



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

**O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DA ESPIRITUALIDADE**

**RACHEL CAVALCANTI FONSÊCA PEREIRA**

**JOÃO PESSOA-PB**

**2012**

RACHEL CAVALCANTI FONSÊCA PEREIRA

**O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DA ESPIRITUALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões, na linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde.

**ORIENTADORA: Professora Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel**

**JOÃO PESSOA-PB  
2012**

P436e Pereira, Rachel Cavalcanti Fonsêca.

O enfrentamento das doenças crônicas em idosos  
institucionalizados na perspectiva da espiritualidade/Rachel  
Cavalcanti Fonsêca Pereira – João Pessoa, 2012.

101 f.: il.

Orientadora: Dra Berta Lúcia Pinheiro Klüppel

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE

1. Espiritualidade 2. Idosos 3. Doenças crônicas.

UFPB/BC

CDU: 616-053.9:27-184.3



### *Canção na Plenitude*

Não tenho mais os olhos de menina  
nem corpo adolescente, e a pele  
translúcida há muito se manchou.  
Há rugas onde havia sedas, sou uma estrutura  
agrandada pelos anos e o peso dos fardos  
bons ou ruins.

(Carreguei muitos com gosto e alguns com rebeldia.)

O que te posso dar é mais que tudo  
O que perdi: dou-te os meus ganhos.  
A maturidade que consegue rir  
quando em outros tempos choraria,  
busca te agradar  
quando antigamente queria  
apenas ser amada.

Posso dar-te muito mais do que beleza  
e juventude agora: esses dourados anos  
me ensinaram a amar melhor, com mais paciência  
e não menos ardor, a entender-te  
se precisas, a aguardar-te quando vais,  
a dar-te regaço de amante e colo de amiga,  
e sobretudo força — que vem do aprendizado.  
Isso posso te dar: um mar antigo e confiável  
cujas marés — mesmo se fogem — retornam,  
cujas correntes ocultas não levam destroços  
mas o sonho interminável das sereias.

*Lya Luft*

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, meu pai, meu protetor, meu criador e a razão da minha existência. Que por pura graça, me criou, me escolheu para ser luz e sal para o mundo, e que a cada dia me convida a viver o seu AMOR, a sua MISERICÓRDIA, o seu PERDÃO e ser templo do Espírito Santo. Obrigada meu SENHOR, por sempre me acolher em teus braços e me amar sem limites;

A **NOSSA SENHORA**, minha mãe do céu, minha intercessora, minha amiga, meu exemplo de serva, mãe e mulher, aquela que todos os dias me encoraja a seguir em frente, que me envolve com o seu Manto sagrado, e nenhum mal me atinge. Obrigada mãezinha por você ter me dado forças, paciência, temperança e sabedoria para trilhar todos os obstáculos da minha vida.

A **MEUS PAIS**, por ser minha base, meu exemplo de família, meu porto seguro. Em especial a minha mãe, por me apoiar a não desistir deste mestrado, visto que eu engravidei logo quando recebi a notícia que tinha sido aprovada. Ela que todos os domingos, saía da sua casa, deixava meu pai, meus irmãos, seus afazeres domésticos e trabalhos, e vinha dormir comigo e Maria Clara, pois tinha aula toda segunda pela manhã, e não tinha com quem deixar minha filhinha de um mês e meio. A meu pai, que permitia sem nenhum problema, que ela viesse ficar conosco. Mainha, obrigada por tudo, se não desisti, foi porque tenho um exemplo de perseverança e garra na minha vida, que é a senhora.

A **MEU MARIDO**, a você meu companheiro escolhido por Deus, te agradeço por tudo, por toda a compreensão da minha ausência como esposa, amiga e companheira nos momentos em que eu estudava, lia livros, pesquisava até a madrugada. Por você sempre me apoiar neste estudo, mesmo quando você tinha que ficar mais tempo em que podia com Maria Clara, que acordava de madrugada para dar a mamadeira dela, pois sabia que eu tinha acabado de deitar. A você que dizia sempre SIM, me ajudava a entender os textos sagrados, filosofia, história, antropologia e muitos outros. TE amo por tudo.

A minha filha amada, linda e abençoada, **MARIA CLARA**, minha vida, minha luz, minha realização, testemunho do amor de Deus por nós dois, fruto do nosso amor. Minha pequena linda, mesmo você tão pequena, sem entender o mundo, as palavras, eu te agradeço por você ter permitido que eu crescesse como pessoa, ser humano, que eu sentisse o que é o amor verdadeiro, sem interesse, sem troca. Obrigada por você ter chegado em nossa vida, construindo uma família maravilhosa. Desculpa-me pelas ausências.

A **FAMÍLIA DE FLÁVIO**, em especial a D. Vitória e Sr Espedito, minha segunda família, por ter me incentivado a estudar e entrar neste mestrado, permitindo que eu pudesse estudar mais tranquila, pois eles cuidavam da minha pequena. Por todos os almoços, amor e carinho.

A minha comunidade, **FANUEL**, obrigada a todos os membros que fazem parte desta obra de Deus, em especial aos seus fundadores e formadores, por toda compreensão nas

minhas ausências dos estudos, do grupo de oração, das formações, e sei que vocês estavam rezando por mim, por mais uma etapa importante na minha vida;

A minha orientadora, Prof (a) **Dra BERTA LÚCIA**, por toda a sua atenção, orientação e enriquecimento deste trabalho. Obrigada por ter me acolhido desde o primeiro momento no grupo de pesquisa Hygia, lá pude amadurecer minhas ideias, meus pensamentos, ler, refletir sobre a relação da Espiritualidade/religiosidade com a saúde. A cada encontro, percebia que eu estava chegando mais próximo do meu objetivo, de responder as minhas dúvidas e inquietações a respeito deste tema. Notei que eu estava chegando onde eu realmente queria chegar, e aos poucos, os caminhos iam sendo trilhados e percorridos. À senhora, agradeço por ter permitido esta conclusão de uma etapa tão importante para mim, e ter contribuído para que eu fosse em frente naquilo que eu acreditava.

A minha amiga, irmã, eterna professora, **MÁRCIA DELGADO**, por todo incentivo, escuta, conselhos e carinho. Obrigada amiga, por tudo o que você fez por mim, por todas as orações, saiba que te amo muito, amor de irmã mais velha;

Aos amigos, **FÁBIO, LICÂNIA, IVALDO E ADRIANA**, por todos os momentos que passamos juntos neste mestrado. A Fábio e Licânia obrigada por todo incentivo, dicas e materiais de estudo que vocês me forneceram para enriquecer a minha pesquisa. A Ivaldo e Adriana, meus colegas de turma, por todos os momentos alegres e difíceis que passamos, por todas as noites que estudávamos, pelas xerox que vocês tiravam para mim, enquanto eu estava de licença maternidade, por toda compreensão na minha ausência. Adorei conviver com vocês e a amá-los, saibam que sempre estarão no meu coração e nas minhas orações;

**A toda turma T-5**, com eles pude amadurecer, respeitar e viver em meio às diferenças de pensamentos e crenças, e sentir a união desta turma, exemplo de superação, criatividade, amizade, interesse e produção científica;

Aos professores, **ANA COUTINHO, THIAGO AQUINO e RISOMAR VIEIRA** por toda contribuição neste trabalho, enriquecendo a minha pesquisa.

Aos professores do curso, em especial a **Eunice, Berta, Ana Coutinho, Glória Escarião, Maria Lúcia, Thiago Aquino e Fabrício**, pelos quais senti um carinho muito especial, obrigada por todo incentivo a minha pesquisa, por todos os conhecimentos que vocês me passaram, e por toda a compreensão com a minha gestação e pós-parto.

**Aos meus queridos idosos**, a vocês dedico esta dissertação, por terem despertado em mim o desejo de estar mais perto de vocês, de estudar tudo o que permeiam a saúde do idoso, de compartilhar tantas alegrias, experiências, vitórias ao lado de vocês. Meu muito obrigada, por vocês terem aberto a casa de vocês, suas lembranças, dividido alegrias e tristezas, enriquecido o meu estudo. Saibam que vocês me ensinaram a amar, a cuidar, a ter confiança em Deus, a ter esperança e fé naquilo que não se vê. Que um dia, eu possa retribuir com o mesmo abraço, sorriso e brilho nos olhos.

**A todos os diretores das ILPI** que abriram as portas para a realização desta pesquisa, acreditando na contribuição e importância da mesma, em especial a Arimatéia, Irmã Raimunda e Dona Edileusa e Sr. Rangel, amigos e exemplos de administradores.

**A coordenação do UNIPÊ**, na pessoa de Mariana de Brito e Ana Margarida pelo incentivo e compreensão para a conclusão deste mestrado.

PEREIRA, Rachel Cavalcanti Fonsêca. **O enfrentamento das doenças crônicas em idosos institucionalizados na perspectiva da espiritualidade**, 2012 –101 p. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

## RESUMO

O aumento na porcentagem de idosos na população é hoje uma realidade também brasileira. Associado a esta mudança, soma-se o aumento da incidência de doenças crônicas nesta faixa etária o que se torna um fator de risco para a institucionalização. Neste contexto, a religião pode surgir, na doença, como um recurso interno que favorece a sua aceitação, o enfrentamento e até a própria reabilitação. Diante disso, a pesquisa teve como objetivo estudar o enfrentamento das doenças crônicas nos idosos institucionalizados na grande de João Pessoa/PB, na perspectiva da espiritualidade, bem como analisar os indicadores mais presentes adotados no enfrentamento das doenças pelos idosos institucionalizados (*Coping* Religioso Espiritual positivo e negativo), avaliar o perfil demográfico, socioeconômico, religioso e da saúde desses idosos e observar as práticas religiosas adotadas nos Institutos de Longa Permanência. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, que focalizou três destas instituições, localizadas na grande de João Pessoa - PB. Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram: um questionário geral (dados sociodemográficos, clínicos e religiosos), o Mini Exame do Estado Mental e o questionário Coping Religioso Espiritual (PANZINI, 2005). A amostra foi de 28 idosos, de ambos os sexos, sendo a maioria mulheres (71,4%), entre 71 e 81 anos (39,3%), solteiros (42,9%), que possuíam ensino médio completo (42,9%), com tempo de institucionalização entre 4 e 6 anos (39,3%), hipertensos (71,4%), católicos (71,4%) e que frequentavam algum espaço para suas atividades religiosas (82,1%). Com o uso do questionário dirigido, verificou-se uma alta utilização, por parte dos entrevistados, da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento das doenças crônicas, representada por uma média do Coping Religioso/Espiritual Total igual a 3,6, numa escala de um a cinco. Embora não tenha encontrado correlação entre este dado e as variáveis sexo, idade, tempo de institucionalização e denominação religiosa, a média total indica uma alta utilização da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento das doenças crônicas pelos residentes. Observou-se que os católicos obtiveram maior pontuação que os adeptos de outras crenças. Assim, ratifica-se os resultados de outros estudos, onde a religiosidade/espiritualidade é um recurso frequentemente utilizado pelos idosos para enfrentar situações difíceis e de sofrimento e que deve ser considerado pelos profissionais da saúde na abordagem ao paciente idoso.

**Palavras- Chave:** Espiritualidade, Idosos, Doenças Crônicas.

## ABSTRACT

PEREIRA, Rachel Cavalcanti Fonsêca. **The Addressing the chronicle diseases in the institutionalized elderly in view of spirituality**, 2012 –101 p. Dissertation (Master of Religions's Science), Federal University of Paraíba – UFPB.

The increase in the percentage of elderly in the population is now also a Brazilian reality. Associated to this change, compounded by the increased incidence of chronicle diseases in this age group which becomes a risk factor for instutionalization. In this context, religion can presents itself, in the disease, as an internal resource that contributes to its acceptance, coping and even its own rehabilitation. In view of this, the research aimed at studying the facing of chronicle diseases in institutionalized elderly in the great area of João Pessoa/PB in the perspective of spirituality, as well as analyzing the more present indicators adopted in the facing of the disease by institutionalized elderly (*Coping* Religious Spiritual positive and negative), evaluate the demographic, socioeconomic, religious and health profile of the elderly and observe religious practices adopted in Long Term Institutes. This is an exploratory and descriptive research, with a quantitave and qualitative approach, focusing on these three institutions, located in the great area of João Pessoa - PB. The instruments used for data collection were: a general questionnaire (sociodemographic, clinical and religious), the Mini Mental State Examination and the Sipuritual Religious Coping Questionnaire (PANZINI, 2005). The sample consisted of 28 individuals of both genders, mostly women (71,4%), between 71 and 81 years (39,3%), single (42,9%), which possessed a high school education (42,9%), with time to institutionalization between 4 and 6 years (39,3%), hypertension (71,4%), Catholics (71,4%) and attending some space for religious activities (82,1%). With the use of the questionnaire, it was verified that there was a high use, by the respondents, religiosity/spirituality in the facing of chronicle diseases, represented by an average of Coping Religious/Spiritual Total of 3.6, on a scale of one to five. Although, it has not been found a correlation between this data and the variables gender, age, length of institutionalization and religious denomination, the average total indicates a high utilization of religiosity and spirituality in facing chronicle diseases among residents. It was found that the Catholics had higher scores than the adherents of other faiths. Thus, it confirms the results of other studies, where religiosity/spirituality is a resource often used by the elderly to cope with difficult situations and suffering and that should be considered by health professionals in addressing the elderly patient.

**Keywords:** Spirituality, Elderly, Chronicle Diseases.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AVD**- Atividades de Vida Diária

**AVE**- Acidente Vascular Encefálico

**CCS**- Centro Ciências da Saúde

**CNS**- Conselho Nacional de Saúde

**CRE**- *Coping* Religioso Espiritual

**CREN**- *Coping* Religioso Espiritual Negativo

**CREP**- *Coping* Religioso Espiritual Positivo

**CRET**- *Coping* Religioso Espiritual Total

**HAS**- Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ILPI**- Instituto de Longa Permanência para Idosos

**MEEM**- Mini Exame do Estado Mental

**OA**- Osteoartrose

**OMS**- Organização Mundial da Saúde

**OPAS**- Organização Pan Americana de Saúde

**PNI**- Política Nacional do Idoso

**SABE**- Saúde Bem Estar e Envelhecimento

**SNC**- Sistema Nervoso Central

**SUS**- Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Distribuição dos dados dos idosos segundo os fatores sociodemográficos.....	57
<b>Tabela 02:</b> Distribuição dos dados dos idosos segundo os fatores relacionados à religiosidade.....	62
<b>Tabela 03:</b> Distribuição dos dados segundo os resultados da Escala do <i>Coping</i> Religioso Espiritual (CRE).....	68
<b>Tabela 04:</b> Distribuição dos dados quanto à média do CRET por religião.....	72

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Distribuição da população brasileira por sexo e idade - Pirâmide etária.....	20
<b>Figura 02:</b> Distribuição da população paraibana por sexo e idade - Pirâmide etária.....	21

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO</b> .....	19
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	19
1.2 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO.....	22
1.3 INSTITUTOS DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	24
<b>CAPÍTULO 2- RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE</b> .....	29
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS.....	29
2.2 SAÚDE DO IDOSO E SUA RELAÇÃO COM A RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE.....	32
<b>CAPÍTULO 3- RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS</b> .....	36
3.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS QUE MAIS ACOMETEM OS IDOSOS.....	37
3.2 ENFRENTAMENTO- <i>COPING</i> .....	43
3.3 <i>COPING</i> RELIGIOSO ESPIRITUAL.....	45
<b>CAPÍTULO 4- ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA.....	49
4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	51
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	51
4.4 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	51
4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	51
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
<b>CAPÍTULO 5- RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	55
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	55
5.2 ESCALA DE <i>COPING</i> RELIGIOSO/ESPRITUAL.....	66

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76
APÊNDICE A.....	88
APÊNDICE B.....	90
ANEXO A.....	92
ANEXO B.....	93
ANEXO C.....	94
ANEXO D.....	97
ANEXO E.....	98

## INTRODUÇÃO

O aumento na porcentagem de idosos na população é hoje uma realidade também brasileira e isso, embora de maneira heterogênea, se processa tanto em países desenvolvidos como em países subdesenvolvidos. Estima-se que em 2025 o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo (CAMARANO et al., 2006).

O envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo muito rapidamente, verificando-se um importante aumento da população idosa, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Associado a esta transição demográfica, soma-se o aumento da incidência de doenças crônicas nesta faixa etária, sendo importante conhecer quais as dificuldades mais frequentes do seu cotidiano, afirma Uchôa (2003). Independentemente da terapêutica escolhida, o portador da doença crônica irá constantemente lutar contra suas incapacidades que, provavelmente aumentarão progressivamente e acabam se tornando um fator de risco para a institucionalização dos mesmos (SANTOS, 2005).

Diante desta expressiva mudança do perfil demográfico brasileiro, autores como Duarte e colaboradores (2008) buscam investigar assuntos relacionados ao processo do envelhecimento, principalmente envolvendo formas de prevenção de doenças, melhora da qualidade de vida e soluções de tratamento e/ou formas de enfrentamento das situações difíceis.

À luz da psicologia, a religião tem o papel de oferecer respostas às exigências da velhice, de facilitar a aceitação das perdas ligadas ao processo de envelhecimento e de oferecer ferramentas psicológicas no intuito de equilibrar o indivíduo. A natureza da experiência religiosa consiste em alertar o idoso para o alívio de possíveis impactos negativos, causados pelas vivências da própria idade, fornecendo compreensão da própria realidade, de si mesmo e do ciclo de vida como único e inevitável (GOLDSTEIN, SOMMERHALDER, 2002).

Religião e espiritualidade são fenômenos relevantes na vida dos brasileiros, visto que 92,5% da população declarou ser adepto de uma religião no censo demográfico de 2000 (SANTANA, 2006). 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). Além disso, os idosos não

enfrentaram o pluralismo religioso dos dias atuais, pelo qual os mais jovens são influenciados. A religião ainda é identificada como fonte de significação na vida apoiada na tradição e na experiência religiosa no idoso (SANTANA, 2006).

Com o 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 demonstram que religiosidade e espiritualidade podem contribuir para o bem-estar pessoal, além de reduzir os níveis de depressão, angústia, morbidade e mortalidade (DUARTE, et al., 2008).

Levando em consideração a forte influência do senso religioso na vida dos idosos, os níveis de envolvimento religioso e práticas religiosas podem associar-se ao bem-estar, tais como: dedicação às atividades comunitárias, sociabilização, interação entre os membros de movimentos, crença no transcendente como resposta para questões como a vida pós-morte. Esses fatores podem propiciar indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) bem como, diminuir os índices de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool e drogas (ALMEIDA NETO; KOENIG, 2005).

As crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais, ou seja, a religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação e/ou enfrentamento a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo (MOREIRA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Uma das funções da espiritualidade e religiosidade consiste em levar as pessoas a enfrentar as perdas e desafios inerentes ao processo do envelhecimento, focando o seu potencial criativo e educativo em áreas problemáticas. O ser humano ao se deparar com momentos difíceis pessoais ou situacionais é comum utilizar a religiosidade como recurso. Como justificativa, Pargament (1997) explica que a dimensão religiosa é acessível e disponível no momento em que os limites pessoais são ultrapassados, por isso sua dimensão de busca por significados diante da dor e do sofrimento é vista como um recurso situacional.

O *Coping* tem um papel central na relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde, não possuindo uma tradução exata para a língua portuguesa. Segundo Panzini (2004) o *Coping* pode ser definido como o conjunto de estratégias utilizadas por uma pessoa para se

adaptar a circunstâncias de vida adversas ou estressantes, ou seja, o enfrentamento. Quando o indivíduo utiliza a religião ou a espiritualidade para enfrentar estas situações, Panzini e Bandeira (2005) definem como *Coping Religioso Espiritual* (CRE).

A motivação para este estudo surgiu durante a supervisão de acadêmicos de fisioterapia do 8º período do Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ, durante a disciplina Estágio Supervisionado I, no Instituto de Longa Permanência para Idosos (ILPI) Vila Vicentina - Júlia Freire, bem como na convivência constante com o apostolado da Comunidade Católica Fanuel, que tem a missão de acolher idosos da qual faço parte como discípula e consagrada. Com a minha prática profissional e espiritual, observei durante o tratamento fisioterapêutico voltado para as doenças crônicas, que a religiosidade e espiritualidade estavam presentes nos discursos dos idosos, como forma de aceitação, no enfrentamento das doenças, mesmo diante do sofrimento, abandono familiar e isolamento social.

Diante disso, procurei investigar estudos que abordassem esta perspectiva, e conheci o grupo de pesquisa Hygia, coordenado pela Dra Berta Lúcia Pinheiro Kluppel, o qual estuda a relação da espiritualidade com a saúde e está ligado ao Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões. Ao participar do grupo, percebi que vários autores já haviam publicado excelentes trabalhos a respeito do mesmo tema. Com isso, me interessei pelo programa e iniciei minha pesquisa com um estudo piloto, realizado na Vila Vicentina – Júlia Freire com uma amostra de 10 idosos. Constatei então, que a Espiritualidade é um fator importante no enfrentamento das doenças crônicas nestes residentes.

