Religiosa/Espiritual (“Você já teve alguma perda significativa da sua fé?”) (CURCIO, 2013). Portanto, os escores de cada domínio foram calculados pela soma de seus itens, sendo necessário recodificar os itens reversos presentes nos diferentes domínios.

5.6.3 Variáveis do estudo

5.6.3.1 Sociodemográficos e econômicos:

- Sexo (feminino e masculino);
- Faixa etária, em anos (60|-70,70|-80, 80 anos e mais);
- Estado conjugal (com ou sem companheiro);
- Escolaridade, em anos de estudo (analfabetos; 1 | 4; 4 | 8; 8; 9 ou mais);
- Renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5);
- Satisfação de suas necessidades básicas (mal, regular, bom, ignorado).

5.6.3.2 *Número de morbidades*: Variável quantitativa podendo variar de 0 a 18, para fins descritivos foi categorizado em 0 |- 2 , 2 ou mais doenças.

A saber, as morbidades autorreferidas foram: reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite, tuberculose, embolia, pressão alta, má circulação, problemas cardíacos, diabetes, obesidade, derrame, parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequela acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problemas de visão, depressão.

5.6.3.3 *Percepção de saúde*: uma questão com opção de resposta em escala Likert: “*O(a) Senhor(a) diria que a saúde é: Ótima, Boa, Regular, Má ou Péssima*”.

5.6.3.4 *Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)*:

Dos domínios 1 ao 6, 9 e 11 foi realizada a média, como segue a exemplificação:

- 1) Experiências espirituais diárias: de 1- muitas vezes ao dia a 6 - nunca ou quase nunca;
- 2) Valores/crenças: de 1- concordo totalmente a 4 - discordo totalmente;
- 3) Perdão: de 1- sempre a 4 – nunca;
- 4) Práticas Religiosas particulares: de 1- mais de que uma vez por dia a 8- nunca, no *coping* religioso e espiritual de 1- em todas as refeições a 5 – nunca;
- 5) Superação Religiosa e Espiritual: de 1- muita a 4 – nada;
- 6) Suporte Religioso: de 1- Muitas / Frequentemente a 4- Nenhuma /Nunca;

9) Religiosidade Organizacional: de 1- mais do que uma vez por semana a 6 nunca;

11) Autoavaliação Global; de 1 Muito a 4 – Nem um pouco;

Referente aos domínios 7, 8 e 10, foram realizadas as categorizações, a saber:

7) História religiosa/espiritual: as opções de respostas foram categorizadas em sim ou não, sendo necessário colocar a idade correspondente ao fato caso a resposta seja sim. Portanto, para avaliar as idades nas questões de experiência de mudança de vida, recompensa com a fé e perda de fé, foram consideradas apenas as respostas numéricas, não sendo consideradas aquelas respostas escritas (string: sempre, atualmente, muitas vezes etc.).

8) Comprometimento: em uma questão, a saber, “ Eu tento levar fortemente minhas crenças religiosas ao longo de minha vida.”, foi realizada a média e para as demais questões do referido domínio foi categorizado conforme questão “Durante o ano passado você contribuiu financeiramente para a comunidade religiosa ou para as causas religiosas?”, que possui como opção de resposta marcar um X para a contribuição (semanal, mensal ou anual), a categorização seguiu a ordem 1 para a contribuição semanal, 2 para a contribuição mensal, 3 para contribuição anual e 99 para aqueles que não contribuem ou optaram por não responder à questão.

A pergunta “Em uma semana, quantas horas você dedica a atividades da sua igreja ou atividades que você faz por razões religiosas ou espirituais?”, da mesma subescala, que tem resposta livre com espaço, foi categorizada em 0 hora, 1 ou 2 horas, 3 ou 4 horas e mais de 5 horas.

10) Preferência Religiosa: religião autorreferida no momento da pesquisa foi categorizada em: católica, evangélica, espírita e ateu.

5.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Conforme as entrevistas foram realizadas, procedeu-se à revisão e à codificação. Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa Excel[®], os dados coletados foram processados em microcomputador, em dupla entrada, para posterior verificação da existência de registros duplicados, assim como de nomes diferentes entre as duas bases de dados. Este banco foi importado para o software *Statistical Package Social Sciences* – SPSS, versão 17.0, para análise. Procedeu-se à consistência dos campos verificando digitação errada. Quando

houve dados inconsistentes, eles foram verificados na entrevista original, sendo realizada sua correção.

Para o primeiro objetivo foi realizada uma análise univariada, incluindo tabela de frequências absolutas e relativas, ao passo que medidas de tendência central (média ou mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitudes) foram utilizadas para apresentar as variáveis quantitativas.

Para o segundo objetivo, a análise bivariada, da comparação dos escores médios de religiosidade e espiritualidade, entre grupos definidos por variáveis categóricas (sexo e estado conjugal) incluiu o teste *t*-student (dois grupos). Para as variáveis ordinais (renda e percepção de saúde), sob esses escores, incluiu, na análise bivariada, o coeficiente de correlação de Spearman. Já a influência das variáveis quantitativas (idade, número de morbidades e escolaridade) sob esses escores utilizou, na análise bivariada, o coeficiente de correlação de Pearson. A magnitude dessas correlações foi classificada como: fraca ($0 < |r| < 0,3$), moderada ($0,3 \leq |r| < 0,5$), forte ($0,5 \leq |r| \leq 1,0$).

A análise multivariável, para se determinar a influência simultânea dos preditores demográficos, econômicos e condições de saúde, incluiu regressão linear múltipla obtendo como desfecho cada um dos 8 domínios da escala de BMMRS. Nível de significância considerado foi de $\alpha = 0,05$.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado de acordo com o parecer N° 493.211 (ANEXO D) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Os sujeitos desta pesquisa foram contactados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, a entrevista foi conduzida, seguindo-se os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, de 12/12/2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Destaca-se que a entrevista foi aplicada ao idoso sem a presença de outras pessoas, com o intuito de evitar interferência nas respostas.

Resultados

7 RESULTADOS

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS IDOSOS

A amostra foi composta por 643 idosos da comunidade de Uberaba – MG, havendo predomínio do sexo feminino (67,0%), na faixa etária de 60 |70 anos (42,3%). No que concerne ao estado conjugal entre os idosos, predominaram aqueles que moram com esposo(a) (42,1%). A escolaridade que sobressaiu foi de idosos com 1 |4 anos de estudo (51,0%). No que tange à renda individual mensal, o maior percentual foi para idosos que possuem renda de 1 salário mínimo (45,1%), Tabela 1.

Na Tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas e econômicas dos idosos residentes na comunidade de Uberaba-MG.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Feminino	431	67,0
Masculino	212	33,0
Faixa Etária (em anos)		
60 70	272	42,3
70 80	234	36,4
80 ou mais	137	21,3
Estado conjugal		
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	48	7,5
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	271	42,1
Viúvo(a)	260	40,4
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	64	10,0
Escolaridade (em anos de estudo)		
Analfabetos	133	20,7
1 4	328	51,0
4 8	55	8,6
8	39	6,1
9 ou mais	88	13,7
Renda individual mensal (em salários mínimos)*		
Sem renda	62	9,6
< 1	15	2,4
1	290	45,1
1 3	208	32,3
3 5	42	6,6
> 5	26	4,0

*Salário mínimo correspondia a R\$ 724,00(DIEESE, 2014).

Fonte: As Autoras, 2015

7.2 DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE DE UBERABA, SEGUNDO INDICADORES CLÍNICOS E ECONÔMICOS

Referente à satisfação com as necessidades básicas, 43,4% informaram nível regular de satisfação, Tabela 2.

Relacionado à percepção com a própria saúde, o maior percentual de idosos, com 39,8%, informaram nível regular de satisfação. E de acordo com o número final de doenças, a maioria dos idosos (81,5%) relataram possuir 2 ou mais doenças, Tabela 2.

A Tabela 2, a seguir, apresenta a distribuição quanto às necessidades básicas, percepção de saúde atual e o número de doenças na população estudada.

Tabela 2 - Classificação dos idosos da comunidade quanto às necessidades básicas, percepção de saúde atual e número de doenças, Uberaba-MG, 2015.

VARIÁVEL	N	%
Satisfaz suas necessidades básicas		
Mal	170	26,4
Regular	279	43,4
Bom	193	30,0
Ignorado	1	0,2
Percepção de saúde		
Péssima	68	10,6
Má	48	7,5
Regular	256	39,8
Boa	225	35,0
Ótima	46	7,2
Número final de doenças		
0 - 2	119	18,5
2 ou mais doenças	524	81,5

Fonte: As Autoras, 2015

7.3 CARACTERÍSTICAS DE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE DOS IDOSOS DA COMUNIDADE, SEGUNDO AS DIMENSÕES DA ESCALA BMMRS

Referente às dimensões da escala BMMRS, destaca-se que entre todos os 643 idosos a maior média de R/E foi apresentada na dimensão de experiências espirituais diárias (30,70), Tabela 3, este domínio demonstra a frequência que os idosos vivenciam experiências como a presença de Deus, conforto na religião ou na espiritualidade, amor aos outros, admiração pela natureza, paz interior e desejo de proximidade com Deus.

A segunda maior média foi constatada na dimensão de superação religiosa e espiritual (25,84), Tabela 3, que demonstra as estratégias de religiosidade e espiritualidade utilizadas pelos idosos, para lidar com circunstâncias difíceis de vida.

A menor média foi encontrada na dimensão de religiosidade organizacional (5,52), Tabela 3, que significa a participação religiosa dos idosos em missas, cultos, grupos de oração e reuniões religiosas.

Na tabela 3, abaixo, encontra-se as medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna, das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade entre idosos da comunidade de Uberaba-MG.

Tabela 3 - Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna, das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.

Dimensões BMMRS	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Experiências Espirituais Diárias (EED)	7,00	36,00	30,70	30,00	4,19	0,83
Valores e Crenças (V/C)	2,00	8,00	7,09	7,00	1,02	0,57
Perdão (PERD)	3,00	12,00	10,90	12,00	1,64	0,65
Práticas Religiosas Particulares (PRP)	5,00	37,00	24,55	25,00	6,07	0,59
Superação Religiosa/Espiritual (SUP R/E)	9,00	28,00	25,84	27,00	2,68	0,62
Suporte Religioso (SUP REL)	6,00	16,00	11,20	11,00	2,97	0,71
Religiosidade Organizacional (REL ORG)	2,00	12,00	5,52	5,00	2,94	0,65
Autoavaliação Global (AUT GL)	2,00	8,00	6,78	7,00	1,21	0,59

Fonte: As Autoras, 2015

Quanto à dimensão história religiosa/espiritual, 46,0% dos idosos referiram ter tido uma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida, enquanto 70,5% conseguiram alguma recompensa com a fé, Tabela 4. Ainda, 92,5% dos idosos relataram que nunca tiveram nenhuma perda significativa da sua fé, Tabela 4.

Na Tabela 4 está descrita a dimensão de História Religiosa/Espiritual, da escala BMMRS, quanto à opção de resposta dos idosos residentes na comunidade de Uberaba-MG.

