

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

RELIGIOUSITY AND SPIRITUALITY RELATED TO THE SOCIO-DEMOGRAPHIC, ECONOMIC AND HEALTH VARIABLES IN THE OLDER PEOPLE

RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD RELACIONADAS CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y DE SALUD ENTRE ADULTOS MAYORES

 Ana Teresa de Melo e Silva ¹
 Darlene Mara dos Santos Tavares ¹
 Nayara Paula Fernandes Martins Molina ¹
 Luiza Maria de Assunção ¹
 Leiner Resende Rodrigues ¹

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde – PPGAS. Uberaba, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Luiza Maria de Assunção
E-mail: luassunc@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Ana T. M. Silva, Leiner R. Rodrigues, Darlene M. S. Tavares, Luiza M. Assunção, Nayara P. F. M. Molina; **Aquisição de Financiamento:** Ana T. M. Silva; **Coleta de Dados:** Ana T. M. Silva; **Conceitualização:** Ana T. M. Silva, Leiner R. Rodrigues, Darlene M. S. Tavares; **Gerenciamento do Projeto:** Ana T. M. Silva; **Investigação:** Ana T. M. Silva, Leiner R. Rodrigues, Darlene M. S. Tavares; **Metodologia:** Ana T. M. Silva, Leiner R. Rodrigues, Darlene M. S. Tavares, Luiza M. Assunção, Nayara P. F. M. Molina; **Redação - Preparação do Original:** Ana T. M. Silva, Leiner R. Rodrigues, Darlene M. S. Tavares, Luiza M. Assunção, Nayara P. F. M. Molina; **Redação - Revisão e Edição:** Ana T. M. Silva, Leiner R. Rodrigues, Darlene M. S. Tavares, Luiza M. Assunção, Nayara P. F. M. Molina.

Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Submetido em: 13/06/2018

Aprovado em: 07/07/2019

RESUMO

Introdução: o Brasil vivencia acelerado processo de envelhecimento populacional. Mediante as angústias advindas do envelhecimento, religiosidade/espiritualidade (R/E) ocupam lugar de destaque na vida de pessoas idosas. **Objetivo:** verificar a associação das variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde com as dimensões de religiosidade e espiritualidade. **Metodologia:** estudo transversal realizado por inquérito domiciliar com 643 idosos comunitários. Os instrumentos utilizados foram: minixame do estado mental; caracterização dos dados sociodemográficos, econômicos e de saúde; medida multidimensional breve de religiosidade e espiritualidade. Foram realizadas análise descritiva e regressão linear múltipla com sete preditores: sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, renda, número de doenças e percepção de saúde. **Resultados:** predominaram sexo feminino, 60-69 anos, estado conjugal casados, 1-4 anos de estudo e renda mensal de um salário mínimo. Relativamente à percepção de saúde, 39,8% informaram regular, 81,5% relataram duas ou mais doenças. Em todas as dimensões de religiosidade/espiritualidade (experiências espirituais diárias; valores/crenças; perdão; práticas religiosas particulares; superação religiosa; suporte religioso; religiosidade organizacional; autoavaliação global), o preditor sexo foi estatisticamente significativo. Em nenhuma das dimensões a renda foi estatisticamente significativa. Em quatro dimensões esteve presente o estado conjugal. Em duas dimensões a idade influenciou. Em três dimensões a escolaridade esteve associada de forma inversa. Em apenas uma dimensão o número de doenças impactou e em duas dimensões a percepção de saúde influenciou. **Conclusão:** foi possível perceber que todas as dimensões de religiosidade/espiritualidade foram influenciadas pelo sexo. Além disso, todos os preditores, exceto renda, estão associados a pelo menos uma dimensão de religiosidade/espiritualidade.

Palavras-chave: Idoso; Saúde do Idoso; Envelhecimento Saudável; Fatores Socioeconômicos; Indicadores Econômicos; Indicadores Básicos de Saúde; Religião; Espiritualidade.