Essa vivência despertou a necessidade de buscar novos estudos sobre o enfrentamento das doenças crônicas em idosos institucionalizados na perspectiva da espiritualidade, visto que esta população encontra-se em processo acelerado de crescimento e possui forte envolvimento religioso/espiritual e que os profissionais da saúde, incluindo o fisioterapeuta, deve conhecer e considerar a espiritualidade no processo do cuidar do idoso.

Atualmente as investigações sobre a relação entre religiosidade e saúde buscam avaliar como as crenças e comportamentos religiosos se relacionam ou interferem na saúde, assim como em outros aspectos da vida do indivíduo. A exemplo do estudo de Carneiro (2009), realizado também por uma fisioterapeuta deste mesmo programa de Pós-graduação, que investigou a correlação entre a religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de João Pessoa-PB, verificando que a influência da religiosidade na qualidade de vida de idosos institucionalizados constitui um fator importante no estado de saúde destes indivíduos.

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa avaliar o impacto da religiosidade e espiritualidade sobre a saúde física e mental de uma pessoa ou uma comunidade. Assim, foi levantado o seguinte questionamento: Qual o impacto da espiritualidade no enfrentamento das doenças crônicas nos idosos institucionalizados na grande de João Pessoa/PB? O que gerou os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral**

- Estudar o enfrentamento das doenças crônicas nos idosos institucionalizados na grande de João Pessoa/PB na perspectiva da espiritualidade.

### **Objetivos Específicos**

- Observar as práticas religiosas adotadas nos ILPI;
- Avaliar o perfil demográfico, socioeconômico, religioso e da saúde desses idosos;
- Analisar os indicadores mais presentes adotados no enfrentamento das doenças pelos idosos institucionalizados (*Coping* Religioso Espiritual positivo e negativo);

Diante do exposto, justifica-se a importância deste estudo acadêmico para o campo do conhecimento das Ciências das Religiões, por priorizar o exercício da pesquisa voltada para a religiosidade humana na linha de espiritualidade e saúde, pois almejou estudar a situação em que se encontram grupos de idosos institucionalizados, na cidade de João Pessoa/PB relacionando-se a espiritualidade com o enfrentamento das doenças crônicas.

Para ao atingir os objetivos propostos, esta pesquisa foi dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo disserta-se acerca do envelhecimento populacional, do processo do envelhecimento e instituição de longa permanência para idosos. O segundo capítulo abordou de maneira geral os aspectos conceituais da religiosidade e a espiritualidade, bem como a sua relação com saúde do idoso. No terceiro capítulo foram apresentadas as doenças crônicas que mais acometem os idosos e o *coping*, descrevendo o *coping* religioso/espiritual.

Posteriormente foram expostos os aspectos metodológicos, os resultados discutidos, e por fim, as considerações finais desta pesquisa.

## CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO

Neste capítulo, serão apresentados alguns assuntos importantes para a discussão do envelhecimento, como: o envelhecimento populacional no mundo, no Brasil e no estado da Paraíba, aspectos conceituais característicos do processo de envelhecimento, bem como a institucionalização dos idosos.

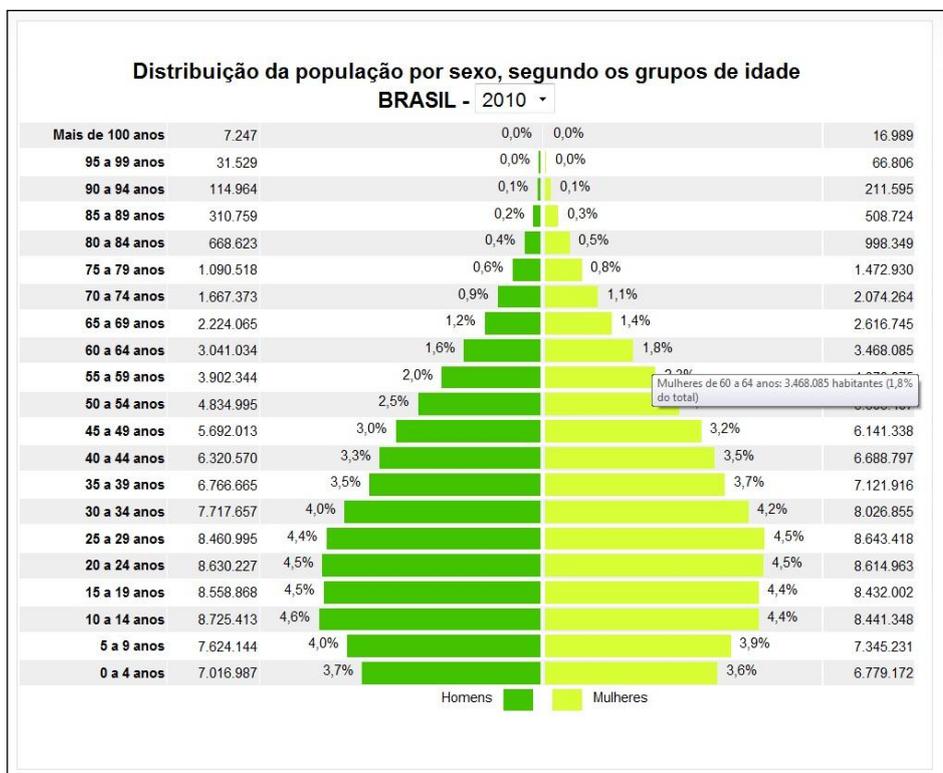
### 1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A população idosa constitui o segmento mais crescente na população brasileira, se tornando um dos maiores desafios da saúde pública. Este fenômeno ocorria principalmente nos países desenvolvidos, mas atualmente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento vem crescendo de maneira mais acentuada (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Essas mudanças vêm sendo decorrentes de uma importante conquista do Estado e da sociedade, considerando que é resultado da redução da fecundidade, da mortalidade infantil, de melhores condições de alimentação e higiene, progressos da medicina, de ajustes sociais e, conseqüentemente, da mortalidade em idades mais avançadas. No entanto, ainda são bastante perceptíveis as necessidades em relação à melhoria da saúde e da qualidade de vida deste segmento etário (MATSUDO; MATSUDO, 1992; ROUQUAYROL, 2003).

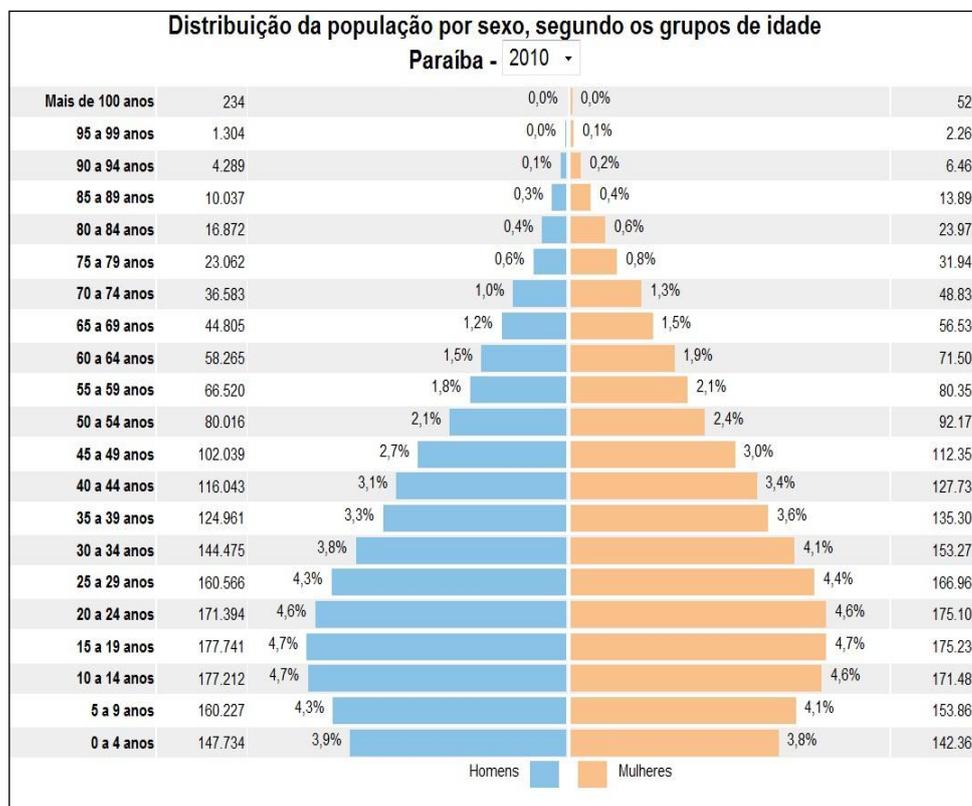
Netto (2006) estimou para o Brasil, em 2008, uma estabilização na proporção de idosos e jovens, de cerca de 15% e 20% respectivamente do total da população. Segundo Chaimowicz e Greco (1999), os futuros aumentos populacionais dependerão não mais do declínio da fecundidade, e sim da redução da mortalidade após os 60 anos.

O grupo de crianças de zero a quatro anos do sexo masculino no Brasil, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. No ano de 2000, estes percentuais caíram para cerca de 4,9% e 4,7% respectivamente, chegando a 3,7% e 3,6% da população em 2010. Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide etária (Figura 01) pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 60 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% da população no ano de 2010 (IBGE, 2010).

**Figura 01:** Distribuição da população brasileira por sexo e idade - Pirâmide Etária.

**Fonte:** IBGE, 2010.

Comparando com os dados da população geral do Estado da Paraíba, observa-se que o IBGE (2010) contabilizou 3.766.384 habitantes, o que demonstra um crescimento de 9,38% em relação ao número de 3.443.825 de pessoas registrados no ano de 2000. Ainda conforme dados do mesmo Censo, a população idosa no Estado chega a 452 mil habitantes, representando 11,9% de indivíduos com 60 anos ou mais, o que pode ser observado na representação da pirâmide etária do estado da Paraíba (Figura 02) que se encontra sofrendo de forma progressiva uma “retangularização” devido o aumento da população idosa, fenômeno que também ocorre em vários estados do Brasil.

**Figura 02:** Distribuição da população paraibana por sexo e idade - Pirâmide etária.

**Fonte:** IBGE, 2010.

Referente à prevalência de sexo a nível nacional, a maioria dos estudos apontam maior número de idosos do sexo feminino. Que neste caso, é compatível com os dados encontrados em João Pessoa, que expõe maior prevalência de mulheres em sua população idosa. Ressalva-se, que cada região possui as suas características físicas, culturais e étnicas, e que a prevalência de mulheres idosas no Brasil não é geral para todos os estados e municípios, portanto algumas regiões do país podem apontar para resultados diferentes (MINCATO, FREITAS, 2006; DIAS, 2007).

A transição demográfica que vem ocorrendo aceleradamente no Brasil, encontra-se seguida de uma transição epidemiológica, propagada pelas alterações no quadro da morbimortalidade da população. Nessa esfera, de acordo com Veras (1994), a prevalência de doenças infecto contagiosas, antes bastante frequentes e responsáveis por um grande número

de óbitos nos anos 50, começa a ser substituída por patologias mais complexas, como as crônicas não transmissíveis e distúrbios mentais, tais como doenças cardiovasculares, câncer e estresse, entre outras. No entanto, estas doenças provocam uma grande coleção de morbidades, e requerem cuidados específicos, favorecendo e aumentando os números de institucionalizações.

A transição demográfica e epidemiológica no Brasil é apresentada através das mudanças nos níveis de mortalidade e de natalidade desde 1900. A conexão entre as duas transições é feita através de diferenciais regionais de mortalidade segundo quatro grupos selecionados de causas básicas de óbito (doenças infecciosas e parasitárias, neoplasmas, doenças do aparelho circulatório e causas externas, utilizando dados do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde) e de diferenciais socioeconômicos do risco de mortalidade na população jovem - cujas principais causas de óbito são os acidentes e a violência (MONTEIRO, 2000).

Baseados em estudos epidemiológicos Costa e Barreto, (2003) relatam que todas as doenças e limitações alcançadas nas idades avançadas não são características inevitáveis do envelhecimento, e o uso de alternativas de serviços preventivos, eliminações de fatores de risco e uma busca de hábitos de vida saudáveis são fatores importantes para um envelhecimento saudável.

Chaimowicz e Greco (1999) exemplificam que a transição epidemiológica é dada por três mudanças importantes: a substituição das primeiras causas de mortes, das doenças infecto-contagiosas para as doenças crônico-degenerativas; o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

## 1.2 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Envelhecimento é um termo aparentemente simples que não necessitaria de qualquer definição. Todos têm a percepção do que seja essa abordagem e sabem que vão envelhecer, mas a maioria só torna isto uma credibilidade quando percebe que o corpo começou a sofrer modificações, logo conceituar envelhecimento não é tão fácil quanto parece (COSTA; BARRETO, 2003).

Os termos envelhecimento, velhice e idoso são palavras com significados distintos, porém que aparentam ser sinônimas para grande parte da população e que por isso devem ser devidamente conceituadas para que haja o esclarecimento sobre as mesmas. Sendo assim, segundo Silva (2009), o envelhecimento é um fenômeno natural que acomete a todos os seres humanos e que ocorre em qualquer momento da vida. O mesmo promove alterações no organismo, nas relações, na maneira de ser e agir, bem como na capacidade de se ajustar ao seu ambiente.

O somatório das alterações do envelhecimento normal, orgânicas, funcionais e psicológicas define-se por senescência ou senectude. Já as modificações em associação com processos patológicos que acometem a pessoa idosa caracterizam a senilidade (PAPALÉO NETTO, 2002). Segundo Castiglia (2006), alguns indicadores, como baixos níveis de saúde no idoso, são relacionados com altos níveis de depressão, angústia e baixa satisfação de vida e bem-estar.

O envelhecimento ocasiona várias alterações anatômicas e fisiológicas que tornam os idosos mais frágeis e cada vez mais limitados na sua capacidade de realizar Atividades da Vida Diária (AVD), em decorrência do equilíbrio precário, resistência diminuída, fraqueza generalizada ou quedas repetidas. Tais alterações diminuem a capacidade da pessoa de se adaptar ao meio em que vive, deixando o idoso mais vulnerável e exposto aos processos patológicos (VANDERVOOT, 2000; GUCCIONE, 2002; CARVALHO FILHO et al., 2006).

Durante muito tempo, o envelhecimento humano foi tratado somente por uma abordagem biológica. Preocupou-se muito com técnicas que viessem a retardar a velhice e que propiciassem às pessoas um envelhecimento com saúde. Esta visão da velhice, para qual muito colaborou a postura da medicina, escondia a tentativa de se negar a morte e associava a fase de envelhecimento a um final de vida. A partir disto, muitos preconceitos e estereótipos foram criados como “velho é improdutivo”, “velhice é doença”, “os velhos são ranzinzas” (VERAS, 1994). Parece que os maiores de 75 anos estão sujeitos a uma maldição semelhante a lepra bíblica que os incapacita para papéis sociais produtivos (MORANGAS, 1997).

No Brasil, além do processo de envelhecimento biológico, o impacto social traz apreensões, já que as transformações demográficas criam a necessidade de intensas transformações socioeconômicas. Assim, o quadro de desenvolvimento da população idosa é seguido de indisponibilidade de recursos para uma adequada assistência a saúde e para qualidade de vida neste segmento etário, tornando mais intensos os fatores de risco para a institucionalização (PAPALÉO NETTO, 2002).

O processo de institucionalização sofre com o agravante da transição social existente em nosso país, na qual se pode enfatizar a presença da mulher no mercado de trabalho, antes considerada como pessoa notável na prestação dos cuidados aos pais ou sogros. Além disso, a queda na taxa de fecundidade torna as famílias menores, reduzindo a disponibilidade de cuidadores domiciliares. Esses novos modelos familiares - mulheres vivendo sozinhas, mães solteiras, casais separados ou sem filhos e filhos que saem de casa cedo - afastam as oportunidades de se vivenciar um envelhecimento num ambiente familiar seguro (BERQUÓ, 1996).

### 1.3 INSTITUTOS DE LONGA PERMANÊNCIA

O processo de institucionalização pode ser decorrente do somatório das doenças crônicas que conduzem à incapacidade funcional, além disso, existem outros motivos que podem levar os idosos à institucionalização, como por exemplo: a falta de recurso financeiro para manter as necessidades alimentares e de assistência à saúde; a precária instrução familiar sobre como cuidar de uma pessoa com tantas peculiaridades; a indisponibilidade de cuidadores na família, entre outras (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999).

A decisão de internar o idoso em uma ILP geralmente se sustenta em situações cotidianas vivenciadas pelo idoso dentre as quais podemos citar: ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doença, alto grau de dependência, ou mesmo, a necessidade de cuidados de reabilitação (HERÉDIA et al., 2004).

É comum o idoso depender de cuidados específicos, de cuidadores ou familiares para a realização de tarefas comuns e para suprir suas necessidades pessoais. Em decorrência dessa redução na realização das atividades da vida diária, é presumível um aumento do número de idosos residentes em ILP para idosos, popularmente conhecidas por asilos (MINCATO, FREITAS, 2007).

Segundo Freitas e colaboradores (2006), Instituição de Longa Permanência para idosos é um estabelecimento sob denominações diversas, correspondentes a locais físicos equipados para atender a idosos sob regime de internação ou não, mediante pagamento ou não, durante um período determinado ou não. Assim, verifica-se nessas definições que, na portaria 810/89, há referências a clínicas geriátricas e casa de repouso, sendo evitada a

palavra *asilo*, podendo esta ser substituída pelo termo Instituição asilar, conforme a portaria SAS 73/01.

Mendonça (2007) define Instituição de Longa Permanência para Idosos como sendo um atendimento integral prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas: social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas. Borges (2006) ainda acrescenta que as ILPI são estabelecimentos para atendimento integral institucional, onde a população de maior demanda são os indivíduos com 60 anos ou mais, sejam eles dependentes ou independentes, que não tenham condições de permanecer com suas famílias ou em seu domicílio.

A palavra Asilo (do grego *ásylos*, pelo latim *asylu*) define-se como casa de Assistência Social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. É também o lugar onde ficam isentos da execução das leis, os que a ele se recolhem. Relacionam-se assim, a ideia de guarita, abrigo, proteção ao local denominado de Asilo, independentemente do seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais. O primeiro asilo para idosos, do Brasil, foi fundado no Rio de Janeiro, em 1782, pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição, com capacidade para 30 leitos (TOSTA, 2008; GORZONI; PIRES, 2006).

Segundo o Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, artigo 3º, existem duas formas distintas de atendimento aos idosos: a primeira, a modalidade asilar (atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social), que rege a vida do mesmo por meio de normas específicas e o ampara civil e socialmente; e a modalidade não-asilar (Centros de Convivência, Centros de Cuidados Diurno, Hospitais-Dia, Casas-Lar e Oficinas Abrigadas de Trabalho), que se destina a atender o idoso por determinado período do dia.

Segundo a Lei Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, no Capítulo VIII Art. 35, em relação à assistência social, todas as entidades de longa permanência ou casa lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada. O parágrafo 1º declara que, no caso de entidades filantrópicas ou casa lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade e o parágrafo 2º alega que o

Conselho Municipal do Idoso ou Conselho Municipal de Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista, que não poderá exceder a 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

No Capítulo IX, da lei supracitada, quanto à habitação, o Art. 37 relata que o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar ou, ainda, em instituição pública ou privada. Continuando o parágrafo 1º, a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família. O parágrafo 3º diz que estas instituições são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação e higiene dentro dos padrões das normas sanitárias.

A instituição assume a função primordial de substituir a família desenvolvendo funções de cuidado e de saúde, de longa permanência, à medida que os idosos adoecem e fragilizam-se durante a institucionalização. Diante disto, as instituições assumem a dupla função: social e de saúde (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006).

Born (2002) evidencia que a internação deve ser a última alternativa, tanto por considerações de ordem econômica, como de ordem humana, uma vez que a vida solitária passa a ser um fator psicossocial que mantém relação com a institucionalização precoce. Por esta razão, o ideal seria o idoso permanecer até o fim dos seus dias na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidarem dele, dispondo de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades.

Segundo Corrêa e Bessa (2006), o tempo médio de institucionalização de idosos de ambos os gêneros é de 6,5 anos. Tal situação é de fato preocupante considerando que esta média representa um tempo significativo de internação em ILP, pois mesmo que a instituição atenda às necessidades básicas dos idosos, a mesma não constitui um ambiente adequado para que eles envelheçam, considerando que o processo de institucionalização limita os idosos ao convívio apenas entre si, não participando da sociedade em sua totalidade.

De acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI) a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida. Mas, considerando-se o crescimento da população geriátrica e suas peculiaridades, torna-se cada vez mais necessário o surgimento de instituições destinadas a prestar assistência aos idosos

(BRITTO *et al*, 2003). Pesquisas demonstram que a proporção de idosos que vivem em instituições, nos países em transição demográfica avançada, chega a 11%, enquanto, que no Brasil, não chega a 1,5% (CREUTZBERG *et al*, 2007).