Tabela 4 - Distribuição da frequência da dimensão História Religiosa/Espiritual entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.

DIMENSÃO BMMRS	HISTÓRIA RELIGIOSA/ESPIRITUAL			
	SIM	%	NÃO	%
Alguma experiência religiosa ou espiritual que mudou sua vida	296	46,0	347	54,0
Alguma recompensa com sua fé	453	70,5	190	29,5
Alguma perda significativa da sua fé	48	7,5	595	92,5

Fonte: As Autoras, 2015

Referente à dimensão comprometimento, a maioria dos idosos (62,4%) relataram que *concordam totalmente* em levar as crenças religiosas ao longo da vida, Tabela 5.

Quanto à contribuição financeira, da dimensão comprometimento, o maior percentual dos idosos (46,0%) informaram que contribuem mensalmente com a comunidade religiosa ou com algumas causas religiosas, Tabela 5.

Relacionado às horas semanais dedicadas às atividades religiosas, a maioria dos idosos (73,95) referiram que dedicam 1 ou 2 horas semanais em atividades da sua igreja ou atividades por razões religiosas ou espirituais, Tabela 5.

Na tabela 5 estão caracterizadas as questões da dimensão de comprometimento, da escala BMMRS, quanto à opção de resposta dos idosos residentes na comunidade de Uberaba-MG.

Tabela 5 - Distribuição da frequência da dimensão Comprometimento entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.

DIMENSÃO BMMRS	COMPROMETIMENTO			
	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Levar crenças ao longo da vida	401 (62,4%)	208 (32,3%)	25 (3,9%)	9 (1,4%)
	Contribuição semanal	Contribuição mensal	Contribuição anual	Não contribuem financeiramente
Contribuição Financeira	37 (5,8%)	296 (46,0%)	79 (12,3%)	231 (35,9%)
	0 horas	1 ou 2 horas	3 ou 4 horas	5 horas ou mais
Horas/semana	82 (12,8%)	475 (73,95 %)	49 (7,6%)	37 (5,8%)

Fonte: As Autoras, 2015

Quanto à dimensão preferência religiosa, o maior percentual de idosos informaram ser católicos (69,5%), seguido dos evangélicos (14,0%), em terceiro lugar os espíritas (13,5%) e somente 2,6% relataram ateu, Tabela 6.

A tabela 6, a seguir, apresenta a distribuição quanto à dimensão de preferência religiosa, da escala BMMRS, dos idosos residentes na comunidade de Uberaba-MG.

Tabela 6 - Distribuição da frequência da dimensão Preferência Religiosa entre idosos da comunidade de Uberaba-MG, 2015.

PREFERÊNCIA RELIGIOSA		
RELIGIÕES	N	%
Católica	447	69,5
Evangélica	90	14,0
Espírita	87	13,5
Ateu	17	2,6

Fonte: As Autoras, 2015

7.4 FATORES ASSOCIADOS À RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ENTRE OS IDOSOS

Segundo o sexo, foram observadas diferenças significativas entre os grupos para todas as dimensões de R/E, Tabela 7.

A variável sexo evidenciou, em ambos os grupos, maior média de R/E na dimensão de experiências espirituais diárias ($p < 0,001$), seguida pela dimensão de superação religiosa e espiritual ($p < 0,001$), Tabela 7.

Ainda referente à variável sexo, a menor média de R/E foi encontrada na dimensão de religiosidade organizacional ($p < 0,001$), seguida pela dimensão de autoavaliação global ($p < 0,001$), em ambos os grupos, Tabela 7.

Na dimensão de experiências espirituais diárias observou-se diferença entre os sexos, Tabela 7, mostrando que as mulheres diariamente praticam mais a religião, seja na forma de rezar no dia a dia, seja por estarem ligadas ao processo religioso diário.

Quanto à dimensão valores e crenças, verificou-se que as mulheres apresentaram média superior aos homens, Tabela 7. Essa dimensão demonstra que mulheres levam mais em consideração seus valores e crenças durante a vida em relação aos homens.

Na dimensão que corresponde ao perdão, identificou-se que as mulheres apresentaram média estatisticamente significativa superior aos homens, Tabela 7. Essa dimensão mensura o quão mais aptos a perdoar são as mulheres em relação aos homens.

No tocante à dimensão de práticas religiosas particulares, que se refere a terem maior prática religiosa particular, as mulheres apresentaram média maior em comparação aos homens, Tabela 7.

Relacionado à dimensão da superação religiosa, notou-se diferença entre sexos, sendo as mulheres com média estatisticamente superior, Tabela 7. Tal fato denota maior superação quanto a sua religião.

Na dimensão que corresponde ao suporte religioso, houve diferença entre os sexos, Tabela 7. Essa dimensão relaciona-se a ter na religião um suporte durante a vida.

Quanto à variável estado conjugal, foram observadas diferenças estatisticamente significativas para as dimensões: experiências espirituais diárias ($p=0,008$), práticas religiosas particulares ($p=0,004$), religiosidade organizacional ($p=0,025$) e autoavaliação global ($p=0,036$), Tabela 7. Os idosos sem companheiro apresentam médias de R/E superiores aos idosos com companheiro.

Na tabela 7, a seguir, estão caracterizadas as médias das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade, segundo sexo e estado conjugal dos idosos da comunidade de Uberaba-MG.

Tabela 7 - Média das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade entre idosos da comunidade, segundo sexo e estado conjugal, Uberaba-MG, 2015.

DIMENSÕES	SEXO					ESTADO CONJUGAL				
	MASC		FEM		P	SEM COMPANHEIRO		COM COMPANHEIRO		p
	MÉDIA	s	MÉDIA	s		MÉDIA	s	MÉDIA	s	
EED	29,72	4,995	31,18	3,652	<0,001	30,75	4,503	30,66	3,963	0,008
V/C	6,95	1,149	7,16	0,956	0,024	7,12	1,117	7,05	0,954	0,442
PERD	10,63	1,931	11,04	1,462	0,007	10,99	1,778	10,78	1,530	0,115
PRP	21,70	6,771	25,95	5,157	<0,001	24,68	6,295	24,38	5,913	0,004
SUP R/E	25,14	3,141	26,18	2,363	<0,001	25,87	2,942	25,79	2,488	0,699
SUP REL	10,41	2,997	11,59	2,894	<0,001	11,21	3,100	11,20	2,892	0,971
RO	4,60	2,623	5,98	2,985	<0,001	5,83	2,997	5,30	2,882	0,025
AUT GL	6,4265	1,326	6,96	1,111	<0,001	6,87	1,249	6,66	1,186	0,036

Fonte: As Autoras, 2015

Referente à variável idade, foi observada correlação fraca positiva nas dimensões religiosidade organizacional ($p < 0,001$) e autoavaliação global de R/E ($p = 0,008$), Tabela 8. De acordo com tais dimensões, entende-se que quanto maior a idade, maior a participação religiosa nas igrejas e maior a autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado o indivíduo se considera.

Referente à variável escolaridade, os domínios: experiências espirituais diárias ($p = 0,013$), perdão ($p < 0,001$) e autoavaliação global ($p = 0,005$) apresentaram correlação fraca negativa, ou seja, à medida que a escolaridade diminui, aumenta o desfecho de R/E em relação a essas dimensões.

A tabela 8 apresenta a correlação das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade em relação às variáveis idade e escolaridade, dos idosos da comunidade de Uberaba-MG.

Tabela 8 - Correlação das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade segundo idade e escolaridade, Uberaba-MG, 2015.

DIMENSÕES	IDADE		ESCOLARIDADE	
	r_s^a	p	r_s^a	p
EED	0,030	0,447	-0,059	0,013
V/C	-0,016	0,689	0,070	0,077
PERD	0,073	0,064	-0,160	<0,001
PRP	0,050	0,203	0,027	0,487
SUP R/E	0,026	0,517	-0,048	0,221
SUP REL	0,009	0,821	0,003	0,942
RO	0,139	<0,001	0,044	0,264
AUT GL	0,104	0,008	-0,112	0,005

a- Correlação de Pearson
Fonte: As Autoras, 2015

Conclui-se que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os domínios de R/E e renda, Tabela 9.

De acordo com a satisfação das necessidades básicas, observou-se correlação fraca positiva na dimensão de superação religiosa e espiritual ($p=0,021$), Tabela 9. Este achado sugere que quanto maior a satisfação com as necessidades básicas, mais estratégias de religiosidade e espiritualidade são utilizadas para lidar com circunstâncias difíceis de vida.

A tabela 9 compreende a correlação entre as variáveis de Religiosidade e Espiritualidade com as variáveis de renda individual e satisfação com as necessidades básicas.

Tabela 9 - Correlação das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade segundo as variáveis renda individual e satisfação com as necessidades básicas, Uberaba-MG, 2015

DIMENSÕES	RENDA INDIVIDUAL		SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS	
	r_s^b	p	r_s^b	p
EED	-0,003	0,948	-0,023	0,562
V/C	0,012	0,764	0,043	0,277
PERD	-0,066	0,096	0,022	0,582
PRP	-0,069	0,081	-0,041	0,296
SUP R/E	-0,010	0,807	0,091	0,021
SUP REL	-0,044	0,262	-0,003	0,930
RO	-0,027	0,496	0,001	0,987
AUT GL	-0,041	0,306	-0,018	0,652

b-Correlação de Spearman

Fonte: As Autoras, 2015

Concernente à variável número de doenças, observou-se correlação fraca positiva na dimensão práticas religiosas particulares ($p=0,010$), Tabela 10, demonstrando que quanto maior o número de doenças, mais os idosos realizam as atividades religiosas individualmente.

Quanto à variável percepção de saúde, encontrou correlação fraca positiva em relação aos domínios de superação R/E ($p=0,006$ e autoavaliação global ($p=0,008$), Tabela 10, sugerindo que a percepção de saúde influencia positivamente na pontuação de tais dimensões.

Na tabela 10, consta a correlação entre as dimensões de Religiosidade e Espiritualidade e as variáveis: número de doenças e percepção de saúde, entre a população investigada.

Tabela 10 - Correlação das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade segundo número de doenças e percepção de saúde, Uberaba-MG, 2015.

DIMENSÕES	NÚMERO DE DOENÇAS		PERCEPÇÃO DE SAÚDE	
	r_s^a	p	r_s^b	p
EED	-0,027	0,500	-0,013	0,733
V/C	0,033	0,401	0,035	0,380
PERD	0,020	0,604	0,031	0,429
PRP	0,102	0,010	-0,049	0,211
SUP R/E	-0,036	0,355	0,073	0,006
SUP REL	0,059	0,138	0,012	0,752
RO	0,023	0,567	0,011	0,787
AUT GL	0,040	0,318	0,078	0,008

a-Correlação de Pearson

b-Correlação de Spearman

Fonte: As Autoras, 2015

De fato, podemos observar que a variável sexo foi estatisticamente significativa em todas as 8 dimensões. Este resultado significa que o sexo feminino apresentou maior média de R/E, em relação ao sexo masculino.

