



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde

Amanda Ribeiro Gonçalves

Espiritualidade e saúde: percepção dos idosos em situação de hospitalização e inseridos em centro de convivência

Uberaba
2021

Amanda Ribeiro Gonçalves

Espiritualidade e saúde: percepção dos idosos em situação de hospitalização e inseridos em centro de convivência

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

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e idoso.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues.

Uberaba

2021

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

G624e Gonçalves, Amanda Ribeiro
 Espiritualidade e saúde: percepção dos idosos em situação de
 hospitalização e inseridos em centro de convivência / Amanda
 Ribeiro Gonçalves. -- 2021.
 91 f. : il., tab.

 Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
 Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2021
 Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

 1. Idosos – saúde e higiene. 2. Espiritualidade. 3. Centros de
 Convivência para Idosos. 4. Idoso hospitalizado. I. Rodrigues, Leiner
 Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

Amanda Franzão R. Silva
CRB-6/3461

Amanda Ribeiro Gonçalves

Espiritualidade e saúde: percepção dos idosos em situação de hospitalização e inseridos em centro de convivência

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

Uberaba, 05 de Janeiro de 2021.

Banca Examinadora:

Profª Drª Leiner Resende Rodrigues – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profª Drª Suzel Regina Ribeiro Chavaglia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profª Drª Marciana Fernandes Moll
Universidade de Uberaba

Uberaba

2021

Dedico este trabalho à minha família que me apoiou desde o início e acreditou no meu potencial. Aos participantes da pesquisa (idosos), que dividiram seus sentimentos e emoções sem hesitação, tornando possível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

“Não há no mundo exagero mais belo do que a gratidão”.

(Jean de La Bruyère)

À **Deus**, por ter me proporcionado forças e me conduzido em seu caminho de luz, por sempre me levantar e me manter firme em meus propósitos. Por ter colocado em meu trajeto pessoas especiais que me auxiliaram nessa jornada. A Ti Senhor, sou extremamente grata.

Aos **meus amados pais**, que desde o começo estiveram dispostos a me apoiar e guiar nesse caminho de luta até meu sonho, que me aconselharam e permaneceram firmes quando eu mais precisei. A minha **irmãzinha**, que sempre me auxiliou e me trouxe alívio durante essa jornada. A maior benção que me foi concedida, foi minha família, por eles agradeço sempre, pois sem essa dádiva não teria chegado até aqui. À vocês a minha admiração por tamanha capacidade de serem alicerce. Não sei o que seria da minha existência sem a presença de cada um de vocês!

Ao meu **esposo**, pelo auxílio no desenvolvimento do trabalho.

À minha orientadora, **Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues**, pelo incentivo, pela oportunidade e pelo apoio, e por compartilhar comigo seus conhecimentos e experiências no processo da pesquisa.

Aos **idosos**, pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

Aos **alunos de graduação**, pela colaboração no decorrer da pesquisa e pela oportunidade de exercer a arte de ensinar e instruir.

À **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, por me acolher e por proporcionar a oportunidade de estudo e a concretização de mais este sonho.

À todos os **professores** do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por auxiliar no engajamento dos estudos.

Aos **colaboradores** da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

À todos que de algum modo contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

À todos vocês, Gratidão!

*“Quando todos os meus medos já não cabem mais em mim
Quando o céu está de bronze e parece que é o fim
Quando o vento está revolto e o mar não quer se acalmar
Quando as horas do relógio se demoram a passar
Muitas vezes não consigo os teus planos compreender
Mas prefiro confiar sem entender
Eu creio em ti
Eu creio em ti
Eu olho pra ti
E espero em ti
Quando você sente medo, do teu lado eu estou
E é bom que você saiba que eu sinto a tua dor
Nunca, nunca se esqueça que o mar posso acalmar
E que eu sei o tempo certo da vitória te entregar
Este tempo é necessário pra te amadurecer
E depois tem novidade pra você
Eu cuido de ti[...]”*

(Cláudia Magda de Lima Oliveira
Canção e Louvor – Cuido de Ti)

GONÇALVES, A.R. **Espiritualidade e saúde: percepção dos idosos em situação de hospitalização e inseridos em centro de convivência**. 2021. 91 p. Dissertação (Mestrado). Uberaba/MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2021.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade atual nos diferentes países. Com isso, o aumento da população idosa tornou-se tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos. As situações vivenciadas no contexto hospitalar e em grupos de convivência podem produzir nos idosos, alterações físicas e mentais em diferentes níveis. Infere-se que a hospitalização pode trazer a vivência do sofrimento na dimensão biopsicossocial e espiritual podendo ser um gatilho para a aproximação e reflexão sobre a finitude e a importância da crença e esperança. Nesta vertente a participação em grupos de convivência favorece o desenvolvimento de sentimentos de pertencimento e os programas da terceira idade parecem contribuir para o status cognitivo e para a satisfação com a vida dos participantes. Dessa forma, este estudo objetivou descrever a percepção sobre espiritualidade e sua influência na saúde em idosos inseridos em um centro de convivência e em situação de hospitalização. Trata-se de um estudo qualitativo/quantitativo, de corte transversal. O estudo foi realizado em um Hospital de Clínicas do interior de Minas Gerais e em uma Unidade de Atenção ao Idoso (UAI). A população foi composta por idosos com 60 anos ou mais de ambos os sexos. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de quatro instrumentos: dados sociodemográficos; Mini Exame de Estado Mental (MEEM); entrevista Semiestruturada e Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro. Para os dados qualitativos foi realizada análise através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e os dados quantitativos foram analisados pelo aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0, para processamento e análise estatística descritiva das variáveis nas quais estão apresentadas através de frequência absoluta e relativa. Participaram do estudo 261 idosos, dos quais 87 (33,33%) estavam inseridos na Unidade de Convivência e 174 (66,67%) hospitalizados, dos quais 59 estavam internados na Clínica médica e 115 na Clínica cirúrgica. A amostra foi composta por 112 (42,91%) mulheres e 149 (57,09%) homens. Do total de idosos houve a prevalência da faixa etária entre 60-69 anos 126 (48,27%), casados 124 (47,50%), possuem religião 225 (86,20%), renda de 1 salário mínimo 126 (48,27%), escolaridade 1 | 4 anos 106 (40,61%). Em relação aos dados qualitativos observou-se as ideias centrais e foram estabelecidas as categorias de análise: contemplação; desconhecimento; religiosidade como caminho para espiritualidade; espiritualidade como religião; fé/crença como apoio as necessidades de saúde; espiritualidade como fator não influenciador como da saúde e espiritualidade como subsídio para saúde. Em relação aos dados quantitativos 229 (87,73%) não apresentaram declínio cognitivo, houve maior prevalência do domínio crença entre os idosos em centro de convivência, quantos aos idosos em situação de hospitalização houve prevalência do domínio crença esperança/otimismo. Percebe-se pelos recortes dos discursos que os idosos mesmo não conseguindo estabelecer uma conceituação para espiritualidade, expressam a valorização da busca pelo sagrado, possibilitando a (re)construção do relacionamento consigo mesmo, com o outro e com Deus. A devoção, meditação e oração propiciam um ambiente de energias positivas nas quais podem servir como estimuladores para o manejo e enfrentamento das doenças.

Descritores: Idoso; Espiritualidade; Hospitalização; Centros de convivência e lazer; Saúde.

GONÇALVES, A.R. **Spirituality and health: the perception of hospitalized elders inserted in a Social Center.** 2021. 91 p. Dissertation (Master's Degree). Uberaba/MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2021.

ABSTRACT

Populational aging is a reality throughout many countries. Therefore, the increase in the elder population became a theme of debate between researchers, social managers, and politicians. The situations experienced in the context of hospitals and social groups can produce, in the elders, physical and mental changes in different levels. It can be inferred that hospitalization leads them experience suffering in the biopsychosocial and spiritual dimension and can trigger the approximation and reflection about finitude, as well as the importance of belief and hope. From this perspective, participating in social groups favors the development of feelings of belonging, and third age programs seem to contribute for the cognitive status and for participant's satisfaction with their lives. The objective of this study was to describe the perception of hospitalized elders inserted in social centers about spirituality and its influence in their health. This is a cross-sectional qualitative/quantitative study. The study was carried out in a General Hospital on inland Minas Gerais, in an Elder Attention Unit (UAI). The population was made up by 60-year-old or older elders, from both sexes. Data collection was carried out through the application of four instruments: sociodemographic data; Mini-Mental State Examination (MEEM); semistructured interview and the Spirituality Scale by Pinto and Pais-Ribeiro. For the qualitative data, an analysis, was carried out using the Discourse of the Collective Subject (DCS), while the quantitative data was analyzed using the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 26.0, for the processing and descriptive statistical analysis of the variables presented through absolute and relative frequencies. The study included 261 elders, 87 (33.33%) of which were inserted in the Social Unit and 174 (66.67%) who were hospitalized, 59 in the medical clinic and 115 in the surgical clinic. The sample was made up by 112 (42.91%) women and 149 (57.09%) men. Most elders were from 60-69 years old (136, 48.27%) married (124, 47.50%), religious (225, 86.20%), had income of 1 minimum wage (126, 48.27%), and educational level of 1 | 4 years 106 (40.61%). Regarding qualitative data, the central ideas were observed to establish categories for analysis: Contemplation; lack of knowledge; religiosity as a path to spirituality; spirituality as religion; faith/belief as a support to health needs; spirituality as a factor that does not influence health; and spirituality as a subsidy for health. Regarding quantitative data, 229 (87.73%) did not show cognitive decline, and the belief domain was more prevalent in elders who were in the Social Centers; with regard to hospitalized elders, the domains belief hope/optimism were prevalent. Excerpts from the discourses show that the elders, despite not being able to conceptualize spirituality, value the search for the sacred, making it possible to (re)build the relations with themselves, the other, and with God. Devotion, meditation, and prayer lead to an environment of positive energy which can stimulate the management and coping with diseases.

Keywords: Older adults; Spirituality; Hospitalization; Center of coexistence; Health.

GONÇALVES, A.R. **Espiritualidad y salud: percepción de ancianos hospitalizados e insertados en un centro de convivencia.** 2021. 91 p. Disertación (Máster). Uberaba/MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2021.

RESUMEN

El envejecimiento de la población es una realidad actual en los diferentes países. Así, el aumento de la población anciana es tema de debate entre investigadores y gestores sociales y políticos. Situaciones vivenciadas en el contexto del hospital y en grupos de convivencia pueden producir en los ancianos cambios físicos y mentales en diferentes niveles. Así, la hospitalización puede llevar al sufrimiento en las dimensiones biopsicosociales y espirituales, quizá funcionando como gatillo para la proximidad y para reflexiones sobre finitud y la importancia de creer y tener esperanza. De esa manera, la participación en grupos de convivencia favorece el desarrollo de sentimientos de participación y pertenencia, y programas para la tercera edad parecen contribuir para el estado cognitivo y la satisfacción de los participantes con sus vidas. Como resultado, ese estudio objetivó describir la percepción de ancianos hospitalizados e insertados en un centro de convivencia sobre espiritualidad y su influencia en la salud. Es un estudio cualitativo/cuantitativo y trasversal, realizado en un hospital de clínicas en el interior de Minas Gerais, en una Unidad de Atención al Anciano (UAI). La población incluyó ancianos con 60 años o más de los dos sexos. Se colectó a los datos aplicando cuatro instrumentos: datos sociodemográficos; Mini Prueba del Estado Mental (MPEL); una entrevista semiestructurada; y la Escala de Espiritualidad de Pinto y Pais-Ribeiro. Se analizó a los datos cualitativos con la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) y a los cuantitativos con la aplicación *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 26.0, para procesar y analizar con estadística descriptiva las variables presentadas por frecuencia absoluta y relativa. Participaron 261 ancianos, (33.33%) insertados en la Unidad de Convivencia y 174 (66.67%) hospitalizados, 59 en la clínica médica y 115 en la quirúrgica. La muestra incluyó 112 (42.91%) mujeres y 149 (57.09%) hombres. La mayoría de los ancianos estaban entre 60-69 años (126, 48,27%), casados (124, 47,50%), tenían religión (225, 86,20%), renta de un salario mínimo (126, 48,27%), escolaridad de 1 | 4 años (106, 40,61%). Con respecto a los datos cualitativos, se observó las ideas centrales y estableció las categorías de análisis: contemplación; desconocimiento; religiosidad como camino para la espiritualidad; espiritualidad como religión; fe/creencia como apoyo a las necesidades de salud; espiritualidad como factor no influenciador de la salud; y espiritualidad como subsidio para la salud. Considerando los datos cuantitativos, 229 (87.73%) no presentaban declinación cognitiva, el dominio creencia fue más prevalente entre ancianos del centro de convivencia, y el dominio creencia esperanza/optimismo fue más prevalente en los ancianos hospitalizados. Recortes de los discursos muestran que los ancianos, aunque no consigan conceptualizar espiritualidad, expresan una valorización de la búsqueda por el sagrado, tornando posible la (re)construcción del relacionamiento consigo mismos, con el otro, y con Dios. Devoción, meditación y oración ofrecen un ambiente de energías positivas que pueden servir como estímulos para el manejo y enfrentamiento de las enfermedades.

Palabras clave: Anciano; Espiritualidad; Hospitalización; Centros de convivencia y ocio; Salud.

LISTA DE TABELAS

- Tabela - 1** Distribuição dos idosos segundo as variáveis sócio-demográficas e locais de atendimento. Uberaba, Minas Gerais, 2019 43
- Tabela - 2** Distribuição dos idosos em situação de hospitalização, segundo as dimensões da espiritualidade. Uberaba, Minas Gerais. 2019 56
- Tabela - 3** Distribuição dos idosos em centro de convivência, segundo as dimensões da espiritualidade. Uberaba, Minas Gerais. 2019..... 57

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Apresentação das ideias centrais relacionadas a questão norteadora: O que é espiritualidade para o(a) senhor(a)?.....45
- Figura 2.** Apresentação das ideias centrais relacionadas a questão norteadora: O senhor(a) acredita que a espiritualidade influencia na sua saúde?46
- Figura 3.** Apresentação das ideias centrais relacionadas a questão norteadora: O que é espiritualidade para o(a) senhor(a)?47
- Figura 4.** Apresentação das ideias centrais relacionadas a questão norteadora: O senhor(a) acredita que a espiritualidade influencia na sua saúde?48
- Figura 5.** Apresentação das categorias conforme as questões norteadoras.....49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BOMFAC -	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional
DSC -	Discurso do Sujeito Coletivo
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM -	Mini Exame do Estado Mental
OARS -	<i>Older Americans Resources and Services</i>
ONU -	Organização das Nações Unidas
PASS -	<i>Power Analysis and Sample Size PASS</i>
PNADC -	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAISH -	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RS -	Representação Social
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS -	Teoria das Representações Sociais
UAI -	Unidade de Atenção ao Idoso
USP -	Universidade São Paulo
UFTM -	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS CARACTERÍSTICAS.....	16
1.2 ENVELHECIMENTO, SAÚDE E ESPIRITUALIDADE.....	19
2 JUSTIFICATIVA	26
3 PRESSUPOSTO/HIPÓTESE	28
4 OBJETIVOS	30
4.1 GERAL	31
4.2 ESPECÍFICOS	31
5 MÉTODOS	32
5.1 TIPO DE ESTUDO	33
5.2 LOCAL DO ESTUDO	34
5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA	35
5.3.1 CÁLCULO DA AMOSTRA.....	35
5.3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	35
5.3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	35
5.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS	35
5.4.1 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	36
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
6 RESULTADOS	42
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	43
6.2 DADOS QUALITATIVOS.....	44
6.2.1 IDOSOS EM SITUAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO	44
6.2.2 IDOSOS EM CENTRO DE CONVIVÊNCIA	47
6.3 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE	49
6.3.1 CATEGORIAS SEMELHANTES - IDOSOS EM SITUAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO E INSERIDOS EM CENTRO DE CONVIVÊNCIA	50
6.3.1.1 CONTEMPLAÇÃO	50
6.3.1.2 DESCONHECIMENTO.....	51
6.3.1.3 ESPIRITUALIDADE COMO FATOR NÃO INFLUENCIADOR DA SAÚDE ...	52
6.3.1.4 ESPIRITUALIDADE COMO SUBSÍDIO PARA A SAÚDE	52
6.3.2 CATEGORIAS ESPECÍFICAS – IDOSOS HOSPITALIZADOS	54

6.3.2.1 RELIGIOSIDADE COMO CAMINHO PARA ESPIRITUALIDADE	54
6.3.2.2 FÉ/CRENÇA COMO APOIO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE	54
6.3.3 CATEGORIA ESPECÍFICA – IDOSOS INSERIDOS EM CENTRO DE CONVIVÊNCIA.....	55
6.3.3.1 ESPIRITUALIDADE COMO RELIGIÃO.....	55
6.4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	55
7 DISCUSSÃO	58
8 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS.....	70
ANEXO A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	82
ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	84
ANEXO C - ESCALA DE ESPIRITUALIDADE.....	87
ANEXO D – PARECER	88
ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	90
APENDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	91

INTRODUÇÃO

“Descobrimos nossa espiritualidade quando despertamos para a finitude da vida.”