Aires, Paz e Perosa (2006) ressaltam que pelo Estatuto do Idoso é reconhecida a necessidade de mantê-lo na comunidade junto a sua família, no entanto, muitas famílias não possuem uma estrutura suficiente para manter o idoso fragilizado no ambiente familiar, levando-o, conseqüentemente, à institucionalização. Mangione (2002) afirma que a institucionalização é um termo que propicia a imagem de uma pessoa idosa sendo abandonada para sempre na porta de algum prédio escuro.

O estatuto do idoso prevê algumas obrigações a essas entidades de atendimento ao idoso, dentre elas estão: realização de cuidados à saúde; promoção de atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer, e manutenção do quadro de funcionários, profissionais com formação específica. A instituição asilar tem o compromisso de suprir as necessidades básicas dos idosos, proporcionando lhes uma melhor qualidade de vida. Contudo, nem sempre lhes são oferecidas atividades, por falta de mão de obra especializada, problemas financeiros ou até mesmo pela restrição de espaço físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Uma justificativa frequente para o pedido de internação é a impossibilidade momentânea ou permanente da cuidadora continuar seu papel, devido à enfermidade, acidentes e outros problemas que exigem a sua atenção, necessidade de trabalhar para enfrentar as dificuldades econômicas ou um clima de grande tensão na família (BORN, 2007).

Born e Boechat (2006) delineiam como os principais fatores de risco para a institucionalização: a síndrome da imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência urinária e fecal, ser do sexo feminino, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, ou viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoio social) e pobreza.

A cada dia aumenta o número de idosos dependentes e com necessidades especiais e as ILPIs tem que proporcionar não só abrigo com alimentação e higiene, como também cuidados médicos e acompanhamento diário de enfermeiros, além disso, o ambiente tem que ser adequado e seguro para o idoso. Para essa assistência adequada, a instituição deve contar

uma equipe multiprofissional capacitada bem como atender às necessidades individuais dos residentes (TOSTA, 2008; BORGES, 2006).

Born (2004) continua garantindo que é diretriz da PNI a priorização do seu atendimento, através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua sobrevivência. No entanto, essa diretriz ignora as mudanças na estrutura da família e o aumento dos idosos dependentes. É uma realidade vivida por ILPIs o aumento de pedidos de internação desses indivíduos com alta dependência, sobretudo, os casos de demência. Deve-se ter a formação de uma rede de serviços específica para esta faixa etária, na comunidade, hierarquizar os pedidos de internação e estabelecer prioridades.

O mesmo defende que o aumento de idosos dependentes e com necessidades especiais, torna complexo o seu atendimento nas ILPIs, pois não basta proporcionar-lhes abrigo, alimentação, recreação e encaminhamento para cuidados médico hospitalares, quando necessários. Por isso, não se pode pensar apenas num programa de assistência social, mas em que abranja dieta adequada, cuidados diários de enfermagem e todos os programas, que promovam e mantenham a autonomia do idoso, além da criação de um ambiente adequado e seguro para o idoso dependente. O autor defende que a ILPI deve ser uma moradia especializada.

Diante da expressiva mudança demográfica já comentada anteriormente, os pesquisadores buscam melhor lidar com o complexo fenômeno da velhice e do processo de envelhecimento, aliado às realidades e às potencialidades dessa fase (FALEIROS; LOUREIRO, 2006). Temas como viuvez, espiritualidade, autonomia, sexualidade, aposentadoria, saúde mental, qualidade de vida, auto estima despertam cada vez mais o interesse dos pesquisadores.

No que diz respeito à influência da espiritualidade na qualidade de vida, Carneiro (2009) verificou em seu estudo realizado em João Pessoa- PB com idosos institucionalizados, que aqueles que possuíam alta atitude religiosa apresentaram correlação positiva com um nível de significância de  $p= 0,05$  o domínio referente à **vitalidade** (potencial de energia), bem como melhores estado geral de saúde e saúde mental ( $p=0,05$ ).

## CAPÍTULO 2 – RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

### 2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS

O conceito de religiosidade não pode ser confundido com o de espiritualidade, e mesmo que religiosidade e espiritualidade estejam relacionadas, não são sinônimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas (SAAD et al., 2001).

A religiosidade refere-se a modelos, e crenças associados à religião, que vem do latim, *spiritus*, que significa “sopro” referindo-se ao sopro da vida. Para defini-la, Elkins (1999) refere-se à capacidade de se maravilhar, de ter reverência e gratidão pela vida ou por algum poder superior. Sua expressão independe de uma religião institucionalizada, pois sua ligação é direcionada à força superior que o indivíduo pretende homenagear. Frankl (1999) acrescenta que a espiritualidade serve como base emocional ou motivacional para a busca por significados e propósitos para a vida.

A religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Assim, os conceitos religiosos/espirituais não são consensuais, pois, embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo (SAAD et al., 2001).

Segundo Garder (2001) a religião é compreendida como a relação entre o homem e o poder sobre-humano no qual ele acredita ou se sente dependente. Essa relação se expressa em emoções especiais (confiança, medo), conceitos (crenças) e ações (culto e ética). E a religiosidade é apontada como a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (PANZINI, 2007). Já a Espiritualidade, é definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (SAAD et al., 2001).

Vasconcelos (2006) acrescenta que a espiritualidade vivenciada através da religião ou da fé pressupõe conhecimento dos próprios limites e possibilidades, não é um ato de simples resignação e, sim, uma atitude corajosa e humilde de alguém que sabe que sua vida está voltada para um “ser mais”, um “partilhar mais”, um “desprender-se”.

A espiritualidade surge a partir do momento que o ser humano cultiva o espaço com o Divino e entrega-se ao seu diálogo, confiando a Ele o destino da sua vida. A partir desta relação, origina as religiões que expressam o encontro com Deus nos códigos das diferentes culturas (BOFF, 1999).

“O termo religião significa três coisas: igrejas particulares ou instituições religiosas organizadas, um campo de estudos eruditos e o domínio da vida que lida com coisas do espírito e com assuntos de supremo interesse” (LEVIN, 2001 p.24). Pode também ser entendido como um corpo de dogmas. Nesse formato, ela se apresenta por meio de instituições.

Com a institucionalização da religião judaico-cristã no ocidente, ocorreu a desconsideração das formas de expressão religiosa dos chamados povos primitivos e politeístas, buscando padronizar a relação com o divino (SANTANA; SANTOS, 2005).

Conceitua-se religião:

como vindo do latim: *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Tem como significado o vínculo entre o mundo profano e o mundo sagrado, no qual o sagrado opera encantamento do mundo habitado por forças maravilhosas e poderes admiráveis que agem magicamente (SOARES; LIMA 2005, p.44).

Complementando Koenig, Larson, Larson (2001) salientam a relação dos termos com a busca do sagrado, definindo religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus, Poder Maior ou Verdade/Realidade Final/Máxima) e espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar a ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade.

Segundo Frei Betto (1992) é através da liturgia, da vida sacramental e da oração pessoal que o coração do homem melhor se dilata para que se possa viver no Espírito. A expansão do Cristianismo favoreceu diretamente o interesse dos cristãos em cuidar dos doentes, dos pobres e desamparados, por cumprir com os princípios de amor, compaixão, misericórdia e altruísmo ensinados por Cristo.

Nesse contexto, o interesse cristão de ajudar o outro foi o responsável pela criação de ordens religiosas e instituições de acolhimento aos doentes. Entre as atividades prestadas a essas pessoas, estavam os cuidados espirituais, que eram compreendidos como forma de

salvar as almas. Tais cuidados estavam direcionados às práticas religiosas, visando a propagação da fé cristã (ARAÚJO, 2008).

Segundo Boff (1999) cuidar do espírito significa: cuidar dos valores que dão rumo à vida e das significações que geram esperança, colocar os compromissos éticos acima dos interesses pessoais ou coletivos, alimentar o interior com a contemplação e a oração, significa, especialmente, experimentar Deus em tudo e permitir seu nascimento no coração.

Pargament (1990), estudioso da psicologia da religião, alerta para as dificuldades de investigação dos temas: religião, religiosidade e espiritualidade. Pois, estes, tendem a causar problemáticas conceituais por se focalizarem suas relações nas suas experiências humanas e no transcendente.

Pessanha e Andrade (2009) outros estudiosos da psicologia da religião, ainda acrescentam que a espiritualidade e mais precisamente a religiosidade vêm ganhando cada vez mais espaço na sociedade atual e junto com outros autores psicólogos, como Paiva (2002) e Amatuzzi (2008) vêm realizando estudos nesta área no Brasil.

Pessanha e Andrade (2009) observam ainda que não há como excluir a importância do sagrado na vida dos sujeitos. A psicologia deve estar aberta ao diálogo com o religioso para que o seu intuito, que é o de facilitar a compreensão do cliente, não exclua dessa compreensão a sua experiência religiosa, a qual pode ajudá-lo em vários aspectos.

A religiosidade pressupõe uma instituição religiosa, o que é considerado importante para Baungart e Amatuzzi (2007), visto que a religião institucionalizada oferece o apoio social para a saúde física e mental do sujeito, o que a espiritualidade não consegue abarcar já que não mantém laço com nenhuma instituição específica. Neste trabalho, optou-se pelo uso de uma abordagem mais ampla, ou seja, a espiritualidade.

## 2.2 SAÚDE DO IDOSO E SUA RELAÇÃO COM A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Desde a assembléia Mundial de Saúde de 1983 a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde vem sendo discutida extensivamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). Sendo ainda variáveis importantes para a saúde às condições socioeconômicas, o meio ambiente, a dieta, o estilo de vida, além de variáveis fisiológicas e psicológicas (POTTER; PERRY, 2005).

Koenig, Larson, Larson (2001) afirmam que existem quatro razões para associação entre religião e saúde: crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

Lewis e Schiller (1987), investigando a associação entre a religiosidade e saúde, constataram que a religiosidade provém de uma real busca pela:

1. Promoção de comportamentos e estilos de vida associados à saúde. Ao proibir ou desencorajar o uso do álcool e fumo, a religião colabora para diminuir o risco de doenças e o aumento do bem-estar desses indivíduos;
2. Provimento de suporte social. Ao estimular a socialização por meio das comunidades religiosas, proporciona-se maior profundidade nos relacionamentos interpessoais, nos quais a própria religião fomenta sentimentos de irmandade, amor fraterno e auxílio mútuo. O pertencimento a um grupo pode diminuir o sentimento de vazio e solidão;
3. Satisfação na busca pelo sentido de vida- ao promover uma função no mundo, pode modificar a percepção de situações estressantes ou eventos traumáticos, encorajando os indivíduos a terem esperança de que, no fim, tudo estará bem.

A fase de envelhecimento é uma etapa do declínio físico e psicológico de todo ser humano e, inserida em nosso contexto sócio cultural, a velhice é vítima de uma série de pressões e influências, que uma vez incorporadas acabam por fragilizar e infantilizar essa última fase do desenvolvimento. Muitas atitudes psicológicas da velhice como ausência de motivação, inapetência, indiferença intelectual, tédio, sentimento de decadência, insegurança, maior dependência afetiva, refúgio em hábitos obsessivos, avareza e ruptura de comunicação são reforçadas de um lado, pela hostilidade de nossa sociedade em relação ao velho e, por outro, pelos próprios idosos como defesa contra esta mesma sociedade hostil (ANGERAMI, 1992).

Ainda em relação à associação entre religiosidade e saúde, vários pesquisadores (PARGAMENT, 1997; PAIVA, 1998; PARGAMENT et al., 2001) encontraram benefícios e validação nas investigações. Segundo esses estudos, ao analisar os resultados da manifestação da religiosidade, percebeu-se a contenção de comportamentos aversivos ou autodestrutivos, além do conforto para abalos emocionais vivenciados.

De acordo com Cavalcante e colaboradores (2009) o fato de a velhice ser considerada última etapa da vida faz com que ocorra um aumento da frequência sobre o pensar na morte e, sobretudo, a respeito do que vem depois dela. Se a questão da finitude parecia longínqua, pouco pensada, na velhice, torna-se mais próxima e até real. A morte de pais, parentes e amigos remete imediatamente à própria morte. O retorno a uma prática religiosa passa a ser mais evidente, sendo por muitos, percebida como indispensável. Não é sem razão que muitos consideram a velhice como a etapa em que um balanço da vida é necessário e inevitável.

Na pesquisa promovida pelo Instituto Gallup Internacional em 2005, que envolveu cerca de 50.000 pessoas em 65 países do mundo, mais de um terço dos entrevistados revelaram ser religiosos e os idosos foram aqueles com maior grau de religiosidade (quase 70% declararam-se religiosos, em oposição a 60% dos jovens). Resultado semelhante já havia sido identificado por McFadden em 1995, em que os idosos mostraram maior envolvimento religioso, afirma James (2005).

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2000, os idosos sem nenhum tipo de religião perfaziam 3,6% do total, contrapondo valores de até 8,0% para faixas etárias mais jovens. Apesar disso, ainda há poucas pesquisas mundiais envolvendo saúde e espiritualidade/religiosidade em populações exclusivamente idosas.

Ao longo do processo de envelhecimento, o senso religioso tem-se mostrado fonte de referência, integrando razão e sensibilidade ao humano. Para Argyle (1990), no cotidiano do idoso é comum perceber a relação entre o bem-estar subjetivo e as práticas religiosas (promessas, preces, peregrinações ou outras ações rituais).

A relação entre envelhecimento e religiosidade tem sido tratada através dos tempos. Há ênfase na importância da religiosidade para a saúde psicológica das pessoas idosas e em reconhecer sua importância em propiciar senso de significado e entendimento aos indivíduos, que podem melhorar a sensação de bem-estar, satisfação e felicidade, relatam Koenig, George e Peterson (1998).

A assistência ao idoso deve atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual busca uma abordagem integral do indivíduo, a fim de promover um bem-estar físico, mental, social e espiritual. Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem do paciente incompleta (OKON, 2005).

Assim, a religiosidade constitui um aspecto muito importante na vida dos idosos e, por isso, não deve ser negligenciada pelos profissionais da saúde, sejam esses ligados ao SUS ou à rede privada. O respeito às crenças individuais da pessoa idosa proporciona um melhor acolhimento e estabelece um vínculo de confiança, facilitando, inclusive, a adesão terapêutica (FREITAS, 2006).

De acordo com Guimarães e colaboradores (2007) a influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. As evidências têm-se direcionado de forma mais robusta e consciente para o cenário da prevenção.

Guimarães e Avezum (2007) em seus estudos verificaram que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afetos positivo e moral mais elevados) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas. Esse impacto positivo sugere ser mais relevante entre pessoas sob estresse (idosos e aqueles com deficiências e doenças clínicas), considerando que há indícios suficientes disponíveis para se afirmar que o envolvimento religioso habitualmente está associado à melhor saúde mental. Ressalta-se, porém, a necessidade de melhor compreensão dos fatores mediadores dessa associação e sua transposição à prática clínica diária.

Peres, Simão e Nasello (2007) ao revisar estudos que examinavam a associação entre religiosidade/espiritualidade, saúde física, mental e qualidade de vida, identificaram que a maioria deles apontava a religiosidade associada a melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida, assim como menor índice de ansiedade, depressão e suicídio.

Quanto mais se avança em idade, mais rica torna-se a vida em experiência e sabedoria, aumentando na maturidade, o equilíbrio, a compreensão, a generosidade, a espiritualidade, o amor e a liberdade (VERAS, 1994). Para Santana e Santos (2005), quando a velhice se aproxima, inicia-se o Ciclo Cósmico, ou seja, o momento em que há uma capacidade maior de discernimento. A visão do sentimento global desse processo resulta no encontro do significado profundo da vida.

A Bíblia apresenta o idoso como símbolo da pessoa cheia de sabedoria, maturidade e temor de Deus. Em Eclesiástico 25, 6 a 8: “Quão belo é para a velhice o saber julgar, e para os anciãos o saber aconselhar! Quão bela é a sabedoria nas pessoas de idade avançada e a inteligência com a prudência nas pessoas honradas! A experiência consumada é a coroa dos anciãos, o temor a Deus é a sua glória”.

No Brasil no século XXI os direitos dos idosos são regidos pela Lei de Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 no Art. 2º:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízos da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (ESTATUTO DO IDOSO, 2009, P. 11).

Com isso, torna-se necessário a abordagem do idoso de forma integral, sendo importante investigar e valorizar todas as dimensões que o envolvem, seja ela, física, mental, social e espiritual, facilitando e/ou contribuindo para sua melhor qualidade de vida, bem como, para o enfrentamento de situações adversas e difíceis, como as doenças crônicas.

### **CAPÍTULO 3 - RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS**

A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (LAWLER; YOUNGER, 2002). Vários estudos enfatizam o desempenho da religião e espiritualidade como fator de proteção à saúde, acelerando a remissão das doenças (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998).

Um aspecto central da inter-relação saúde e espiritualidade é o quanto a segunda oferece recursos para enfrentar situações estressantes inevitáveis na vida, mantendo um nível ótimo de saúde. O que se tem observado é que a eficácia no enfrentamento a determinados estressores pode ser correlacionada com a integração de crenças, emoções, relacionamentos e valores, na resposta da pessoa a esses estressores, isto é, a perspectiva que a pessoa assume frente uma situação estressora e o modo como encara essa vivência são fundamentais para os resultados do seu enfrentamento. Os resultados negativos de enfrentamento são aqueles que apontam para uma quebra da integração interna, perda de valores religiosos, fortes sentimentos de raiva de Deus, dúvida ou confusão no seu sistema de crenças (PARGAMENT et al., 2001).

A tradição religiosa ocidental dá ênfase a uma relação pessoal com Deus e com o próximo. Essas relações podem ter importantes consequências sobre a saúde mental, especialmente com respeito ao enfrentamento de circunstâncias difíceis de vida que acompanham a doença e suas limitações. Crenças e práticas religiosas podem reduzir a sensação de desamparo e perda do controle que acompanham as doenças físicas (MOREIRA; LOTUFO NETO; KOENING, 2006).

Estudos relatam a noção de enfrentamento fortemente articulada com cronicidade e submissão a procedimentos médicos, em razão das tarefas adaptativas impostas pelas enfermidades, tais como: lidar com as consequências fisiológicas, por exemplo dor e restrições de movimentos; lidar com o tratamento e o ambiente hospitalar; manter equilíbrio emocional e um senso de *self*, incluindo competência e controle; manter relações com família e amigos e ter prontidão para futuras exigências (PEREIRA; ARAÚJO, 2006).

Duarte e colaboradores (2008) em seu estudo SABE (Saúde Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe) realizado na cidade de São Paulo com idosos entre 60 e 90 anos, concluiu que a religiosidade parece ser um mecanismo de apoio às pessoas idosas no enfrentamento dos problemas crônicos, contribuindo para uma maior satisfação com a vida e menores sentimentos de desamparo e desesperança.

Para Allport e Ross (1967) *apud* Drucker (2005) o indivíduo pode experienciar sua religião de duas maneiras: extrínseca ou intrínseca. A maneira extrínseca refere-se a utilizar a religião como meio de obter benefícios. Neste caso, a religião ocupa um lugar superficial em sua vida; suas crenças religiosas são herdadas, não houve reflexão sobre a escolha da filosofia religiosa. Vivenciar a religião de maneira intrínseca significa colocar suas crenças religiosas em primeiro lugar; é viver de acordo com seus preceitos, numa atitude de comprometimento e busca de sentido da vida.

Os idosos estão mais vulneráveis a sofrerem perdas. A quantidade de anos vividos lhe permitiu experienciar diversos fatos e, especialmente na velhice, a soma de perdas pode acarretar consequências negativas em sua saúde. A perda financeira, da situação econômica decorrente da aposentadoria; a perda da beleza, do vigor da juventude; a perda de um corpo saudável para dar lugar à convivência com doenças crônicas; a perda de independência e/ou autonomia; a perda de familiares, amigos e, finalmente, a proximidade da perda da própria vida. A religião e a espiritualidade podem auxiliar no enfrentamento destes eventos, considerados frequentemente como estressores (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

### 3.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS QUE MAIS ACOMETEM OS IDOSOS

Os pacientes com doenças crônicas são difíceis de tratar, pois o seu estado biopsicossocial é extremamente afetado. A experiência da dor é mais bem entendida se houver uma abordagem multidimensional, incluindo aspectos físicos, biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Emoções negativas como depressão e ansiedade correlacionam-se também com piora na percepção da dor de cada indivíduo (PERES, 2007). As doenças que chamam mais atenção nesta faixa etária e na população idosa institucionalizada são: hipertensão arterial, diabetes, Acidente Vascular Encefálico (AVE), transtornos cognitivos, doenças reumáticas e respiratórias, afirma Mangione (2002).

### 3.1.1 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular de grande interesse para a saúde pública, e largamente conhecida como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares. Definida como o aumento da pressão na parede das artérias, considerando como parâmetros uma pressão sistólica  $\geq 140$  mmHg e pressão diastólica  $\geq 90$  mmHg (BRASIL, 2006 a).