A variável estado conjugal foi estatisticamente significativa em 4 dos 8 domínios, que são: experiências espirituais diárias ($p=0,035$), práticas religiosas particulares ($p=0,030$), religiosidade organizacional ($p<0,001$) e autoavaliação global ($p=0,004$), Tabela 11. Destaca-se que, nestes 4 domínios, os idosos sem companheiro apresentaram maior média de R/E em relação aos idosos com companheiro.

Referente à variável idade, destaca-se que foi estatisticamente significativa em 2 dimensões: religiosidade organizacional ($p=0,005$) e autoavaliação global ($p=0,022$), Tabela 11. Este resultado sugere que, com o aumento da idade, há um maior desenvolvimento das atividades realizadas individualmente ($\beta = 0,049$) (oração pessoal, assistir a programas religiosos, etc), bem como uma maior autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado o indivíduo se considera ($\beta = 0,098$).

A variável escolaridade foi estatisticamente significativa em 3 das 8 dimensões, que são: experiências espirituais diárias ($p=0,025$), perdão ($p<0,001$) e autoavaliação global ($p=0,006$), Tabela 11. Referente à dimensão de experiências espirituais diárias ($\beta = - 0,100$) entende-se que à medida que diminui a escolaridade, maior é a frequência com que os idosos vivenciam experiências, tais como a presença de Deus, conforto na religião ou na espiritualidade, amor aos outros, admiração pela natureza, paz interior e desejo de proximidade com Deus.

Ainda referente à escolaridade e a dimensão perdão ($\beta = - 0,165$), constatou-se que à medida que diminui a escolaridade, aumenta o desfecho perdão, de maneira que, quanto menor a escolaridade, maior será o desenvolvimento no processo de cessar o ressentimento, a mágoa, a vingança, em relação a um ofensor, aos próprios erros ou a Deus. Na dimensão de autoavaliação global ($\beta = -0,122$), à medida que diminui a escolaridade aumenta a autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado o indivíduo se considera.

Destaca-se que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a variável renda e as dimensões de R/E.

Referente à variável número de doenças, foi estatisticamente significativa em relação à dimensão práticas religiosas particulares ($p=0,004$). Este resultado sugere que quanto maior o número de doenças, maior a frequência de atividades realizadas individualmente ($\beta =0,334$), como: oração pessoal, assistir a programas religiosos, entre outros.

A variável percepção de saúde foi estatisticamente significativa em duas dimensões: superação R/E ($p=0,021$) e autoavaliação global ($p=0,040$), demonstrando que a melhor percepção de saúde influencia positivamente nas estratégias de religiosidade e espiritualidade utilizadas para lidar com circunstâncias difíceis de vida ($\beta=0,068$), assim como na autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado o indivíduo se considera ($\beta = 0,036$).

A tabela 11 apresenta o modelo final de regressão linear para as variáveis associadas à religiosidade e espiritualidade.

Tabela 11 - Regressão Linear das dimensões de Religiosidade e Espiritualidade de idosos da comunidade segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde, Uberaba-MG, 2015.

DIMENSÕES	EED		V/C		PERD		PRP		SUP R/E		SUP REL		REL ORG		AUT GL	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
VARIÁVEIS																
SEXO	0,222	<0,001	0,182	0,006	0,127	0,004	0,350	<0,001	0,231	<0,001	0,201	<0,001	0,262	<0,001	0,231	<0,001
EST CONJ	0,091	0,035	-0,027	0,531	0,004	0,930	0,090	0,030	0,053	0,215	0,066	0,125	0,137	<0,001	0,119	0,004
IDADE	0,053	0,217	0,034	0,440	0,049	0,260	0,116	0,244	0,040	0,348	0,052	0,225	0,049	0,005	0,098	0,022
ESCOLARIDADE	-0,100	0,025	0,066	0,130	-0,165	<0,001	0,037	0,379	-0,078	0,077	-0,004	0,927	-0,012	0,778	-0,122	0,006
RENDA	0,080	0,082	-0,032	0,487	0,038	0,409	-0,004	0,919	0,048	0,294	-0,011	0,803	0,022	0,612	0,062	0,172
Nº DE DOENÇAS	-0,078	0,087	0,071	0,127	-0,007	0,878	0,334	0,004	-0,060	0,187	0,031	0,492	0,009	0,838	-0,008	0,867
PERCEPÇÃO SAÚDE	-0,012	0,778	0,057	0,196	0,043	0,332	-0,011	0,786	0,068	0,021	0,044	0,312	0,004	0,918	0,036	0,040

Fonte: As Autoras, 2015

Discussão

8 DISCUSSÃO

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS IDOSOS

Assim como nos achados da presente pesquisa, as mulheres idosas representaram percentual superior (64,6%), quando comparado ao sexo masculino (35,4%), em estudo realizado com 302 idosos da comunidade, participantes do Estudo FIBRA - Fragilidade em Idosos Brasileiros (Polo Universidade Estadual de Campinas – Unicamp) (BATISTONI et al., 2015). Outra pesquisa realizada com 1705 idosos residentes na zona urbana de Florianópolis condiz com tal resultado, em que apontou a população feminina em 63,9%, mostrando maior prevalência sobre o sexo masculino (36,1%) (MARQUES et al., 2015).

A feminização da velhice é um fenômeno mundial que necessita de atenção (LENARDT; CARNEIRO, 2013). De acordo com os dados do IBGE, a razão de sexo, que corresponde à razão entre o número de pessoas do sexo masculino para 100 pessoas do sexo feminino, foi de 94,8 para o Brasil em 2012. A composição da população por sexo foi de 51,3% de mulheres e 48,7% de homens (IBGE, 2013). Entende-se que a maior prevalência do sexo feminino pode estar relacionada ao fato de as mulheres frequentarem mais os centros de saúde do que os homens (LIMA; BUENO, 2009). Dessa maneira, quanto mais velho for o contingente estudado, maior será o número de mulheres participantes nas pesquisas (LENARDT; CARNEIRO, 2013).

Referente à faixa etária, resultados semelhantes foram encontrados em estudo com 872 idosos da comunidade de Goiânia em que a idade com maior percentual foi entre 60 e 69 anos (50,1%) (PEREIRA et al., 2014). Segundo estudo realizado pelo IBGE (2013), a maioria dos idosos estão na faixa etária entre 60 e 69 anos (55,8%), este achado corrobora com a presente pesquisa.

De acordo com o estado conjugal, estudo realizado com idosos da comunidade de Belo Horizonte obteve percentual similar com a presente pesquisa, em que a maioria dos idosos eram casados ou viviam com o companheiro (48,1%) (FIGUEIREDO et al., 2013), assim como pesquisa realizada com idosos da comunidade de Goiânia, na qual o maior percentual de idosos eram casados (50,3%) (PEREIRA et al., 2014).

Em relação à escolaridade, resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada pelo IBGE em 2013 com o público idoso, a qual obteve que a média de anos de

estudo entre os idosos foi de 4,2 anos, sendo que 28,1% tinham menos de 1 ano de estudo e somente 7,2% tinham graduação completa ou mais (IBGE, 2013). Outro estudo com idosos da comunidade de Ermelindo Matarazzo (SP) está de acordo com resultados da presente pesquisa, em que a escolaridade média entre os participantes foi de 3,42 anos ($DP= 2,82$) (BATISTONI et al., 2015). Da mesma forma, estudo realizado com idosos da comunidade de Goiânia, que obteve como resultado maior percentual de idosos com o nível de escolaridade primário (48,6%) (PEREIRA et al., 2014).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2013), a escolaridade do idoso brasileiro ainda é baixa, com 24,4% dos idosos tendo menos de um ano de instrução. Menor escolaridade relaciona-se com maior exposição a eventos adversos de vida, e desvantagens acumuladas, como menores oportunidades ocupacionais, menor renda e mais doenças (NERI, 2007a).

No que tange à renda individual mensal, pesquisa realizada com idosos no município de Coronel Fabriciano (MG), contribui com os achados desta pesquisa em que a maioria dos idosos também apresentaram renda mensal de até um salário mínimo (50,0%) (GUEDES, 2012). Outro estudo realizado com idosos da comunidade de Ermelindo Matarazzo (SP) encontrou que o maior percentual de idosos possuíam renda familiar entre um a três salários mínimos (53,7%) (BATISTONI et al., 2015). Contudo, estudo realizado pelo IBGE (2013), constatou que 41,6% dos idosos residiam em domicílios com rendimento mensal per capita igual ou inferior a um salário mínimo.

Segundo a PNAD (2010), pouco menos de 12,0% dos idosos viviam com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo e 66,0% já se encontravam aposentados. Destaca-se que, embora a grande maioria dos idosos estejam aposentados, muitos ainda exercem atividades laborais, considerando que para o idoso a condição de trabalhar é vista e citada por muitos como uma condição essencial para produção de saúde (SOARES, 2012).

A aposentadoria se constitui em um dos principais fatores para alterações psicológicas e de inserção social, tendo em vista que vem incutida de uma desvalorização social do idoso, podendo se constituir na perda da identidade profissional, além de ser um episódio que faz com que o indivíduo a associe à chegada da velhice e da vida economicamente improdutiva (PILGER et al., 2013). Desse modo, se durante a vida a pessoa desenvolve outras maneiras de satisfação além do trabalho, o enfrentamento de sua identidade durante a fase do envelhecimento é facilitado, caso contrário pode haver reflexos na estrutura psíquica (ALVARENGA et al., 2009).

Nesse âmbito, é necessário evitar que o idoso sofra com o isolamento social, proporcionando-lhe convívio familiar e comunitário, propiciando a constituição e manutenção de relações sociais.

8.2 DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE DE UBERABA, SEGUNDO INDICADORES CLÍNICOS E ECONÔMICOS

Neste estudo, verificou-se que o maior percentual dos idosos referem que satisfazem as necessidades básicas de forma regular, contudo estudo com idosos moradores de Recife, encontrou percentual superior em que 54,9% dos entrevistados referiram que sua renda não é suficiente para prover as necessidades básicas (BARRETO, 2012). Esta realidade deve-se ao arranjo multigeracional no qual residem os idosos em regiões mais pobres, fortemente influenciada por fatores econômicos (BARRETO, 2012). O fato é que os idosos contribuem efetivamente com a sociedade, seja como voluntários, seja como trabalhadores remunerados ou não, zelando e contribuindo com seus familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Referente à variável percepção de saúde, resultado semelhante foi encontrado em estudo no qual os idosos avaliaram sua saúde como boa (40,5%) ou regular (38,5%) (BATISTONI et al., 2015).

Ainda utilizando os dados da PNAD (2010), realça-se que na avaliação subjetiva do estado de saúde, mesmo que 77,4% dos idosos tenham declarado sofrer de doenças crônicas, 45,5% declararam seu estado de saúde como muito bom ou bom. Apenas 12,6% disseram ter a saúde ruim ou muito ruim, em especial, os idosos com 75 anos ou mais, os de cor preta ou parda e os que viviam com renda familiar de até meio salário mínimo. Tais dados mostram que justamente aqueles com perfil esperado de maior vulnerabilidade têm, de fato, uma percepção do seu estado de saúde como ruim ou muito ruim.