(Augusto Cury)

1 INTRODUÇÃO

No capítulo em questão, apresentado em dois tópicos, serão abordados os temas envelhecimento populacional e suas características, considerando os aspectos da transição demográfica, bem como as consequências desse processo para o idoso; e a saúde e espiritualidade em idosos, incluindo as questões que influenciam e repercutem na vida do idoso.

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS CARACTERÍSTICAS

O envelhecimento populacional é uma realidade atual nos diferentes países. Com isso, a Organização das Nações Unidas (ONU) considerou o período entre 2000 a 2050 a “Era do Envelhecimento”, onde ocorrerá o aumento da população idosa, passando de 11% para 22%, sendo que a mudança demográfica será mais rápida em países de baixa e média renda (Organização Mundial da SAÚDE, 2015).

Segundo Meneses et al. (2013) de forma rápida, a expectativa de vida da população vem crescendo devido à melhoria das condições de vida. Este fenômeno demanda organização de políticas públicas, na medida em que traz implicações econômicas, previdenciárias, sociais e assistenciais. Com isso, o aumento da população idosa tornou-se tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países.

De acordo com a última pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, a tendência de envelhecimento da população evidenciou-se mais uma vez. Ao longo dos últimos 50 anos, a população brasileira quase triplicou, passando de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões em 2010. O crescimento do número de idosos, no entanto, foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Em 2000, 14,5 milhões, ou 8,5% dos brasileiros, estavam nessa faixa etária. Na última década, o salto foi grande, e em 2010 a representação passou para 10,8% da população, ou seja, 20,5 milhões de idosos (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Esta transformação demográfica aponta para a necessidade de implantação de novos programas de assistência ao idoso, a fim de possibilitar a manutenção da

qualidade de vida dessa parcela populacional, além de proporcionar um envelhecimento ativo (MIRANDA et al., 2016).

A fim de atender à demanda desta faixa etária, no Brasil, foi aprovada Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que estabelece a Política Nacional do Idoso. Tal portaria tem como objetivo assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (BRASIL, 2006). Porém, para que ocorra de forma eficiente, a política, os profissionais e pesquisadores enfrentam adversidades em cuidar e em manter a autonomia da população idosa (RIBEIRO, 2015).

De acordo com Silva et al. (2014), o envelhecimento é uma etapa natural acompanhada de alterações físicas, psicológicas e sociais, e a manutenção da homeostase configura-se como uma demanda complexa para o idoso. Nesse processo de suscetibilidade e vulnerabilidade torna-se comum a utilização de espaços de atenção à saúde e em específico a hospitalização, momento no qual o idoso tem um maior comprometimento da sua funcionalidade, acrescido da privação de suas funções sociais, de afeto e familiar, contribuindo assim para a alteração do seu estado emocional (SANTOS; SOUZA, 2013; MAXWELL, 2013).

Por conseguinte, é comum o idoso apresentar conflitos internos manifestados na forma de ansiedade, insegurança, medo, sentimentos de solidão e desamparo, sendo estes, fatores importantes que o levam a uma maior vulnerabilidade emocional (SILVA et al., 2014). Assim, a hospitalização para o idoso pode trazer repercussões como redução na autonomia, independência e funcionalidade (FRANCHI, 2013; CARVALHO et al., 2018).

A perda progressiva da autonomia, a dependência e o déficit cognitivo resultam em uma necessidade de cuidados que podem contribuir para a perda de papéis na sociedade e também na ausência das relações sociais, reduzindo a qualidade de vida (FERREIRA; TAVARES, 2013).

Diante desta realidade, o processo do envelhecimento de modo geral envolve os reflexos biopsicossociais e suas modificações, tornando importante compreender que o envelhecimento saudável deve ser observado como uma repercussão da subjetividade da pessoa idosa, ampliando dessa forma o olhar desse processo natural (ROCHA, 2018).

Destaca-se que a pessoa idosa está em um processo de desenvolvimento e adaptações sendo confrontado por diversas demandas biopsicossociais, pois o ato

de envelhecer é permeado de mudanças. Visto essas questões, torna-se necessário a percepção e a identificação das maneiras de equilíbrio, que cada indivíduo recorre/utiliza para lidar com as modificações/perdas relacionadas ao envelhecimento, pois estas poderão influir de forma significativa na qualidade de vida e no bem estar psicológico do idoso (ROCHA, 2018).

As condições de saúde dos idosos apresentam particularidades, como, maior percentual de doenças crônicas e fragilidades, utilização de medicamentos, maior custo e menores recursos financeiros e sociais. Mesmo um indivíduo envelhecendo sem a presença de morbidades, a perda funcional ainda é garantida, embora que em pequena quantidade mas ela é inevitável. Dessa forma, os cuidados que são voltados para essa faixa etária necessitam ser estruturados de maneira diferenciada do restante da população (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Atualmente, com o aumento significativo da expectativa de vida, o cenário centrado apenas na doença vem se modificando, considerando a multifatorialidade que permeiam a saúde de um indivíduo e conseqüentemente de uma sociedade. Por isso, valores estão sendo agregados nas ações que envolvem os aspectos biopsicossocial e espiritual, como relatam Pinto e Pais-Ribeiro (2007), nos últimos tempos a um crescente interesse por parte dos pesquisadores em compreender a conexão entre a mente e o corpo, algo que de forma intrínseca acaba repercutindo na mudança dos paradigmas com os cuidados voltados a saúde.

Pinto e Pais-Ribeiro (2007) inferem que a espiritualidade é uma dimensão relevante a ser considerada no ser humano, fazendo complementação das dimensões intelectual, biológica, emocional e social constituindo assim as determinantes da sua singularidade como pessoa. Ainda neste contexto, Pinto e Pais-Ribeiro referem que essas dimensões devem estar vinculadas ao atendimento dos profissionais de saúde em relação ao contexto espiritual durante o período de enfermidade, onde os mesmos não estão preparados para dar suporte neste aspecto da existência humana.

De acordo com os autores Veras e Oliveira (2018), para que uma atenção voltada à saúde caminhe na direção da eficiência, o modelo de ação deve incluir todos os níveis de cuidado, ou seja, deve seguir um fluxo elaborado que engloba a promoção da saúde, ações educativas em saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Essas atividades devem ter início desde a captação e acolhimento do idoso até os momentos finais de sua vida.

Considerando a importância da ação do profissional de saúde no suporte existencial dos clientes, torna-se relevante o investimento na capacitação das equipes de atendimento à saúde, proporcionando subsídios para que estes possam compreender como as crenças de seus clientes interferem no seu processo saúde/doença, para então a partir deste ponto oferecer assistência ao cliente em suas especificidades estabelecendo interação, vínculo e escuta acolhedora, pautadas na esperança baseada na realidade, favorecendo o conforto psicológico (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

1.2 ENVELHECIMENTO, SAÚDE E ESPIRITUALIDADE

O processo de envelhecimento populacional constitui-se como um marco relevante na transição demográfica e, embora o aumento da expectativa de vida signifique um fato concreto, ainda assim, é considerado como um desafio da atualidade. Esse repentino aumento da população idosa interfere no fornecimento de serviços de saúde pública que subsidie de forma eficaz as alterações causadas pelo envelhecimento (BARBOSA; FERNANDES, 2020).

Esse aumento crescente e veloz da população idosa incita ajustes cada vez mais urgentes de ações e serviços voltados às necessidades dessa faixa etária. Para que tais condutas sejam providenciadas, faz-se necessário, a obtenção de conhecimento sobre essa população e suas características, abordando não apenas o fisiológico, mas englobando todas as dimensões sobre os aspectos sociais e psicológicos, não deixando de incluir as questões culturais e econômicas para obtenção da assistência pautada na integralidade de cada indivíduo (BARBOSA et al., 2017; SANTOS et al., 2018).

Considerando essas premissas, entende-se que a utilização de abordagens completamente biológicas não contemplam todas as necessidades reais desse grupo etário. Dessa forma, tornam-se importantes novos modelos que direcionem a prática em relação à saúde do idoso com compreensão nas peculiaridades que envolvem o processo de envelhecimento (BARBOSA et al., 2017; SANTOS et al., 2018).

Sendo compreendido como uma experiência heterogênea, o processo de envelhecimento irá depender de como o indivíduo organiza sua vida mediante as circunstâncias em que é submetido. Embora existam várias características diferentes

entre uma pessoa e outra, pode-se considerar três domínios gerais que distinguem esse processo para todos os indivíduos que se encontram nessa etapa da vida, sendo: aumento de déficits físicos; pressões e perdas sociais; e perspectiva iminente de finitude (BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006; BELEZA; SOARES, 2019).

O envelhecimento fisiológico é linear e não obrigatoriamente igual em todos os sistemas do corpo humano; cada um inicia seu envelhecimento a um dado momento e perde a sua função (ou demonstra a sua perda de função) em seu próprio ritmo (NORDON et al., 2009).

Estudos apresentam o envelhecimento como alterações orgânicas que refletem na diminuição da capacidade de manutenção homeostática do corpo, afetando diferentes dimensões no organismo, como: memória, déficit cognitivo e funções executivas (PAULO; YASSUDA, 2010; BERTOLUCCI; MINETTI, 2007).

Dessa forma, o declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências (CANINEU, 2003). O envelhecimento cerebral, por sua vez, também apresenta todo um ritmo especial; quanto mais do seu cérebro estiver em atividades intelectuais mais tempo ele demorará em perder suas conexões e, conseqüentemente, apresentar uma perda sintomática, tendo em vista sua excepcional capacidade plástica. Inevitavelmente, contudo, o envelhecimento ocorre (RIBEIRO, 2006).

Para Capra, Steindl-Rast e Matus (1998), a percepção do real vai além do fato de pensar. Dessa forma, o ato cognitivo engloba o ser por completo, considerando suas várias dimensões. O cognitivo abarca desde o pensamento, incluindo a linguagem e considera todas as outras características contidas na consciência humana.

Considerando os diversos fatores que podem influenciar na manutenção da capacidade cognitiva, torna-se relevante compreender que a mudança de ambiente acarreta, na maioria das vezes, um pior desempenho por parte dos idosos nas habilidades físicas e psicológicas, pois a maioria dos locais destinados a esse tipo de população não possuem suporte necessário para proporcionar uma atenção integral (ROSA et al., 2018), seja por iniciativas públicas ou privadas, além de uma rede de apoio que contribua para o seu melhor desenvolvimento (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Destacam-se os déficits cognitivos comumente observados como naturais no envelhecimento: esquecimento de fatos recentes, dificuldades de cálculo, alterações de atenção. Geralmente, a perda só é observada se o idoso requer mais de sua memória que o comum; pessoas com uma rotina estabelecida, sem necessidade de muita atividade intelectual, só perceberá quando a perda for mais pronunciada, o que pode atrasar o diagnóstico de algo mais grave, podendo aumentar a predisposição para o aparecimento de doenças neurodegenerativas (PAULO; YASSUDA, 2010; BERTOLUCCI; MINETTI, 2007).

Dessa forma, para conseguir executar as ações fundamentais para proporcionar um envelhecimento saudável e com qualidade de vida significativos, é necessário revisar o cuidado à pessoa idosa, mantendo sempre o foco nessa população e suas peculiaridades. Tais ações irão resultar em benefícios não apenas para os idosos, mas também irá refletir na qualidade e sustentabilidade para o sistema de saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Neste sentido destaca-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006), que tem como objetivo a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, de modo a direcionar medidas coletivas e individuais de saúde, em conjunto com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Dentre os princípios, a promoção à saúde do idoso inclui o estímulo às ações intersetoriais e à participação e fortalecimento do controle social, de modo a atingir uma atenção integrada à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Nesta vertente, a participação em grupos de convivência favorece o desenvolvimento de sentimentos de pertencimento e os programas da terceira idade parecem contribuir para o status cognitivo e para a satisfação com a vida dos participantes. Tal participação tem o potencial para atender aos idosos que apreciam as atividades e adotam estilo de vida saudável e ativo, como também para os idosos que vivenciam sinais e sintomas indicativos de depressão, ansiedade ou acometimentos à saúde mental e física (WICHMANN et al., 2013).

Ressalta-se o suporte multidimensional que se encontra nas unidades de convivência, através do cuidado com a saúde do sujeito para além da dicotomia de saúde-doença, contribui para a ressignificação da velhice. Posto isso, fica evidente a importância de se considerar o sujeito dentro de sua totalidade, de modo a

compreendê-lo para além da sintomatologia orgânica, possibilitando desenvolver ações integralizadoras (TEIXEIRA; NERI, 2008; WICHMANN et al., 2013).

Devido ao crescente interesse científico em explorar as implicações da religião e da espiritualidade em contextos de saúde física e mental, observou-se que os achados não são unívocos. Contudo, evidências apontam que a religiosidade e a espiritualidade tendem a contribuir para o bem-estar pessoal, além de reduzir os níveis de depressão, angústia, morbidade e mortalidade (DUARTE et al., 2008; ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Considerando o aumento da expectativa de vida entre idosos e estudos sobre o bem-estar na velhice, pesquisas têm sido desenvolvidas dentro dessa temática apontando para a importância da religiosidade e da espiritualidade como uma alternativa de enfrentamento frente a eventos estressantes, temas que, até então eram negligenciados pela ciência e gerontologia (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2013; SILVA et al., 2014; MELO et al., 2015).

Assim, especialmente na velhice, o idoso reflete sobre sua própria existência e percebe que, apesar de ter alcançado seus objetivos, sofreu perdas, tais como a aposentadoria, morte de entes queridos, limitações físicas, doenças, entre outras. Nessa perspectiva a religião e espiritualidade ocupam lugar de destaque, já que o envelhecimento traz consigo questões existenciais (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2013; SILVA et al., 2014; MELO et al., 2015).