Apresenta alta prevalência na população adulta mundial, principalmente acima dos 40 anos (GUS, 2002). Conforme a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), 25% das mortes por doença arterial coronariana são causadas por hipertensão.

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do AVE e infarto agudo do miocárdio. É necessário conhecer os motivos que desencadeiam a hipertensão arterial, e, principalmente, os recursos para amenizar a doença, para que se obtenha uma melhor qualidade de vida. O quadro hipertensivo leva a lesão endotelial, favorecendo formação de placa aterogênica e alterações fenotípicas das células musculares lisas, promovendo vasodilatação com consequente aumento da permeabilidade vascular, permitindo a entrada de macromoléculas e favorecendo a aderência leucocitária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

Para Oliveira (1998), a hipertensão acontece devido a diversas causas como: doença renal, hemorragia cerebral, insuficiência cardíaca e crises de edema agudo de pulmão. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos.

### 3.1.2 Diabetes

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006 b).

Esta patologia é uma das principais doenças crônicas que acometem a população, principalmente, os idosos. A crescente prevalência e os altos níveis de morbimortalidade tornam o diabetes um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento frente ao incremento na expectativa de vida, uma vez que a prevalência da doença aumenta com a idade (PASSOS et al., 2005). Segundo estimativas da OMS, o número de diabéticos no mundo passará de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030 e, atualmente 2,9 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas ao diabetes. Outros dados alarmantes são apresentados pela *International Diabetes Federation*: 7 milhões de pessoas a cada ano desenvolvem diabetes e a cada 10 segundos morre uma pessoa vítima desta doença.

Neste cenário de epidemia mundial em que o diabetes e suas complicações geram um alto custo humano, social e econômico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005), as estimativas da OMS para o Brasil também são preocupantes. O país ocupa a sétima posição mundial em relação ao número de diabéticos na faixa etária de 35 a 64 anos e se estima que serão 11,3 milhões de diabéticos em 2030 no país, ou seja, mais que o dobro do número registrado em 2000 (4,5 milhões).

### 3.1.3 Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Segundo Rowland e Merri (2002), o AVE é causado pelo colapso na circulação encefálica, seja pela obstrução das artérias (isquêmica) ou pelo extravasamento de sangue (hemorrágica). Porém, as sequelas causadas são sempre muito bem conhecidas, caracterizando-se pela lesão do primeiro neurônio motor e também de neurônios sensitivos.

O AVE é uma das condições patológicas de maior incidência entre os idosos, consiste em um déficit neurológico focal súbito, devido a uma lesão vascular. Essas lesões podem ser causadas por distúrbios de coagulação e hemodinâmicos, mesmo que não haja alterações detectáveis nas veias ou artérias. Os idosos estão predispostos a ter pelo menos algum bloqueio do suprimento sanguíneo arterial no cérebro, e este déficit de suprimento poderá desencadear o AVE (ANDRÉ, 2006).

De acordo com Nunes (2005) o AVE pode ser compreendido pelo rápido acontecimento de sinais clínicos decorrentes de distúrbios focais ou globais da função cerebral, resultando em sintomas com duração superior a 24 horas.

Os distúrbios vasculares cerebrais ocorrem em qualquer idade, ocasião, ambos os sexos, em todas as famílias e raças, tendo como o mais forte determinante a idade. A

incidência é definida pelo número de novos casos de AVE num intervalo de tempo em uma população definida, enquanto a prevalência mede o número total de casos novos e antigos. Apresentando-se maior em homens com história familiar e em certos grupos raciais étnicos (ROWLAND; MERRI, 2002).

A hipertensão arterial é um fator de risco preditivo para o AVE. As doenças cardíacas são consideradas o segundo mais importante fator de risco, principalmente para quadros embólicos e aterotrombóticos. Já a Diabetes Mellitus é um fator de risco independente para doenças cerebrovasculares por acelerar o processo de aterosclerose (RADANOVIC, 2000).

#### 3.1.4 Transtornos cognitivos (Demências)

A demência é uma síndrome clínica em que acontece uma deterioração adquirida progressiva e persistente de funções intelectuais, onde não há alteração primária da consciência ou da percepção, no entanto cursa com mudanças na personalidade e no comportamento da pessoa e, conseqüentemente, ocasiona prejuízo em suas atividades de vida diária, tanto nas atividades sociais, quanto nas profissionais (KATO; RADANOVIC, 2008).

*Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria (1994), a demência é definida como uma síndrome causada por diversas doenças, caracterizada pelo prejuízo de um nível de funcionamento intelectual previamente mais elevado. O comprometimento envolve a memória e outras áreas cognitivas, incluindo linguagem, orientação, funções executivas, pensamento abstrato, habilidade construtivas, resolução de problemas e praxias, podendo chegar a interferir no desempenho profissional ou social, ou ambos, com prejuízo funcional. São freqüentemente observadas mudanças de personalidade e afeto, mas em estágios menos severo da doença, um nível normal de consciência é preservado (OKAMOTO, 2004).*

As estimativas de prevalência das demências nas pessoas com 60 anos de idade ou mais variam entre 1% e 2 % e, nas pessoas com 65 anos e mais, entre 3% e 9%. Essa taxa duplica-se a cada cinco anos até atingir 32% aos 85 anos, quando apresenta uma tendência a estabilizar-se dentro destes patamares (SAVONOTTI, 2006).

Segundo Kato e Radanovic (2008), a demência pode ser ocasionada por lesões primárias ou secundárias do sistema nervoso central (SNC). No caso das primárias, estão presentes as demências degenerativas, onde a deterioração cognitiva é devido à degeneração e a morte dos neurônios no Sistema Nervoso Central (SNC). Neste caso, a principal

manifestação clínica pode ser a demência, como por exemplo, a Doença de Alzheimer, ou devido a uma patologia em que acontecem outros sinais neurológicos, na maior parte atingindo o sistema motor, como por exemplo, na doença de Parkinson com demência. Já nas lesões secundárias, o quadro ocorre devido a uma série de condições clínicas que acabam ocasionando o dano neuronal, como por exemplos, as infecções do SNC, a doença cerebrovascular, a hidrocefalia, entre outras.

### 3.1.5 Doenças Reumáticas

As doenças reumáticas são alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática. Há mais de uma centena de doenças reumáticas, cada qual com vários subtipos, onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores (PAPALÉO NETTO, 2002).

As doenças reumáticas podem ser agudas, recorrentes ou crônicas e atingem pessoas de todas as idades. As mulheres, sobretudo a partir dos 65 anos, são as que mais sofrem com as doenças reumáticas, afirma o mesmo autor.

As distintas síndromes reumáticas podem estar presentes em todas as faixas etárias e possuem grande relevância e impacto na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Devido a isso, essas doenças exigem, além de cuidados especializados por parte dos profissionais da Saúde, a participação ativa dos pacientes com conscientização e com adesão plena para que haja, assim, controle das doenças, com ênfase na prevenção, no tratamento, no resgate e na reintegração social destes indivíduos (HOLICK, 2007).

Estimativas recentes mostraram que só 27% da população dos Estados Unidos tem o diagnóstico das doenças reumáticas realizado por médicos. Essas doenças têm alto impacto socioeconômico, pois são a principal causa de incapacidade física na população, gerando um custo estimado em mais de US\$ 85 bilhões anuais. As doenças reumáticas têm apresentado maior interesse e preocupação por parte da sociedade devido ao aumento da expectativa de vida, entre a população mais idosa. Assim sendo, existe previsão de um aumento dramático de aparição destas doenças, com conseqüências indesejáveis e imprevisíveis, particularmente,

na capacidade funcional e na qualidade de vida. Sabemos que, tipicamente, nas pessoas idosas, uma série de doenças reumáticas importantes tem maior incidência, como, por exemplo, a osteoartrose, a osteoporose, a polimialgia reumática, as doenças da coluna, as deficiências de vitamina D, entre outras (GOLDENBERG, 2008).

De acordo com Rebelatto e colaboradores (2007), a osteoartrose representa grande parte das doenças articulares no idoso e é importante não apenas por ser a mais frequente em doenças reumáticas, mas pelo fato de promover um impacto socioeconômico por causar incapacidade. Essa patologia é encontrada principalmente em idosos acima de 60 anos, e aos 75 anos é encontrada maior evidência radiológica ou clínica de enfermidade, atingindo 85% dos indivíduos dessa faixa etária.

As pessoas que tem o diagnóstico de osteoartrose (OA) são classificadas como doentes crônicos e como tais apresentam características específicas que as diferenciam das demais pessoas da sociedade. Esses sempre relatarão dor, sendo esta de grande ou pequena intensidade, apresentarão limitações funcionais, podendo ser discretas ou em maior grau, pois é raro o paciente com artrose apresentar invalidez devido à evolução dos tratamentos, porém mantém dificuldades em desenvolver as atividades de vida diária. Os indivíduos que possuem esta patologia são conscientes que a duração da doença é por toda a vida, portanto a OA produz alterações no caráter do paciente referidas como depressão, dependência e autocompaixão (GABRIEL, 2001).

### 3.1.6 Doenças Respiratórias

Associado ao processo de envelhecimento da população brasileira observa-se aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas e maior gravidade em quadros nosológicos de distintas etiologias (OPAS/OMS, 2007). Entre tais doenças encontram-se as bronquites, enfisema pulmonar, asma, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquiectasia, neoplasia de pulmão e transtornos pulmonares e respiratórios não especificados (JARDIM et al., 2003; CARVALHO FILHO; LEME, 2006).

Dentre as causas de internação e óbito mais frequentes, na população de 60 anos e mais, destacam-se as doenças do aparelho respiratório, em especial a infecção pelo vírus da influenza e suas complicações. Entre os portadores de doença crônicas, imunodeprimidos e institucionalizados, a infecção respiratória viral e suas complicações têm se mostrado mais graves (FRANCISCO, et al., 2006).

### 3.2 ENFRENTAMENTO - *COPING*

*Coping*, palavra inglesa sem tradução literal em português, pode significar “lidar com”, “adaptar-se a”, “enfrentar” ou “manejar”. Alguns estudos brasileiros, conforme literatura estabelecida na área da psicologia da saúde, traduzem *coping* por enfrentamento (PAIVA, 1998), palavra que não expressa toda a complexidade do termo, já que enfrentar significa “atacar de frente, encarar, defrontar” e o *coping*, por vezes, pode revelar-se como fuga, evitação ou negação do estressor. Considerando que tal tradução pode levar a equívocos na compreensão/interpretação do conceito, apesar de mencioná-la, emprega-se neste texto a palavra *coping*, seguindo outros autores, dada sua utilização generalizada pela comunidade científica brasileira.

No Brasil, segundo Freitas (1993), a tradução literal seria “lidamento”. Entretanto essa expressão inexistente no português do Brasil, sendo então adotada a tradução mais próxima fornecida pela psicologia da Saúde, enfrentamento. Existe também uma problemática com o uso deste termo, pois pode dar uma ideia de luta travada, ou defesa, dentre outros termos. Lazarus e Folkman (1984) definem enfrentamento com um processo de administração das demandas internas e externas que são avaliadas como sobrecargas ou excedentes aos recursos pessoais.

Sarafino (1997) e Serra (1999) acrescentam que o *Coping* é um termo de difícil tradução que pode ser definido como o conjunto de esforços realizados para lidar com uma situação, independentemente do seu resultado. Estes esforços podem ser de natureza variada e nem sempre implicam a resolução do problema, pois a eficácia depende não só dos recursos do indivíduo no momento, como também do tipo de situação indutora de *stress*. Podem ainda ser orientados pelo indivíduo para a resolução direta do problema, para a atenuação das emoções sentidas, ou para a busca de apoio social, o que não quer dizer que sejam forçosamente eficazes ou ineficazes.

Resumindo, Antoniazzi, Dell’Aglio e Bandeira (2000), destacam quatro conceitos principais de *coping*:

- *Coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- A função do *coping* é de administrar a situação agressora;

- O processo de *coping* pressupõe a noção de avaliação, verificando como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado para o indivíduo.
- O processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, pela qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas de sua relação com o ambiente.

Não há consenso na definição de estresse. Este tem sido definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão de tal situação. Lazarus e Folkman (1984) definem o estresse psicológico como a relação entre pessoa e contexto ambiental que é percebida como indo além do que aquela pode suportar, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. Enquanto mobilização dos recursos pessoais diante das exigências do meio é estado normal/benéfico, mas perante demandas exageradas torna-se fonte de distúrbios. Para Paiva (1998) a exposição freqüente/intensa/crônica ao estresse está associada a numerosos efeitos adversos na saúde física e mental. O mecanismo de ação envolve os sistemas nervoso autônomo e endócrino, influenciando o sistema nervoso central e, então, o comportamento manifesto.

Entretanto, o estresse não é o único fator na determinação de seu impacto sobre o indivíduo. O modo como a pessoa lida com o estresse, processo conceituado como *coping*, também tem importância crucial, fazendo diferença no funcionamento humano (Lazarus e Folkman, 1984; Pargament, 1997).

As estratégias de *coping* pressupõem avaliação cognitiva do fenômeno estressante, podendo ser classificadas, segundo sua função, como estratégias focadas na emoção (dirigidas à regulação da resposta emocional) ou estratégias focadas no problema (ações práticas dirigidas à solução do evento estressor) (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Formas habituais de lidar com o estresse desenvolvem-se em estilos de *coping*, podendo influenciar reações em novas situações e a extensão de estratégias selecionadas. Estas são definidas em termos de tendência (não preferência) a usar uma estratégia em maior/menor grau diante de situações estressantes, sem implicar, necessariamente, presença de traços subjacentes de personalidade predisponentes de determinada resposta. Então, enquanto estilos de *coping* se referem mais a resultados de *coping* ou características de personalidade e têm sido ligados a fatores relacionados à disposição do indivíduo, estratégias de coping se referem a ações cognitivas/comportamentais e têm sido vinculadas a fatores

situacionais (CARVER; SCHEIER, 1994). Por ser o *coping* um processo de interação entre indivíduo e ambiente, sua função é administrar (reduzir/minimizar/tolerar) a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la (LAZARUS; FOLKMAN;1980).

De acordo com Aldwin (2000), grande parte da literatura sobre enfrentamento dedica-se a compreender as estratégias utilizadas para lidar com doenças e procedimentos médicos, especialmente, doenças cardíacas, diabetes, artrite reumatóide, câncer e AIDS.

Apoiando-se na teoria de Pargament (1997) sobre o estudo da religiosidade, procura-se nesta pesquisa, observar a presença e o papel do *coping religioso espiritual* em idosos institucionalizados com doenças crônicas.

### 3.3- *COPING* RELIGIOSO ESPIRITUAL

Na perspectiva da Psicologia da Religião, Pargament (1990) define *coping* como “uma busca por significado em tempos de estresse”, “um processo através do qual os indivíduos procuram entender e lidar com as demandas significantes de suas vidas”.

Pargament (1997) enumera várias razões que justificam a associação entre religiosidade e enfrentamento. Primeiro constatou que o estudo da religiosidade e do enfrentamento traria significativas contribuições à vida das pessoas, por possuir um importante papel na solução de problemas; e em segundo lugar, porque tal estudo oferece oportunidades para aprender mais sobre religiosidade, parte integrante do ser humano. Em terceiro, o estudo da religiosidade e do enfrentamento possui implicações práticas, pois ambos se fazem presentes em momentos difíceis, e possuem elementos significativos em muitas fases de resolução de problemas, ou seja, a religião pode afetar a maneira como a pessoa percebe o sentido de suas dificuldades.

A religião oferece uma variedade de estratégias ou métodos de *coping* que, contrariando o estereótipo de que seriam meramente defensivos, passivos, focados na emoção ou em formas de negação, se mostram cobrindo toda uma série de comportamentos, emoções,

cognições e relações, servindo a várias funções (PARGAMENT, 1997; PARGAMENT; KOENIG; PERES, 2000).

Baseado na estrutura conceitual de Lazarus e Folkman (1984), Pargament (1997) emprega o conceito de *Coping* Religioso Espiritual (CRE) para referir-se ao processo pelo qual as pessoas, por meio da sua espiritualidade, crença ou comportamentos religiosos tentam entender e/ou lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais em suas vidas. A noção de CRE tem como pressupostos: 1) a existência de uma experiência estressante; b) a avaliação que a pessoa faz da situação (ameaça, dano ou desafio); c) os recursos disponíveis para lidar com ela; d) a responsabilidade de lidar com determinada experiência.

Então, concordando com Pargament (1990) no uso do termo *coping* religioso/espiritual (CRE), Panzini (2004) o define como o emprego da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas de vida, por meio de um conjunto de estratégias para manejar o estresse diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida. Os objetivos do CRE são: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação de vida e ainda busca de bem-estar físico, psicológico, emocional e de crescimento e conhecimento espiritual.

Os resultados do CRE podem ser classificados em estratégias positivas e negativas. Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de CREP (*Coping* Religioso Espiritual Positivo) que negativo (CREN), para diferentes amostras em diferentes situações estressantes e que as pessoas utilizam o CRE especialmente em situações de crise, principalmente diante de problemas relacionados a saúde/doença, envelhecimento e morte (KOENIG; LARSON; LARSON, 2001; PARGAMENT; KOENIG; PERES, 2000).

Em termos de resultados, o *coping* religioso pode ser eficiente, suceder bem em algumas dimensões afetadas pela crise e fracassar ou mesmo agravar outras. Para decifrar a chave do bom resultado do processo de *coping* religioso é importante aprender mais sobre os fatores que determinam o modelo de religião e, mais especificamente, se toma formas efetivas ou não (PARGAMENT, 1997).

Segundo Koenig, George e Peterson (1998) o CREP abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico ou positivo ao praticante como:

- procurar o amor e a proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais;
- buscar ajuda e conforto na literatura religiosa;

- buscar perdoar e ser perdoado;
- orar pelo bem-estar de outros;
- resolver seus problemas em colaboração com Deus, etc.

O CREN envolve estratégias que geram consequências prejudiciais ou negativas ao indivíduo, como:

- a crença em um Deus punitivo;
- questionar a existência, o amor ou os atos de Deus;
- delegar a Deus a resolução dos problemas;
- sentir insatisfação ou descontentamento em relação a Deus ou sua instituição religiosa, etc.

As pesquisas que definem os padrões de CREP e CREN estão ligadas à avaliação de determinados resultados de *coping*, como por exemplo, indicadores de saúde e qualidade de vida. De acordo com esses resultados, os padrões de estilo de *coping* positivo abrangem estratégias que proporcionam efeito benéfico ao praticante, envolvem uma expressão de espiritualidade, segurança no relacionamento com Deus, e conexão espiritual com outros, que estão associados a uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, os padrões de CREN de relação conflituosa com Deus, visão pessimista do mundo e desconforto espiritual associam-se a índices mais baixos de qualidade de vida e bem-estar (PARGAMENT et al., 1998).

No estudo de Koenig, Pargament e Nielsen (1998), estratégias positivas de CRE apresentaram correlação positiva com melhor saúde mental (menos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida), crescimento relacionado ao estresse, crescimento espiritual e cooperatividade. Estratégias negativas de CRE tiveram correlação negativa com saúde física, depressão e qualidade de vida.

Panzini et al., (2011) em um estudo realizado com 403 indivíduos, sendo eles pacientes, profissionais e funcionários de um hospital universitário na cidade de Porto Alegre, nos quais utilizaram a escala de CRE, observou que 76% dos participantes descreveram a religião como "bastante" ou "muitíssimo" importante, mesma resposta apresentada para o papel da religião/espiritualidade no enfrentamento de situações estressantes e difíceis (70,8%).

De maneira geral, considera-se que o que define se uma estratégia de *coping* será positiva ou negativa, é saber em que medida essa estratégia dispõe a religião como meio e recurso de se enfrentar ou aliviar um problema, ou se a religião deixa de ser um recurso para se tornar um encargo, ou mesmo um agente *estressor* (PARGAMENT et al., 1998). Perceber como se manifestam estas estratégias é importante, sobretudo para profissionais de saúde que

lidam diretamente com pessoas com fortes crenças religiosas, já que estas podem influenciar todo o processo de estabelecimento da relação terapêutica.

De acordo com a minha experiência e convivência com estes colaboradores no período de cinco anos de docência no curso de fisioterapia e supervisão de estágios, observei que a maioria deles utiliza a espiritualidade como forma positiva para enfrentar as doenças e as limitações que as mesmas acarretam na sua vida. É muito comum observar no seu dia a dia, práticas religiosas ou espirituais que segundo eles, proporcionam um bem-estar e os ajudam a aceitar, conviver com a doença e suas consequências e até minimizar as dores e sofrimento causados pelas doenças crônicas.

## CAPÍTULO 4 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem como propósito descrever a metodologia que norteou a pesquisa realizada percorrendo as técnicas utilizadas, o tipo de pesquisa, a coleta de dados, que possibilitaram chegar à compreensão e análise dos dados obtidos na investigação.

O primeiro contato com este tema se deu em Setembro de 2010, no qual 10 idosos com doenças crônicas foram entrevistados a fim de observar se seria possível a utilização da escala CRE para avaliar estes idosos, visto que a maioria é de analfabetos e apresentam déficit cognitivo, resultando em dificuldades na linguagem e no raciocínio.