Quanto ao número de doenças, estudo com idosos da comunidade de Recife, constatou que 97,25% dos idosos relataram pelo menos um problema de saúde (BARRETO, 2012); outro inquérito realizado com idosos no município de Goiânia encontrou dados inferiores à presente pesquisa, em que 50,2% mencionaram duas ou mais doenças (PEREIRA et al., 2014). Sabe-se que o envelhecimento da população mundial vem acompanhado de crescente prevalência de doenças crônicas e degenerativas (SILVA et al., 2013).

Com o avanço da idade há limitação nas funções fisiológicas do corpo, tornando os idosos cada vez mais predispostos à dependência para realização de autocuidado, à perda de autonomia e qualidade de vida, tornando-se mais susceptíveis a doenças crônicas degenerativas. Cabe aos profissionais de saúde atuar na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, podendo evitar assim o surgimento ou piora dessas doenças (SILVA; LEITE; PAGANINI, 2007; TRIGO, 2012).

Desta maneira, é importante que a atenção ao idoso se volte principalmente às suas reais necessidades, sejam elas fisiológicas, emocionais, sociais e espirituais. Emerge, assim, a necessidade de a equipe de saúde, em especial dos enfermeiros, conhecerem como o idoso experimenta seu envelhecimento para que a assistência seja pautada na recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência, por meio do desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas (PILGER et al., 2013).

8.3 CARACTERÍSTICAS DE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE DOS IDOSOS DA COMUNIDADE, SEGUNDO AS DIMENSÕES DA ESCALA BMMRS

Referente às dimensões da escala BMMRS, destaca-se que, entre o público abordado, a maior média de R/E foi apresentada na dimensão de Experiências Espirituais Diárias. Estudo realizado em Juiz de Fora – MG, com participantes da comunidade e pacientes de dois hospitais gerais, entre estes idosos, obteve média de 28,85 para esta dimensão, resultado similar ao encontrado nesta pesquisa (CURCIO, 2013).

A dimensão de Experiências Espirituais Diárias demonstra a frequência que os idosos vivenciam experiências, como a presença de Deus, conforto na religião ou na espiritualidade, amor aos outros, admiração pela natureza, paz interior e desejo de proximidade com Deus. Por este fato, torna-se a subescala da BMMRS a mais utilizada em estudos científicos (INSTITUTE, 2013).

A segunda maior média de R/E foi constatada na dimensão de superação religiosa e espiritual, que demonstra as estratégias de religiosidade e espiritualidade utilizadas pelos idosos, para lidar com circunstâncias difíceis de vida. Pesquisa realizada no interior de Minas Gerais, na qual alguns participantes eram idosos, encontrou média inferior aos dados deste estudo na dimensão de superação religiosa e espiritual (18,33) (CURCIO; LUCCHETTI; ALMEIDA, 2013). Tal fato pode estar relacionado à diferença de público, pois esse estudo obteve um menor número de idosos quando comparado ao presente inquérito.

Essas informações confirmam o que a literatura nos traz de que as pessoas idosas estão mais propensas a serem religiosas, pois elas revelam encontrar na religiosidade um subsídio para enfrentar positivamente eventos estressores vivenciados por eles, como as modificações fisiológicas e as frequentes perdas (DENDENA et al., 2011). Assim, destaca-se o suporte religioso, que está associado a melhor saúde física e mental dos idosos (KRAUSE, 2006; PARKER et al., 2003).

O suporte religioso proporciona integração, interação social, suporte social e emocional e é um recurso poderoso, porque ajuda o idoso a regular e gerir as emoções negativas associadas a acontecimentos de vida, como: perdas, declínio e dor (OLIVEIRA, 2008; KRAUSE, 2006; KOENIG; LARSON, 2001).

Neste estudo, a menor média de R/E foi encontrada na dimensão de religiosidade organizacional, que significa a participação religiosa dos idosos em missas, cultos, grupos de oração e reuniões religiosas. Pesquisa realizada com o público idoso da comunidade em Portugal encontrou resultado semelhante, em que a média dos idosos apresentada quanto à religiosidade organizacional foi de 5,93 (DP = 3,03) (SILVA, 2012).

Nesta pesquisa, quanto à dimensão história religiosa/espiritual, o maior percentual de idosos referiram ter tido uma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida, como também relataram ter tido alguma recompensa com a fé.

Estes resultados possuem percentual superior ao encontrado em estudo com idosos da comunidade de Portugal, o qual destacou que somente 24% dos entrevistados informaram ter tido uma experiência religiosa/espiritual que contribuiu para mudar a sua vida, enquanto 67,8% destacaram alguma recompensa com a fé (SILVA, 2012).

No presente estudo a minoria dos idosos declararam alguma perda significativa da sua fé. Resultado superior ao encontrado em pesquisa com idosos da comunidade, em que 4,2% dos inquiridos manifestaram ter tido uma perda significativa de fé (SILVA, 2012).

Essas informações confirmam o que a literatura nos traz de que as pessoas idosas estão mais propensas a serem religiosas, pois os idosos revelam encontrar na religiosidade um subsídio para enfrentar positivamente eventos estressores vivenciados por eles, como as modificações fisiológicas e as frequentes perdas (DENDENA et al., 2011).

A religiosidade é vista, também, como forma de assegurar que o envelhecimento não seja caracterizado como etapa de abandono e solidão, vulnerabilidade para transtornos depressivos e perda dos papéis sociais (DENDENA et al., 2011). Tal fato revela o quanto a religião e a espiritualidade são importantes na vida de muitos idosos.

Referente à dimensão comprometimento, a maioria dos idosos informaram que *concordam totalmente* em levar as crenças religiosas ao longo da vida. Resultado superior ao encontrado em pesquisa com idosos da comunidade, que revelou que 44,0% dos inquiridos *concordaram totalmente* com a questão de transpor as crenças para todos os aspectos da vida (SILVA, 2012).

Nessa mesma dimensão, a maioria dos idosos relataram que contribuem mensalmente com a comunidade religiosa. Contudo, há estudos que mencionam valores financeiros, como demonstrado em pesquisa com idosos de Portugal, na qual a contribuição anual máxima para a paróquia era de 4800 euros, com média de 47,14 ($DP = 275.43$) (SILVA, 2012). Nesta pesquisa, não foram utilizados valores em moeda (real) para este item, assim como em estudo realizado em Juiz de Fora – MG, o qual cita que no Brasil outros tipos de doações (como roupas e alimentos) são muito comuns, por este fato não haveria como correlacionar esse tipo de contribuição à financeira (CURCIO, 2013). Talvez por este fato, a presente pesquisa não apresente resultados similares a outros estudos que utilizaram este instrumento para mencionar R/E.

Quanto à questão de horas semanais dedicadas às atividades religiosas ou espirituais, o maior percentual de idosos informaram que não participam, seguido dos idosos que relataram participar 1 ou 2 horas por semana. Resultado inferior ao encontrado em pesquisa realizada com o público idoso da comunidade de Leiria - Portugal, em que a média de horas semanais com atividades religiosas ou espirituais foi de 4,80 horas ($DP = 2.94$) (SILVA, 2012).

Na dimensão preferência religiosa, o maior percentual de idosos referiram ser católicos, seguido dos evangélicos, em terceiro lugar foram espíritas e a minoria dos idosos preferiram ateus.

No Brasil, 95% da população declara ter religião, 83% consideram religião muito importante e cerca de 70% se dizem católicos (MOREIRA et al., 2010). Esses valores estão de acordo com dados informados em outros estudos, em um deles foi encontrado que a maioria da amostra dos idosos (92,8%) referiu ser católica (SILVA, 2012).

Outro estudo transversal alocou duas amostras com características sociodemográficas distintas, e em ambos os grupos foi descrito que o maior percentual era de católicos, com 60% no primeiro grupo e 59% no segundo, seguido dos evangélicos com 12% nos dois grupos, os espíritas apresentaram um percentual de 3% no primeiro grupo e de 7% no segundo e em

último lugar foram os ateus com 8% no primeiro e 21% no segundo grupo (TAUNAY et al., 2012).

Referente à população de idosos e a relação com a religião na terceira idade, destaca-se que com a chegada da aposentadoria o sujeito precisa buscar uma ampliação das suas redes sociais, através de clubes, associações, atividades religiosas e grupos de viagens, esportivos, culturais, de lazer, de voluntariado, entre outros, e não se restringir apenas às relações referentes ao trabalho/profissão que foram exercidas (ARAUJO et al., 2012). Deste modo, a igreja apresenta-se como a principal fonte de auxílio para a formação dessas redes sociais, o que favorece o vínculo dos idosos com a religião.

A religião cumpre um papel facilitador para o acesso a redes de suporte e integração social por meio de suas instituições religiosas e congregações (FARIA; SEIDL, 2006). Estas participações fortalecem as redes de apoio, a partir da compreensão de rede como um sistema complexo, considerado como um fato social, que promove a reflexão acerca das práticas cotidianas e a realidade social (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

8.4 FATORES ASSOCIADOS À RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ENTRE OS IDOSOS

8.4.1 Sexo e as Dimensões de R/E

Em relação à variável sexo, estudo realizado com idosos da comunidade de Portugal encontrou diferenças estatisticamente significativas nas Experiências Espirituais ($p < 0,001$), nos Valores e Crenças ($p < 0,001$), no Perdão ($p < 0,001$), nas Práticas Religiosas Privadas ($p < 0,001$), na Superação R/E ($p < 0,001$) e na autoavaliação global ($p = 0,010$) (SILVA, 2012), cujos resultados estão de acordo com a presente pesquisa.

Nesta pesquisa as mulheres diariamente praticam mais a religião, seja na forma de rezar no dia a dia, seja por estarem ligadas ao processo religioso diário. Resultado condizente com estudo realizado em dois hospitais gerais da cidade de Juiz de Fora com 656 pessoas, entre estes idosos, em que foi constatado que as mulheres apresentaram maior média (29,05) de R/E quando comparado aos homens (28,0) (CURCIO; LUCCHETTI; ALMEIDA, 2013). Este achado está de acordo com a literatura que demonstra que a religiosidade é mais expressiva entre as mulheres e, conseqüentemente, verifica-se que a religião, para aqueles que

a proferem, independente de qual seja, age como um alicerce na vida das pessoas dando sentido à sua existência, fortalecendo-os e auxiliando-os no enfrentamento das dificuldades (SOUZA, 2011).

As pessoas idosas do sexo feminino demonstraram que conduzem, com mais frequência, seus valores e crenças religiosas durante a vida, em relação aos homens. Este resultado está em concordância com outro estudo, realizado com uma população geral, entre estes, idosos na cidade de Juiz de Fora, o qual aponta que as mulheres também apresentaram maior média (7,09) de valores e crenças na R/E quando comparado aos homens (7,04) (CURCIO; LUCCHETTI; ALMEIDA, 2013). Outra pesquisa, realizada com 600 idosos da comunidade do Distrito de Leiria, Portugal, também encontrou resultado condizente, em que as mulheres obtiveram maior média (7,03) de valores e crenças que os homens (6,40) ($p < 0,001$) (SILVA, 2012). Estes resultados revelam a importância de Deus em suas vidas e o que as idosas sentem e pensam acerca delas próprias e da realidade, indo assim ao encontro das teorias de desenvolvimento do adulto e do desenvolvimento espiritual, religioso e da fé supracitada (SILVA, 2012).