Em uma pesquisa exploratória descritiva, originada de um Projeto Integrado e realizada em uma instituição de longa permanência, foi observado que todos os idosos participantes da pesquisa possuíam religião e conferiam a ela considerável importância para suas vidas, o que sugeriu que a carga cultural e tradicionalista passada de geração para geração fez com que a religião fosse tão marcante na vida desses idosos. Vivenciar a espiritualidade/religiosidade, para os idosos, foi revelado como uma considerável estratégia para o bem-estar mediante situações variadas no decorrer da vida (SCORTEGAGN; PICHLER; FÁCCIO, 2018).

Considerando o contexto histórico, estudiosos analisaram a relação entre a religião e a psiquiatria e retrataram que existe um grande conflito entre elas, mas apesar dessa situação conflituosa, também verificaram que o envolver-se com a religião exprime uma positiva associação do bem-estar psicológico, índices mais baixo de depressão, menores ações e pensamentos suicidas e um menor uso de álcool e outras drogas. Assinalaram que a prática religiosa e espiritualidade estão

associadas a uma melhora da saúde mental, com a apresentação de índices reduzidos de ansiedade, depressão e suicídio e saúde física, na elevação da expectativa de vida e melhores situações cardiovasculares (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

No campo da religiosidade e espiritualidade, as pesquisas vão se dividindo em campos distintos a fim de agregarem cada vez mais conhecimento sobre essa temática, principalmente quando se trata do quesito saúde. Uma dessas subdivisões é a qualidade de vida, onde pesquisadores verificaram que além da associação com a saúde mental a religião e espiritualidade também possuem associação com a qualidade de vida e bem-estar, onde apontam que foi encontrada uma relação moderada entre essas facetas (SAWATZKY; RATNER; CHIU, 2005).

Segundo Thiengo et al. (2019), a utilização da religiosidade e espiritualidade atuam de maneira frequente como estratégias de enfrentamento mediante as consequências negativas da vida. Ambas atribuem significado relacionado ao processo de adoecimento, sendo em sua maioria, as únicas fontes de apoio para alcançar a compreensão das dificuldades relacionadas à enfermidade e como uma ferramenta no manejo do estresse.

É comum que os termos 'religião' e 'espiritualidade' apareçam sempre juntos, porém cada um deles possui uma definição específica, tornando-os dessa forma distintos um do outro. A religião é definida como um sistema disposto de crenças, rituais, símbolos e práticas que geram uma proximidade com o sagrado e o transcender, enquanto que a espiritualidade remete a uma procura pessoal por respostas possíveis de compreensão em relação aos aspectos existenciais e do significado da vida, sobre a significação da relação entre o transcender e do sagrado podendo ou não estar vinculado com práticas e desenvolvimentos de rituais religiosos e da constituição de uma comunidade religiosa. Logo, pessoas podem ter crenças individuais sem se voltar a um deus ou a crenças e atividades específicas dentro de uma religião já padronizada (KOENIG; LARSON; LARSON, 2001; SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2013).

Leite e Seminott (2013) ressaltam a relevância da espiritualidade no contexto da saúde, em específico o suporte à saúde mental, tendo a interação das práxis clínicas com a espiritualidade, fornecendo subsídios para desenvolvimento de modelo preventivo de assistência. Através do uso da espiritualidade, religiosidade ou ambas, as pessoas podem associar positivamente as dimensões do bem estar físico

e mental, expressando assim uma sensação de amparo frente às adversidades (VALCANTI et al., 2012; LUCCHESI; KOENIG, 2013).

A dimensão espiritual, dentro dos estudos da ciência, vem chamando cada vez mais atenção e tornando-se necessária às práticas de assistência à saúde. Thiengo et al. (2019) referem que diversos estudos estão sendo desenvolvidos dentro dessa área da espiritualidade relacionado ao enfrentamento de doenças, promoção e reabilitação dos parâmetros de saúde, instiga o interesse dos pesquisadores em tentar entender as estruturas e mecanismos fisiológicos que pautem a relação entre essas vertentes: religiosidade, espiritualidade no cuidada com a saúde.

Santos e Abdala (2014), defendem que a necessidade espiritual se apresenta mais aguçada no idoso devido às características de sua existência, sendo a velhice considerada a última etapa da vida. Dessa forma, Lucchetti et al. (2011), afirmam que as necessidades espirituais crescem e adquirem novos significados à medida que se aproxima a finitude de ciclos.

Sommerhalder e Goldstein (2013), afirmam que a espiritualidade pode ser contemplada como sentido existencial na velhice, sendo um dos recursos de enfrentamento para situações adversas, abarcando os aspectos emocionais e motivacionais. A espiritualidade, assim como o envolvimento em religiões organizadas, pode proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que estão associados à maior capacidade do ser humano em responder de forma positiva às demandas encontradas no dia a dia (LAWLER; YOUNGER, 2002).

Embora possua um caráter complexo, a espiritualidade, vem demonstrando uma relevante associação positiva com o bem-estar na população idosa. Torna-se relevante compreender que os caminhos espirituais existentes estão relacionados ao bem-estar e podem ser obtido por diferentes tipos de conexões, considerando sempre as diferenças de cada indivíduo (THAUVOYE, 2017).

Em suma, a espiritualidade constitui-se em torno do bem estar subjetivo, a criatividade e a independência, sendo ela promotora da plenitude, renovação e felicidade, capaz de instituir metas e possibilitando a criação de meios para desempenha-las, atuando também na estratégia de enfrentamento das dificuldades da vida, na expectativa individual, na superação, no saber lidar com perdas, no ato de possuir crença, na capacidade de exercer resiliência e de desempenhar os cuidados pessoais até próximo da morte (SCORTEGAGN; PICHLER; FÁCCIO,

2018).

Mediante o vasto campo da espiritualidade, contando com suas várias dimensões, encontra-se uma grande dificuldade em estudar e definir conceitos entre as relações de doença, saúde, religião, religiosidade e espiritualidade, devido ao fato de serem questões multifatoriais e multidimensionais, podendo não ser aclarados completamente devido as suas ações e conseqüências. Essa combinação entre crença e envolvimento religioso resulta na determinação dos efeitos na saúde de um indivíduo (THIENGO et al., 2019).

JUSTIFICATIVA

“Neste mundo não existe verdade universal. Uma mesma verdade pode apresentar diferentes fisionomias. Tudo depende das decifrações feitas através de nossos prismas intelectuais, filosóficos, culturais e religiosos.”

(Dalai Lama)

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento da população vem adquirindo relevância entre pesquisadores, profissionais de saúde e sistema de atenção à saúde, emergindo a necessidade de ações pautadas nas especificidades dessa faixa etária, sendo importante atentar para a religiosidade e espiritualidade frente à população de idosos, já que são recursos de enfrentamento diante de eventos estressores e possui importância associada a outros âmbitos da longevidade.

As situações vivenciadas no contexto hospitalar e em grupos de convivência podem produzir nos idosos, alterações físicas e mentais em diferentes níveis. Infere-se que a hospitalização pode trazer a vivência do sofrimento na dimensão biopsicossocial e espiritual podendo ser um gatilho para a aproximação e reflexão sobre a finitude e a importância da crença e esperança.

Por outro lado, participar de grupo de convivência sugere o vivenciar de momentos de lazer, descontração, amizade, interação e socialização, tendo na interação o suporte para demandas da vida.

Assim, este trabalho representa uma considerável contribuição para a área de gerontologia, com o propósito de apresentar à comunidade científica a relevância e os efeitos que a religiosidade/espiritualidade tem sobre os diferentes aspectos do envelhecimento, assim como, fornecer incentivo para a elaboração de uma maior variedade de pesquisas acerca do tema, visto que ainda há pouca atenção por parte dos profissionais de saúde em relação aos benefícios que a espiritualidade proporciona aos idosos.

Dessa forma, destaca-se a relevância do interesse dos profissionais de saúde que lidam com o público idoso, na busca por capacitação no intuito de compreender o significado da temática na vida dos idosos.

Considerando a divergência entre um grupo e outro se pergunta: a hospitalização, o estar inserido em um grupo de convivência interferem no nível de espiritualidade do idoso?

PRESSUPOSTO/HIPÓTESE

“Meu apelo por uma revolução espiritual não é um apelo por uma revolução religiosa.”

(Dalai Lama)

3 Pressuposto/Hipótese

Partiu-se do pressuposto que os idosos inseridos no centro de convivência apresentam percepção e escore maior de espiritualidade do que os idosos hospitalizados.

OBJETIVOS

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

(Leonardo da Vinci)

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Descrever a percepção sobre espiritualidade e sua influência na saúde em idosos inseridos em uma unidade de convivência e em situação de hospitalização.

4.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as características dos idosos quanto às variáveis sociodemográficas, capacidade cognitiva e espiritualidade;
- Descrever a percepção dos idosos sobre espiritualidade;
- Descrever a percepção que os idosos tem sobre a influencia da espiritualidade em seu estado de saúde.

MÉTODOS

“A fé sincera é ginástica do espírito. Quem não a exercitar de algum modo, na Terra, preferindo deliberadamente a negação injustificável, encontrar-se-á mais tarde sem movimento.”

(Chico Xavier)

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo/quantitativo, de corte transversal. A abordagem qualitativa permite investigar dados subjetivos e não quantificáveis tais como relações, costumes e opiniões, que representam o produto das interpretações que os indivíduos tecem sobre seu modo de viver, sentir, pensar e edificar a si mesmos (POLIT; BECK, 2011).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p.57).

Segundo Soares (2019), a pesquisa qualitativa é expressa pelo desenvolvimento de conceitos que são emergentes de ideias ou opiniões, fatos e da compreensão interpretativa em relação aos dados encontrados. Para que seja executada com qualidade, esse tipo de pesquisa necessita de rigor, método e ordem para conseguir alcançar o grau de reflexão esperado pelo pesquisador.

A pesquisa qualitativa possui características marcantes que trazem definições para o processo de entendimento indutivo, interpretativo e argumentativo, o que possibilita a esse tipo de abordagem ir além do mensurável, podendo desviar do previsível. O entendimento qualitativo remete a capacidade de analisar fenômenos sociais, buscando em forma de pesquisa interpretativa os significados dos dados coletados de modo a enfatizar mais o processo do que o produto (SOARES, 2019).

Nessa mesma vertente, Soares (2019), exprime que é cabível e esperado que o pesquisador qualitativo apresente uma postura firme, com caráter dinâmico e competência para se expressar dentro de sua pesquisa.

A abordagem quantitativa é focada na objetividade, priorizando apontar numericamente a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de um determinado grupo ou população, ou seja, os resultados do estudo quantitativo podem ser quantificados (PEREIRA, 2016).

O estudo transversal é definido como uma análise epidemiológica na qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico (ROUQUAYROL, 2013).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) no município de Uberaba, Minas Gerais e na Unidade de Atenção ao Idoso (UAI).

O Hospital é referência no atendimento de alta complexidade e atende 27 municípios do triângulo mineiro e ainda recebe pacientes de outras regiões de Minas Gerais e de outros estados.

Possui 17 setores de internações, totalizando 301 leitos ativos, e em anexo quatro ambulatórios (Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de especialidades, Centro de reabilitação e Central de quimioterapia) e Pronto Socorro com 25 leitos. De acordo com dados fornecidos no site do Hospital, em 2011 a média de internações foi de 19.424 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2015).

Em janeiro de 2015 as médias de internações de idosos nas clínicas Médica e Cirúrgica foram de 72 e 79 respectivamente, totalizando 151 idosos hospitalizados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2015).

Referente à Unidade de Atenção ao Idoso, segundo a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, trata-se de uma unidade responsável pelo desenvolvimento do Programa de Apoio Integral à Pessoa Idosa, do Plano Municipal de Assistência Social, bem como pela definição, coordenação, sistematização e aplicação das políticas públicas para a pessoa idosa no município (SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, s/d).

A unidade oferece atividades de cunho social atendendo a população com idade igual ou superior a 55 anos, Comunidade e Órgãos públicos do município de Uberaba/MG; monitoramento às instituições asilares; Semana da Terceira idade; Programa Feliz Idade para Todos; Casas Lares; *Flats*; Centro Dia; Tarde Festiva do Idoso; Grupos de Convivência da terceira idade; Lazer Orientado; Bateria da Terceira idade; Seminário de técnicos e atendimento domiciliar (SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, s/d).

5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Fizeram parte da população idosos com 60 anos ou mais de ambos os sexos, internados nas unidades de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital de Clínicas da UFTM e de idosos matriculados/cadastrados na UAI do município de Uberaba/MG.

5.3.1 CÁLCULO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerado o coeficiente de determinação $R^2=0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com 4 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando em uma amostra mínima.

Para cálculo do tamanho amostral, foi utilizado o aplicativo *Power Analysis and Sample Size (PASS)*, versão 13.

A variável dependente principal considerada foi o escore global de espiritualidade, considerando 20% para eventuais perdas, será dividida proporcionalmente entre idosos hospitalizados e frequentadores da UAI. introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 206$ idosos.

5.3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Idosos hospitalizados na clínica médica e cirúrgica do Hospital de Clínicas da UFTM, e idosos inseridos na UAI, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que estiveram presentes durante o período da coleta.

5.3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Idosos que não estiveram presentes no momento da coleta, com dificuldade de comunicação e que por algum motivo saíram sem ter concluído a entrevista.

5.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de quatro instrumentos. Inicialmente, realizou-se a aplicação de instrumentos para identificação e dados sociodemográficos (ANEXO - A). O Mini Exame de Estado Mental (MEEM), que busca avaliar a capacidade cognitiva dos idosos (ANEXO - B). Para os dados qualitativos aplicou-se uma entrevista Semiestruturada (APÊNDICE - A), utilizando questões norteadoras. Posteriormente, aplicou-se a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, a fim de avaliar a espiritualidade para aplicação em contexto de saúde (ANEXO - C).

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores, que foram treinados em relação à aplicação dos instrumentos bem como a abordagem e conduta ética mediante aos entrevistados. Foram realizados encontros para esclarecimento e discussão de dúvidas que poderiam surgir durante o período de coleta.

5.4.1 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

1) Dados Sociodemográficos – Utilizou-se parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAC). O questionário original foi produzido por *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela *Duke University* em 1978 e foi adaptado no Brasil por Ramos em 1987 (ANEXO - A). Utilizou-se as variáveis: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda individual e religião.

2) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994) – Trata-se de um instrumento que procura determinar o nível cognitivo dos idosos (ANEXO - B). Sua composição é agrupada em sete categorias: orientação para tempo (5 pontos), orientação para localização (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), lembrança das três palavras registradas (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O score do exame varia entre zero e 30 pontos, onde a pontuação igual ou superior a 25 indica que o idoso é considerado normal em relação ao seu domínio cognitivo, enquanto de 21 a 24 pontos é considerada uma perda cognitiva leve, de 10 a 20 pontos uma perda cognitiva moderada e, igual ou abaixo de nove pontos, uma perda cognitiva grave. Contudo, a pontuação pode ser corrigida dependendo do nível de escolaridade e idade.

3) Entrevista semiestruturada – Foram realizadas através de questões norteadoras “O que é espiritualidade para o(a) senhor(a)?”, “O(a) senhor(a) acredita que a sua espiritualidade influencia na sua saúde? Por quê?”. As entrevistas individuais possibilitaram a observação do comportamento, entonação da voz, além de permitir emergir discursos espontâneos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para garantir a adequação do instrumento qualitativo aos objetivos da pesquisa, as questões norteadoras foram apreciadas por dois especialistas na temática e na metodologia qualitativa. Foi disponibilizado via correio eletrônico o roteiro de entrevista e os objetivos da pesquisa. As considerações enviadas pelos especialistas foram acatadas.

Posteriormente, foi realizado o teste-piloto com seis idosos, sendo três de cada local de desenvolvimento da pesquisa.