As entrevistas piloto ocorreram em apenas um ILPI, a Vila Vicentina – Júlia Freire, durante um mês, no turno da manhã, com duração média de 30 minutos. Dos residentes que participaram da pesquisa, a maioria (90%) era de hipertensos, seguido de 80% que apresentavam doenças reumáticas, 40 % eram sequelados de AVE, 30% eram diabéticos e 20% apresentavam algum problema respiratório. Quanto ao sexo, houve predominância das mulheres (90%), com idade média de 79,8 anos e de religião católica (70%), com maior uso do CRE positivo para enfrentar os momentos difíceis e de dor. Os resultados apontaram para um forte impacto da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento de doenças crônicas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida destes idosos.

A experiência com as entrevistas piloto, permitiu o amadurecimento por parte da pesquisadora, permitindo a aproximação desta com tema e com o instrumento principal, como também, na superação de dificuldades iniciais relacionadas à pesquisa de campo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, visto que apresenta como objetivo, a aquisição de novas informações, obtidas em uma abordagem quantitativa e qualitativa sobre o enfrentamento das doenças crônicas por idosos institucionalizados na grande de João Pessoa/PB, na perspectiva da espiritualidade.

Para Gil (1998) a pesquisa exploratória visa proporcionar maior aproximação com o problema com vistas a torná-lo explícito, envolvendo geralmente levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado. Ainda segundo o mesmo autor, a pesquisa descritiva visa delinear as características de determinada

população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e/ou observação sistemática.

A abordagem quantitativa é utilizada somente para complementar e dar representatividade aos dados qualitativos, sendo caracterizada pela objetividade e pelos dados concretos, servindo de sistematização e fundamentação ao conhecimento produzido pela abordagem qualitativa, ou seja, os dados quantitativos e qualitativos se complementam (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa deve primar pela abordagem descritiva dos fatos, pois estes possuem significados com uma totalidade de expressões que interagem no contexto pesquisado. Dessa forma, o pesquisador preocupa-se com o processo investigatório e não somente com os resultados obtidos, pois os dados coletados são concretos e devem ser relacionados a um suporte teórico, para não apenas desvendar significados expressos de forma verbal. A pesquisa qualitativa possibilita a discussão de facetas distintas dos fenômenos apresentados, retornando às raízes que deram sustentação à realidade apresentada (HAGUETTE, 2000).

Geralmente, compreende-se a metodologia qualitativa como sendo apropriada para análises exploratórias e iniciais de dados, pois a sua natureza, essencialmente descritiva, permite estudar fenômenos sociais de forma aprofundada e sensível à especificidade de cada caso (PALOUTZIAN; PARK, 2005; SILVERMAN, 2000). A avaliação qualitativa implica a interpretação dos fenômenos psicossociais a partir do ponto de vista do sentido/significado das pessoas estudadas utilizando o ambiente natural como local da recolha de dados (e não um ambiente artificial) e servindo para gerar teorias, mais do que testá-las (MARUJO et al., 2007). Neste tipo de investigação o investigador é o instrumento principal, e o seu maior interesse é no processo e não simplesmente nos resultados. Os seus dados servem para a construção de hipóteses e a análise dos mesmos é feita de forma indutiva, e o que realmente importa é o modo como diferentes pessoas percebem a mesma experiência (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

## 4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Bioética em Pesquisa do Centro Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba, levando em consideração as recomendações estabelecidas pela Resolução nº196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado, na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 12/07/2011, com registro de protocolo nº.0120/11 (Anexo A). Nas instituições convidadas, foram feitos os esclarecimentos iniciais aos responsáveis legais pelas instituições e aos idosos que aceitaram participar da pesquisa.

## 4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três ILPIs na grande João Pessoa-PB: Vila Vicentina - Júlia Freire; Lar de Idosos FANUEL e Lar da Providência Carneiro da Cunha, abrangendo a capital e Cabedelo - PB.

## 4.4 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Foram entrevistados 40 idosos institucionalizados na grande João Pessoa-PB. Porém, participou do estudo, uma amostra de 28 residentes, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 60 anos, possuir boa compreensão (baseado no teste do Mini Exame do Estado Mental- MEEM), ter mais de seis meses residindo no local, desejar participar de forma voluntária e ter alguma doença crônica. Foram excluídos portanto, 12 idosos, visto que os mesmos não se enquadraram dentro dos critérios de inclusão mencionados.

## 4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância à Resolução 196/96 do CNS (ANEXO B). Posteriormente, foram aplicados os seguintes questionários para coleta de dados: **questionário geral** abordando dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e clínicos (APÊNDICE A),

Mini - Exame do Estado Mental instrumento utilizado para rastreamento de déficit cognitivo, através de questões que envolvem a orientação temporal, espacial, memória de fixação, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem, elaborado por Folstien *et al.*, (1975) e modificado por Bertolucci *et al* (1994), adotando-se nesta pesquisa o ponto de corte de 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade (1 a 7 anos) e 26 para alta escolaridade (>8 anos) baseado em Bruki *et al* (2003) (ANEXO C). Também foi utilizada a **Escala modificada de Coping Religioso/Espiritual – CRE** (PANZINI; BANDEIRA, 2005) (ANEXO D) que teve sua aplicação autorizada pela autora (ANEXO E). Esta escala foi validada no Brasil em 2005 pelas autoras supracitadas com base na tradução e adaptação da escala norte americana RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Houve a necessidade de reduzi-la devido aos participantes envolvidos na pesquisa serem idosos institucionalizados e a escala ser muito extensa, contendo 86 questões, com oito fatores de CREP (**Transformação de Si e/ou de sua Vida - 14 itens; Ações em Busca e Ajuda Espiritual - 8 itens; Oferta de Ajuda ao Outro - 7 itens; Posição Positiva Frente a Deus - 11 itens; Busca Pessoal de Crescimento Espiritual - 5 itens; Ações em Busca do Outro Institucional -10 itens; Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual - 5 itens; Afastamento Através de Deus, Religião e/ou Espiritualidades - 6 itens**) e quatro de CREN (**Reavaliação Negativa de Deus - 8 itens; Posição Negativa Frente a Deus - 4 itens; Reavaliação Negativa do Significado - 5 itens; Insatisfação com o Outro Institucional - 4 itens**), conforme anexo E.

Optou-se por selecionar as questões que obtiveram carga fatorial acima de 0,62 no estudo das autoras para validação da sua escala, totalizando 24 questões, abordando 6 fatores do CREP e 2 fatores do CREN, com a finalidade de tornar o instrumento mais curto e compreensível para os idosos institucionalizados. Na escala de CRE as respostas serão dadas em escala de Likert de cinco pontos (1-nunca a 5-muitíssimo) e sua instrução fornece os conceitos de *coping* religioso-espiritual e de estresse.

Este questionário adotou quatro índices principais para a avaliação do CRE: o primeiro foi o CREP que indica o nível de enfrentamento religioso espiritual positivo praticado pelo avaliado através da média das 16 questões da dimensão CREP, que apresenta os valores de 1 a 5 e, quanto mais alto for o valor, maior será o uso do CREP.

O segundo foi o CREN que indica o nível de enfrentamento religioso espiritual negativo praticado pelo avaliado através das 8 questões do CREN, que também representa os mesmos valores de 1 a 5 e, quanto mais alto for o valor, maior será o CREN. O terceiro é a razão CREN/CREP que revela a razão do CREN utilizado pelo entrevistado em relação ao

CREP, através da divisão simples ( $\text{Razão CREN/CREP} = \text{CRE NEGATIVO/CRE POSITIVO}$ ), assim o valor estará entre 0,20 e 5 e, quanto mais alto for o valor, maior será o uso do CREN e, quanto mais baixo for o valor, maior o uso do CREP em relação ao negativo, portanto este índice apresenta-se inversamente proporcional, já que os valores mais baixos representam resultados melhores.

O quarto é o CRE Total (CRET) que indica a quantidade total de CRE utilizado pelo pesquisado, obtido através da média entre o CREP e a média das respostas invertidas do CREN com valores entre 1 a 5 e, quanto maior for o valor obtido neste índice, mais o pesquisado utiliza a espiritualidade/religiosidade para enfrentar as situações estressantes, de forma positiva (PANZINI, 2004).

Segundo Panzini (2004) o parâmetro arbitrário utilizado para a análise dos valores das médias de CRET deve ser: irrisória ou nenhuma (1 a 1,5); baixa (1,51 a 2,5); média (2,51 a 3,5); alta (3,51 a 4,5) e altíssima (4,51 a 5).

A coleta dos dados ocorreu de Setembro a Dezembro de 2011, com duração média de 45 minutos cada entrevista, as quais foram realizadas no turno da tarde de segunda a sexta-feira, pela disponibilidade da pesquisadora e dos idosos, os quais realizam menos atividades neste turno no ILP que residem. Associado à aplicação dos questionários citados acima, foi efetuada a gravação das conversas com os idosos, após consentimento prévio. Houve ainda um caderno de campo para registro das anotações necessárias.

O diário de campo corresponde a um caderno de anotações em que o pesquisador vai registrando as observações, impressões pessoais e resultados de conversas informais sobre os pontos investigados. Este é um instrumento que torna mais verdadeira a pesquisa de campo, além de favorecer qualidade e profundidade das análises, afirma Minayo (2008).

Desta forma, em cada dia de coleta dos dados, durante e após a aplicação dos questionários, foram feitas anotações informais sobre o conteúdo das falas, principalmente as que abordavam aspectos relacionados à espiritualidade e enfrentamento dos idosos pesquisados.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através dos escores obtidos de acordo com os procedimentos sugeridos por Panzini e colaboradores (2011). Em seguida, foram submetidos às análises estatísticas do pacote SPSS (Statistical Package for Social Scienses), versão 13.0, o que permitiu a realização de cálculos de percentagens, médias, desvio padrão, bem como, a

correlação do CRET com algumas variáveis (idade e tempo de institucionalização) por meio do teste de correlação de *Pearson* e comparação entre as médias pelo teste *t de Student* (gênero).

## CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, a cerca dos aspectos pertinentes à caracterização sócio-demográfica, religiosa e epidemiológica da amostra, bem como o estado cognitivo dos idosos e a utilização ou não do CRE para enfrentar as situações difíceis associadas às doenças crônicas.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DO UNIVERSO DA PESQUISA

Antes de apresentar os resultados encontrados nesta pesquisa, é importante descrever algumas características próprias dos ILPI selecionados na grande João Pessoa-PB, visto que os mesmos apresentaram estruturas, normas e perfil diferentes.

#### 5.1.1 Caracterização das Instituições

A Vila Vicentina - Júlia Freire é uma obra unida da Sociedade de São Vicente de Paula, a qual foi constituída em 1944, após a doação de um terreno da família Júlia Freire, em Setembro de 1943. É uma entidade civil de direito privado, beneficente, filantrópica, caritativa, sem fins lucrativos, que sobrevive de doações e apoio de diversos grupos como: Movimentos de Igrejas, Maçonarias, Órgãos Públicos Municipais e Estaduais, Gincanas realizadas por Escolas Públicas e Particulares da grande João Pessoa. Esta instituição tem capacidade para 65 idosos, mas atualmente abriga 62 idosos, sendo 34 homens e 28 mulheres, com a faixa etária entre 60 e 98 anos.

No que se refere às práticas religiosas desta ILPI, o diretor e a idosa representante dos residentes, afirmaram que estes tem um apoio religioso/espiritual no próprio local que residem, ou fora da mesma, a exemplo dos idosos espíritas. Para os católicos, existe a oração do terço, todas as noites, no bloco feminino, bem como a *celebração da palavra* com um Ministro da Eucaristia, todas as sextas feiras, e, aos domingos, é celebrada uma missa na capela local. Os espíritas frequentam duas vezes por semana o Centro Espírita com a presença de uma das cuidadoras e recebem visita de uma voluntária que sempre faz a leitura de um texto sagrado e canta músicas, acompanhada de um violão. Os idosos protestantes podem ir a cultos, desde que sejam acompanhados por familiares ou responsáveis, os mesmos recebem a visita de alguns *irmãos protestantes*, mas isso não ocorre semanalmente.

A Comunidade Católica Fanuel foi fundada em 15 de agosto de 2003, com a presença do Arcebispo Emérito da Paraíba, D. Marcelo Pinto Carvalhera; Monsenhor Jaelson Alves de Andrade (presidente) e os vice-presidentes, José Rangel de Luna Filho e Edileuza Guedes de Luna. Sua sede localiza-se na Rua Golfo San Matias, S/N, Intermares, Cabedelo – PB, CNPJ 05.469.409/0001-75. O público alvo são idosos com idade igual e/ou superior a 60 anos, dependentes (cadeirantes e acamados) ou independentes, possuidores ou não de meios para sua subsistência, ou que sejam encaminhados pelo Conselho Tutelar do Idoso como medida de proteção. Atualmente, esta instituição abriga 30 idosos, sendo 27 (90%) do sexo feminino e 3 (10%) do sexo masculino, a maioria com alterações físicas e/ou mentais.

Na Fanuel, os idosos católicos participam do grupo de oração nas terças-feiras, adoração ao Santíssimo Sacramento nas quintas-feiras, nas sextas-feiras escutam a palavra de Deus e recebem a Eucaristia, e uma vez por mês participam da missa aos domingos na capela local. Os protestantes recebem a visita de um grupo de casais aos sábados que partilham a palavra de Deus, cantam, oram e sempre desenvolvem dinâmicas. Durante o dia, os mesmos escutam músicas cristãs, assistem filmes e programas de televisão, no terraço da instituição.

O Lar da Providencia Carneiro Cunha foi fundado em 1912 e atualmente é dirigido pelas Irmãs da Congregação dos Pobres de Santa Catarina de Sena, atende mais de cento e vinte idosos em seus três graus de dependências que necessitam de cuidados especiais. A maioria vinda de famílias carentes. A equipe tem 72 pessoas, entre médicos, enfermeiros, outros profissionais e voluntários. Sua sede localiza-se na Av. Santa Catarina, Bairro dos Estados, João Pessoa - PB. Atualmente conta com 119 idosos, sendo 94 mulheres (78,9% ) e 25 (21,1%) homens, habitando blocos diferentes.

Quanto às atividades religiosas, os idosos entrevistados afirmaram que todas as noites as irmãs (freiras) os convidam para participar do terço nos blocos, bem como, aos domingos são chamados a participarem da missa na capela do próprio local. Para os protestantes e outras religiões professadas por outros residentes, não existem atividades ou práticas que lhes ofereça suporte espiritual.

### 5.1.2 Características Sócio-Demográficas e Clínicas

Participaram da pesquisa 40 idosos institucionalizados selecionados segundo uma lista fornecida pelos administradores locais e assistentes sociais, sendo excluídos 12 idosos por não atenderem aos critérios de inclusão, permanecendo uma amostra de 28 residentes. Sendo 12 (42,9%) pesquisados no ILPI Vila Vicentina, 10 (35,7%) no Lar da Providência Carneiro da Cunha e 6 (21,4%) na Comunidade Católica Fanuel.

**Tabela 1:** Distribuição dos dados dos idosos segundo os fatores sociodemográficos (n=28).

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Feminino	20	71,4
Masculino	8	28,6
<b>Faixa Etária</b>		
60-70	8	28,6
71-81	11	39,3
82-92	6	21,4
Acima de 92	3	10,7
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	12	42,9
Casado	2	7,1
Divorciado	3	10,7
Viúvo	11	39,3
<b>Grau de Instrução</b>		
Analfabeto	10	35,7
Ens. Fund. Incompleto	4	14,3
Ens. Fund. Completo	2	7,1
Ens. Méd. Completo	12	42,9
<b>Situação Econômica</b>		
Aposentado/benefício	23	82,1
Pensionista	3	10,7
Indefinida	2	7,1
<b>Tempo de Institucionalização</b>		
Até 1 ano	1	3,6
1-3 anos	9	32,1
4-6 anos	11	39,3
7-9 anos	4	14,3
acima de 10 anos	3	10,7

Fonte: PEREIRA, R.C.F.  
Dados da pesquisa, 2012.

A amostra foi constituída de 71,4 % (n= 20) do sexo feminino e 28,6% (n=8) do sexo masculino. Quanto à faixa etária dos participantes, observou-se que a maioria 39,3% (n=11) se encontrava entre 71 e 81 anos (média = 77,7). Carneiro (2009) na pesquisa envolvendo idosos institucionalizados no mesmo município, encontrou na sua amostra 64% de mulheres e 36% de homens, com idade média de 77,5 anos.

Almeida (2009) em sua pesquisa sobre a qualidade de vida em idosos institucionalizados na grande João Pessoa-PB verificou que 66,7% dos indivíduos entrevistados eram do sexo feminino e que a faixa etária mais prevalente era acima de 80 anos. Outros resultados encontrados na literatura acusam uma maior presença de mulheres em ILPI's, a exemplo da pesquisa realizada por Araújo e Ceolim (2007) em ILPI's de Taubaté – SP, onde a prevalência do sexo feminino foi de 74%.

O fenômeno da feminilização em instituições está associado ao fato de que as mulheres vivem um pouco mais que os homens, o que está relacionado aos hábitos de vida, como o tabagismo, pois os homens fumam mais do que as mulheres. Em alguns países, entretanto, existem mais mulheres fumantes que os homens, porém os homens viciados fumam quase sempre mais do que as mulheres, diminuindo, dessa forma, sua longevidade (TIMO-IARIA, 2003).

Camarano e colaboradores (2006) explicam que essa tendência pode estar relacionada a alguns fatores, dentre os quais, o fato de que as mulheres idosas tendem a viver mais que os homens, passando assim por maior debilitação física, as tornando mais dependentes de cuidados. Chaimowicz e Grego (1999) ainda acrescentam o fato das mulheres tornarem-se viúvas mais cedo, a dificuldade para casar ou para o “recasamento” após separação ou viuvez, e ainda as menores taxas de ocupação e renda também justificam tal caso.

Há fatores que justificam a maior expectativa de vida no gênero feminino como uma maior utilização dos serviços de saúde e um menor consumo de álcool, a proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, a adoção de condutas menos agressivas e a menor exposição aos riscos do trabalho (REIS; TORRES; REIS, 2008).

No Brasil, as maiores taxas de mortalidade são encontradas nos extremos da vida, sendo mais altas entre menores de um ano de idade e entre os idosos. Em todas as faixas etárias, as taxas de mortalidade são maiores entre homens do que entre mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Lima-Costa (2003) afirma que o envelhecimento está associado a mudanças biológicas que aumentam o risco de morbidade, incapacidade e morte.

Sessenta e nove por cento dos idosos brasileiros relatam ter, pelo menos, uma doença ou condição crônica, que acometem em maior proporção as mulheres (75%) do que os homens (62%).

Quanto à faixa etária, os resultados desta pesquisa foram semelhantes aos de Araújo e Ceolim (2007), sendo apresentada uma predominância na faixa etária entre 70 e 79 anos (38%). A idade mais avançada dos idosos pode interferir diretamente na sua capacidade funcional, assim, como o agravamento de suas possíveis patologias crônicas, poderia determinar a sua institucionalização.

No tocante ao estado civil, observou-se que a maioria dos idosos selecionados 42,9% são solteiros, seguido dos viúvos (39,3%), divorciados (10,7%) e apenas 7,1% são casados e moram juntos. No estudo realizado em Caxias do Sul – RS por Herédia (2004) encontrou-se um percentual considerável de solteiros institucionalizados representado por 38,3% que, juntamente com o número de viúvos (43%), comprovaram que a falta de uma companheira (o) pode determinar a institucionalização. Perlini e colaboradores (2007) mencionam que o elevado percentual de idosos solteiros e viúvos demonstram que a ausência de companheiro é um fator determinante para o asilamento. Diante disso, as autoras concluem que a não formação de uma família nuclear propicia o idoso ao desamparo, e que a presença do cônjuge garante a permanência do idoso no domicílio.

A alta porcentagem de indivíduos solteiros institucionalizados pode indicar a marginalização existente para com estes idosos sem família, além de ele próprio isolar-se da sociedade, por acreditar, muitas vezes, ser um incômodo para sua família (GUEDES; SILVEIRA, 2004).

Quanto ao grau de escolaridade, a pesquisa encontrou 42,9% com ensino médio completo, 35,7% analfabetos, 14,3% tem ensino fundamental incompleto e apenas 7,1% concluíram o ensino fundamental.

Papaléo Netto (1996) ressalta a grande proporção de analfabetos e semi analfabetos nos idosos, principalmente entre o gênero feminino, pois, no passado existia uma menor quantidade de vagas e oportunidades de ensino para as mulheres.

De acordo com Marin e Angerami (2002), é grande o número de analfabetos existentes na população brasileira, principalmente, quando se refere às idosas que viveram sua infância em época na qual o ensino não era prioridade e a mulher se encontrava marginalizada em relação à educação, ao trabalho e à política. Carneiro (2009) em um estudo

que incluiu essas mesmas ILPIs encontrou que 65% dos idosos não possuíam escolaridade e apenas 35% eram escolarizados.