Quanto à dimensão que corresponde ao perdão, identificou o quão mais aptas a perdoar são as mulheres em relação aos homens. Outra pesquisa, realizada com idosos da comunidade, também encontrou que as mulheres apresentaram média superior (11,08) aos homens (10,54), referente ao domínio perdão. Em tal estudo foi descrito que neste domínio a maioria dos idosos perdoava *sempre ou quase sempre* a eles próprios, a quem os magoava, sabendo que Deus lhes perdoava *sempre ou quase sempre* (SILVA, 2012). Diante desta afirmação, constata-se que as pessoas idosas perdoam mais facilmente que os outros grupos etários (adultos e adolescentes) e o envolvimento religioso influencia a disponibilidade ou vontade de perdoar (SILVA, 2012).

No tocante à dimensão de práticas religiosas particulares, a presente pesquisa está condizente com outro estudo, que também constatou que as mulheres apresentaram maior média (26,08) neste domínio, quando comparado aos homens (22,8) ($p = 0,089$) (CURCIO; LUCCHETTI; ALMEIDA, 2013). Este fato demonstra que as mulheres estão mais envolvidas que os homens em atividades realizadas individualmente (oração pessoal, assistir a programas religiosos, etc.) (KOENIG; BÜSSING, 2010).

As práticas e as crenças religiosas podem influenciar a saúde mental, ter impacto no bem-estar emocional e, conseqüentemente, propiciar recursos e comportamentos de enfrentamento (MACHADO, 2012), o que pode ajudar as pessoas na adaptação e na

superação de eventos estressores, resultando em bem-estar, satisfação com a vida, esperança, aumento do apoio social e diminuição da sensação de solidão (DUARTE; WANDERLEY, 2011; SILVA, 2012).

Como profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, devemos reconhecer o impacto que as crenças religiosas ou espirituais podem ter na etiologia, diagnóstico e evolução da saúde/doença nos idosos, de maneira a compreender melhor este público, como fonte de melhoria na qualidade de vida deles.

Relacionado à dimensão da superação religiosa, este estudo apresentou semelhança com pesquisa realizada em Juiz de Fora - MG, que encontrou maior média na dimensão superação religiosa entre as mulheres (18,54), quando comparado com os homens (18,07) (CURCIO; LUCCHETTI; ALMEIDA, 2013). Este dado confirma que as mulheres buscam mais estratégias de R/E para lidar com circunstâncias difíceis de vida, como exemplificado em inquérito realizado com mulheres com câncer de mama, da comunidade de João Pessoa-PB (AMARO, 2013) e, ainda, que muitos idosos relatam usar a religião como estratégia de enfrentamento nas situações de stress (SILVA, 2012).

Nesta pesquisa, referente à dimensão que corresponde ao suporte religioso em relação ao sexo, está de acordo com o encontrado em outro estudo, o qual informou que as mulheres apresentaram maior média que os homens (12,40) no domínio de suporte religioso (11,96) (CURCIO; LUCCHETTI; ALMEIDA, 2013). Desta maneira, evidencia-se que as mulheres acreditam e/ou buscam um maior apoio advindo de Deus, da comunidade religiosa e do seu líder religioso (FIALA; BJORCK; GORSUCH, 2002).

Quanto à dimensão que corresponde à religiosidade organizacional e a variável sexo, a pesquisa obteve resultado condizente ao encontrado em outro estudo, no qual as mulheres apresentaram maior média (6,47) na dimensão religiosidade organizacional quando confrontado com os homens (5,45) (CURCIO; LUCCHETTI; ALMEIDA, 2013). Estes resultados explicam que as mulheres apresentam uma maior participação religiosa em missas, cultos, grupos de oração e reuniões religiosas (KOENIG; BÜSSING, 2010), em relação aos homens.

Relacionado à dimensão de autoavaliação de R/E e a variável sexo, estes resultados estão em concordância com outro estudo, o qual aponta que as mulheres obtiveram maior média (6,97) na dimensão de autoavaliação, quando comparado aos homens (6,49) (SILVA, 2012). Tais achados nos mostram que as mulheres se consideram mais religiosas/espiritualizadas que os homens.

Segundo Silva (2012), os cuidados de enfermagem têm como fio condutor a promoção da independência máxima e da autodescoberta, para que a pessoa idosa encontre sentido de vida, conexão com os outros e compreenda o seu lugar no universo.

Desta maneira, os profissionais da saúde, com destaque os enfermeiros, têm como compromisso cuidar da pessoa idosa, valorizando os benefícios da R/E na saúde e bem-estar, referenciados nas evidências publicadas e visíveis nos resultados obtidos neste estudo, de forma a proporcionar suporte social e emocional, ajudando o idoso não só a controlar as emoções negativas associadas a acontecimentos de vida, tais como perdas, declínio, dor ou outro tipo de sofrimento, susceptíveis de provocar *stress*, como também a ter conforto e encontrar sentido de vida.

8.4.2 Estado conjugal e as dimensões de R/E

Inquérito com idosos da comunidade de Portugal encontrou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Experiências Espirituais Diárias ($p=0,001$), Valores e Crenças ($p=0,001$) e Suporte Religioso/Espiritual ($p=0,050$), em relação à variável estado conjugal (SILVA, 2012). Tal pesquisa corrobora parcialmente com os dados apresentados nesta investigação, na qual o estado conjugal obteve diferenças estatisticamente significativas em relação às dimensões de Experiências Espirituais Diárias, Práticas religiosas particulares, Religiosidade organizacional e autoavaliação global. Ainda referente ao estudo citado anteriormente (SILVA, 2012), destaca-se que os idosos sem companheiro apresentaram maior escore, nas dimensões da escala supracitada, quando comparado aos idosos com companheiro, estando de acordo com o encontrado nesta pesquisa.

O mesmo resultado se observou em estudo com método qualitativo, realizado com idosas viúvas do município de Arapongas – PR, o qual demonstrou que a fé em Deus e as crenças religiosas aparecem de forma explícita entre as viúvas e que evita ou previne a depressão, após a morte do companheiro (FARINASSO; LABATE, 2012).

Ainda, a fé e as crenças religiosas podem ajudar a viúva a amenizar os sentimentos de solidão advindos da morte do marido. A perda do cônjuge priva a pessoa enlutada do suporte de vida cotidiano e da participação social. A solidão pode ser considerada um fator de risco para pior elaboração do luto (WEISS, 2008). Desta maneira, o suporte social, da comunidade, familiar, religioso e profissional recebido após a morte de uma pessoa querida é de grande importância para o enfrentamento do luto (MAZORRA, 2009).

Neste contexto, é de extrema importância que os profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros, ofereçam suporte social e emocional, ajudando o idoso não só a regular e gerir as emoções negativas associadas a acontecimentos de vida, tais como perdas e sofrimento, passíveis de desencadear stress, como também a ter conforto e encontrar sentido na vida.

8.4.3 Idade e as dimensões de R/E

De acordo com a variável idade, estudo realizado com idosos em Portugal encontrou diferenças estatisticamente significativas na dimensão Religiosidade Organizacional ($p < 0,001$), contudo não demonstrou diferença significativa em relação à dimensão de autoavaliação global (SILVA, 2012), corroborando parcialmente com os achados desta pesquisa.

Outro estudo realizado na comunidade de Chapecó (SC) com 720 indivíduos, entre estes idosos, encontrou dados equivalentes a esta pesquisa, em que as faixas de 60 anos ou mais se mostraram significativamente associadas à prática da religião ($p < 0,001$), diferentemente da faixa etária entre 20 e 39 anos que não pratica sua religião (ZENEVICZ, 2013). A pesquisa ainda indicou que quanto mais elevada a faixa etária, maior é a prática da religião (ZENEVICZ, 2013). Estes resultados estão de acordo com o descrito na literatura: quanto mais idade, maior é o relacionamento com Deus, assim como maior o desenvolvimento espiritual positivo, para que se estabeleça, juntamente com outros fatores, um envelhecimento bem-sucedido (JORDAN; STAPLES, 2014).

Salienta-se que, durante a assistência de enfermagem, é necessário considerar a faixa etária dos idosos, bem como suas dificuldades e limitações, que podem gerar eventos estressores e, diante disso, otimizar os benefícios ofertados pela R/E, principalmente durante o processo de envelhecimento.

8.4.4 Escolaridade e as dimensões de R/E

A variável escolaridade foi estatisticamente significativa nas dimensões: experiências espirituais diárias, perdão e autoavaliação global, demonstrando que à medida que a escolaridade diminui, aumenta o desfecho de R/E em relação a essas dimensões.

Estudo longitudinal, nos anos de 2000 a 2006, realizado no município de São Paulo, também observou que entre os idosos que não referem nenhuma crença, a maior concentração situa-se entre os de maior escolaridade. E ainda, constatou-se quanto à escolaridade, que houve uma distribuição inversamente proporcional em relação à importância atribuída à religião, de maneira que a religião foi considerada importante principalmente para os analfabetos em 2000 ($p < 0,0002$) e para aqueles com menor escolaridade em 2006. (SOUZA, 2011).

Este mesmo estudo demonstrou que religião esteve presente na vida da maioria dos idosos em 2000 (97,6%) e se manteve em 2006 (98%), predominante entre mulheres, viúvos e com baixa escolaridade em ambos os momentos da avaliação (SOUZA, 2011), todos estes dados estão de acordo com os resultados da presente pesquisa.

Em âmbito internacional, pesquisa norte-americana (NEWPORT, 2006) condiz com tais resultados, a qual mostra que autorelatos sobre a importância da religião são menores entre aqueles com educação superior e de pós-graduação do que aqueles com ensino médio ou inferior. Outro inquérito, realizado com idosos de Portugal, corrobora parcialmente com resultados desta pesquisa, em que encontrou diferença estatisticamente significativa entre escolaridade e os domínios de experiências espirituais diárias ($p = 0,002$) e autoavaliação global ($p = 0,003$), contudo não foi comprovado haver diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade e a dimensão perdão ($p = 0,672$) (SILVA, 2012).

É importante ressaltar que há diferenças na estrutura das relações sociais em decorrência do nível de escolaridade, dentre outros fatores sociodemográficos e econômicos, e que afetam a estrutura e o tipo de apoio social entre os idosos (ROSA et al., 2007), sendo assim a atenção ao aspecto da religiosidade e da espiritualidade se torna cada vez mais importante na prática da assistência à saúde do idoso e das suas relações com o meio social.

Portanto, durante a assistência de enfermagem, faz-se necessário considerar, no momento da abordagem do idoso, o seu nível de escolaridade, por ser um fator que está interligado às redes de apoio social, levando em consideração os benefícios que a R/E proporcionam aos idosos.