As entrevistas foram conduzidas por entrevistadores devidamente treinados. Com intuito de preservar a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram gravadas em formato de áudio e posteriormente, transcritas e analisadas. As observações realizadas durante a entrevista foram registradas em formulário próprio identificado por código, a fim de preservar o anonimato. As informações obtidas, bem como os registros em mídia, encontram-se sob-responsabilidade da pesquisadora.

4) Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (CHAVES et al., 2010) - Instrumento auto-aplicável, composto por cinco itens com respostas obtidas em uma escala tipo *Likert*, usando de quatro alternativas que variam entre “não concordo” a “concordo plenamente” (ANEXO - C). Sua avaliação se dá por meio de dois fatores respectivamente, a valorização das crenças espirituais/religiosas na atribuição de sentido à vida; e os itens que correspondem a um sentido positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança e numa redefinição de valores de vida.

Os autores elaboraram as questões de modo que se concentrassem na dimensão espiritual com enfoque na atribuição de sentido / significado da vida, questão: 1 “As minhas crenças espirituais /religiosas dão sentido à minha vida”; questão 2 “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis”. Estudos mostram que os tipos de crenças voltados para a questão espiritual e religiosa proveem estruturas de adaptação a eventos adversos, mesmo que de forma não associada a um ser divino a fé é responsável por esse mecanismo (PANZINI; BANDEIRA, 2007; PERES et al., 2007; PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

As três próximas questões são subjacentes à construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva, questão: 3 “Vejo o futuro com esperança”; questão: 4 “Sinto que a minha vida mudou para melhor” e questão: 5 “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida”. Essas questões remetem que a adversidade traz força no período de provação, resultando dessa forma em um novo sentido para a vida, por meio de estabelecimento de novas prioridades e dando maior subsídio para enfrentamento das futuras situações estressantes.

Corroborando com outros estudos, Pinto e Pais-Ribeiro (2007), mostram que a escala apresenta duas dimensões espirituais, sendo: a dimensão vertical que está relacionada ao transcendente, cuja ligação com a prática religiosa está estreitamente estabelecida; dimensão horizontal que está vinculada ao ‘eu’, os outros e o meio. A escala em questão aborda essas duas dimensões respectivamente: crença e esperança/otimismo, sendo esta última relacionada com a qualidade de vida (MC COUBRIE; DAVIES, 2006).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para os dados qualitativos realizou-se análise através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) elaborada por Lefevre e Lefevre na década de 90, tendo como fundamento teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Segundo LEFEVRE e LEFEVRE (2014), os pesquisadores que utilizarem esse método para analisar sua pesquisa, deverão utilizar técnicas que possibilitem atuar como ‘parceiros’ do discurso da coletividade.

Os DSCs são opiniões individuais que, ao passarem pelo crivo analítico do pesquisador - o que exige o uso das operações de abstração e conceituação-são transformadas em produtos cientificamente tratados, mantendo, porém, as características espontâneas e reconhecíveis como tal, da fala cotidiana. A resultante final de uma pesquisa como o DSC (um painel de depoimentos coletivos) é um constructo, um artefato, uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p.504).

De acordo com Moscovici (1978, p. 41), “as relações sociais que estabelecemos no cotidiano são fruto de representações que são facilmente apreendidas”.

Nessa mesma vertente, Moscovici (2012), expõe sobre o conceito da busca do esclarecimento de fenômenos, tais como: a religião, a ciência, os mitos, o tempo e espaço e suas categorias, abrangendo os conhecimentos intrínsecos à sociedade. Esse conceito advindo da sociologia durkheimiana, era o da Representações Coletivas, onde as concepções estática que as moldavam falavam sobre o homem moldado pelo universo intelectual já preexistente e nenhuma ação poderia ser realizada para modificar os fenômenos sociais que o cercavam.

Com isso, Moscovici (1978), refere que a expressão de representações coletivas fazia referência a uma classe geral de ideias e crenças, percebendo então, que seus pressupostos levantados sobre a renovação e a explicação para os eventos sociais não se encaixavam dentro desse termo, pois, em sua mente os fenômenos sociais necessitavam ser descritos e explicados além de estarem relacionados com a forma particular de compreender e de se comunicar, possuindo então uma maneira de elaborar tanto a realidade como também o senso comum. Mediante a essa situação, e para destacar essas divergências, Moscovici, optou por trocar o termo 'coletivo' para 'sociais'.

A TRS respalda-se, no pressuposto de que a imagem mental é a estrutura da opinião individual, tendo como embasamento um conjunto de informações que descrevem a sociedade, tais como os aspectos econômicos, sociais, culturais e históricos. Dessa forma devem ser averiguados ponderando na história individual relacionada ao contexto sócio – cultural do indivíduo (OSTI; SILVEIRA; BRENELLI, 2013).

Neste contexto, o conceito de Representação Social (RS) aponta para o conhecimento empírico, o saber do senso comum, os conteúdos dessa teoria evidenciam os procedimentos geradores e de funcionalidade socialmente observáveis e nítidos, na qual, denomina uma forma de pensamento social (JODELET, 2001).

O DSC representa a soma de partes isoladas dos depoimentos, de modo a formar um todo coerente e significativo. Consiste em um discurso-síntese escrito na primeira pessoa do singular, reunindo relatos individuais de sentidos semelhantes com intuito de emitir um pensamento coletivo, tal como se fosse uma coletividade falando (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012; FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Possibilitando na apresentação sintética de vários discursos individuais sobre uma mesma questão de pesquisa, permitindo acessar diretamente a representação

social de certo sujeito enquanto pertencente a determinado grupo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). Desta forma, o DSC permite inferir não apenas a presença de um conceito ou ideia, mas seu grau de compartilhamento e de difusão.

O DSC representa uma transformação nas pesquisas qualitativas porque possibilita a identificação das ideias, opiniões, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um assunto, através de método científico que permite sistematizar e sintetizar os pensamentos e as emoções compartilhadas por este grupo (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Os dados foram analisados através do uso do *software* DSCSoft®, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo (USP) em parceria com Sales & Paschoal Informática.

O *software* tem a finalidade de sistematizar e tabular os dados, facilitando sua organização através das ações de cadastro, análise ferramentas e relatórios.

- ✓ Cadastros (permite arquivar os dados e banco de dados relativos a pesquisa);
- ✓ Análises (quadros e processos que permitem realização das tarefas para construção do DSC);
- ✓ Ferramentas (permite exportação e importação de dados e resultados de pesquisa);
- ✓ Relatórios (organizam e permitem a impressão dos principais resultados da pesquisa).

Quanto os dados quantitativos foram digitados em uma planilha eletrônica do Microsoft® Office Excel® em dupla entrada e conferido para reduzir possíveis erros de digitação. Após foram importados para o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 26.0 para processamento e análise estatística descritiva das variáveis nas quais estão apresentadas através de frequência absoluta e relativa.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob número CAE: 92201818.0.0000.5154 (ANEXO - D). Para cada voluntário foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo Resolução 466/12 (ANEXO - E). Neste momento foi esclarecido o objetivo do estudo, bem como a garantia do anonimato e

total liberdade do voluntário em desistir da pesquisa a qualquer momento. Foi entregue uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao participante da pesquisa. Os participantes da pesquisa foram identificados com um código numérico, o que irá garantir a preservação da identidade dos mesmos.

Elucida-se que todas as informações coletadas estão sob o cuidado do pesquisador responsável e deverão retornar de forma compreensível à comunidade. É de responsabilidade do pesquisador, coordenar as atividades de pesquisa tendo o cuidado de cumprir os prazos estabelecidos, divulgar os resultados em eventos científicos, confecção de artigos, e garantir a confidencialidade de qualquer informação obtida mantendo conduta ética.

RESULTADOS

*“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-
reflexão.”*

(Paulo Freire)

6 RESULTADOS

No desenvolvimento deste estudo utilizou-se o método qualitativo/quantitativo, dessa forma, os resultados qualitativos serão apresentados através da descrição dos discursos obtidos através das entrevistas. Quanto aos dados quantitativos serão apresentados em tabelas. Cabe ressaltar que os dados serão apresentados em dois grupos: idosos em situação de hospitalização e idosos inseridos em centros de convivência.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Participaram do estudo 261 idosos, dos quais 87 (33,33%) estavam inseridos na Unidade de Convivência e 174 (66,67%) hospitalizados, dos quais 59 estavam internados na Clínica médica e 115 na Clínica cirúrgica.

As características sociodemográficas dos idosos estudados indicam que a amostra foi composta por 112 (42,91%) mulheres e 149 (57,09%) homens. As características sociodemográficas estão dispostas na Tabela 1.

Tabela - 1 Distribuição dos idosos segundo as variáveis sócio-demográficas Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	f	%
SEXO		
Masculino	149	57,09
Feminino	112	42,91
FAIXA ETÁRIA		
60-69 anos	126	48,27
70-79 anos	103	39,46
80-89 anos	31	11,87
≥ 90 anos	1	0,4
ESTADO CONJUGAL		
Solteiro	31	11,90
Casado	124	47,50
Viúvo(a)	74	28,35

Separado	32	12,26
RELIGIÃO		
Sim	225	86,20
Não	36	13,80
RENDA		
Sem renda	13	5
<1 salário mínimo	8	3,06
1 salário mínimo	126	48,27
1 3 salários mínimos	91	34,86
3 5 salários mínimos	18	6,9
≥ 5 salários mínimos	5	1,91
ESCOLARIDADE (em anos)		
Sem escolaridade	32	12,26
1 4 anos	106	40,61
4 9 anos	73	28
9 14 anos	39	14,94
14 19 anos	10	3,83
≥ 19 anos	1	0,4

Fonte: próprio autor, 2021.

6.2 DADOS QUALITATIVOS

De posse das entrevistas transcritas, foram elencadas as Ideias centrais e expressão chave para elaboração dos DSCs. Com a finalidade de facilitar a compreensão e apresentação dos resultados, as ideias centrais foram organizadas individualmente e estão apresentadas através de nuvens de palavras conforme local de coleta de dados, como exposto abaixo:

6.2.1 IDOSOS EM SITUAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO

Do total de 439 palavras que compuseram as ideias centrais relacionadas a questão sobre o que é espiritualidade, houve destaque para os termos: desconhecimento, religião, Deus, fé, acredito, espiritualidade, tudo e vida, conforme apresentado na figura 1.

6.2.2 IDOSOS EM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Ao analisar as ideias centrais relacionadas aos idosos em centro de convivência, foram observadas similaridades entre a utilização dos termos quando comparado com os idosos em situação de hospitalização, apresentando 546 e 746 palavras respectivamente, com destaque para os termos: reconhecimento, problema e dificuldades.

Figura - 3. Apresentação das ideias centrais relacionadas a questão norteadora: O que é espiritualidade para o(a) senhor(a)?



Fonte: próprio autor, 2021.

Figura - 4 Apresentação das ideias centrais relacionadas a questão norteadora: O senhor(a) acredita que a espiritualidade influencia na sua saúde?

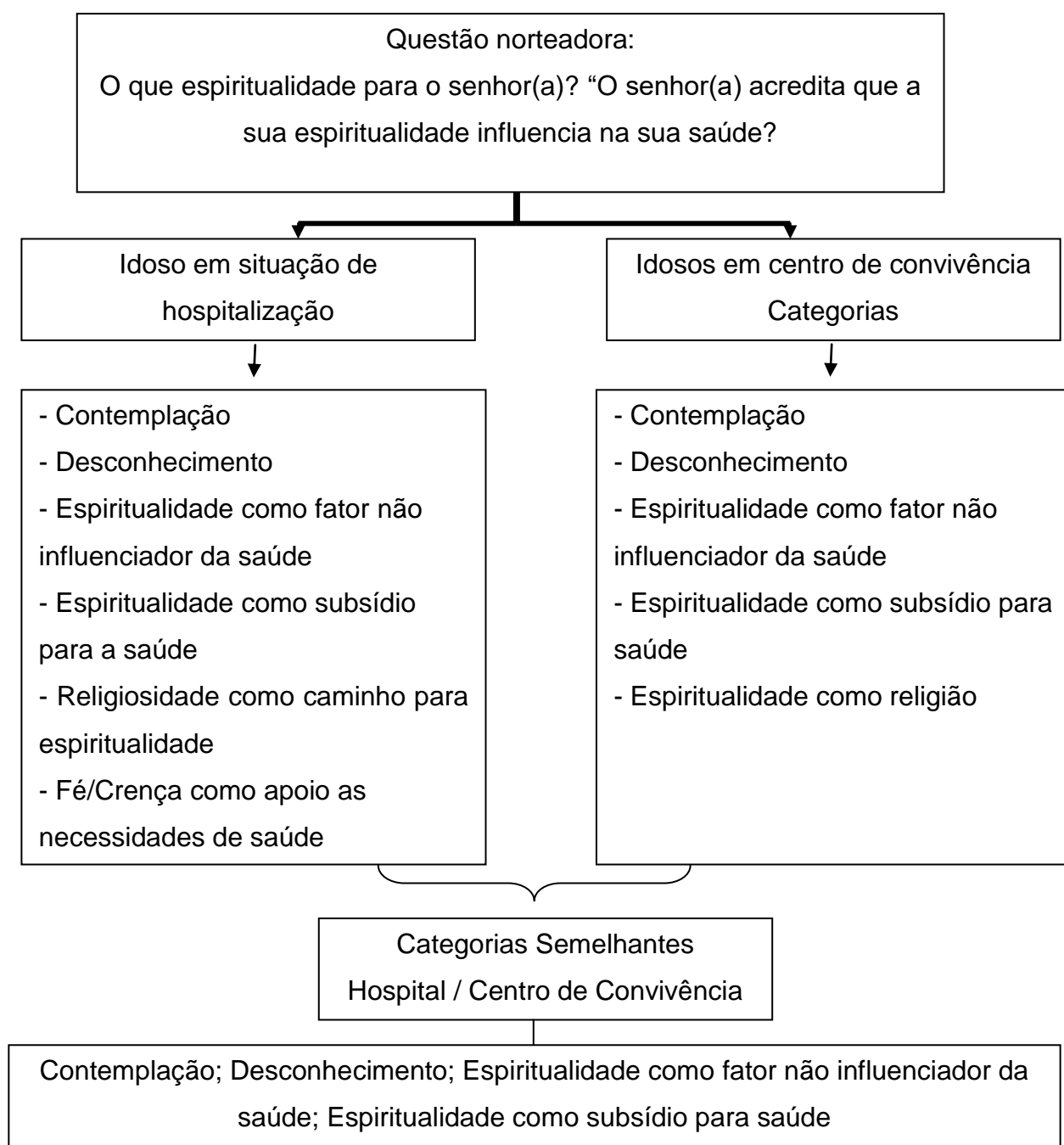


Fonte: próprio autor, 2021.

6.3 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

De posse das ideias centrais foram estabelecidas as categorias de análise, conforme figura 5. As questões foram analisadas conjuntamente, devido a similitude nas respostas.