Considerando o tempo de institucionalização dos idosos, o estudo evidenciou que a maioria deles vivem na instituição entre 4 a 6 anos (39,3%), seguidos de 1 a 3 anos (32,1%), 7 a 9 anos (14,3%), mais de nove anos (10,7%) e até 1 ano apenas 3,6%. Carneiro (2009) observou um período de um a cinco anos (69%) como o mais relatado pelos idosos. Em média, os idosos permanecem aproximadamente, seis anos institucionalizados e o tempo de institucionalização influencia o grau de adaptação do idoso às normas de funcionamento da instituição (BORN, 2004).

Reis, Torres e Reis (2008) observaram que 51 (85%) dos entrevistados moram no asilo no intervalo de 1 a 10 anos, sendo este período mais frequente na faixa etária de 60 a 80 anos. Corrêa e Bessa (2006) ainda afirmam em seus estudos que o tempo de permanência nas referidas ILPI em média foi de 6,5 anos.

Em relação às doenças crônicas, a mais prevalente foi a Hipertensão Arterial com 71,4% (n=20), seguida de osteoartrose (53,4%, n= 15), depressão (25%, n=7), osteoporose (21,4%, n=6), diabetes (21,4%, n=6), AVE (17,9%, n=5), catarata (14,3%, n=4), hérnia de disco (7,1%, n=2), lembrando que a maioria dos residentes entrevistados apresentava mais de uma patologia crônica, estando excluído o déficit cognitivo. Tais resultados podem ser justificados pelas limitações que estas doenças acarretam nos idosos, tornando-os mais dependentes nas suas atividades funcionais e, conseqüentemente, exigindo um cuidado mais integral, o que muitas vezes para os familiares justifica a institucionalização dos idosos.

Em outros estudos, como o de Lima (2009) realizado com os idosos institucionalizados na grande João Pessoa- PB, o mesmo também observou que as doenças crônicas mais incidentes eram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (54,3%), seguida de Doenças Cardiopulmonares (24,5%), Osteoporose (17,5%), Diabetes Mellitus (17,5%) e Doenças Osteomusculares (15,7%).

Dentre as doenças crônicas apresentadas na pesquisa de Oliveira, Goretti e Pereira (2006) a HAS obteve maior prevalência atingido 53% dos idosos residentes de asilos, seguida de distúrbios psiquiátricos leves (42,8%), demência vascular (21,4%), insuficiência cardíaca congestiva (21,4%), depressão (17,8%), osteoartrite (32,1%), diabetes mellitus (21,4%) e acidente vascular cerebral (17,8%).

Segundo Freitas (1993) as práticas religiosas e espirituais melhoram a saúde ou evitam a doença através da promoção de comportamentos e estilos de vida relacionados à

saúde. Provimento de suporte social, por parte das comunidades religiosas, estimulando o sentimento de irmandade, de auxílio mútuo, de amor fraterno, o que proporcionaria mais relacionamentos interpessoais e sensação de pertencer a um grupo.

Quanto ao estado cognitivo, a maioria obteve um escore entre 24 e 26 pontos (39,28%, n=11), o que determina que apesar dos idosos apresentarem uma idade avançada, os mesmos possuem uma boa cognição, o que deve ser estimulada por parte dos profissionais que executam atividades nestes locais. É importante lembrar que um dos critérios de inclusão da pesquisa era ter a cognição preservada, o que pode ter determinado diretamente este resultado, visto que a maioria dos idosos institucionalizados apresentava a demência senil e foram excluídos da amostra. Oliveira, Goretti e Pereira (2006) em seu estudo com idosos no interior de São Paulo, não observaram correlação positiva entre a idade e o desempenho do MEEM.

### **5.1.3 - Dados relacionados à religião/espiritualidade**

Na adesão a religiões, a maioria dos residentes declarou-se católicos (71,4%), seguido de protestantes (14,3%), espíritas (7,1%), teosofista (3,6%) e sem filiação religiosa (3,6%), de acordo com a tabela 02. Este dado está de acordo com o perfil da população brasileira, onde mais de 70% declara-se pertencente a esta religião (IBGE, 2010). Duarte *et al.*, (2008) em estudo em São Paulo, também encontraram em amostra de idosos que a religião católica era a mais professada, seguida de protestantismo, espiritismo e judaísmo.

Mesmo esta pesquisa sendo realizada em três ILPI ligados à religião católica, observou-se pessoas que não professam nenhuma religião, bem como a presença de outras religiões e a vivência prática das mesmas, como também foi referida a mudança de religião, devido ao próprio espaço e as possibilidades religiosas/espirituais que são vividas e praticadas, conforme ilustrado nos discursos espontâneos dos idosos entrevistados neste estudo:

*Eu sou ateia, minha filha... Não acredito em nada. Antigamente eu ia à missa, pois minha mãe era muito católica, mas hoje eu não vou pra nada...(E5, 86 anos, Vila Vicentina).*

*“Eu sou católico, frequento a missa na capela e quando o padre vem aqui (E7, 71 anos, Vila Vicentina)”.*

*“Eu sou espírita, apesar de não considerar bem uma religião, mas uma forma de viver. Eu vou ao Centro Espírita duas vezes por semana, e faço tratamento espiritual e com remédios, além da dieta que eles passam” (E10, 81 anos, Vila Vicentina- Júlia Freire).*

*“Eu era crente, não sabe? Ai eu adoeci e vim pra cá me internar. Aí meu pastor disse que vinha aqui para orar, me visitar, mandou não sei quantos recados. Aí eu disse que não. Porque não sabia se as freiras queriam, aí eu voltei a ser católica como antes, pois aqui tem capela” (E15, 71 anos, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

*“Eu sou da teosofia... Mesmo não podendo ir ao templo, como em Minas Gerais, eu gosto de ler as escrituras e meus livros...(E21, 73 anos, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

**Tabela 2:** Distribuição dos dados dos idosos segundo os fatores relacionados à religiosidade (n=28)

VARIÁVEIS	n	%
<b>Religião</b>		
Católico	20	71,4
Protestante	4	14,3
Espírita	2	7,1
Teosofia	1	3,6
Sem Religião	1	3,6
<b>Frequenta algum lugar religioso</b>		
Não	5	17,9
Sim	23	82,1

Fonte: PEREIRA, R.C.F  
Dados da pesquisa, 2012.

Carneiro (2009) em seu estudo com idosos institucionalizados em João Pessoa - PB, também verificou que houve uma hegemonia do catolicismo, com 86% dos idosos declarando-se católicos, 5% eram evangélicos, enquanto 9% não tinha filiação religiosa definida. Silva e Fonsêca (2010) em um estudo sobre atitude religiosa de idosos residentes no ILPI Vila Vicentina- Júlia Freire verificaram que a maioria dos entrevistados afirmaram ser católicos (80%), seguidos de protestantes (10%), espírita (5%) e sem religião (5%).

Constatou-se semelhante resultado na pesquisa de Lira (2010) que apontou que 74,2% dos entrevistados pertencem à religião católica. As instituições para idosos de caráter filantrópico são geralmente mantidas por associações religiosas (católicas, espíritas e evangélicas) ou associações de imigrantes e seus descendentes e outras organizações como Rotary, Lyons ou Maçonaria. Também são conhecidas como Lares, Casa dos velhinhos, Casa da vovó, Recantos (PAPALEO NETTO, 1996).

No que se refere à crença em Deus, a grande maioria dos participantes (96,4%,) responderam que crêem. Para Duarte e colaboradores (2008) no envelhecimento há uma maior busca espiritual. Crenças, comportamentos religiosos, práticas devocionais e atividades ligadas a grupos religiosos organizados são mais comum entre os idosos do que outra faixa etária. Tais afirmações aparecem nos discursos abaixo:

*“Eu sou feliz por ser católica, rezar o terço todas as noites com a imagem de Nossa Senhora e minhas colegas daqui, é muito bom” (E1, 77 anos - católico, Vila Vicentina)*

*“Eu acredito em Deus, ele é poderoso, pai de Jesus Cristo que sofreu muito na cruz por nós, morreu e subiu aos céus e deu seu sangue para salvar nós do pecado” (E9, 62 anos - católico, Vila Vicentina)*

*“Acredito, pois Deus está em toda parte, na natureza, em nós mesmos, na nossa casa, está em cada pessoa, pois eu acredito muito em Deus, porque eu existo” (E10, 81 anos - espírita, Vila Vicentina)*

*“Eu acredito nele e por isso, gosto de ler a Bíblia” (E 21, 73 anos - teosofista, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

*“Eu acredito em Deus, ai de mim se não confiar em Jesus, só Ele pode tudo e permite tudo (E18, 78 anos - protestante, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

*“Eu acredito muito em Deus, eu ia para São Severino dos Ramos direto e para o Canindé, viajava muito de ônibus com muitas pessoas no Ceará. Onde eu morava era muito longe da cidade, lá não tinha igreja, era um povoado, mas sempre que dava para ir, eu ia” (E 23, 91 anos - católica, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

Quanto a visita a um lugar religioso, a maioria dos residentes respondeu afirmativamente (82,1%, n=23), e o local mais comentado foi a capela do próprio ILPI, com

(78,3%, n=22) . Isso pode ser decorrente de que no próprio local onde os mesmos residem, que são instituições asilares ligadas a movimentos/ordens católicas, há maior facilidade de acesso, pela existência de capelas. Dos que responderam que não frequentavam algum lugar religioso (n=5), apenas uma delas afirmou não gostar desses locais, por ser atea, mas os outros (n=4) justificaram a limitação física como barreira de se deslocar até a capela da ILPI ou sair para ir até a sua igreja, ou templo.

*“Eu frequento a missa quase que diariamente, ou aqui na Comunidade ou na paróquia...”(E27, 62 anos - católica, Comunidade Católica Fanuel).*

*“Aqui no salão ou na capela, com as rezadeiras, as idosas que rezam o terço, pois antes de morar aqui, eu frequentava a igreja dos crentes, mas como aqui não tem... As vezes que vem um pessoal anunciar a palavra de Deus”(E8, 69 anos- católico, Vila Vicentina- Júlia Freire).*

*“Sim, o Centro Espírita, e faço tratamento espiritual e com remédios, além da dieta que eles passam. Lá no centro, eles não empatam que você também faça tratamento com o médico, pode fazer os dois”(E10, 81 anos- espírita, Vila Vicentina- Júlia Freire).*

*“Eu agora não posso sair de casa, é muita dificuldade, é preciso está chamando uma pessoa para me ajudar, por isso não vou à missa. Mas eu rezo muito em casa, gosto de rezar sozinha, sou contemplativa. Ainda não fui a capela daqui. A Irmã vem aqui no bloco Santa Inês e reza o terço com o grupo. Mas o principal da religião, minha filha, não é o terço, é a fé em Deus. E fazer o bem e não olhar a quem. Coisa que pouca gente faz, só faz com interesse”(E17, 82 anos- católica, Lar da Providência Carneiro da cunha).*

*“ Estou passando por um momento difícil, pois estou doente das pernas (osteoartose nos joelhos) e estou caindo com facilidade, por isso estou sem ir a missa na capela. Mas, eu rezo o terço todos os dias com a irmã e as outras idosas no terraço do meu bloco. E também assisto a missa e programas religiosos na TV Aparecida e Canção Nova”( E19, 80 anos- católica, Lar da Providência Carneiro da cunha).*

*“Eu agora não estou indo para a igreja, pois eu não tenho mais contato com a minha família, por isso não tenho ido à minha igreja”(E24, 78 anos - protestante, Comunidade Católica Fanuel).*

Goldstein e Sommerhalder (2002) definem a religiosidade como comportamentos e crenças associados à religião, que devem ser considerados sob um prisma multidimensional que abarque tanto os aspectos subjetivos da experiência religiosa quanto as suas várias manifestações comportamentais (por exemplo, frequência a reuniões). Hintikka et al. (2000) também afirmam que os idosos tendem a aumentar a religiosidade com o passar dos anos, uma vez que a frequência de tal prática começa a aumentar a partir dos 65 anos.

A maioria dos idosos participantes 96,4% (n=27), responderam que a espiritualidade/religiosidade pode ajudá-los a enfrentar seus momentos tristes, de dor, abandono e solidão. A psicologia vê a religião como um recurso de enfrentamento muito utilizado pelas pessoas idosas, principalmente para poder conviver harmoniosamente com as perdas e com situações estressantes, a fim de aceitar e compreender as dificuldades da vida (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2002), como pode ser observado nos discursos a seguir:

*” Eu acredito que Deus pode tudo, e quando eu estava na cadeira de rodas, eu passei pela imagem de Nossa Senhora e pedi que eu voltasse a andar, e eu andei. Eu acho que a religião é muito importante”(E1, 77anos- católica, Vila Vicentina- Júlia Freire).*

*“Sim, com certeza, pois eu acredito no meu Deus, e na intercessão de Nossa Senhora, porque ela não cura, mas intercede por nós, junto ao seu filho, Jesus. E tenho certeza, que ele sendo o filho que é, não vai deixar de atender os pedidos que eu faço. Já utilizei a minha religião para enfrentar uma situação difícil, inclusive fiz uma promessa a Nossa Senhora da Penha, e subi de joelhos as escadas, pois eu alcancei o meu pedido”(E6, 81 anos- católica, Vila Vicentina- Júlia Freire).*

*“Eu acredito que Deus pode tudo, porque ele olha para as pessoas dele, nós caímos e ele levanta, ele levantou Lázaro da cova,... eu creio muito em Jesus Cristo. Ele nos ajuda muito, principalmente quando estamos doentes”(E8, 69 anos- protestante, Vila Vicentina- Júlia Freire).*

*“ Acho que a religiosidade pode me ajudar a enfrentar os meus momentos difíceis, porém, na minha religião, o homem que tem que cuidar de si próprio, da sua saúde. A nossa religiosidade nos ajuda a percorrer um caminho de vida melhor”(E21, 73 anos- teosofista, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

Religião e espiritualidade são recursos utilizados com frequência por idosos diante de diversos problemas, especialmente quando se trata de doenças. No trabalho realizado na enfermaria geriátrica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo é comum ouvir frases como “se Deus quiser vou melhorar”, “estou me sentindo melhor, graças a Deus”, “é preciso ter fé em Deus para melhorar”. Tais frases apontam para a relação da religião ou espiritualidade com otimismo, esperança de melhora, na busca de força num ser superior que possa auxiliar (LUCCHETTI et al., 2011).

Segundo Peres, Simão e Nasello (2007), Guimarães e Avezum (2007); Panzini e colaboradores (2007), a atenção ao aspecto da religiosidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde, visto que cada vez mais a ciência admite a importância da dimensão espiritual e religiosa do ser humano.

Alguns estudos nacionais têm demonstrado que o impacto das crenças pessoais influencia no envelhecimento bem-sucedido. Em 2005, estudo conduzido no Rio Grande do Sul por Moraes e Souza, mostrou que aqueles idosos cujas crenças pessoais davam maior significado às suas vidas tinham até dez vezes mais chance de cursar um envelhecimento bem-sucedido, em comparação com aqueles que não as possuíam. Outro estudo gaúcho realizado por Rosa em 2008 mostrou que a resiliência (capacidade humana muito presente em pacientes com bem-estar espiritual, que consiste em enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado nas experiências de adversidade) foi associada ao envelhecimento bem-sucedido.

## 5.2 ESCALA DE COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL (CRE)

O *coping* religioso-espiritual (CRE) descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse, tem se mostrado associado com melhores índices de qualidade de vida e saúde física e mental. Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, acontece o *coping* religioso-espiritual (CRE). Seus objetivos se coadunam com os cinco objetivos-chave da religião: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, e transformação de vida e ainda com a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional. Esforços no desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação de CRE têm sido realizados internacionalmente (PARGAMENT, 1997).

Dada a relevância apresentada pela variável CRE e a lacuna de instrumentos de CRE no Brasil, Panzini (2004) efetuou a tradução, adaptação e validação de construto, de critério e de conteúdo da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE), com base na escala norte-americana RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000), e investigou a relação entre CRE, saúde e qualidade de vida (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

As estratégias de CRE podem ser classificadas em positivas e negativas, conforme as consequências que trazem para quem as utilizam. Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivas do que negativas para diferentes amostras em diferentes situações estressantes de vida (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Quanto à Escala CRE, basicamente sua instrução fornece os conceitos de CRE e de estresse, pede a descrição breve da situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressante. As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1-nem um pouco a 5-muitíssimo).

Como já foi citado anteriormente, a escala utilizada nesta pesquisa sofreu algumas modificações no que concerne ao número de itens aplicados, devido às características peculiares ao público entrevistado: idosos, grande número de analfabetos, restritos ao próprio ILPI. Totalizando 24 itens, sendo 16 perguntas referentes ao CREP e 8 ao CREN, selecionadas segundo a carga fatorial acima de 0,62 de acordo com o estudo de Panzini e Bandeira(2005). Os itens citados abordaram seis fatores do CREP e dois do CREN.

Os fatores do CREP são: P1 - **transformação de si e/ou de sua vida** e seu conteúdo aponta caminhos para a transformação a partir da reavaliação espiritual benévola positiva da situação (perguntas 1, 2, 3); P2 - **ações em busca e ajuda espiritual** e neste fator juntam-se, não apenas itens de ação religiosa ou em direção à espiritualidade, buscando controle direto da situação, mas itens de ações relacionada/voltadas à espiritualidade, especialmente em busca de ajuda espiritual (perguntas 4, 5, 6 e 7); P3 - **oferta de ajuda ao outro** e trata-se da oferta de ajuda ao próximo (perguntas 8, 9 e 10); P4 - **posição positiva frente a Deus** que são posicionamentos da pessoa frente a Deus na resolução dos problemas (perguntas 11 e 12); P6 - **ações em busca do outro institucional**, seja na personificação de membros componentes da instituição ou grupo religioso, seja na busca de um local que se relaciona à religião/espiritualidade, seja na execução de comportamentos socialmente compartilhados ou ainda na participação em atividades sociais religiosas (13, 14 e 15); P8 - **Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade** ou seja, a pessoa afasta-se do problema,

mental ou comportamental, aproximando-se de Deus, da religião ou das questões espirituais (pergunta 16).

Os fatores do CREN são representados por: N1 - **reavaliação negativa de Deus** que pode expressar-se através do questionamento da existência, do poder, do amor, da proteção, da responsabilidade, da vontade, dos atos e/ou das punições de Deus (perguntas 17, 18,19, 20, 21, 22); N2 - **posição negativa frente a Deus**, a pessoa pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a sua participação individual (perguntas 23 e 24), conforme anexo E.

**Tabela 03-** Distribuição dos dados segundo os resultados da Escala do *Coping* Religioso Espiritual (CRE) (n=28)

VARIÁVEIS	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
CREP	2,2	4,7	3,6	0,5
CREN	1,3	2,5	1,9	0,3
CRET	3,1	4,4	3,6	0,3
CREN/CREP	0,3	1	0,5	0,2
P1	2,3	5	3,8	0,7
P2	1,7	5	3,1	1
P3	2	5	3,6	0,8
P4	1,5	5	4	0,9
P6	2,3	5	3,8	0,8
P8	1	5	3,3	1,1
N1	1,2	2,2	1,5	0,3
N2	1	4	2,9	0,7

Fonte: PEREIRA, R.C.F  
Dados da pesquisa, 2012.

A tabela 3 mostra os valores mínimos e máximos de cada item, bem como, as relações das médias e desvios padrão da Escala de CRE, considerando os resultados dos 28 idosos institucionalizados entrevistados. Observou-se que os participantes atingiram, em média um valor de CRE positivo (CREP) igual a 3,6 indicando o nível de enfrentamento religioso-espiritual positivo praticado, o qual deve estar situado entre 1,00 - 5,00, quanto mais alto o valor, maior a utilização do CREP. Tais resultados podem ser percebidos em comentários dos idosos registrados no caderno de campo, como:

*“Eu acho que minha religiosidade e espiritualidade pode me ajudar com certeza. Eu várias vezes recorri a Deus através das minhas orações e da minha intimidade com Deus e alcancei muitas graças e curas” (E27, 62 anos- católica, Comunidade Católica Fanuel).*

*“Eu acho que Deus pode me ajudar... Eu sempre peço a Deus que me ajude a enfrentar as dificuldades...Eu creio em Deus, eu lia a Bíblia mas agora minha vista está ruim, depois da minha doença, não consigo enxergar”(E24, 74 anos - protestante, Comunidade Católica Fanuel).*

*“Para Deus nada é impossível. E peço a Ele que me ajude e que me cure. Faço as minhas orações todos os dias, assisto os programas na minha televisão e a missa na TV. Quando estou ficando triste, peço que Deus me levante. Hoje mesmo, acordei sem vontade de nada, mas pedi a Deus que me ajudasse, e levantei, tomei banho, tomei café e agora estou me sentindo bem”(E20, 80 anos- católica, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

Para Panzini (2004) os padrões positivos de CREP associam-se ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação da qualidade de vida e à redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais. Define-se o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus e redefinir o estressor como benéfico.