8.4.5 Renda e as dimensões de R/E

Neste estudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a variável renda e as dimensões de R/E, demonstrando que a renda não possui influência sobre

tais dimensões. Resultado semelhante foi encontrado em inquérito nacional (ALMEIDA et al., 2010), em 143 cidades, no qual o nível econômico dos entrevistados não demonstrou associação com o envolvimento religioso, assim como estudo desenvolvido por Halman e Draulans (2006), em que também não encontraram correlação entre religiosidade e desenvolvimento econômico em países europeus.

Em contrapartida, em estudo com idosos da comunidade da Califórnia – EUA, constatou-se que a espiritualidade e religiosidade estiveram significativamente associadas com baixa renda, entre outros aspectos sociodemográficos (VAHIA et al., 2011).

Entre populações mais desfavorecidas economicamente, o acúmulo de desvantagens ao longo da vida ou a ocorrência de múltiplos eventos de vida estressantes influenciam a percepção do senso individual e social de envelhecimento (SCHAFER; SHIPPEE, 2010); deste modo, destacam-se a religiosidade e espiritualidade como benefícios no enfrentamento de eventos estressores na vida destes idosos.

No ponto de vista da Enfermagem, independente do nível financeiro do idoso, ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro, pois conhecendo o idoso na comunidade e suas reais necessidades, é possível considerá-lo em suas múltiplas interfaces, o que é de extrema relevância para subsidiar a gestão do cuidado a essa clientela de maneira a preservar a sua independência e autonomia, além de promover melhor bem-estar físico, psíquico e social.

8.4.6 Número de doenças e as dimensões de R/E

Quanto à variável número de doenças, resultado semelhante foi encontrado em estudo qualitativo em que 25% dos idosos relataram possuir pelo menos uma doença crônica, de modo que para o enfrentamento dessas doenças destaca-se a importância e os benefícios da espiritualidade (ELLISON, 1991). Tal resultado demonstra que quanto maior o número de doenças, maior é a premissa de que Deus existe e afeta de alguma forma a vivência humana.

Um maior número de morbidades em idosos está associado à pior qualidade de vida e pode contribuir para o advento de sentimentos negativos (TAVARES; DIAS, 2012). A doença pessoal ou os problemas de saúde são eventos estressantes associados com o aparecimento do transtorno de adaptação, definido como um estado subjetivo de desprazer e um transtorno comportamental ou emocional, que interfere significativamente no funcionamento social ou pessoal (ARBUS et al., 2013). Deste modo, destaca-se a religiosidade e espiritualidade como principais fatores de enfrentamento diante das doenças que acometem os idosos.

Outro estudo, realizado em Porto Alegre, comparou a importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, entre os pacientes de um Hospital de Clínicas e os indivíduos da comunidade, e obteve como resultado que os pacientes apresentaram escores de R/E significativamente mais elevados que indivíduos saudáveis (ROCHA; FLECK, 2011), cujo achado está interligado com os resultados desta pesquisa.

A espiritualidade aparece como um mecanismo de enfrentamento eficaz, aliviando o estresse psicológico, a dor e a sensação de desamparo. A fé religiosa é fonte de fortalecimento, esperança e equilíbrio, que pode se tornar mais forte depois do diagnóstico da doença. (HARVEY; SILVERMAN, 2007).

Pesquisa realizada com pacientes crônicos no Reino Unido, entre estes, idosos pertencentes a uma determinada religião, a fé trouxe sensação de paz e de estar sendo cuidado. Os participantes que não relataram afiliação religiosa e não mencionaram Deus em seus relatos tiveram esta experiência através do apoio e ajuda de outras pessoas, como amigos e familiares (NARAYANASAMY, 2004).

Segundo Rocha (2011), a religião não é decisiva para melhor ou pior enfrentamento da doença, contudo buscar a Deus e relacionar-se com ele ou com um ser superior é que parece fortalecer a resiliência do indivíduo. A espiritualidade é utilizada como estratégia de enfrentamento da doença crônica e suas repercussões (ROCHA, 2011).

A R/E são fatores de enfrentamento importantes diante de eventos estressores, como por exemplo, as doenças que acometem os idosos. Desta maneira, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm o compromisso de cuidar da pessoa idosa, de maneira a conferir suporte social e emocional, valorizando os benefícios da religiosidade e da espiritualidade na saúde e bem-estar, referenciados nas evidências publicadas e visíveis nos resultados obtidos neste estudo.

8.4.7 Percepção de saúde e as dimensões de R/E

Na presente pesquisa, os resultados sugerem que a melhor percepção de saúde influencia positivamente nas estratégias de R/E utilizadas para lidar com circunstâncias difíceis de vida, assim como na autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado o indivíduo se considera. Assim como nos achados da presente pesquisa, estudo realizado com idosos em cinco municípios, localizados na região do Triângulo Mineiro, comprovou que a R/E foram fatores de extrema importância para a qualidade de vida dos participantes;

destacou ainda, a relação entre espiritualidade e satisfação com a saúde e a vida, bem como as práticas religiosas como forma de estabelecer relações sociais e lazer para os idosos (LIMA; VILELLA; BITTAR, 2014), contribuindo de forma significativa para o enfrentamento de eventos estressores durante o processo de envelhecimento.

A literatura internacional, de maneira generalizada, reforça que a R/E quando presentes na vida dos idosos são a grande responsável pelo bem-estar subjetivo. No campo cognitivo, promovem o equilíbrio emocional, e no afetivo facilitam sensações de plenitude e paz consigo mesmo, influenciando significativamente na percepção de saúde (DAALEMAN; COBB; FREY, 2001).

Neste contexto, em relação à R/E e saúde, cabe aos profissionais de enfermagem a atenção para a inclusão de estratégias que se aproximem das crenças dos idosos, pois elas demonstraram ser de suma importância para suas vidas.

Conclusão

9 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, entre as características dos idosos, predominaram o sexo feminino, faixa etária de 60-70 anos, casados, de 1-4 anos de escolaridade e com renda de 1 salário mínimo individual mensal. Referente à satisfação com as necessidades básicas, o maior percentual informaram que satisfazem de forma regular, maior proporção classificaram a percepção de saúde como regular e a maioria dos idosos relataram possuir 2 ou mais doenças.

A R/E associou-se aos idosos do sexo feminino, sem companheiros, com maior idade e menor escolaridade. Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a variável renda e os domínios de R/E. Os idosos que relataram maior número de doenças, apresentaram maiores escores de R/E, assim como, os idosos que informaram uma melhor percepção de saúde.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitiram ampliar o conhecimento das características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos em relação às dimensões de R/E. Além disso, este estudo preenche uma lacuna na literatura científica por ser uma pesquisa inovadora na temática de R/E com idosos da comunidade em Minas Gerais.

Destaca-se ainda a importância dos profissionais enfermeiros no cuidado holístico com o compromisso de promover a saúde e bem-estar espiritual do idoso. Esses profissionais devem atentar que a R/E podem: proporcionar um envelhecimento ativo, promover qualidade de vida e sentido de vida, auxiliar as pessoas na adaptação em momentos estressores e na superação de crises, tais como perdas, doenças, dor, entre outros tipos de sofrimentos, assim como oferecer suporte social e emocional.

A R/E podem ser vistas como forma de assegurar que o envelhecimento não seja caracterizado como etapa de abandono e solidão, vulnerabilidade para transtornos depressivos e da perda dos papéis sociais, o que nos leva a inferir o quanto essas são importantes na vida de muitos idosos.

É necessário que os profissionais de saúde valorizem mais o cuidado relacionado à R/E em idosos e contribuam para melhorar sua qualidade de vida, utilizando as ferramentas de pesquisa em R/E por meio dos instrumentos de medida validados no Brasil.

Ressalta-se que esta pesquisa apresenta como limitação o delineamento transversal, em que a coleta de dados é realizada em um único momento, não permitindo estabelecer uma relação com as inferências causais.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.56, n. 3-B, p. 605-12, 1998.
- ALMEIDA, A. M.et.al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n.1, p. 12-5, 2010.
- ALLPORT, G.W. O sentimento religioso. In: ALLPORT, G.W. **Desenvolvimento da personalidade**. São Paulo: Herder, 1966.
- ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v. 43, n.4, p. 795-802, 2009.
- AMATUZZI, M.M. **Por uma psicologia humana**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2008. p.75.
- AQUINO, T. A. A. Atitude religiosa e crenças dos alunos de psicologia. **Revista da Unipê**, João Pessoa, v. 9, n. 1, p.56-63, 2005.
- ARBUS, C. et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. **European Psychiatry**, Paris, v.29, n.4, p. 233-8, 2013.
- AQUINO, T. A. A. et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, pp. 228-243, 2009.
- BATISTONI, S.S.T. et al. Categorização e Identificação Etária em uma Amostra de Idosos Brasileiros Residentes na Comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.28,n.3, p. 511-521, 2015.
- BARRETO, K.M.L. **Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde: um estudo da população idosa**. 2012. 177 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) -- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2012.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, n. 192, seção 1, p. 1, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015.**, Brasília-DF, 2011. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 21 set.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

BUSH, A. L. et al. An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. **Mental Health, Religion & Culture**, v. 15, n. 2, p. 191-203, 2012.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. Envelhecimento da população Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V; PY, L. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, cap.5, p.58-73.

CASTIGLIONI, A.H. Inter-relações entre os processos de transição demográfica, de envelhecimento populacional e de transição epidemiológica no Brasil. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 5., 2012, Montevideo. **Anais ...** Montevideo: ALAP, 2012.

COTLEAR, D. **Population aging: is Latin America ready?** Washington, EUA: The World Bank, 2011. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/01/07/000356161_20110107011214/Rendered/PDF/588420PUB0Popu11public10BOX353816B0.pdf>. Acesso em: 29 set. 2014.

CURCIO, C.S.S. **Validação da versão em Português da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality” ou “Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade” (BMMRS-P)**. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Brasileira) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. 2013.

CURCIO, C.S.S.; LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, A.M. Validation of the Portuguese Version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in Clinical and Non-clinical Samples. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 54, n.2, p. 435-448, 2013.

DAALEMAN, T.P.; COBB, A.K.; FREY, B.B. Spirituality and well-being: na exploratory study of the patient perspective. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 53, n.11, p. 1503-1511, 2001.

DALGALARRONDO, P. Alguns campos semânticos: Religião, Religiosidade, Espiritualidade, Fé, Mística e Magia. In: DALGALARRONDO, P. (Ed.). **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 1, p. 22-28.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LAUTENTI, R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 24, p.173-177, 2008.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2011.

ELLISON, C.G. Religious involvement and subjective well-being. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v.32, n.1, p.80-99, 1991.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p. 155-64, 2006.

FARINASSO, A.L.C.; LABATE, R.C. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. **Revista Eletrônica de Enfermagem/UFG**, Goiânia, v. 14, n.3, p. 588-595, 2012.

FERREIRA, A. V.; NETO, F. Psychometric properties of the Francis Scale of Attitude Towards Christianity among Portuguese university students. **Psychological Reports**, Montana, v. 91, n. 3, p. 995-8, 2002.