Figura 5 - Apresentação das categorias conforme as questões norteadoras



6.3.1 CATEGORIAS SEMELHANTES – IDOSOS EM SITUAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO E INSERIDOS EM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

6.3.1.1 CATEGORIA: CONTEMPLAÇÃO

Atrelada a percepção reflexiva, voltada para condutas de amabilidade, generosidade, gratidão, esperança, equilíbrio e força compreendendo a essência do ser humano em convivência com o outro e com o universo, revelando as virtudes relacionadas ao transcender:

A espiritualidade é tudo que você vê, o universo, tudo que existe no planeta, é a vida. Fico encantada com a natureza, com a ciência, é tudo maravilhoso! A espiritualidade é uma maneira de entender o ser humano e sua capacidade para amar, conviver, ser grato, de se relacionar respeitando as pessoas, é a família. É ter a mente firme e com consciência, mas sempre humilde. Está relacionada ao eu da pessoa, seu interior, o que ela pode fazer de bem ao próximo nos momentos de dor e de alegria, é dar a força que nós temos para transmitir ao outro o que temos. É tranquilidade e paz, é ter esperança, é avaliar se está indo bem, sem nunca parar, porque tudo melhora e tudo passa (E89, E91, E94, E95, E98, E104, E105, E108, E110, E112, E120, E133, E143, E152, E166, E176, E181, E182, E196, E199, E212, E214, E216, E221, E223, E226, E229, E230, E232, E234, E236, E242, E244, E250)

Os critérios utilizados para incluir as expressões-chave e ideias centrais nesta categoria foram as respostas nas quais os idosos descrevem a espiritualidade numa perspectiva de força superior capaz de reger o planeta em um processo de constante aprendizado.

É uma força suprema que rege o planeta, é útil pra você segurar as coisas, um meio pra gente ficar melhor por que senão parece que a vida da gente não tem sentido. Na verdade é o que nos rege o que a gente tem e como aprender o que deve fazer, pra gente evoluir. É nossa alma, nosso pensamento (E1, E4, E23, E32, E34, E44, E46, E47, E50, E51, E54, E55, E62, E64, E65, E66, E69, E76, E81, E87)

6.3.1.2 CATEGORIA: DESCONHECIMENTO

Destaca-se que nesta categoria houve maior número de respostas com frases curtas, alguns idosos optaram por não entrar no assunto conforme descrito no DSC abaixo:

Pergunta difícil. Eu não sei explicar o que é isso, não entendo muito. Não sei te responder Ah não sei, eu vou é pular essa (E89, E90, E92, E97, E98, E101, E106, E109, E116, E132, E134, E139, E140, E146, E155, E156, E158, E160, E162, E183, E184, E198, E210, E220, E227, E228, E238, E240, E245, E246, E253)

Por outro lado, alguns idosos expressaram sua percepção sobre espiritualidade pautada na compreensão do tema estando relacionado ao espiritismo, evidenciando no relato a impossibilidade de falar sobre o assunto por ser de outra denominação religiosa:

Deve ser espiritismo, vida além dessa daqui, desencarne e vai para plano espiritual, eu não tenho base para responder isso, não frequento centro espírita, não vem com isso para o meu lado que sou católico, fico paralisado, vamos deixar isso para lá. Porque às vezes pode envolver alguma coisa, compreende? Então acho que isso aí prejudica um pouco. Não acredito nessas coisas, espírito não existe, ou existe? Muitas pessoas acreditam, e outras não (E102, E125, E138, E162, E163, E174, E186, E189, E220, E225, E244, E249, E260)

Destaca-se nesta categoria foi possível verificar a dificuldade para elaborar uma definição para o termo 'espiritualidade', onde os idosos demonstraram surpresa mediante a pergunta:

Como assim? Ah, eu não sei! Sabe, não sei! Não me vem nada na cabeça. Olha, não vou responder isso não. Não quero falar de religião (E2, E7, E8, E10, E12, E16, E17, E18, 20, E22, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E31, E35, E39, E40, E52, E59, E73, E77, E86, E88)

6.3.1.3 CATEGORIA: ESPIRITUALIDADE COMO FATOR NÃO INFLUENCIADOR DA SAÚDE

Nesta categoria foi observado que os idosos não acreditavam na influencia da espiritualidade sobre a saúde. As respostas foram divididas entre falas curtas e objetivas, falas de afirmação da não influencia sem justificativa e falas afirmativas e com justificativas. Apresentando também a dicotomia entre a espiritualidade e aspectos biológicos, aonde o meio para obtenção da saúde vem das nossas ações:

A espiritualidade não influencia de nenhuma espécie, porque a saúde da gente é aquele ditado: a gente colhe o que planta! Porque é assim, a saúde em primeiro lugar, a espiritualidade é uma religião, aí não tem uma coisa a ver com a outra, porque se a vida da pessoa esta ruim não tem nada a ver com nada. Porque o problema que eu tenho é físico, a gente adoece pela idade e nasce predestinado para uma coisa e vai ser aquilo até chegar o dia final (E101, E124, E125, E133, E135, E152, E158, E159, E163, E174, E175, E180, E188, E200, E213, E204, E206, E218, E219, E225, E237, E238, E248, E251)

Nesta categoria destaca-se a compreensão dos idosos na vertente das alterações da saúde relacionada a aspectos fisiológicos. Percebe-se a o uso do termo fé como negativa da convicção:

A saúde às vezes a gente pede ne, muita das vezes nem recebe coisa boa. Eu não tenho muita fé, isso acho que não tem nada a ver com a saúde não. Eu vivo a vida você entendeu? Por que a saúde, eu acho que é o desgaste do corpo, o corpo vai envelhecendo então a gente vai tendo dificuldade (E8, E29, E37, E39, E58, E59)

6.3.1.4 CATEGORIA: ESPIRITUALIDADE COMO SUBSÍDIO PARA A SAÚDE

Agindo como uma base, a espiritualidade é tida como sustentáculo para a saúde, onde a sua ação proporciona melhora e/ou auxilia no enfrentamento das adversidades frente à saúde:

Tenho impressão que sim, porque a gente tem contato com o ar, com a luz, com tudo! Isso é o espírito que vem de Deus pra gente, não cobra nada da gente. Penso que na hora da doença a família reúne, a gente não fica só e tudo o que eu faço é pensar em Deus. Vou tomando os remédios direitinho e procuro sempre agradecer e não pedir. Veja, se você pratica o bem e não usar os pensamentos e sentimentos ruins, a sua atitude influencia o que fala, nas doenças do espírito, da alma. Quando a gente faz isso a gente vive bem, vive satisfeito. Então a espiritualidade me ajuda a equilibrar, não desesperar com problemas de saúde e se tem um probleminha é porque tem que passar por isso, então temos que passar as coisas com alegria. A espiritualidade faz a gente parar e pensar se esta fazendo alguma coisa errada, então você pensa, porque estou fazendo isso, faz mal para minha saúde, faz mal para minha vida espiritual. Se seu físico não está legal, a parte espiritual não vai estar, pode ter certeza disso porque um afeta o outro (E90, E93, E94, E102, E106, E116, E108, E109, E112, E117, E118, E121, E127, E128, E140, E142, E144, E148, E149, E151, E155, E166, E177, E183, E184, E185, E186, E187, E189, E194, E196, E197, E199, E201, E203, E209, E215, E223, E230, E231, E236, E246, E247, E256)

Esta categoria é composta por 50 expressões-chave. Estão relacionadas e agrupadas aos processos existenciais e subjetivos da compreensão sobre espiritualidade como um elo de fortalecimento para vivenciar e crer em uma ajuda divina, tendo para o domínio crença - dimensão vertical da espiritualidade:

É a gente acreditar, néh? Poder acreditar nas coisas que acontecem. Você ter um pensamento positivo, acreditar em Deus e ter um espírito forte, praticar o bem, não fazer mal ao próximo, tem que ter fé, acreditar sem ver. Peço à Deus e ele melhora minhas dores... ai Deus me ajuda, me cura, me melhora. Se você acredita em Deus, conseqüentemente você tá pedindo saúde, então eu quero sarar, eu quero ser forte igual ao senhor. Reclamo, converso, vai, vai... e pela minha fé, melhora, ele protege. Tem que pensar sempre que o dia de amanhã vai ser melhor, néh! Nunca vai piorar, sabe? Faço as minhas orações, se você tá bem com a alma, com o espírito, você tá com saúde. Porque se a gente tá com o estado de espírito tranquilo a saúde não piora, uma boa espiritualidade, uma boa fé em Deus a gente tem mais saúde, estando bem com você, bem com Deus, está bem com as pessoas. (E3, E5, E6, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E16, E19, E21, E23, E25, E27, E29, E30, E36, E38, E40, E41, E42, E43, E44, E46, E48, E49, E50, E53, E56, E57, E58, E65,

E66, E67, E68, E69, E70, E71, E73, E74, E75, E77, E78, E79, E80, E82, E83, E85, E86)

6.3.2 CATEGORIAS ESPECÍFICAS – IDOSOS HOSPITALIZADOS

6.3.2.1 CATEGORIA: RELIGIOSIDADE COMO CAMINHO PARA ESPIRITUALIDADE

Para os idosos deste estudo, a espiritualidade está diretamente relacionada com a prática de valores que os influenciam no modo de pensar e agir participando com ênfase das atividades inerentes as doutrinas das quais pertencem:

Faz parte da religião, quando a pessoa tem sua fé, acredita naquilo esta seguindo e frequentando, na religião eu falo com Deus, olho os mandamentos do Senhor. Ouço a palavra, pode ser de padre ou de pastor e oro pedindo a Deus pra dar força pra gente, pra família! Porque tudo que eu peço pras entidades, pros santos, vamos dizer assim, acabo recebendo! Por que assim, quando a gente está na igreja esquece de tudo que é ruim, não tem coisa melhor! Ai a gente tem uma vida ponderada, muda a mentalidade e vê o outro lado humano da vida, né! (E97, E103, E110, E114, E120, E124, E126, E130, E131, E135, E137, E160, E161, E168, E177, E178, E191, E192, E193, E194, E202, E204, E205, E224, E229, E235)

6.3.2.2 CATEGORIA: FÉ/CRENÇA COMO APOIO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE

Essa categoria apresenta as práticas utilizadas pelos idosos para auxiliar na manutenção de suas necessidades no que se refere à saúde, segundo sua crença. Os idosos referiram a importância de Deus, da fé e oração para proporcionar suporte mediante as situações adversas:

É acreditar no céu, em Deus! Sem ele não somos nada, porque uma pessoa que tem vontade com Deus ama o próximo como a ti mesmo, e então você crê! Acredita no amanhã, no que vai vir, mesmo que você não vê, mas acredita! Se você não tiver fé em Deus, você não tem saúde, porque ele nos ensina muita coisa para refletir. As coisas sempre acontecem por um

objetivo, por exemplo, a doença que a gente tem, ela (a fé), me da força para enfrentar os problemas, me ajudando a viver! Se eu for tomar remédio e não tiver fé, ele não vai me curar. Quando tenho dificuldade, tenho fé, e a fé me ajuda a vencer, porque fé cuida da gente. Porque dei uma boa melhorada, os médicos não acreditam nisso, mas eu tenho certeza, a ciência médica é de Deus. Eu vejo Deus em tudo, nos mínimos detalhes e me sinto completamente diferente (E91, E92, E93, E96, E99, E103, E104, E105, E107, E111, E113, E114, E216, E119, E122, E126, E127, E129, E130, E131, E136, E137, E143, E145, E150, E154, E157, E169, E170, E176, E181, E190, E192, E200, E201, E205, E206, E207, E208, E209, E214, E224, E231, E232, E233, E239, E243, E247, E256, E257, E257, E258, E259, E260, E261)

6.3.3 CATEGORIA ESPECÍFICA – IDOSOS INSERIDOS EM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

6.3.3.1 CATEGORIA: ESPIRITUALIDADE COMO RELIGIÃO

Nesta categoria os idosos reconhecem a espiritualidade atrelada a uma religião, demonstrado através dos depoimentos o desconhecimento quanto ao significado de espiritualidade no propósito existencial e transcendental. É constituída por 29 expressões-chave:

Ai, eu não acho nada, Ah, eu não sei. Espiritualidade pra mim... não sei. É uma segunda religião que eu acho assim, tirando a católica depois é ela. Então é a gente ter uma religião, sei lá. Eu não conheço a parte de espiritualidade. Não entendo nada. Eu não sei o que dizer esse negócio de espiritualidade não porque eu só vou na missa, eu não falo de religião, porque religião tem várias né (E4, E8, E10, E12, E16, E17 E18, E20, E22, E24, E25, E26, E28, E31, E35, E39, E40, E52, E54, E55, E59, E62, E64, E67, E70, E72, E73, E77, E86)

6.4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS

Na escala de avaliação de espiritualidade, quanto ao domínio crença - dimensão vertical da espiritualidade; houve uma maior prevalência do item “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis” com 104 (59,77%) das respostas concordo

plenamente. No domínio Esperança/otimismo, relativos a uma dimensão horizontal da espiritualidade, observa-se um maior percentual no domínio “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida” com 103 (59,2%) das respostas concordo plenamente, para os idosos em situação de hospitalização, conforme apresentado na tabela - 2 a seguir:

Tabela 2 – Distribuição dos idosos em situação de hospitalização, segundo as dimensões da espiritualidade. Uberaba, Minas Gerais. 2019.

Dimensão	1 Não concordo f(%)	2 Concordo um pouco f(%)	3 Concordo bastante f(%)	4 Concordo plenamente f(%)
As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	22 (12,64%)	16 (9,2%)	43 (24,71%)	93 (53,45%)
A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	8 (4,6%)	14 (8,05%)	48 (27,59%)	104 (59,77%)
Vejo o futuro com esperança	27 (15,52%)	33 (18,97%)	50 (28,74%)	64 (36,78%)
Sinto que a minha vida mudou para melhor	32 (18,39%)	40 (22,99%)	45 (25,86%)	57 (32,76%)
Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	7 (4,02%)	12 (6,9%)	52 (29,89%)	103 (59,2%)

Fonte: o autor, 2021.

Quanto aos idosos inseridos em centro de convivência, foram observados maior prevalência do domínio crença - dimensão vertical da espiritualidade “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis” com 55(63,22%), seguida do domínio “As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida” com 45 (51,72%) das respostas concordo plenamente, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos em centro de convivência, segundo as dimensões da espiritualidade. Uberaba, Minas Gerais. 2019.

Dimensão	1 Não concordo f(%)	2 Concordo um pouco f(%)	3 Concordo bastante f(%)	4 Concordo plenamente f(%)
As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	4 (4,6%)	8 (9,2%)	30 (34,48%)	45 (51,72%)
A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	2 (2,3%)	5 (5,75%)	25 (28,74%)	55 (63,22%)
Vejo o futuro com esperança	6 (6,9%)	23 (26,44%)	25 (28,74%)	33 (37,93%)
Sinto que a minha vida mudou para melhor	11 (12,64%)	13 (14,94%)	29 (33,33%)	34 (39,08%)
Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1 (1,15%)	7 (8,05%)	35 (40,23%)	44 (50,57%)

Fonte: o autor, 2021.

Quanto aos resultados relacionados aos escores de capacidade cognitiva, destaca-se que 229 (87,73%) não apresentaram declínio cognitivo. Dentre os idosos que apresentaram declínio cognitivo que estavam em situação de hospitalização e em centro de convivência foram de 27 (15,51%) e 5 (5,74%) respectivamente.

Infere-se que o idoso vivenciando um momento de internação pode ter suas habilidades cognitivas comprometidas relacionado às próprias características do ambiente hospitalar.

DISCUSSÃO

“Os seres humanos são dotados de uma natureza tal que não deveriam apenas possuir bens materiais, mas deveriam antes possuir sustento espiritual. Sem o sustento espiritual, torna-se difícil adquirir e manter a paz de espírito.”

(Dalai Lama)

7 DISCUSSÃO

Após observação e análise dos dados dispostos na tabela – 1, nota-se que a população masculina (57,09%) prevalece em relação à feminina (42,91%). Destaca-se quanto a hospitalização houve um maior número de idosos do sexo masculino em comparação com as internações femininas, com 109 (62,64%) e 65(37,35%) respectivamente. Infere-se que o maior percentual de idosos do sexo masculino neste estudo esteja relacionado as característica socioculturais da percepção de cuidar da saúde enraizada na concepção dos homens.