Freitas (2006) ainda afirma que as práticas religiosas e espirituais promovem a saúde ou evitam a doença através da promoção de comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde. Provimento de suporte social, por parte das comunidades religiosas, estimulando o sentimento de irmandade, de auxílio mútuo, de amor fraterno, o que proporcionaria mais relacionamentos interpessoais e sensação de pertencer a um grupo. E a satisfação da necessidade fundamental de percepção de que a vida tem significado, de que é algo mais do que simplesmente estar por um instante fugaz no universo, modificando a percepção de situações estressantes ou eventos traumáticos. Além disso, promove a esperança de que, no fim, tudo estará bem, como mostram os discursos abaixo:

*“Eu gosto de assistir programas religiosos e cantar também, fico em paz, mais tranquila, menos preocupada, me ajudam muito com os meus problemas. Quem canta, os males espanta”(E17, 81 anos- católica, Lar da Providência Carneiro da Cunha).*

*“...As vezes enfrento tanta coisa, sofrimento e recorro a Deus nas minhas orações e tenho certeza que ele me escuta e me ajuda. Me sinto leve e feliz. Gosto de participar do*

*terço que Maria Alice organiza, é muito bom” (E12, 83 anos- católica, Vila Vicentina Júlia Freire).*

*“No momento mais difícil que eu tive na minha vida, quando perdi meu marido, foi no Centro que eu tive amor, carinho, força, os verdadeiros amigos. Lá fui erguida, tenho muita gratidão. Pois amanhã serei melhor do que hoje, se eu sempre praticar o bem. Quem pratica o mal, só colhe o mal” (E10, 81 anos- espírita, Vila Vicentina Júlia Freire).*

*“Praticamente todos os dias eu recorro à religião para enfrentar meus problemas e situações difíceis. Eu gosto de ler a Bíblia, escutar músicas, fazer minhas orações diárias. Me ajudam bastante a enfrentar os meus problemas físicos e espirituais” (E28, 62 anos- católico, Comunidade Católica Fanuel).*

Em relação ao CRE negativo (CREN), a média obtida foi de 1,9, indicando o nível de enfrentamento religioso-espiritual negativo praticado, o qual deve estar situado também entre um e cinco e, quanto mais alto o valor, maior a utilização do CREN. Com este resultado, observou-se que os idosos entrevistados utilizam pouco o CREN, ou seja, o enfrentamento religioso-espiritual negativo é pouco praticado por eles.

Posição negativa frente a Deus pode envolver estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal (LIRA, 2010), o CREN nesta amostra pode ser exemplificado pela afirmação:

*“Eu sou atea, mas eu rezo do meu jeito. Às vezes eu questiono a Deus porque ele me deixa sofrer, são tantas provações...” (E5, 86 anos, atea- Vila Vicentina Júlia Freire).*

Durante a minha atuação como fisioterapeuta em dois dos locais onde foi realizada a pesquisa, percebi que os idosos institucionalizados mantêm um relacionamento social restrito. Seus contatos ocorrem geralmente com os outros idosos internos (de forma breve), com os acadêmicos que os assistem, sejam eles, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros, e com funcionários e as visitas dos familiares são raras. Dessa forma, se tornam isolados do meio

social, o que significa que o abandono e a exclusão do idoso do convívio familiar e social pode ser um fator que contribua para que eles tenham uma imagem negativa de si e de Deus.

Corroborando com Panzini (2004) e Guerrero (2011), a presente pesquisa obteve como maior média, segundo os fatores do CREP, o P4 (“Posicionamento positivo frente a Deus”) com valor igual 4,0. Quanto os fatores do CREN, o de maior pontuação foi o N2 (“Posicionamento negativo frente a Deus”) com média igual a 2,9, conforme a tabela 4.

De acordo com Panzini (2004) todo comportamento de CRE no qual a pessoa pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a sua participação individual, pode expressar-se através do estilo de *coping* delegação religiosa passiva ou do estilo de *coping* súplica negativa, quando a prece tenciona a modificação da vontade divina.

Na velhice, o conceito de interdependência fica relegado a segundo plano, dando lugar à volta dos conceitos de dependência, independência, autonomia e perda de autonomia. Nessa fase, a resposta social ao declínio biológico, o afastamento do trabalho, a mudança da identidade social, a desvalorização social do idoso e a indefinição de um contexto social pertinente implicam em alto grau de estresse na vida do idoso, dificultando a realização das tarefas evolutivas (SILVA; GUNTHER, 2000).

De acordo com a tabela 3, notou-se que a média da razão entre CREN/CREP foi igual a 0,5, ou seja, os entrevistados utilizaram 50% de CREN da quantidade de CREP empregado, o qual pode estar entre 0,20 a 5 e quanto mais alto resultar este valor, maior será o uso do CREN em relação ao uso de CREP, e quanto mais baixo, maior será o uso do CREP em relação ao uso do CREN. O valor encontrado neste estudo foi semelhante ao encontrado por Panzini (2004), que observou 0,54. A autora propõe, para uma obtenção mínima de um resultado positivo final, a relação de 2CREP:1CREN, com razão de  $CREN/CREP \leq 0,50$ .

Esses achados explicam as correlações entre os fatores do CRE positivo e negativo, pois quanto mais profunda é a fé maior é o entendimento ou aceitação sobre os acontecimentos do decorrer da vida, criando motivações maiores, lutando e vivendo com mais paixão, ficando satisfeito com a vida, independentemente de atingir algo específico, como a cura do câncer ou de outra doença crônica (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

No que tange ao CRET, índice que apresenta o conjunto de quantidade de CRE praticado pelo entrevistado, a média dos idosos institucionalizados avaliados foi de 3,6. Com isso, considera-se um alto valor, seguindo a indicação de Panzini (2004) que aponta os seguintes resultados: irrisória ou nenhuma (1 a 1,5), baixa (1,51 a 2,5), média (2,51 a 3,5),

alta (3,51 a 4,5) e altíssima (4,51 a 5). Guerrero (2011) em seu estudo com pacientes com câncer de cabeça e pescoço na cidade de Ribeirão Preto - SP, sendo a maioria da amostra idosos, obteve a mesma média.

**Tabela 4-** Distribuição dos dados quanto à média do CRET por religião (n=28)

VARIAVÉIS	n	MÉDIAS
Católicos	20	3,72
Protestantes	4	3,45
Espíritas	2	3,65
Teosófitas	1	3,4

Fonte: PEREIRA, R.C.F  
Dados da pesquisa, 2012.

Quanto à utilização do CRET por religião (TABELA 4) observou-se que os idosos católicos obtiveram a maior média, CRET=3,72, seguidos dos espíritas, protestantes e teosofistas. Tais resultados podem ser justificados pelo ambiente que os idosos residem, três ILPIs ligados a religião católica, com práticas e atividades espirituais frequentes voltadas para esta denominação religiosa, como: oração do terço, missa, celebração da palavra, leitura da palavra de Deus, programas de televisão católicos, confissão, adoração ao Santíssimo Sacramento, grupo de oração e Eucaristia.

### 5.2.1 Correlação e associação do CRET com algumas variáveis

Aplicando-se o teste *T Student* para analisar a comparação entre o CRET e o gênero, percebeu-se que não houve diferença significativa entre as médias ( $p= 0,75$ ), ou seja, a utilização total da religiosidade/espiritualidade não se correlacionou com o gênero nesta pesquisa. Tal resultado também foi encontrado na pesquisa de Vivan e Argimon (2009) realizado em Porto Alegre com 103 idosos institucionalizados, utilizando o Teste exato de *Fisher* com  $p>0,05$ .

Porém, estudos das estratégias de *coping* têm mostrado relações significativas com algumas variáveis sócio-demográficas, como gênero, afirma Parkes (1990). Em pesquisa realizada com jovens, essa tendência foi mais evidenciada no sexo feminino (LI, 2000).

A análise de correlação foi realizada por meio do teste de Pearson. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o CRET e a idade ( $r = -0,12$ ;  $p = 0,54$ ) e entre o CRET e o tempo de institucionalização ( $r = -0,75$ ;  $p = 0,703$ ), tomando por base  $p < 0,05$  e uma variação entre -1 a +1, no qual -1 representa correlação perfeita negativa, 0 (zero) representa ausência de correlação e +1 indica correlação perfeita positiva.

Para a análise estatística da relação entre idade e estratégias de *coping*, Vivan e Argimon (2009) traçaram faixas etárias, compreendendo as idades de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos, de 80 a 89 anos e acima de 90 anos. Não foram obtidos resultados significativos na associação entre idade e estratégias de *coping* ( $p > 0,05$ ), corroborando os achados encontrados na presente pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida entre idosos acarretou um crescente número de estudos sobre o bem-estar na velhice os quais apontam para a importância da religiosidade e da espiritualidade como recursos de enfrentamento diante de eventos estressantes, sofrimentos e doenças crônicas, temas até então negligenciados pela ciência e pela gerontologia.

A religiosidade/espiritualidade é parte relevante da vida de muitas pessoas e não pode ser negligenciada no contexto terapêutico, devendo ser explorada mais atentamente pelo profissional de saúde que deve identificar as potencialidades de ajuda da fé (CRE positivo), assim como de prejuízo (CRE negativo), as quais têm interferência direta na evolução do paciente, incluindo o idoso institucionalizado.

Esta pesquisa permitiu aprofundar conhecimento sobre espiritualidade no enfrentamento das doenças crônicas nos idosos institucionalizados, bem como a aplicação e discussão de um instrumento validado que permite avaliar esta temática de forma segura e simples.

Nela observou-se que a religião e a espiritualidade são recursos relevantes aos quais os idosos recorrem no enfrentamento das doenças crônicas, com alta utilização e de forma positiva. E mesmo distante do seio familiar, do convívio social, encarando dificuldades e sofrimentos, os residentes mantêm a sua fé e a prática religiosa.

Algumas limitações deste trabalho podem ser comentadas, como a dificuldade de comparação com outros estudos que abordem a mesma população e instrumento, a amostra reduzida, devido ao estado cognitivo da maioria dos idosos institucionalizados e a dispersão dos idosos durante a entrevista.

Espera-se que este estudo contribua positivamente na melhoria da qualidade de vida dos idosos, despertando nos profissionais de saúde a importância de uma abordagem integral do idoso, indo além das dimensões físicas/mentais/sociais já amplamente conhecidas, avaliadas e abordadas, mergulhando numa dimensão não menos importante que estas, a espiritual.

Vale salientar que o profissional de saúde que lida com o paciente geriátrico deve estar treinado para abordar esta questão e atento a seus aspectos positivos e negativos, de forma a ajudar o idoso nesta fase da vida, respeitando suas escolhas e individualidade.

De acordo com os resultados apresentados pelos residentes nesta pesquisa e baseada na minha vivência com os residentes das instituições pesquisadas, é possível afirmar que a religiosidade e a espiritualidade os ajudam no enfrentamento das doenças crônicas e de outras situações difíceis, seja na aceitação da enfermidade e das suas conseqüências e seja na perseverança em tratamentos longos e desconfortáveis

Sendo assim, dentro da minha profissão procurarei estimular nos discentes e colegas profissionais e docentes, uma visão integral do idoso, incluindo a espiritualidade, visto que é uma das dimensões deste ser, que precisa ser cuidada e deve ser utilizada como estratégia no tratamento e assistência à sua saúde.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C.T. O Grau de Dependência e Características de Pessoas Idosas Institucionalizadas. RBCEH - **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p.79-91 - jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/79/75>. Acesso em: 10/12/2010.
- ALDWIN, C. M. Stress, coping and development: An integrative perspective. **New York: The Guilford Press**, 2000.
- ALMEIDA, A. M; NETO, F. L; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de psiquiatria**, v.42, n.4, p. 570-595, 2005.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.5, n.4, p. 432-443, 1967.
- AMATUZZI, M. M. **Psicologia e Espiritualidade**. 2 ed. São Paulo: Paulus, 2008.
- ANDRÉ, C. **Manual do AVC**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. In: BRANCO, Daniel; FRIEDRICH, Maurício. Derrame. Disponível em: <http://www.medicinal.com.br>. Acesso em: 13 de abril de 2010.
- ANGERAMI, V. A. C. **Solidão a ausência do outro**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1992.
- ANGERAMI, V. A. De espiritualidade, de ateísmo e de psicoterapia. In: ANGERAMI, V. A. (Org). **Espiritualidade e Prática Clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA; D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 287-312, 2000.
- ARAÚJO, M. A. M. **Sentido da vida, Espiritualidade e Sociopoética: convergências para a produção de conhecimento e para o cuidado clínico**. 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde- CMAACCLIS), Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.
- ARAÚJO, M. O. P.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n.3, p.378-85, 2007.
- ARGYLE, M. The psychological explanation of religious experience. **Psyke and Logos**, v.11, n.2, p. 267-274, 1990.
- BAUNGART, T. A. A.; AMATUZZI, M. M -Experiência Religiosa e Crescimento Pessoal: Uma Compreensão Fenomenológica - **Revista de Estudos da Religião**, p. 95-111, dez./2007- ISSN 1677-1222. Disponível em: [http://www.pucsp.br/rever/rv4\\_2007/i\\_baungart.pdf](http://www.pucsp.br/rever/rv4_2007/i_baungart.pdf). Acesso em: 20 de Jun. 2010.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: ANAIS DO I SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO

POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”. **Ministério da Previdência e Assistência Social**. Brasília: MPAS, 1996, 16 – 34p.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BOOF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: NETTO, M. P. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 1131-1141.

BORN, T. **Asilo de idosos: a estação final de uma trajetória marcada por indignidades!** 2004. Disponível em: <  
<http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/retratos/retratos1.htm>>. Acesso em: 12/06/2009.

\_\_\_\_\_. Cuidado ao Idoso em Instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ºed. São Paulo: Atheneu, 2007.

\_\_\_\_\_; BOECHAT, N. S. A qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et.al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BORGES, M. **O que são instituições de longa permanência?**, 2006. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/2008/05/31/o-que-sao-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos/>. Acesso em: 20/05/11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006 a. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006 b. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRITTO, R. R. *et al.* **Assistência Fisioterapêutica a Idosos Institucionalizados**. 6º Encontro de Extensão da UFMG - Belo Horizonte, 2003. Disponível em: [http://www.ufmg.br/proex/arquivos/co\\_coordcomext\\_6Encontro.pdf#page=283](http://www.ufmg.br/proex/arquivos/co_coordcomext_6Encontro.pdf#page=283). Acesso em: 10/12/2009.

BRUCKI, S. M. D., *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria** 61(3-B):777-781, 2003.

CAMARANO, A. A et al.. Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição Demográfica. In: FREITAS, E. V. *et.al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CARNEIRO, L. C. **Religiosidade e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados.** 2009 – 106 p. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

CARVALHO, F. E. T. de. *et al.* **Fisiologia do Envelhecimento.** In: CARVALHO FILHO, E. T. de.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: Fundamentos, clínica e terapêutica.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CARVALHO FILHO, E. T.; LEME, E. L. G. Envelhecimento do sistema respiratório. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêuticos.** São Paulo: Atheneu, 2006.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. - Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. **Journal Pers Soc Psychol**, v. 66, n.1, p.184-95, 1994.

CASTIGLIA, R. C.; PIRES, M. M; BOCCARDI, D. Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 38-50, jan/jun. 2006.

CAVALCANTE, A. M. et al. **Psiquiatria on line Brasil: a psicologia do idoso.** [ Acesso em 11 fev 2009] .Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/mour0502.htm>.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.5, p.454-60, 1999.

CORRÊA, E. C. G. S; BESSA, K.A.E. **Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados no município de Belém- PA.** Universidade da Amazônia - UNAMA. Belém, Pará, 2006.

COSTA. M. F. L; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.12, n.4, 2003. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20/08/2010.

CREUTZBERG, M. *et al.* A Instituição de Longa Permanência Para Idosos e o Sistema de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.6, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600014&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600014&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 26/02/2010.

DIAS, I. G. **A institucionalização asilar na percepção do idoso e de sua família: o estudo do “Lar dos Velhinhos”-** Viçosa/MG, 2007. Disponível em: [http://www.tede.ufv.br/tedesimplificado/tde\\_arquivos/46/TDE-2007-10-09T122531Z-779/Publico/texto%20completo.pdf](http://www.tede.ufv.br/tedesimplificado/tde_arquivos/46/TDE-2007-10-09T122531Z-779/Publico/texto%20completo.pdf).

DRUCKER, C. **Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos: em um serviço de saúde mental de São Paulo, Brasil.** Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil, 2005.

DUARTE, F.M; WANDERLEY, K. DA S. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27 n. 1, p. 49- 53, Jan-Mar 2011.

DUARTE, Y. A. O. et al. Religiosidade e Envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Coletiva**; São Paulo, v.5, n. 24, p173-177, 2008.

ELKINS, D. N. Spirituality. **Pshycology Today**, v.32, n.5, p.44-45, 1999.

FALEIROS, V. P., LOUREIRO, A. M. L. **Desafios do envelhecimento**: vez, sentido e voz. Brasília: universa, 2006.

FRANCISCO, P. M .S .B. et al. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 428-435, 2006.

FRANKL, V. E. **Um psicólogo no campo de concentração**. Rio Grande do Sul: Vozes, 1999.

FREI BETTO. **Catecismo popular**. São Paulo: Ática, 1992.

FREITAS, M. **Logos**. São Paulo: verbo, 1993.

FREITAS, E.V. *et.al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GABRIEL, M. R. S. **Fisioterapia em traumatologia, ortopedia e reumatologia**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GARDER J. H.V, NOTAKER, H. **O livro das religiões**. Trad. Isamara Lando. São Paulo(SP): Schwarez; 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOLDENBERG, J. Doenças reumáticas nas pessoas idosas: nova realidade, novos desafios. **Einstein**. V.6, n.1,S1-S3, 2008.. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/768-Einstein%20v6n1%20Suplemento%20pS1-3.pdf>. Acesso em: 22/03/2011.

GOLDSTEIN, L.; SOMMERHALDER, C. **Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice**. In: FREITAS, E.V et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: guanabara Koogan, 2002, p.950-956.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 33, n.1, p. 18-23 São Paulo, 2006.

GUCCIONE A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

GUEDES, F. M, SILVEIRA, R. C. R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 10, n. 21, p. 10-21, 2004.

- GUERRERO, G. P. **Associação da Espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2011. 121f. Dissertação (mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- GUIMARÃES, L. H. C. T. *et al.* Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociência**, v. 12, n.3, p.130-140, 2004.
- GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 34, p. 88-94, 2007. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em: 10 agosto, 2011.
- GUS, I. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul e fatores de risco associados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 478 – 483, 2002.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- HERÉDIA, V. B. M. *et al.* **Institucionalização do idoso: identidade e realidade**. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B.M. **Idoso asilado, um estudo gerontológico**. Caxias do Sul, 2004.
- HINTIKKA, J. *et al.* Gender differences in association between religious attendance and mental health in Finland. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 188, p. 772-776, 2000.
- HOLICK, M. F. Vitamin D deficiency. **Journal Medical**.; v.357, n.3, p. 266-81. Review, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Diminui a proporção de jovens e aumenta a de idosos**; 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticias\\_impressao.php](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticias_impressao.php).
- JAMES, M. **Voice of the people: religiosity around the world**. Gallup International, 2005. Acessado em: 10 de fev de 2010. Disponível em: <http://extranet.gallup-international.com/uploads/internet/Religiosity%20around%20the%20world%20VoP%2005%20press%20release.pdf>
- JARDIM, J. R. B *et al.* **Doença pulmonar obstrutiva crônica**. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.; VALLE, J.R. (Ed.). **Atualização terapêutica**. São Paulo: Artes Médicas, p. 1.427-1.430, 2003.
- KATO, E. M.; RADANOVIC, M. **Fisioterapia nas demências**. São Paulo: Atheneu, 2008.
- KOENIG, H .G.; LARSON, D.B.; LARSON, S.S. - Religion and coping with serious medical illness. **Ann Pharmacother**, v. 35, p. 352-359, 2001.
- KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.186, n.9, p. 513-521, 1998.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. - **Stress, appraisal, and coping**. Springer Publishing Company, New York, 1984.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal Health Soc Behav**, v.21, p. 219-239, 1980.

LAWLER, K. A.; YOUNGER, J. W. - Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. **Journal Religious Health**, v.41, n.4, p.347-362, 2002.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura**. São Paulo: Cultrix, 2001.

LEWIS, S. J. SCHILLER, L. P. Is there a religious factor in health? **Journal of religion and health**, v.26. p. 9-36, 1987.

LI, C. **The roles of sex, gender and coping in adolescent depression** [Dissertação de Mestrado]. New York: Department of Psychology, St. John's University; 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Junho, 2003.

LIMA, M. D. **Análise da capacidade funcional e cognitiva em idosos institucionalizados**. 63 folhas (2009) Monografia. (graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, João Pessoa.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J. C. - **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento ao hipertenso**. Papirus, Campinas, 1994.

LIRA, C. C. B. **A influência da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida de idosos institucionalizados**. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) - Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2010.

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2011.