FETZER INSTITUTE; NATIONAL INSTITUTE ON AGING WORKING GROUP. **Multidimensional measurement of religiousness, spirituality for use in health research**. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute, 2003. Disponível em: <
[http://fetzer.org/sites/default/files/images/resources/attachment/%5Bcurrent-date%3Atiny%5D/Multidimensional Measurement of Religiousness Spirituality.pdf](http://fetzer.org/sites/default/files/images/resources/attachment/%5Bcurrent-date%3Atiny%5D/Multidimensional%20Measurement%20of%20Religiousness%20Spirituality.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2014.

FIGUEIREDO, V.F. et al. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.26, n.3, p. 549-557, 2013.

FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 146-149, 2007.

FOWLER, J.W. **Estágios da fé**. São Leopoldo: Sinodal, 1992.

FRANCIS, L. J. Attitude and longitude: a study in measurement. **Character potential: A Record of Research**, v. 8, n. 3, p. 119-129, 1978.

FRANKLIN, K. L. et al. Relationships Among Religiousness, Spirituality, and Health for Individuals with Spinal Cord Injury. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Birmingham, v. 14, n. 2, p. 76-81, 2008.

GONÇALVES, A. M. S.; PILLON, S. C. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 10-15, 2009.

GUEDES, H.M. et al. O olhar do idoso sobre o atendimento em Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano – MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p. 75-80, 2012.

HALMAN, L.; DRAULANS, V. How secular is Europe? **The British journal of sociology**, Londres, v.57, n.2, p. 263-88, 2006.

HARVEY, I.S.; SILVERMAN, M. The Role of Spirituality in the Self-management of Chronic Illness among Older African and Whites. **Journal of cross-cultural gerontology**, v.22, n.2, p. 205-220, 2007.

HILL, P. C.; HOOD, R. W. J. **Measures of Religiosity Hardcover**. Michigan: Universidade de Michigan; Religious Education Press, 1999.

HOGUE, R. A validated intrinsic religious motivation scale. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Washington, v. 11, n. 4, p. 369-376, 1972.

HOLT, M.K.; DELLMANN, M.J. Research and Implications for Practice: Religion, Well-Being/Morale, and Coping Behavior in Later Life. **Journal of Applied Gerontology**, Tampa, v. 11, n.1, p. 101-110, 1992.

INSTITUTE, F. **Daily Spiritual Experience Scale**. 2013. Disponível em: <<http://www.dsescscale.org/>> Acesso em: 15 ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese dos indicadores**, 2009. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf> Acesso em: 20 set.2015.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000144.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese dos indicadores**, 2012. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < <file:///C:/Users/User/Downloads/PNAD%20-%202012.pdf>>. Acesso em: 20 set.2015.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2013. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Informações sobre os municípios brasileiros. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <
ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2013/munic2013.pdf>. Acesso em 28 set. 2014.

JOLIVET, R. **Tratado de filosofia: psicologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1967.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index of Ferrans and Powers**. 1999. 85f. Tese (Livre-docência) -- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

- KIMURA, M. et al. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 46, p. 99-106, 2012. N. Esp.
- KIRSCH, T.G. Restaging the will to believe: Religious pluralismo, anti-syncretism and the problem of belief. **American Anthorpologist**, Washington, v. 16, n. 4, p. 699-709, 2004.
- KOENIG, H.G. Religion and Prevention of Illness in Later Life. **Religion and Prevention in Mental Health**, v. 10, n.1, p. 69-89, 1991.
- KOENIG, H. G. Annotated Bibliography on Religion, Spirituality and Medicine. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 99, n.10, p.1189-1196, 2006.
- KOENIG, H. G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **Journal of Nervous & Mental Disease**, Baltimore, v. 196, n. 5, p. 349-355, 2008b.
- KOENIG, H. G.; MEADOR, K. G.; PARKERSON, G. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997.
- KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of Religion and Health**. 2th ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- KRAUSE, N. Exploring the Stress-Buffering Effects of Church-Based and Secular Social Suport on Self-Related Health in Late Life. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, v. 61, n.1, p. 35-43, 2006.
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org). **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/MS, 2003.
- LENARDT, M.H.; CARNEIRO, N.H.K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 18, n.1, p. 13-29, 2013.
- LIMA, L.C.V.; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde Pesquisa**, São Paulo, v.2, n.2, p. 273-280, 2009.
- LIMA, L.C.V.; VILELLA, W.V.; BITTAR, C.M.L. Percepção sobre qualidade de vida entre idosos residentes em municípios de pequeno porte e sua relação com a religiosidade/ espiritualidade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.11, n.3, p. 231-244, 2014.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 131, n. 2, p. 112-122, 2013.
- LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of Religion and Health**, New York, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2010.

- LUCCHETTI, G. et al. Nursing home care: exploring the role of religiousness in the mental health, quality of life and stress of formal caregivers. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 403-413, 2013.
- LUKOFF, D. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. **Journal of nervous and mental disease**, Baltimore, v. 180, n. 11, p. 673-682, 1992.
- MACHADO, E.P. Idosos: preconceitos, violência e espiritualidade. In: OLIVEIRA, I.D.; ECCO, C. (Org.). **Religião, violência e suas interfaces**. São Paulo: Paulinas, 2012. p. 96-104.
- MARQUES, L. F.; SARRIERA, J. C.; DELL'AGLIO, D. D. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): adaptation and validation of Spiritual Well-being Scale (SWS). **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2009.
- MARQUES, L.P. et al. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.3, p. 595-606, 2015.
- MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) --Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. 2009.
- MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.1, p.67-74, 2006.
- MIARELLI, A. V. T. C.; SILVA, J. V. **Adaptação cultural da Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality**: 1999. 2011.162 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) -- Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2011.
- MILLER, W.R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. **Addiction**, London, v. 93, p. 979-990, 1998.
- MOBERG, D. O. Spirituality Research: Measuring the Immeasurable? **Perspectives on Science and Christian Faith**, Washington, v. 62, n. 2, p. 99-114, 2010.
- MOODY, H. R. **Religion, spirituality, and aging: a social work perspective**. Estados Unidos: Routledge, 2005.
- MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke-Durel. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.
- MOSCHELLA, V. D. et al. The problem of theodicy and religious response to cancer. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 36, n. 1, p. 17-20, 1997.

MYERS, D.G. The funds, friends, and Faith of happy people. **American Psychologist**, Washington, v.55, p. 56-67, 2000.

NARAYANASAMY, A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: A qualitative study. **Journal of clinical nursing**, Oxford, v. 13, n.1, p. 116-7, 2004.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: um enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea, 2007.

NEWPORT, F. Religion most importante to blacks, women, and older americans. **Gallup News Service [online]**. 2006. Disponível em: <
<http://www.gallup.com/poll/25585/Religion-Most-Important-Blacks-Women-Older-Americans.aspx>>. Acesso em: 22 set. 2015.

NCSS, L.L.C. **Kaysville**. Utah, USA, 2008. Disponível em: <
<http://www.ncss.com/support/faq/>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

OLIVEIRA, J. H. B. **Psicologia do idoso: temas complementares**. Porto: Legis Editora, 2008.

OLIVEIRA, I.D. Religiões afro-brasileiras e violência. **Ciberteologia – Revista de Teologia & Cultura**, São Paulo, v. 7, n. 35, p. 16-23, 2011.

OLIVEIRA, A. M. L. **Análise psicométrica da “Daily Spiritual experience scale” pelo método Rasch [Psychometric analysis of the Daily Spiritual Experience Scale by Rasch Method]**. 2011. 100 f. Tese (Doutorado em Ciências) -- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, J.F.P.; PESSINI, L. Espiritualidade e Finitude na “Religiosidade” do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V; PY, L. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, cap. 140, p.1553-1560.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas**. Brasília, 2012. Disponível em: <
<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/Sa%C3%BAde-nas-Am%C3%A9ricas3.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PARKER, M. et al. Religiosity and Mental Health in Southern, Community-Dwelling Older Adults. **Aging Mental Health**, Abingdon, v. 7, n.5, p. 390-397, 2003.

PEREIRA, C.V.C. **A influência da religiosidade na adesão ao uso de medicamentos por idosos**. 2011. 137 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

- PEREIRA, L.V. et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 662-669, 2014.
- PETERMAN, A. H. et al. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). **Annals of Behavioral Medicine**, Rockville MD, v. 24, n. 1, p. 49-58, 2002.
- PILGER, C. et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v.19, n.1,p. 61-73, 2013.
- PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. **Arquivos de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.
- PLANTE, T. G. et al. The development of a brief version of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. **Pastoral Psychology**, Great Neck, v. 50, n. 5, p. 359-368, 2002.
- POWER, M.; HARPER, A.; BULLINGER, M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. **Health Psychology**, Hillsdale NJ, v. 18, n. 5, p. 495-505, 1999.
- RENAUD, M. Espírito à Espiritualidade. In: BISCAIA, J.; RENAUD, I.; RENAUD, M. (Ed). **A que País têm os filhos direito: tempos de vida**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2008.
- ROCHA, A.C.A.L. **A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso**. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) -- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ROCHA, N.S.; FLECK, M.P.A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada à espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.
- ROSA, T.E.C., et.al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p. 2982-2992, 2007.
- SAMUEL, A. **As religiões hoje**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2003.
- SANTOS, W. J. et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p. 2319-2328, 2013.
- SANTOS, N.C.; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 795-805, 2014.

SILVA, A.C.G.M.; LEITE, J.F.R.; PAGANINI, M.C. Cuidados de enfermagem e o envelhecimento: da prática à reflexão. **Boletim de enfermagem**, v. 1, n.1, p. 1-13, 2007.

SILVA, C.M.J.S. **Espiritualidade e Religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar**. 2012. 254 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2012.

SILVA, E.F. et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 1029-40, 2013.

SCHAFFER, M. H.; SHIPPEE, T. P. Age identity in context: Stress and the subjective side of aging. **Social Psychology Quarterly**, Albany, v.73, n.3, p. 245-264, 2010.

SOARES, L.G. **Homens idosos e o cuidado de si: implicações para a enfermagem gerontogeriatrica**. 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, T.B.G. **Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo – Estudo SABE**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

STRAYHORN, J. M.; WEIDMAN, C. S.; LARSON, D. A measure of religiousness, and its relation to parent and child mental health variables. **Journal of Community Psychology**, Brandon, v.18, n. 1, p. 34-43, 1990.

SULLIVAN, W. P. It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged. **Journal Psychosocial Rehabilitation**, Washington, v. 16, p. 125-134, 1993.

TANNURE, M.C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.5, p. 817-822, 2010.

TAUNAY, T. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 112-120, 2012.

TILLICH, P. **Dinâmica da fé**. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal. 1985.

TRIGO, M.M.C.L. **Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado**. 2012. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal, 2012.

UBERABA (MG). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010/2011-2013**. Uberaba, MG: Assessoria de Planejamento em Saúde, 2011.

VAHIA, I.V. et al. Correlates of Spirituality in Older Women. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v.15, n. 1, p. 97–102, 2011.