Dados do estudo de Carvalho et al. (2018), com objetivo de verificar funcionalidade em idosos hospitalizados obteve um percentual de internação de 59 (59,6%) do sexo masculino, corroborando com os dados deste estudo. Nesta vertente Santos (2007), observou ao estudar o perfil de idosos internados em Belém um percentual de 85 (53,1%) do sexo masculino.

Tratando-se do envelhecimento do sexo masculino, estudos mostram que em sua maioria essa população não apresenta interesse em procurar serviços médicos e focam mais em ocupações de labor (BRASIL, 2009). A baixa procura dos serviços voltados à saúde sofre por influência de questões culturais que são relacionadas ao gênero, entre eles cultura patriarcal, crenças e valores do que é ser masculino; doença como sinal de fragilidade; ser invulnerável, menos cuidado com as necessidades de saúde, estando mais expostos às situações de risco; dificuldade de reconhecer suas necessidades, rejeitando a possibilidade de adoecer, buscando atendimento somente em situações de urgência (BRASIL, 2009; SCHWARZ, 2012; NOVATO; MORAES, 2020).

O Ministério da Saúde, no ano de 2009, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com intenção de inovar o campo da saúde e favorecer a representatividade dessa população, traçando como objetivo uma estrutura para sinalizar a coletividade sobre os cuidados voltados a essa clientela, com intuito de estruturar e organizar ações que possam atender as especificidades das necessidades masculinas dentro das suas peculiaridades (BRASIL, 2008).

Segundo Moraes, Oliveira e Silva (2017), recentemente observou-se uma ligeira transformação nas ações relacionadas ao cuidado masculino, onde foi demonstrando que essa população está monitorando sua saúde, fato este que pode ser 'considerado' como um avanço.

Contudo, as diferenças existentes entre homens e mulheres em suas várias representações sociais, conhecimentos e oportunidades no decorrer da vida, compreende-se que uma nova forma de abordagem sobre os gêneros é essencial para tentar mensurar a qualidade de vida. Dessa forma, a melhoria e estruturação para elevação da qualidade de vida pode corresponder como uma estratégia para a revolução do envelhecimento populacional (ILINCA et al., 2016).

Vale ressaltar que independente das características apresentadas neste estudo, sendo divergente da maioria dos achados, evidencia-se que a nível mundial a questão da prevalência do sexo feminino ultrapassa mais de 50% da população idosa, porém, de forma mais abrangente, mesmo possuindo um tempo de vida mais logo essas mulheres tem uma qualidade de vida inferior em relação aos homens. (UNITED NATIONS, 2010; SOUSA et al., 2018).

Segundo números apontados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), a quantidade de mulheres no território nacional brasileiro é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,3% de homens e 51,7%. Quanto a faixa etária observa-se que a população entre 60 anos ou mais compreende em um percentual de 6,4% de homens e 8,2% de mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Considerado como um fenômeno, a feminização da velhice, carrega consigo a mudança da faixa etária feminina e suas características, especialmente nas idades mais avançadas. Por acompanhar o envelhecimento populacional, esse fenômeno, demonstra que há maior percentil de mulheres em relação a homens idosos (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019; SOUSA et al., 2018). Demonstrando dessa forma a maior vulnerabilidade do sexo masculino atrelada as suas características socioculturais.

As mulheres que se encontram na terceira idade, enfrentam desafios diários e contínuos relacionados ao próprio processo biológico de envelhecer, como também as complexidades que englobam as questões psicológicas e social, sendo esses elementos apontados como as principais alterações na saúde mental e nas particularidades da mulher idosa na sociedade (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019; SOUSA et al., 2018; MELO; LIMA, 2020).

Sobre tudo, o mecanismo principal entre a questão da relação dos gêneros masculino e feminino é a estrutura que traz sustentação para o ciclo de influencias

sobre as oportunidades, onde resulta nos impactos contínuos da vida econômica e social da mulher (SOUSA et al., 2018; SILVA et al., 2020).

Ao realizar comparação de gêneros, remete-se a necessidade de melhor compreensão e de ações na área da saúde, cultura e sociedade que possam valorizar os idosos independente do sexo. Dessa forma, mesmo com entendimento já existente sobre a população idosa, torna-se relevante reconhecer as mudanças com o passar do tempo e evoluir nas estratégias de melhoria para esse segmento da população (NOVATO E MORAES; 2020; MELO; LIMA, 2020).

No que tange a faixa etária, houve predomínio dos idosos entre 60-69 anos 126 (48,27%), seguido dos que possuíam entre 70-79 anos 103 (39,46%), sendo em sua maioria casados 124 (47,50%). Agrupando a esses dados, podemos considerar a renda, onde houve o predomínio de idosos que recebiam um salário mínimo 126 (48,27%) e escolaridade com ensino primário completo 106 (40,61%).

Os dados do estudo são corroborados com pesquisas cuja faixa etária predominante foi entre 60-65 anos, os autores demonstram que quanto maior for a idade, menor a qualidade de vida nos âmbitos físico, psicológico e social, seguido da diminuição da capacidade funcional e maior predisposição para o desenvolvimento da depressão e o stress familiar (RONCON; LIMA; PEREIRA, 2015; MELO; LIMA, 2020; PEREIRA, NOGUEIRA; SILVA, 2015).

Pereira, Nogueira e Silva (2015), destacam que a predominância de idosos entre 60-69 anos é marcante e a prevalência de idosos com baixo estudo se destaca. Tais condições acabam afetando a vida financeira dos idosos, devido ao tipo de serviço que irão desenvolver durante suas vidas por consequência do baixo estudo. Considerando estudo realizado na região de São Paulo, a idade entre 60-69 anos foi prevalente em idosos do sexo masculino (ABDALA et al., 2015), corroborando com os dados encontrados neste estudo.

Quanto a escolaridade, infere-se a relevância dos anos de estudo para o melhor discernimento, compressão e tomada de decisão. Neste estudo foi observado maior prevalência de baixa escolaridade. Brigola et al. (2019), concluíram em seu trabalho que a baixa escolaridade está associada a piores escores cognitivos, limitação funcional e fragilidade, nessa mesma vertente, Abdala et al. (2015), referem a influencia direta desta variável para melhor desenvoltura do componente mental dos idosos de ambos os sexos em seu estudo.

Ao se analisar o estado civil dos idosos verificou-se que a maioria apresenta-se como casado, sendo estes dados corroborados com outros estudos (SANTOS; SOUZA, 2013; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; VIEIRA; AQUINO, 2016).

Embora aos longevos não tenham sido destaque no presente estudo, vale ressaltar que essa população vem ganhando aumento dentro da pirâmide etária e as características que os permeiam estão sendo cada vez mais discutidas a fim de gerar melhor atendimento e compreensão de suas necessidades (KNAPPE et al., 2015).

Quanto à religião, observa-se maior prevalência dos idosos 225 (86,20%) que possuem crença religiosa. Sendo considerada uma prática importante entre os idosos, a religião possui maior frequência entre as mulheres. Tal comportamento pode tentar ser explicado através de algumas teorias interpretativas, onde as diferenças de gêneros do ponto religioso possuem causas fisiológicas, físicas ou sociais (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010; TRAVIS, 2016; WORMALD, 2015). A adesão a crenças religiosas podem ser vinculadas a uma forma positiva de entender situações do dia a dia favorecendo o bem estar (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

Os depoimentos obtidos nas entrevistas evidenciaram a percepção dos idosos em relação a espiritualidade como um processo contemplativo. Freitas (2014, p.91) refere a este processo como capacidade de reflexão sobre si e sentido da vida:

Quanto ao termo espiritualidade, em consonância com a perspectiva fenomenológica, tomamo-lo em seu significado mais amplo, ou seja, como a capacidade de reflexão sobre si e sobre a experiência de sentido no mundo da vida e ao que lhe circunda, horizontal ou verticalmente, incluindo-se aí a dimensão religiosa. Entretanto, como a terminologia nesse campo é repleta de conexões e sobreposições.

O ato de transcender é posto como uma forma interdependente de perceber o momento vivido, onde desafia o homem a experienciar seus sentidos, mas com abertura para o mundo externo a ele, incitando dessa forma a visão de que a verdade não está presente apenas no seu eu interior (MERLEAU-PONTY, 1999).

Na espiritualidade a busca por modificações de existência, está relacionada não só ao conhecimento, mas a conversão do olhar para o ser do sujeito. Trata-se um ato de conhecimento em si, na transformação do sujeito, no seu jeito de ser pessoa (FOUCAULT, 2006).

Koenig, Mccullough e Larson (2001), afirmam que a espiritualidade consiste no entendimento de fatores ligados ao sentido da vida, relacionado ao sagrado ou ao transcender. Infere-se que esta busca permite ao indivíduo vivenciar momentos de tranquilidade, paz e esperança.

Com o objetivo de desenvolver melhoria das ações, pensamentos e palavras, a espiritualidade, amplia os valores humanos nas pessoas, pois desencadeia a busca individual de respostas sobre o significado da vida através de conceitos que transcendem o palpável, levando assim o indivíduo que a vivencia a ter mais clareza da sua identidade. Essa mudança tem início no íntimo de cada um, onde se procura um contato maior com seus sentimentos (LEAL; RÖHR; JÚNIOR, 2010; CARLOTTO, 2013). Dessa forma, ser espiritualizado faz bem ao corpo e a mente, garantindo assim o equilíbrio da existência do homem, pois propicia sentido à vida, que é passageira (OLIVEIRA; FRAZILI, 2012).

O conhecimento sobre temáticas pertinentes ao cotidiano da existência torna-se extremamente relevante para tomada de decisão com consciência. Neste sentido a educação em saúde configura-se como uma ferramenta importante para execução de ações que possibilitem o empoderamento dos idosos em diversas temáticas. Em se tratando de espiritualidade, vale destacar, que o aprofundamento e o conhecimento sobre o assunto deve também ser considerado entre os profissionais da saúde como importante para o atendimento integral. Dessa forma, a compreensão dos fatores que condicionam o processo de saúde pode subsidiar a formação de novos hábitos e condutas de saúde (COSTA; ROCHA; OLIVEIRA, 2012).

Por meio de uma revisão integrativa Seabra et al. (2019), demonstram que os achados evidenciam a estima da educação em saúde para a população idosa em específico, especialmente quando acontece a troca de saberes entre o popular e o científico, agregando assim a valorização do saber mútuo e a ampliação da compreensão de distintas realidades.

Portanto, no que concerne a educação em saúde para idosos, os autores evidenciaram que existe interesse mundial sobre a temática, pois devido as mudanças demográficas da atualidade surge a necessidade de valorizar as ações voltadas para essa população, destacando o foco para o desenvolvimento da autonomia, independência e da melhora na qualidade de vida (SEABRA et al., 2019).

Ao avaliar as pesquisas sobre a temática religiosidade e espiritualidade, nota-se que há divergência entre os dados encontrados com o presente estudo, pois houve uma parcela dos idosos que referiram não acreditar que a espiritualidade influenciasse na sua saúde, diferentemente das pesquisas de outros autores que em sua maioria apresentaram associação entre a espiritualidade com a melhora do estado de saúde (SILVA et al., 2016; PILGER et al., 2017; ATEN et al., 2010; GOTTWALD, 2014; RICH, 2012).

Para os autores Jim et al. (2015) a espiritualidade e religião são consideradas importantes para muitos indivíduos que possuem câncer, e que existe um grupo de pesquisas relacionadas a essa área que associam os melhores resultados à saúde física. Demonstrando que quanto maior a religiosidade e a espiritualidade maior é a associação com a melhora da saúde física, segundo relatos de pacientes. Devido a essas condições torna-se interessante um atendimento a essas necessidades religiosas e espirituais como parte de tratamento de doenças.

Por outro lado, para a maioria dos idosos, a espiritualidade proporciona subsídios para a manutenção da saúde.

A relação de reciprocidade entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde faz referência ao início da história, onde a aptidão curativista pertencia aos sacerdotes, que se envolviam e lidavam com os espíritos e que eram vistos com o saber para intervir no tratamento das moléstias. Constituída pelas esferas socioculturais e históricas, a espiritualidade, é estruturada pela soma de circunstâncias e situações que possuem significados de comportamentos, valores, experiências humanas e, por vezes, no comportamento de um credo religioso específico (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Sendo considerada como uma força curativa própria, a relevância da espiritualidade atua de forma singular, sem utilização de esoterismo e magias. Sua existência é de dentro para fora se expressando a partir do amor, do sentir, do refletir e do existir, reforçando assim o sentido da vida, autoalimentando as energias que existem no ser humano (BOFF; LELOUP, 2007).

Inerente ao ser humano, a religiosidade e espiritualidade, fazem concepção a um modelo mais integralista do cuidado, onde incorpora os aspectos espirituais à saúde, tornando-se dessa forma uma necessidade para pessoas enfermas e suas famílias, que compreendem o processo de adoecimento como situação complexa que envolve fatores biológicos, sociais, psicológicos e espirituais (RICHARDSON,

2014). Tal conduta infere que a religiosidade e espiritualidade são vistas como uma parcela das condições que integram o ser humano e reconhece sua influencia a saúde (ATEN et al., 2010; GOTTWALD, 2014; RICH, 2012).

Em um estudo de revisão, os trabalhos encontrados sugeriram que psicoterapeutas vem considerando a religiosidade e espiritualidade como uma dimensão integrada aos cuidados à saúde, atribuindo dessa forma uma atenção especial às necessidades espirituais e religiosas de cada ser humano. Possivelmente, essa visão, inicia-se a partir da percepção da constituição da cultura que envolve o homem (CUNHA; SCORSOLINI-COMIN, 2019).

Ao analisar o papel da espiritualidade e da religiosidade no contexto da saúde física, Guimarães e Avezum (2007), observaram que a prática habitual de atividades religiosas diminuiu em aproximadamente 30% o risco de óbito e, posteriormente à ajustes, em relação aos fatores de confusão reduziu em até 25%.

Segundo Lucchetti et al. (2011) após análise de uma série de artigos por meio de revisão da literatura, puderam avaliar as evidencias científicas do envolvimento religioso e obtiveram como resultado que as crenças religiosas/espirituais podem auxiliar na adaptação de problemas relacionados a saúde, prevenir agravos e atuar positivamente no processo da lida com a incapacidade marcada pelas doenças crônicas.

Mesmo sendo identificadas como dimensões importantes para o bem-estar e enfrentamento de adversidades relacionadas à saúde, a religiosidade e espiritualidade, ainda necessitam de aprofundamento nos estudos para obtenção de melhor conhecimento sobre crenças religiosas e espirituais, uma vez que ambas podem influir no tratamento e no processo de recuperação de condições de saúde de um indivíduo (SILVA et al., 2016).

Em estudo realizado por Pilger et al. (2017), foi evidenciado que o bem-estar espiritual quando relacionado com os domínios físico, meio ambiente, psicológico e relações sociais, apresentam positivas correlação, podendo inferir que as dimensões espiritual e religiosa podem ter influencia mediante as características externa ao indivíduo. Os autores reforçam também a necessidade de mais estudos nessa área para fortalecer cientificamente a relação da dimensão espiritual e religiosa com o bem-estar físico, mental, social, ambiental dos idosos.