MANGIONE, K. K. In: GUCCIONE. **Fisioterapia geriátrica: O idoso frágil e institucionalizado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MARIN, M. J. S; ANGERAMI, E. L.S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós-alta hospitalar. **Revista da Escola da Enfermagem, USP**, v. 36, n.1, p.33-41, Março, 2002.

MARUJO, H. A et al. Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. **Comportamento Organizacional e Gestão**, v.13, n.1, p. 115-116, 2007.

- MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R. Prescrição e Benefícios de Atividade Física na Terceira Idade. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**.v.6, n.4, p.19-30, Outubro, 1992.
- MENDONÇA, J. M. B. Estatuto do Idoso. *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- MINCATO, P. C; FREITAS, C. L. R. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 127-138, jan./jun. 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. 2.ed. Brasília: MS, 2007.
- MONTEIRO, M. As transições demográficas e Epidemiológicas no Brasil, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 23/01/2010.
- MORANGAS, R. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.
- MOREIRA, A. L.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n.3, p.242-50, 2006.
- NETTO, F. L. M. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso**. Pensar a Prática, v.7, p. 75-84, Março, 2006.
- NUNES, S. P. C. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **FisiOnline**, v.1, n.3, p.3-20, 2005.
- OKAMOTO, I. H. Diagnóstico Diferencial das Demências. *In*: CAPOVILLA. F.C. **Neuropsicologia e Aprendizagem: Uma Abordagem Multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: Memnon, 2004, p.36-40.
- OKON, T. R. Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. **Journal of Palliat Medicine**, v.8, n.2, p.392-414, 2005.
- OLIVEIRA, D. L. C; GORETTI, L. C; PEREIRA, L. S. M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n.1, p. 91-96, São Carlos, 2006.
- OPAS/OMS. Disponível em: <[www.opas.org.br/opas.cfm](http://www.opas.org.br/opas.cfm)>. Acesso em: 30 set. 2010.
- PAIVA, G. J. - **AIDS, psicologia e religião**: o estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 14, n.1, p. 27-34, 1998.

PAIVA, G. J. Ciência, Religião, Psicologia: Conhecimento e Comportamento - ***Psicologia: Reflexão e Crítica***, v.15, n.3, p. 561-567, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a10v15n3.pdf>. Acesso em: 15 Jul. 2008.

PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. Integrative themes in the current science of the psychology of religion. In Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (Eds.). (2005). ***Handbook of the psychology of religion and spirituality***, p. 3-20. New York: The Guildford Press, 2005.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. ***Revista Psiquiátrica Clínica***, v.34, n.1, p.105-115, 2007. Disponível em: <[www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol/34/s1/105.html](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol/34/s1/105.html)> Acessado em 10/02/2010.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D.R. - Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. ***Psicologia em Estudo***, v. 10, n.3, p. 507-516, 2005.

PANZINI, R. G. Tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. ***Dissertação [mestrado em psicologia]***. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. 2004. Disponível em: [www.hoje.org.br/site/artigos](http://www.hoje.org.br/site/artigos). Acessado em 10/02/2010.

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

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. ***Tratado de Geriatria e Gerontologia***. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PAPALEO NETTO, M. ***Gerontologia***. São Paulo: Atheneu, 1996.

PARGAMENT, K. I. God help me: toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. ***Research in the social scientific study of religion***, n.2, p.195-224, 1990.

PARGAMENT, K. I. ***The psychology of religion and coping: theory, research, practice***. Guilford Press, New York, p.598, 1997.

PARGAMENT, K. I, et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. ***Journal for the Scientific Study of Religion***, v. 37, n.4, p.710-724, 1998.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L.M. - The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. ***Journal of Clinical Psychology***, v. 56, n.4, p.519-543, 2000.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of bresbyterian clerg, elders, and members. ***Journal for the scientific study of religion***, v. 40, n. 3, p.497-513, 2001.

PARKES, K. *Coping*, negative affectivity and the work environment: additive and interactive predictors of mental health. *Journal Appl Psychol*, v.75, p.399-409, 1990.

PASSOS, V. M. de A. et al. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 66-71, março, 2005.

PEREIRA, M .E. M. S. M; ARAÚJO, A. T. C. C. F. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *Revista de Psicologia*, v. 37, n. 1, p. 37-45, jan./abr. 2006.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n.1, São Paulo: [s.n.], 2007.

PERES, M. F. P. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n.1, p. 82-87, 2007.

PERLINI *et al.* Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v.41, n.2, 2007.

PESSANHA, P. P; ANDRADE, E. R. Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Revista Perspectivasonline*. v.03, n.10, 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, v.58, n.1, p. 99-106, 2000.

REBELATTO, J. R *et al.* **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. Manole, 2.ed. ampliada, Barueri,São Paulo, 2007.

REIS, L. A; TORRES, G. V; REIS, L. A. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos em uma instituição do município de Jequié – BA. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.9, n.2, p.39-46, jun.2008.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROWLAND, L. P.; MERRI, T. T. **Tratado de Neurologia**. 10 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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

SANTANA, R. F.; SANTOS, I. Transcender com a natureza: a Espiritualidade para idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 07, n.2, p. 148-58, 2005. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/original\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm)>. Acesso em 30 mai. 2008.

- SANTANA, M. C. **Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade: dados do PENSA**. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.
- SANTOS, P. R. Associação de Qualidade de Vida com Hospitalização e Óbito em Pacientes Portadores de Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Vol. XXVII, n.4, p. 184-190. 2005.
- SARAFINO, E. **Health psychology: biopsychosocial interactions**. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997.
- SAVONOTTI, B. H. R. A. Cuidando do idoso com Demência. In DUARTE, Y.A.O. et al. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 421-438.
- SERRA, A. V. **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Edição do autor, 1999.
- SILVA, I. R.; GUNTHER, I. A. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 31-40, 2000.
- SILVA, M. C. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas**. Disponível em: < [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 08/05/2009.
- SILVA, N. M; FONSECA, R. C. **Análise da atitude religiosa de idosos institucionalizados**. In: I Jornada de estudos sobre religião, saúde e cultura, 2010, João Pessoa.
- SILVERMAN, D. **Doing qualitative research: A practical handbook**. London: Sage, 2000.
- SOARES, Maria Socorro; LIMA, Carla Bezerra. **Grito de dor e canção de amor. Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade**. Editora Universitária: João Pessoa, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005, p.140
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/publicações/diretrizes>>. Acesso em: 10/08/2010.
- SOMMERHALDER, C; GOLDSTEIN, L. L. **O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice**. In: E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado & M. L. Gorzoni (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2a ed), (p.1307-1315). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- TIMO-IARIA, C. O Envelhecimento. **ACTA FISIÁTRICA**, v. 10, n.3, p. 114-120, 2003.

TOSTA, A.C. **Instituições de Longa Permanência para idosos: o que é, e como funciona.**

Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/2008/05/06/saude-geriatria/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-ilpi/>. Acesso em: 23/05/2010.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 849-853, mai-jun, 2003.

VANDERVOOT, A. A. Alterações biológicas e fisiológicas. *In: PICKLES, B. et al. Fisioterapia na terceira idade.* 2. ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2000.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. *In:\_\_\_\_\_.* (org) **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006. p13- 153.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** 2.ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UNATI/UERJ, 1994.

VERAS, R. A era dos idosos. Disponível em: <http://www.terceirosetor.org.br/>. **Revista do terceiro Setor.** 1995. Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor. Acesso em 25 de novembro de 2007.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** Enfrentamento das doenças crônicas em idosos institucionalizados na perspectiva da espiritualidade

**Pesquisador (a) Responsável:** Rachel Cavalcanti Fonseca Pereira

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, RACHEL CAVALCANTI FONSECA PEREIRA, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba – UFPB pretendo realizar um estudo cujo objetivo é estudar o enfrentamento das doenças crônicas nos idosos institucionalizados na grande de João Pessoa/PB na perspectiva da espiritualidade, sob a orientação da Profa. Dra. BERTA LÚCIA PINHEIRO KLÜPPEL. Caso concorde, neste trabalho, o (a) Sr.(a) será avaliado (a) com toda a técnica, segurança e higiene de acordo com normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do Ministério da Saúde.

O estudo será feito a partir da aplicação dos seguintes questionários para coleta de dados: questionário geral abordando dados demográficos, socioeconomicos, religiosos e clínicos, bem como a aplicação da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual – CRE. Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis a sua saúde, e informamos, ainda, que a sua participação é voluntária, que não receberá pagamento para isto, e que não será prejudicado de forma alguma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o (a) prejudique.

Caso o Sr. (a) consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

**Contato com o (a) pesquisador (a) responsável:**

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor ligar para o (a) pesquisador (a): **Rachel Cavalcanti Fonsêca Pereira.**

**Telefones: 88911466.**

**Endereço: Dr. Damasquins Ramos Maciel 389, apt 503 – Bessa, João Pessoa-PB, CEP: 58053-090.**

## CONSENTIMENTO

Após ter sido devidamente esclarecido sobre a pesquisa, consinto em participar da mesma e dou o meu consentimento para a publicação dos resultados. Informo que estou recebendo uma cópia deste Termo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) voluntário (a) da pesquisa ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS,  
SOCIOECONOMICOS, RELIGIOSOS E CLÍNICOS

1. Instituição que reside: \_\_\_\_\_
2. Nome: \_\_\_\_\_
3. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
4. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
5. Estado Civil: Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Separado (a) ( )
6. Escolaridade  
Analfabeto (a) ( )  
Ensino fundamental incompleto ( )  
Ensino fundamental completo ( )  
Ensino médio incompleto ( )  
Ensino médio completo ( )  
Ensino superior incompleto ( )  
Ensino superior completo ( )
7. Situação Econômica:  
Aposentado/ Benefício ( )  
Pensionista ( )  
Situação indefinida ( )
8. Tem filhos? Sim ( ) Não ( )
9. Naturalidade: Paraíba ( ) Outros Estado ( )
10. Há quanto tempo está nesta instituição? \_\_\_\_\_
11. Qual sua religião? \_\_\_\_\_
12. O (A) Sr (a) acredita em Deus? Sim ( ) Não ( )
13. O (A) Sr (a) frequenta algum lugar religioso? Sim ( ) Não ( ) Qual: \_\_\_\_\_
14. O (A) Sr (a) acha que sua religiosidade/espiritualidade pode lhe ajudar a enfrentar seus momentos tristes, de doença e/ou de dor? Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_
15. O (A) Sr (a) possui alguma doença crônica diagnosticada? Sim ( ) Não ( ) Qual (ais):  
\_\_\_\_\_

# ANEXOS

## ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por *unanimidade na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03/07/12 o parecer favorável do relator desse egrégio Comitê, autorizando a Pesquisadora Rachel Cavalcanti Fonseca Pereira, publicar a Pesquisa intitulada: “O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DA ESPIRITUALIDADE”* Protocolo nº 0120/11.

João Pessoa, 03 de JULHO de 2012

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO B: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL- MEEM (FOLSTIEN *et al*, 1975)

As escalas utilizadas nesse estudo são amplamente utilizadas em pesquisas. O Mini Exame do Estado Mental é um instrumento utilizado para triagem e avaliação da evolução dos distúrbios cognitivos, com pontuação variando de 0 a 30. As notas de corte dependem do grau de escolaridade.

NOME: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

1. ORIENTAÇÃO TEMPORAL

Que dia é hoje? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Em que mês nós estamos? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Em que ano nós estamos? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Em que dia da semana nós estamos? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Qual a hora aproximada? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

2. ORIENTAÇÃO ESPACIAL

Em que local nós estamos? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Que local é este aqui? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Em que cidade nós estamos? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

Em que país nós estamos? \_\_\_\_\_ (1,0 ponto)

3. MEMÓRIA DE FIXAÇÃO

Eu vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: casa, bola, caneta (3,0 pontos)

4. ATENÇÃO E CÁLCULO

Subtração de setes sucessivamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7). (5,0 pontos)

5. MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO

Lembrar as três palavras repetidas anteriormente \_\_\_\_\_ (3,0 pontos)

6. LINGUAGEM

- Nomeação: para o indivíduo nomear três objetos mostrados \_\_\_\_\_ (3,0 pontos)
- Repetição: “preste atenção, vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: nem aqui, nem ali, nem lá”. \_\_\_\_\_ (3,0 pontos)
- Comando verbal: “pegue este papel com mão direita, dobre ao meio e coloque no chão”. (1,0 ponto)
- Leitura de comando escrito: “feche os olhos” (peça para o examinador fazer o que está escrito; não auxilie se pedir ajuda ou se só ler sem realizar o comando). (1,0 ponto)
- Escrita: peça para o indivíduo escrever uma frase. Se não entender ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje; algo que queria dizer. (1,0 ponto)

**TOTAL:** \_\_\_\_\_ **PONTOS**

ANEXO C - ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL - CRE ADAPTADA DE PANZINI E BANDEIRA (2005).

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com situações difíceis em sua vida, como por exemplo, uma doença crônica e todas as suas conseqüências. Nesse momento, pense nesta situação estressante ou difícil que você viveu nos últimos três anos. Por favor, descreva-a em poucas palavras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações difíceis e/ou estressantes. Marque com um X o número que melhor representa O QUANTO VOCÊ FEZ OU NÃO o que está escrito em cada frase para lidar com esta situação que você descreveu acima.

Lembre-se: **Não há opção certa ou errada. Marque apenas uma alternativa em cada questão. Seja Sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco.**

**ESCALA DE COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL – CRE**

**CREP – *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL POSITIVO:**

**CREP 1- Transformação de Si e/ou de sua Vida (3 itens)**

- 1- Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. Muitíssimo
- 2- Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. Muitíssimo
- 3- Procurei por um total redespertar espiritual  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREP 2- Ações em Busca e Ajuda Espiritual (4 itens)**

- 4- Procurei ou realizei tratamentos espirituais  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. Muitíssimo
- 5- Participei de sessões de cura espiritual  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. Muitíssimo
- 6- Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, benção, magnetismo, reiki, etc.)  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. Muitíssimo
- 7- Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. Muitíssimo

**CREP 3- Oferta de Ajuda ao Outro (3 itens)**

- 8- Procurei trabalhar pelo bem-estar social  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 9- Pratiquei atos de caridade moral e/ou material  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 10- Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO

**CREP 4- Posição Positiva Frente a Deus (2 itens)**

- 11- Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 12- Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO

**CREP 6- Ações em Busca do Outro Institucional (3 itens)**

- 13- Ouvi e/ou cantei músicas religiosas  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 14- Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença; sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entonação de mantras, psicografia, etc.)  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 15- Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO

**CREP 8- Afastamento Através de Deus, Religião e/ou Espiritualidades (1 item)**

- 16- Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO

**CREN – COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL NEGATIVO****CREN 1- Reavaliação Negativa de Deus (6 itens)**

- 17- Questionei se Deus realmente se importava  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 18- Pensei que Deus não existia  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 19- Questionei se até Deus tem limites  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 20- Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 21- Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado  
 1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO
- 22- Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO

**CREN 2- Posição Negativa Frente a Deus (2 itens)**

23- Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO

24- Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

1. nunca  2. poucas vezes  3. as vezes  4. muito  5. MUITÍSSIMO

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO**

ANEXO D- AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DO COPING  
RELIGIOSO/ESPIRITUAL BREVE (PANZINI; BANDEIRA, 2005)

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Raquel Gehrke Panzini** <[ragepa@yahoo.com.br](mailto:ragepa@yahoo.com.br)>

Data: 28 de abril de 2011 23:14

Assunto: Re: Coping

Para: Thiago Antonio Avellar de Aquino <[logosvitae@ig.com.br](mailto:logosvitae@ig.com.br)>

Cc: Raquel Gehrke Panzini <[raquel-panzini@saude.rs.gov.br](mailto:raquel-panzini@saude.rs.gov.br)>

Olá Thiago!

Tu e teu programa de PPGCR- UFPB tem a minha autorização para utilizar a Escala CRE e a Escala CRE-Breve para fins de pesquisa.

Sempre peço, em retribuição, que me enviem os bancos das pesquisas que realizarem, apenas a parte referente às respostas à Escala CRE, mais os dados demográficos dos participantes (sexo, idade, renda/classe, raça/cor, escolaridade, religião, etc), para fins de futura normatização da Escala no BRASIL. E informações de como foi acessada a amostra.

Abraços,

Raquel Gehrke Panzini

Psicóloga, Especialista em Saúde/DAS/SES/RS

Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria/UFRGS

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento/UFRGS

F. (51) 9128.8196 ou 3232.8718

--- Em **ter, 5/4/11**, **Thiago Antonio Avellar de Aquino** <[logosvitae@ig.com.br](mailto:logosvitae@ig.com.br)> escreveu:

De: Thiago Antonio Avellar de Aquino <[logosvitae@ig.com.br](mailto:logosvitae@ig.com.br)>

Assunto: Coping

Para: [ragepa@yahoo.com.br](mailto:ragepa@yahoo.com.br)

Cc: "berta lucia pinheiro kluppel" <[bkluappel@superig.com.br](mailto:bkluappel@superig.com.br)>

Data: Terça-feira, 5 de Abril de 2011, 22:28

## ANEXO E- ESCALA DO COPING RELIGIOSO / ESPIRITUAL DE PANZINI E BANDEIRA (2005).

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com situações difíceis em sua vida, como por exemplo, uma doença crônica e todas as suas conseqüências. Nesse momento, pense nesta situação estressante ou difícil que você viveu nos últimos três anos. Por favor, descreva-a em poucas palavras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações difíceis e/ou estressantes. Marque com um X o número que melhor representa O QUANTO VOCÊ FEZ OU NÃO o que está escrito em cada frase para lidar com esta situação que você descreveu acima.

Lembre-se: **Não há opção certa ou errada. Marque apenas uma alternativa em cada questão. Seja Sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco.**

### **ESCALA DE COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL – CRE**

#### **CREP – COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL POSITIVO:**

##### **CREP 1- Transformação de Si e/ou de sua Vida (14 itens)**

1. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
2. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
3. Procurei por um total redespertar espiritual  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
4. Orei para descobrir o objetivo da minha vida  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
5. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
6. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
7. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor a e a errar menos  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
8. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
9. Pedi perdão pelos meus erros  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
10. Através da religião entendi por que sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
11. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
12. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
13. Procurei a misericórdia de Deus  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
14. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhora-los segundo os ensinamentos religiosos  
( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

##### **CREP 2- Ações em Busca e Ajuda Espiritual (8 itens)**

1. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

- ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
2. Participei de sessões de cura espiritual  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
3. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, benção, magnetismo, reiki, etc.)  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
4. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
5. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
6. Assisti a cultos ou sessões religiosas/espirituais  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
7. Segui conselhos espirituais com visitas a melhora física ou psicologicamente  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
8. Voltei-me para a espiritualidade  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREP 3- Oferta de Ajuda ao Outro (7 itens)**

1. Procurei trabalhar pelo bem-estar social  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
2. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
3. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
4. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
5. Orei pelo bem-estar de outros  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
6. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
7. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREP 4- Posição Positiva Frente a Deus (11 itens)**

1. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
2. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
3. Procurei o amor e a proteção de Deus  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
4. Confiei que Deus estava comigo  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
5. Procurei em Deus força, apoio e orientação  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
6. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
7. Senti que Deus estava atuando junto comigo  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
8. Procurei uma ligação maior com Deus  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
9. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
10. Agi em parceria com Deus, colaborando em Ele  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREP 5- Busca Pessoal de Crescimento Espiritual (5 itens)**

1. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
2. Procurei conversar com meu eu superior  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo
3. Tentei construir uma forte relação com um poder superior  
 ( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Procurei auxílio através da meditação

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

5. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREP 6- Ações em Busca do Outro Institucional (10 itens)**

1. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

2. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença; sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entonação de mantras, psicografia, etc.)

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

3. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Fui a um templo religioso

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

5. Montei um local de oração em minha casa

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

6. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

7. Busquei uma casa de Deus

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

9. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

10. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREP 7- Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual (5 itens)**

1. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

2. Procurei auxílio nos livros sagrados

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

3. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

5. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREP 8- Afastamento Através de Deus, Religião e/ou Espiritualidades (6 itens)**

1. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

2. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

3. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

5. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

6. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREN – COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL NEGATIVO**

**CREN 1- Reavaliação Negativa de Deus (8 itens)**

1. Questionei se Deus realmente se importava

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

2. Pensei que Deus não existia

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

3. Questionei se até Deus tem limites

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

5. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

7. Revoltei-me contra Deus e seus designos

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

8. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREN 2- Posição Negativa Frente a Deus (4 itens)**

1. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

2. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

3. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Rezei por um milagre

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

**CREN 3- Reavaliação Negativa do Significado (5 itens)**

1. Convenci-me que forças do mal aturam para isso acontecer

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

2. Imaginei se Deus permitiu que isso acontecesse por causa dos meus erros

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

3. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

5. Imaginei o que teria feito para Deus me punir

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. MUITÍSSIMO

**CREN 4- Insatisfação com o Outro Institucional (4 itens)**

1. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

2. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

3. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo

4. Imaginei se minha instituição tinha me abandonado

( ) 1. nunca ( ) 2. poucas vezes ( ) 3. as vezes ( ) 4. muito ( ) 5. muitíssimo