VERONEZ, I. S. et al. Adaptação transcultural do instrumento INSPIRIT-R no Brasil e aspectos de sua aplicação em pacientes com epilepsia. **Archives of Neuropsychiatry**, São Paulo, v. 69, n. 2b, p. 310-315, 2011.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V.S.F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.2, p. 433-439, 2013.

WEISS, R.S. The nature and causes of grief. In: STROEBE, M.S. et al. (Ed.). **Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention**. Washington: American Psychological Association, 2008, cap.1, p. 29-44.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social development and ageing crisis or opportunity?** Special panel at Geneva. Geneva, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/development/alc_social_development.pdf>. Acesso em: 07 out 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and health information systems: definition of an older or elderly person: proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project**. Geneva, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>>. Acesso em: out. 2014.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo: “*Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro*”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: verificar a quantidade de idosos dependentes para realizar as atividades de vida diária e que possuem fragilidade, identificar a utilização e o acesso aos serviços de saúde entre os idosos residentes no Triângulo Mineiro e verificar os fatores que estão relacionados à dependência para realizar as atividades da vida diária. Caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,.....//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484. Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE B – IDENTIFICAÇÃO, DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
ECONÔMICOS**

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Código:** _____
Início da entrevista: _____ **Término:** _____ **Data da Coleta:** ____/____/____
Bairro: _____ **Endereço:** _____ **Tel:** _____
Setor Censitário: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

Qual o seu estado conjugal?.....

- 1- Nunca se casou ou morou com companheiro (a)
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
 4 –Separado (a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

Escolaridade:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou, sem repetir a mesma série.

Qual a sua renda individual:.....

- 1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 | 3 salários mínimo 5 - De 3 | 5 salários mínimos 6 – mais de 5 salários

Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha)

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1-Aposentadoria | 2-Pensão |
| 3-Renda/ aluguel | 4-Doação (família) |
| 5-Doação (outros) | 6-Trabalho contínuo (formal ou não) |
| 7- Trabalho eventual | 8-Renda mensal vitalícia |
| 9- Aplicação financeira | 10- Sem rendimento próprio |
| 99- Ignorado | |

Principal atividade profissional exercida atualmente:.....

- 1- Dona de casa 2- Empregada doméstica 3- Trabalhador braçal
 4- Trabalhador rural 5- Profissional liberal 6- Agricultor 7- Empresário
 8- Outro (especifique _____) 9- Não exerce 99- Ignorado

--	--

Qual a razão pela qual o(a) sr(a) se aposentou?.....

- 1- Tempo de Serviço 2- Idade 3- Problema de Saúde:
 4- Não se aposentou 99- Ignorado

--	--

No seu entender, de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc).

- 1- Mal 2- Regular 3- Bom 99- Ignorado

--	--

Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:

- 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99-Ignorado

--	--

A casa onde o sr. mora:.....

- 1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel
 4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo 99- Ignorado

--	--

O Sr(a) mora em seu domicílio (Múltipla escolha):.....

- (1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)
 (2) Com cuidador profissional (1 ou +)
 (3) Com o cônjuge

--	--

(4) Com outros de sua geração

(5) Com filhos

(6) Com netos

(7) Com nora ou genro

(8) Outros _____

(9) Não Sei

(99) Não Respondeu

APÊNDICE C- INDICADORES CLÍNICOS

O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Morbidades	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99
F) Embolia	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99
J) Diabetes	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99
L) Derrame	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99
R) Catarata	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99
X) Tumores benignos	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99
Z) Depressão	1	2	99
Outras (_____)	1	2	99

Número de doenças.....

--	--

Anexos

ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse, mas só depois que eu disser todas. Procure memorizá-las".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na “Nota” coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora, peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volte a tirar 7 e repita assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____

Nota: _____

b) "Solete a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa". (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". (Mostrar um cartão com a frase bem legível: "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. “Fechou os olhos?”)

Nota: _____

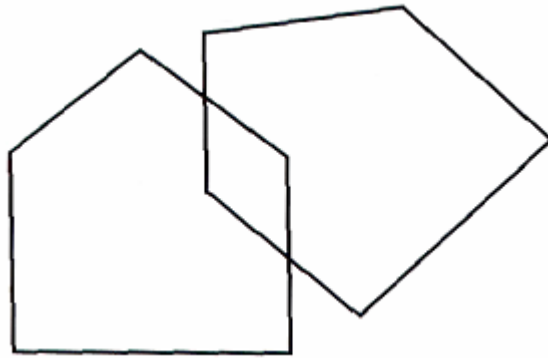
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais cruzados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos \leq 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18

• com escolaridade superior a 11 anos \leq 26

Idoso apresentou declínio cognitivo:.....(1) Sim (2) Não

Fonte: Bertolucci, 1994

ANEXO B- PERCEÇÃO DE SAÚDE**SAÚDE**

15) O(a) Senhor(a) diria que a saúde é:.....

1) Péssima 2) Má 3) Regular 4) Boa 5) Ótima 99) Ignorado

**ANEXO C – MEDIDA MULTIDIMENSIONAL BREVE DE
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE (BMMRS)**

1) Experiências espirituais diárias:

- As seguintes questões lidam com as possíveis experiências espirituais. Com que frequência você tem as seguintes experiências:

	Muitas vezes ao dia	Todos os dias	A maior parte dos dias	Alguns dias	De vez em quando	Nunca ou quase nunca
Sinto a presença de Deus?	1	2	3	4	5	6
Encontro força e conforto na minha religião?	1	2	3	4	5	6
Sinto profunda paz interior ou harmonia?	1	2	3	4	5	6
Desejo estar próximo ou em união com Deus?	1	2	3	4	5	6
Sinto o amor de Deus por mim, diretamente ou por meio dos outros?	1	2	3	4	5	6
Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação?	1	2	3	4	5	6

2) Valores/ crenças:

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Creio em um Deus que cuida de mim?	1	2	3	4
Sinto uma grande responsabilidade em reduzir a dor e o sofrimento no mundo	1	2	3	4

3) Perdão:

- Por causa de minhas crenças espirituais ou religiosas:

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca
Tenho perdoado a mim mesmo pelas coisas que tenho feito de errado?	1	2	3	4
Tenho perdoado àqueles que me ofendem?	1	2	3	4
Sei que Deus me perdoa	1	2	3	4

4) Práticas religiosas particulares:

	Mais de uma vez ao dia	Uma vez ao dia	Algumas vezes por semana	Uma vez por semana	Algumas vezes no mês	Uma vez no mês	Menos de uma vez no mês	Nunca
Com que frequência você reza (ora) intimamente em lugares que não sejam igreja ou templo religioso?	1	2	3	4	5	6	7	8
De acordo com sua tradição religiosa ou espiritual, com que frequência você medita (intimidade com Deus)?	1	2	3	4	5	6	7	8
Com que frequência você assiste a programas religiosos na TV ou rádio?	1	2	3	4	5	6	7	8
Com que frequência você lê a bíblia ou outra literatura religiosa (livros, jornais, revistas e folhetos)?	1	2	3	4	5	6	7	8

	Em todas as refeições	Uma vez ao dia	No mínimo uma vez por semana	Apenas em ocasiões especiais	Nunca
Com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes ou após as refeições em sua casa?	1	2	3	4	5

5) Superação Religiosa e Espiritual:

Pense a respeito do que você entende e como lida com os principais problemas em sua vida. Com que intensidade você se vê envolvido nessas maneiras de enfrentá-los?

	Muito	Bastante	Um pouco	Nada
Penso que minha vida faz parte de uma força espiritual maior.	1	2	3	4
Trabalho em união com Deus.	1	2	3	4
Vejo Deus como força, suporte e guia.	1	2	3	4
Sinto que Deus me castiga por meus pecados ou falta de espiritualidade.	1	2	3	4
Eu me pergunto se Deus me abandonou.	1	2	3	4
Tento entender o problema e resolvê-lo sem confiar em Deus.	1	2	3	4

	Muito envolvida	Pouco envolvida	Não muito envolvida	Nem um pouco envolvida
O quanto sua religião está envolvida (interessada) na compreensão e na maneira de lidar com situações estressantes (difíceis)?	1	2	3	4

6) Suporte religioso

- Essas questões são destinadas a verificar o quanto de ajuda as pessoas de sua comunidade religiosa iriam lhe proporcionar, caso você precisasse no futuro.

	Muitas	Algumas	Poucas	Nenhuma
Se você estivesse doente, quantas pessoas de sua comunidade religiosa o(a) ajudariam?	1	2	3	4
Quanto conforto as pessoas de sua comunidade religiosa lhe dariam se você estivesse em uma situação difícil?	1	2	3	4

- Às vezes o contato que temos com os outros nem sempre é agradável.

	Frequentemente	Muitas vezes	De vez em quando	Nunca
Com que frequência as pessoas de sua comunidade religiosa procuram por você?	1	2	3	4
Com que frequência as pessoas de sua comunidade religiosa criticam você e as coisas que faz?	1	2	3	4

7) História religiosa/ espiritual:

Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida?

() Não () Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu?

_____ anos

Você já teve alguma recompensa com a sua fé?

() Não () Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu?

_____ anos

Você já teve alguma perda significativa da sua fé?

() Não () Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu?

_____ anos

8) Comprometimento

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Eu tento levar fortemente minhas crenças religiosas ao longo de minha vida.	1	2	3	4

	Contribuição semanal	Contribuição mensal	Contribuição anual
Durante o ano passado você contribuiu financeiramente para a comunidade religiosa ou para as causas religiosas?			

() Não contribui financeiramente.

Em uma semana, quantas horas você dedica em atividades da sua igreja ou atividades que faz por razões religiosas ou espirituais? Horas

9) Religiosidade Organizacional:

	Mais de uma vez por semana	Toda a semana (semanal)	Uma ou duas vezes por mês	Todo mês (mensal)	Uma ou duas vezes por ano	Nunca
Com que frequência você participa de serviços religiosos (rituais, missas, cultos, celebrações)?	1	2	3	4	5	6
Além dos serviços religiosos, com que frequência você faz parte de outras atividades da igreja e templos religiosos?	1	2	3	4	5	6

10) Preferência Religiosa

Qual é sua religião no momento?

Se evangélico, qual a denominação religiosa?

11) Autoavaliação Global:

	Muito religiosa	Moderadamente religiosa	Pouco religiosa	Nem um pouco religiosa
Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa	1	2	3	4

	Muito espiritualizada	Moderadamente espiritualizada	Pouco espiritualizada	Nem um pouco espiritualizada
Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?	1	2	3	4

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26148813.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 493.211

Data da Relatoria: 18/12/2013

Apresentação do Projeto:

pertinente

Objetivo da Pesquisa:

coerente com a justificativa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

pertinente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

projeto relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

pertinente

Recomendações:

o projeto atende aos princípios éticos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

recomendo aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM
Bairro: 2º andar - Sala H **CEP:** 38.025-180
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5854 **Fax:** (34)3318-5854 **E-mail:** cep@pesqpg.ufm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 493.211

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

aprovado

UBERABA, 13 de Dezembro de 2013

Assinado por:

ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP da UFTM

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM
Bairro: 2º andar - Sala H **CEP:** 38.025-180
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5854 **Fax:** (34)3318-5854 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br