Mesmo não sendo um assunto recente, a religiosidade/espiritualidade vem sendo reportada e notada com maior intensidade nos últimos anos e sendo discutida

entre profissionais da saúde. No início dos anos 2000, o autor Puchalski demonstrou que a influência da espiritualidade e da religiosidade dentro das práticas do campo da medicina estava em mudança. Tal acontecimento surgiu a partir das verificações dos próprios médicos sobre a importância da temática para a saúde e bem-estar de seus clientes e para eles mesmos. Desde aquela época já haviam iniciativas para aumentar o campo da espiritualidade dentro da medicina (PUCHALSKI, 2001).

Para os idosos hospitalizados a prática religiosa possibilita o alcance da espiritualidade. Esta compreensão vai ao encontro com o que cita Koenig, Mccullough e Larson (2001), na qual referem que a religiosidade consiste na crença e prática de uma determinada religião, podendo ser executada com a participação de reuniões em templos ou igrejas (religiosidade organizacional), ou por meio de rezas, leituras e programas audiovisuais através dos meios de comunicação (religiosidade não organizacional).

Segundo Abdala et al. (2015), idosos que frequentam os cultos e participam ativamente de sua denominação dão mais importância a sua religião. Nessa mesma vertente, o estudo mostra que os idosos praticantes relatam que a religião ajuda e dá forças para compreender as dificuldades da vida e também traz mais sentido a vida, corroborando com os dados deste estudo.

O costume de praticar a religião proporciona para um indivíduo condições de hábito de vida mais saudável, redução na taxa de estresse e depressão e maior suporte social. Os pesquisadores demonstram que o desenvolvimento de conceitos relacionados à religião, altruísmo, prece, perdão e voluntariado são ações que podem determinar um novo norte para a condução dos estudos sobre a avaliação de espiritualidade e religiosidade (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Para os idosos em centro de convivência a compreensão está atrelada a espiritualidade como religião.

Definir espiritualidade nem sempre é uma tarefa simples, estudos nesta vertente têm aumentado no campo científico nos últimos anos na tentativa de compreender em que medida ela é capaz de impactar no comportamento das pessoas ou no coletivo estando a questão de discussão no possível consenso em compreender a espiritualidade (in)dissociável da religião e religiosidade (CATRÉ et al., 2016).

Segundo Koenig, Mccullough e Larson (2001), a religião é definida como uma organização que envolve crença, prática, ritual e simbologia no intuito de promover acesso ao sagrado e ao transcender.

Quanto a fé/crença representam as estratégias utilizadas como suporte de enfrentamento a situações adversas e de saúde.

Expressa como providência precursora de força interior, a fé, possibilita ao ser humano estímulo mediante à situações adversas e sentido aos acontecimentos da vida, não permitindo que nada tenha acontecido em vão (FRANKL; LAPIDE, 2013).

A espiritualidade e a fé colaboram para o desenvolvimento de estratégias que ajudam a enfrentar e aceitar o processo de doença, manter relacionamentos e encontrar ou reencontrar sentido na vida, favorecendo a melhora na qualidade de vida (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2016).

Koenig (2012) destaca que as crenças pessoais agem como sentido para o sofrimento, uma vez que a conexão com Deus configura-se como relevante no processo de enfrentamento de doenças. A oração e reza faz com que energias positivas possam ser estimuladas no enfrentamento e manejo das doenças (ROCHA; CIOSAK, 2014).

As circunstâncias que permeiam a vivência da religiosidade e espiritualidade são tidas como positiva para aqueles que acreditam, proporcionando dessa forma, subsidio para o aumento do sentido da vida. Nessa perspectiva, o interesse da ciência pelos aspectos religiosos e espirituais vem sendo vislumbrados (PANZINI; BANDEIRA, 2007; CARLOTTO, 2013; OLIVEIRA; FRAZILI, 2012)

CONCLUSÃO

“Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior.”

(Dalai Lama)

8 CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo Descrever a percepção sobre espiritualidade e sua influência na saúde em idosos inseridos em uma unidade de convivência e em situação de hospitalização.

Houve uma maior prevalência do sexo masculino em situação de hospitalização corroborando com dados encontrados em outros estudos. Nesse mesmo contexto, em relação ao sexo, observou-se maior prevalência de mulheres no centro de convivência.

Houve a percepção dos idosos em situação de hospitalização quanto à religiosidade como caminho para espiritualidade sendo que para os idosos em centro convivência a percepção estava atrelada a espiritualidade como religião.

Houve maior prevalência do domínio crença – dimensão vertical da espiritualidade e do domínio esperança/otimismo – dimensão horizontal da espiritualidade entre os idosos em hospitalização, com destaque para valorização das pequenas coisas da vida; sendo que entre os idosos em centro de convivência prevaleceu domínio crença – dimensão vertical da espiritualidade.

Percebe-se pelos recortes dos discursos que os idosos mesmo não conseguindo estabelecer uma conceituação para espiritualidade, expressam a valorização da busca pelo sagrado, possibilitando a (re)construção do relacionamento consigo mesmo, com o outro e com Deus. A devoção, meditação e oração propiciam um ambiente de energias positivas nas quais podem servir como estimuladores para o manejo e enfrentamento das doenças.

Como limitações desse estudo, pode-se apontar o fato das entrevistas terem sido realizadas no hospital em enfermaria com presença de acompanhante, e em centro de convivência no intervalo entre as atividades. Outra limitação versa sobre a delimitação da população somente ao município estudado, circunstância que não permite generalizações.

Infere-se que a temática da espiritualidade no contexto do atendimento em saúde, em específico, em saúde do idoso configura como relevante para a práxis do enfermeiro munido de conhecimento e sensibilidade para abarcar as peculiaridades desta clientela de forma integral, valorizando o encontro profissional/humano abrangendo as dimensões de solicitude, fé, compreensão e (re)significação na vertente do sentido da vida.

REFERÊNCIAS

*“Nós não adoecemos só por conflitos, nós adoecemos também por reprimir o amor,
reprimir a nossa manifestação, a nossa expressão saudável..”*

(Maslow)

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G.A. et al. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, v.49, n.55, p. 1-9, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005416.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.
- ALMEIDA, M.; KOENIG, H.G.; LUCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 176–182, 2014. DOI: [org/10.1590/1516-4446-2013-1255](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255).
- ATEN, J. D. et al. Psychotherapy with rural religious fundamentalist clients. **Journal of Clinical Psychology: In Session**, v. 66, n.5, p- 513-523, 2010. DOI:[org/10.1002/jclp.20677](https://doi.org/10.1002/jclp.20677).
- BARBOSA, K.T.F. et al. Agind and invidual vulnerability: a panorama of older adults attended by the family health strategy. **Texto Contexto Enferm.**, v.26, n.2, 2017. DOI: [10.1590/0104-07072017002700015](https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015).
- BARBOSA, K.T.F.; FERNANDES, M.G.M. Elderly vulnerability: concept development. **Rev Bras Enferm.** v.73, n.3: e20190897, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0897>.
- BATTINI, E.; MACIEL, E.M.; FINATO, M.S.S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estud. Psicol.** (Campinas) v. 23, n. 4, p. 455-462, 2006. DOI: [org/10.1590/S0103-166X2006000400013](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400013).
- BELEZA, C.M.F.; SOARES, S.M. A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p.3141-3146, 2019. DOI: [org/10.1590/1413-81232018248.30192017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30192017).
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, 1994. DOI: [ORG/10.1590/S0004-282X1994000100001](https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001).
- BERTOLUCCI, P.H.F.; MINETT, T.S.C. Perda de memória e demência. In: do Prado FC, Ramos J, do Valle JR. Atualização terapêutica 2007. 23 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
- BOFF, L.; LELOUP, JY. Espírito na Saúde, Petropolis: Vozes, 2007.
- BRASIL. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf Acesso em 15 ago. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, **Diário Oficial da União**, Brasília-

DF, seção 1, p. 142-5. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=142&data=20/10/2006>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá 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: 05 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRIGOLA, A.G. et al. Limited formal education is strongly associated with lower cognitive status, functional disability and frailty status in older adults. **Dement Neuropsychol.** June, v.13, n.2, p. 216-224, 2019.

DOI: org/10.1590/1980-57642018dn13-020011.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1460–1472, 2015. DOI: org/10.1590/0102-311X00128914.

CANINEU, P.R. Demências: características clínicas gerais. 3 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa – GERP, 2003.

CAPRA, F; STEINDL-RAST, D.; MATUS, T. Pertencendo ao universo: explorações nas fronteiras da ciência e da espiritualidade. 10. ed. São Paulo: Cultrix/Amana, 1998, p. 193.

CARDOSO, M.C.S; FERREIRA, M.C. Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. **Psicologia ciência e profissão**, v. 29, n. 2, p- 380-393, 2009. DOI: org/10.1590/S1414-98932009000200013,

CARLOTTO, R. C. Espiritualidade e sintomatologia depressiva em estudantes universitários brasileiros. **Rev. psicol.** UNESP, v.12, n.2, p. 50-60, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a04.pdf>. Acesso em 15 ago. 2020.

CARVALHO, T. C. et al . Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 134-142, abr. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200134&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CATRÉ, M.N.C et al . Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceitos. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 34, n. 1, p. 31-46, mar. 2016 .
DOI: org/10.14417/ap.877.

CHAVES, E. C. L. et al. Validação da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE**, v.,4, n.2, pp. 715-21, 2010. DOI: org/10.5205/reuol.930-7305-1-LE.0402201033.

COSTA, M; ROCHA, L; OLIVEIRA, S. Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. **Rev. Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 22, p. 123-140, 2012 . Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502012000300008. Acesso em: 10 jul. 2020.

CUNHA, V.F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A Dimensão Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Revisão Integrativa da Literatura Científica. **Psic.: Teor. e Pesq., Brasília**, 2019, v. 35, e35419. DOI: [org/10.1590/0102.3772e35419](https://doi.org/10.1590/0102.3772e35419).

DIAS, E; PAIS-RIBEIRO, J.L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 19, n. 3, p. 591-604, dez. 2018 . DOI: [org/10.15309/18psd190310](https://doi.org/10.15309/18psd190310).

DUARTE, Y.A.O. et al. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v.5, n.024, p.173-177, 2008. Disponível em:

http://www.hygeia3.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_Yeda_Religiosidade_SCol.pdf. Acesso em:01 ago. 2020.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 401–407, 2013. DOI: [org/10.1590/S0080-62342013000200018](https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200018).

FIGUEIREDO, M.Z.A; CHIARI, B.M; GOULART, B.N.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comum.**, v. 25, n. 1, pp. 129-36, 2013. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>. Acesso em: 01 ago.2020.

FOUCAULT, M. A hermenêutica do sujeito. 2 ed. São Paulo:Martins Fontes, 2006.

FRANCHI, C. Risk factors for hospital readmission of elderly patients. **Journal of Internal Medicine**, v.24, n.1, p. 45-51, 2013. DOI: [org/10.1016/j.ejim.2012.10.005](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.10.005).

FRANKL, V.; LAPIDE, P. A busca de Deus e questionamentos sobre o sentido. Petrópolis: Vozes, 2013.

FREITAS, M. H. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Rev. Pistis Prax.**, Teol. Pastor., Curitiba, v. 6, n. 1, p. 89-105, jan./abr. 2014. DOI: [10.7213/revistapistispraxis.06.001.DS05](https://doi.org/10.7213/revistapistispraxis.06.001.DS05).

GOTTWALD, C. Awareness and mindfulness in consciousnesscentered body psychotherapy. **International Body Psychotherapy Journal**, v. 13, n.1, p- 67-79, 2014. DOI: [org/10.1590/0102.3772e35419](https://doi.org/10.1590/0102.3772e35419).

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 88- 94, 2007. Suplemento 1. Doi: [10.1590/S0101-60832007000700020](https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700020).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047.** 2018. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html> > Acesso em 18 dez. 2020.

ILINCA, S. et al. Gender and social class inequalities in active ageing: policy meets theory. Vienna: **European Centre for Social Welfare Policy and Research**; 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Rodrigues19/publication/308611486_Gender_and_Social_Class_Inequalities_in_Active_Ageing_Policy_meets_Theory/links/57e8be6008aed7fe466bdcc9/Gender-and-Social-Class-Inequalities-in-Active-Ageing-Policy-meets-Theory.pdf Acesso em: 01 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 10 set. 2020.

JIM, H. S. L. et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis. **Cancer, Hoboken**, v. 121, n. 21, p. 3760- 3768, 2015. Doi: 10.1002/cncr.29353.

JODELET, D [org.]. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

KNAPPE, M.F.L.et al. envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos: uma revisão integrativa. **Geriatr Gerontol Aging**, Vol. 9, Num 2, p.66-70, 2015. Disponível em: <http://ggaging.com/details/63/pt-BR> Acesso em 12 set. 2020.

KOENIG HG, MCCULLOUGH ME, LARSON DB. Handbook of Religion and Health. New York: **Oxford University Press**; 2001. 712.DOI: org/10.1002/shi.146.

KOENIG HG. Suicide in the elderly: Case Discussion. **South Med.**, 2006, v.99, n.10, p.1188. DOI: 10.1097/01.smj.0000242806.78264.6d.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, Cairo, v. 2012, p. 278730, 2012. Doi: 10.5402/2012/278730.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B., D. B.; LARSON, S. S., S. S. Religion and coping with serious medical illness. **The Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 35, n. 3, p. 352- 359, 2001. Doi: 10.1345/aph.10215.

LAWLER, K. A.; YOUNGER, J. W. Theobiology: An Analysis of Spirituality, Cardiovascular Responses, Stress, Mood, and Physical Health. **Journal of Religion and Health**, v. 41, n. 4, p. 347–362, 2002. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27511643>. Acesso em 12 set. 2020.

LEAL, A. L.; RÖHR, F.; JÚNIOR, J. P. Resiliência e espiritualidade: algumas implicações para a formação humana. **Conjectura**, Caxias do Sul, v. 15, n. 1, p. 11-24, 2010. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/173>. Acesso em: 12 out. 2020.

LEFEVRE, F; LEVEFRE, AM. Pesquisa de Representação Social: Um enfoque quali-quantitativo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012, 224 p.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v.23, n.2, 502-7. 2014. DOI: [org/10.1590/0104-07072014000000014](https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014).

LEITE, I. S.; SEMINOTT, E. P. A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 189–196, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/14102> Acesso em: 22 nov.2020.

LUCCHESI, F. A.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 28, n. 1, p. 103–128, 2013. DOI: [10.5935/1678-9741.20130015](https://doi.org/10.5935/1678-9741.20130015).

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011. DOI: [org/10.1590/S1809-98232011000100016](https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100016).

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine, Stockholm**, v. 43, n. 4, p. 316- 322, 2011. Doi: [10.2340/16501977-0784](https://doi.org/10.2340/16501977-0784).

MAXIMIANO-BARRETO, M.A. et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**. v.8, n.2, p. 239 – 252, 2019. DOI: [org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252](https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252).

MAXWELL, C.A. Screening hospitalized injured older adults for cognitive impairment and pre-injury functional impairment. **Appl Nurs Res.**, v.26, n.3, p.146-50, 2013. DOI: [org/10.1590/1809-2950/16205224032017](https://doi.org/10.1590/1809-2950/16205224032017).

MC COUBRIE, R. DAVIES, A.N. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? **Support Care Cancer**. v.14, n.4, 379- 85. 2006. DOI: [10.1007/s00520-005-0892-6](https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6).

MELO LA, LIMA KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.10, p. 3869-3877, 2020. DOI: [org/10.1590/1413-812320202510.34492018](https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018).

MELO, C. F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2,

p. 447–464, 2015. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002. Acesso em: 25 nov. 2020.

MENESES, D. L. P. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 4, n. 1, p.15-18, 2013. Disponível em:
<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21276>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. 407 p.

MIRANDA, L.C.V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n.11, 3533-3544, 2016. DOI: [org/10.1590/1413-812320152111.21352015](https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015).

MORAES, M.C.L; OLIVEIRA, R.C; SILVA, M.J. Uma questão masculina: conhecendo possíveis entraves para a realização dos exames de detecção do câncer de próstata. **Revista Médica Herediana**, Lima (Peru),v. 28, n. 4, p. 230-35, 2017. DOI: [org/10.20453/rmh.v28i4.3222](https://doi.org/10.20453/rmh.v28i4.3222).

MOREIRA-ALMEIDA A, KOENIG HG, LUCCHETTI G. Implicações clínicas da espiritualidade para a saúde mental: revisão de evidências e diretrizes práticas. **Rev Bras Psiquiatr**, v.36, n. 2, p. 176-82, 2016. DOI: [org/10.1590/S1516-44462006005000006](https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006).

MOREIRA-ALMEIDA, A et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiquiatr Clín** (São Paulo) v.37, n.12-5, 2010. DOI: [org/10.1590/S0101-60832010000100003](https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003).

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242- 250, 2006. Doi: [10.1590/S1516-44462006005000010](https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000010).

MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar. 1978.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NORDON, D.G.et al. Perda cognitiva em idosos. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 11, n. 3, p. 5-8, 2009. Disponível:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/1874>. Acesso: 26 nov. 2020.

NOVATO, S; MORAES, M.C.L. Perfil de homens que procuram um Serviço de saúde na região sul do Município de São Paulo. **Interfaces Científicas**. Aracaju. v.8, n.3, p. 66-75, 2020. DOI: [org/10.17564/2316-3801.2020v8n3p66-75](https://doi.org/10.17564/2316-3801.2020v8n3p66-75).

OLIVEIRA, F. F.; FRAZILI, R. T. V. Espiritualidade: seu significado no contexto do acadêmico de enfermagem. **REENVAP**. n. 02, p. 61-72, 2012. DOI: org/10.24276/rrecien2020.10.30.62-67.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Datos interesantes acerca del envejecimiento. WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>>. Acesso em: 18 set. 2020.

OSTI, A.; SILVEIRA, C.A..F.; BRENELLI, R.P. Representações Sociais – Aproximando Piaget e Moscovici. **Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.35-60, jan./jul. 2013. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/scheme/article/view/3176>>. Acesso em: 22 ago 2020.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007. DOI: org/10.1590/S0101-60832007000700016.

PAULO, D.L.V.; YASSUDA, M.S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Rev Psiq Clí.** v.37, n.1, 23-26. 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a05v37n1.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

PEREIRA, R.J. et al. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. **Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul**, v.28, n.1, p.27-38. 2016. DOI: org/10.1590/S0101-81082006000100005.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p- 893-908, 2015. DOI: org/10.1590/1809-9823.2015.14123.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Reimpressão.

PERES, J.F.P. et al. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. Psiq. Clín.** v.34, n. 1; 136-145, 2007. DOI: org/10.1590/S0101-60832007000700017.

PILGER, C. et al . Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 4, p- 689-96, 2017. DOI: org/10.1590/0034-7167-2017-0006.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. **Arquivos de Medicina**,v.21, n.3, 47-53, 2007. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000200002 Acesso em: 01 out. 2020.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

- PUCHALSKI, C. M. The role of spirituality in health care. Proceedings (Baylor University. Medical Center), Dallas, v. 14, n. 4, p. 352–357, 200. DOI: org/10.1080/08998280.2001.11927788.
- RAMOS, L.R. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio- -economic strata living in the community [thesis]. London: London School of Hygiene and Tropical; 1987.
- RIBEIRO, A.M. Aspectos bioquímicos: envelhecimento cerebral normal e demências. In: de FREITAS, E.V., PY, L., CANÇADO, F.A.X, DOLL, J., GORZONI, M.L. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- RIBEIRO, P. C. C. A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. SPE, p. 269–283, 2015. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200009. Acesso em: 01 out. 2020.
- RICH, M. L. Integrating shamanic methodology into the spirituality of addictions recovery work. *International Journal of Mental Health Addiction*, v.10, 330-353, 2012. Disponível: <https://eric.ed.gov/?id=EJ966949>. Acesso em: 01 out. 2020.
- RICHARDSON, P. Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, v.3, n.3, p - 150-159, 2014. DOI: 10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05.
- ROCHA, J.A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Revista FAROL – Rolim de Moura – RO**, v. 6, n. 6, p. 86-89, jan./2018. Disponível em: <<http://revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/113/112>>. Acesso em: 03 Nov. 2020.
- ROCHA, A.C.A.L. da; CIOSAK, S.I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2014; 48(Esp2), p.92-98. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800014.
- RONCON, J; LIMA, S; PEREIRA, MG. Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, vol.31, n.1, pp. 87-96, 2015. DOI: org/10.1590/0102-37722015011637087096.
- ROSA, T.S.M., et al. .Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.11, p.3757-3765, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.25212016.
- ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. 7 ed. Medsi. Rio de Janeiro, 2013.
- SANTOS, B.P; POLTRONIERI, B.C; HAMDAN, A.C. Associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. v.2, n.3, p. 639-653, 2018. DOI: doi.org/10.47222/2526-3544.rbto12792.

SANTOS, G.; SOUSA, L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.4, p. 755-765, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/14.pdf>. Acesso em 01 out. 2020.

SANTOS, M.I.P.O. Perfil dos idosos internados no hospital geral em Belém (Pará). **Esc Anna Nery R Enferm.** v. 11, n. 1, 23 – 9, 2007. DOI: [org/10.1590/S1414-81452007000100003](https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000100003).

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**, v. 17, n. 4, p. 795–805, 2014. DOI: [org/10.1590/1809-9823.2014.13166](https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166).

SANTOS, V.P. et al. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. **Rev Cuid.**, v. 9, n. 3, p. 2322-37, 2018. DOI: [10.15649/cuidarte.v9i3.542](https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.542).

SAWATZKY, R.; RATNER, P. A.; CHIU, L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. **Social Indicators Research**, Boston, v. 72, n. 2, p. 153- 188, 2005. DOI: [10.1007/s11205-004-5577-x](https://doi.org/10.1007/s11205-004-5577-x).

SCHWARZ E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.17, n.10, p. 2579-88, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/04.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

SCORTEGAGN, H.M.; PICHLER, N.A.; FÁCCIO, L.F. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 304-311, 2018. DOI: [org/10.1590/1981-22562018021.180011](https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180011).

SEABRA, C.A.M. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 22, n.4, e190022, 2019. DOI: [org/10.1590/1981-22562019022.190022](https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022).

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,874>>. Acesso em: 14 set. 2020.

SILVA C. et al. Spirituality and religiosity in patients with systemic arterial hypertension. **Rev Bioét.** v.24, n. 2, p- 332-43, 2016. DOI: [org/10.1590/1983-80422016242134](https://doi.org/10.1590/1983-80422016242134).

SILVA, D.C. et al. Qualidade de vida do idoso na perspectiva dos gêneros. Um estudo baseado em dados secundários. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 46160-46175, jul. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13098/11013>. Acesso em: 01 out. 2020.

SILVA, P.L.N. et al. Assistência psicológica e de enfermagem ao idoso na atenção primária. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 6, n. 4,

p.1707-1718, 1 out. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. DOI:org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1707-1718.

SOARES, S.J. Pesquisa científica: uma abordagem sobre o método qualitativo. **Rev. Ciranda**. v.1, n.3, p. 168-180, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314>. Acesso em 01 out. 2020.

SOMMERHALDER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E.V, PY, L., CANÇADO, F.A.X., DOLL, J.; GORZONI, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1307-1315.

SOUSA, N.F.S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** v.34, n. 11, 2018. DOI: org/10.1590/0102-311x00173317.

TEIXEIRA, I.N.D.A.O.; NERI AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol USP**. v. 19, n. 1, p.81-94, 2008. DOI: org/10.1590/S0103-65642008000100010.

THAUVOYE, E. Spirituality and well-being in old age: exploring the dimensions of spirituality in relation to late-life functioning. **J Relig Health**. 2017,v. 56, n. 5, p. 333-342, 2017. DOI: 10.1007/s10943-017-0515-9.

THIENGO, P.C.S. et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare enferm.**, v.24, 2019. DOI: org/10.5380/ce.v24i0.58692>.

UNITED NATIONS. The World's women 2010. Trends and statistics. New York: United Nations; 2010. Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/demographic/products/worldswomen/WW_full%20report_BW.pdf. Acesso em: 18 set.02020.

TRAVIS, M. The gender gap in religion around the World. Washington DC: Pew Research Center, 2016. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2016/03/22/the-gender-gap-in-religion-around-the-world/> Acesso em : 18 set. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Relatório de Gestão do Exercício de 2015. Disponível em: <http://www2.uftm.edu.br/proplan/images/processos_contas/Relatorio_Gestao/RG_2015_FINAL_REVISADO.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

VALCANTI, C. C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 838–845, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/08.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p. 1929-1936, 2018. DOI: org/10.1590/1413-81232018236.04722018.

VIEIRA, D.C.R.; AQUINO, T.A.A. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. **Temas psicol.**, v.24, n.2, pp. 483-49, 2016. DOI: org/9788/TP2016.2-05Pt .

WICHMANN, F.M.A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n.4, p. 821-832, 2013. DOI: org/10.1590/S1809-98232013000400016.

WORMALD,B. America's changing religious landscape. Washington DC: Pew Research Center, 2015. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2015/05/12/americas-changing-religious-landscape/>. Acesso em: 18 set. 2020.

ANEXO - A
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Identificação

Nome: _____ **RG:** _____ **CD:**

Endereço: _____ **nº** _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **Telefone:** _____

Setor (HC): _____ **Data:** ____/____/____ **Início:** _____ **Término:** _____

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter acima de 60 anos de idade. No caso de incerteza peça, ao entrevistado, documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

3) Qual o seu estado conjugal?.....

1- Solteiro (a) 2- Casado (a) 3- Viúvo (a)
4- Separado (a), desquitado (a) ou divorciado (a) 99- Ignorado

4) Escolaridade:.....

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

99- Ignorado

5) Qual a sua renda individual?.....

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
4 - De 1 a 3 salários mínimo 5 - De 3 a 5 salários mínimo 6- Mais de 5 salários mínimo

6) 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 | |

7) Você segue alguma religião específica? (1) Sim (2) Não.....

8) Se sim, qual?

1- Católica 2- Protestante 3- Adventista 4- Evangélica 5- Espírita
6- Umbandista 7- Budista 8- Outra. Qual?.....

ANEXO - B
MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1) 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: _____

2) 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: _____

3) 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 as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____ Tapete _____ Tijolo _____

Nota: _____

4) 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 volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

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

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 4 a maior nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) 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: _____

6) 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: _____

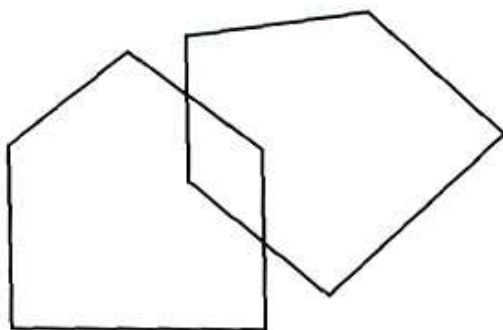
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

7) 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 intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) 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 11anos \leq 26

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

--	--

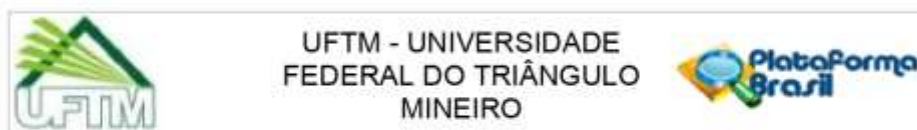
--

ANEXO - C
ESCALA DE ESPIRITUALIDADE

As frases e/ou expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor, marque com uma X aquela opção que melhor expressar a sua opção, na última semana. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo plenamente	
1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
3. Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

ANEXO – D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA NA ESPIRITUALIDADE EM IDOSOS

Pesquisador: Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92201818.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.050.031

Apresentação do Projeto:

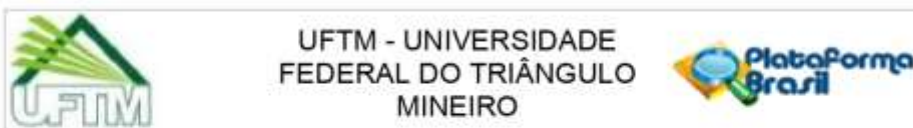
Segundo os pesquisadores, "Siqueira et al. (2002), afirma que o envelhecimento populacional é uma realidade atual nos diferentes países. Com isso, a Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período entre 1975 a 2025 a "Era do Envelhecimento", na qual haverá um crescimento de 54% da população idosa nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento este número alcançará 123%.

Considerando o aumento da expectativa de vida entre idosos e estudos sobre o bem-estar na velhice, pesquisas têm sido desenvolvidas dentro dessa temática apontando para a importância da religiosidade e da espiritualidade como uma alternativa de enfrentamento frente a eventos estressantes, temas que, até então eram negligenciados pela ciência e gerontologia. Assim, especialmente na velhice, religião e espiritualidade ocupam lugar de destaque, já que o envelhecimento traz consigo questões existenciais que a religião tenta responder (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006).

Devido ao crescente interesse da literatura científica em explorar as implicações da religião e da espiritualidade em contextos de saúde física e mental, observou-se que os achados não são unívocos. Contudo, evidências apontam que a religiosidade e a espiritualidade tendem a contribuir para o bem-estar pessoal, além de reduzir os níveis de depressão, angústia, morbidade e mortalidade (DUARTE; LEBRÃO; LAURENTI, 2008).

De acordo com Cavalcante (2007), o fato de a velhice ser considerada a última etapa da vida

Endereço: Rua Conde Prados, 191
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-260
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.050.031

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1158458.pdf	28/11/2018 17:44:46		Aceito
Outros	GEP.pdf	28/11/2018 17:44:17	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	23/11/2018 15:34:07	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	23/11/2018 15:32:05	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	23/11/2018 15:21:29	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Outros	Termo.pdf	13/11/2018 15:10:45	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/10/2018 05:23:17	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	25/06/2018 16:10:02	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 30 de Novembro de 2018

Assinado por:
Daniel Fernando Bovolenta Ovigli
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Conde Prados, 191
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 E-mail: oep@uftm.edu.br

ANEXO – E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo Espiritualidade em idosos: impacto da hospitalização, participação em grupo de convivência e qualidade de vida, por ser idoso e por estar internado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e/ou está frequentando a UAI. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é: Analisar os fatores sociodemográficos e QVRS associados à espiritualidade dos idosos inseridos em uma unidade convivência e em situação de hospitalização; e caso você participe, será necessário responder a quatro questionários. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. O que poderá ocorrer é uma sensibilização do voluntário perante as perguntas realizadas, caso isto ocorra, a coleta de dados será interrompida e será oferecido apoio emocional através da escuta terapêutica. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) entender o sujeito de forma integral, conhecendo sua realidade e suas dificuldades. Dessa forma, ocorrerá uma melhor compreensão de seu estado de saúde e possibilitará uma assistência de qualidade.

Você poderá obter 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. Receberei uma via deste Termo.

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

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade: _____

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura do entrevistador _____

Telefone de contato dos pesquisadores: Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone xxx-xxx.

APÊNDICE – A
Entrevista semiestruturada

Questões Norteadoras

I- O que é espiritualidade para o(a) senhor(a)?
II- O(a) senhor(a) acredita que a sua espiritualidade influencia na sua saúde? Por quê?