ABSTRACT

Introduction: Brazil is living an accelerated population aging process. Through the anxieties of aging, religiosity/spirituality (R/S) has a prominent place in the lives of older people. **Objective:** to verify the association of socio-demographic, economic, and health variables with the dimensions of religiosity and spirituality. **Methodology:** cross-sectional study conducted by a home survey with 643 community older adults. The instruments used were the mini-mental state examination, characterization of socio-demographic, economic and health data; and a brief multidimensional measure of religiosity and spirituality. Descriptive analysis and multiple linear regressions with seven predictors were performed: gender, age, education, marital status, income, number of diseases and health perception. **Results:** female, 60-69 years old, married couple, 1-4 years of study and monthly income of one minimum wage predominated. Regarding the perception of health, 39.8% reported it as regular, 81.5% reported two or more diseases. In all dimensions of religiosity/spirituality (daily spiritual experiences; values/beliefs; forgiveness; particular religious practices; religious overcoming; religious support; organizational

Como citar este artigo:

Silva ATM, Tavares DMS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR. Religiosidade e espiritualidade relacionadas às variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1221 Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190069

religiosity; global self-assessment), the gender predictor was statistically significant. In neither dimension was the income statistically significant. In four dimensions the marital status was present. In two dimensions age influenced. In three dimensions, education was inversely associated. In only one dimension the number of diseases impacted and in two dimensions the perception of health influenced. **Conclusion:** it was possible to realize that gender influenced all dimensions of religiosity/spirituality. Also, all predictors except the income one are associated with at least one dimension of religiosity/spirituality.

Keywords: Aged; Health of the Elderly; Healthy Aging; Socioeconomic Factors; Economic Indexes; Health Status Indicators; Religion; Spirituality.

RESUMEN

Introducción: la población de Brasil vive un proceso acelerado de envejecimiento. Las angustias derivadas de dicho por este proceso permiten que la religiosidad / espiritualidad (R/E) ocupen un lugar destacado en la vida de las personas mayores. **Objetivo:** verificar la asociación de variables sociodemográficas, económicas y de salud con las dimensiones de religiosidad y espiritualidad. **Metodología:** estudio transversal realizado por encuesta domiciliar con 643 personas mayores de la comunidad. Los instrumentos utilizados fueron: mini examen del estado mental; caracterización de los datos sociodemográficos, económicos y de salud; medida multidimensional breve de religiosidad y espiritualidad. Se realizó análisis descriptivo y regresión lineal múltiple con siete predictores: género, edad, educación, estado conjugal, ingresos, número de enfermedades y percepción de salud. **Resultados:** predominantemente mujeres, 60 - 69 años, casados, 11-4 años de escolaridad e ingresos mensuales de un salario mínimo. En cuanto a la percepción de la salud, el 39,8% mencionó regular, el 81,5% informó dos o más enfermedades. En todas las dimensiones de religiosidad / espiritualidad (experiencias espirituales diarias; valores / creencias; perdón; prácticas religiosas particulares; superación religiosa; apoyo religioso; religiosidad organizacional; autoevaluación global), el predictor sexo era estadísticamente significativo. En ninguna de las dos dimensiones el ingreso era estadísticamente significativo. En cuatro dimensiones estaba presente el estado conjugal. En dos dimensiones influía la edad. En tres dimensiones, la educación estaba inversamente asociada. En una sola dimensión influía el número de enfermedades y en dos dimensiones influía la percepción de la salud. **Conclusión:** se percibió que todas las dimensiones de religiosidad / espiritualidad estaban influenciadas por el sexo. Además, todos los predictores, excepto ingresos, estaban asociados con al menos una dimensión de religiosidad / espiritualidad.

Palabras clave: Anciano; Salud del Anciano; Envejecimiento Saludable; Factores Socioeconómicos; Indicadores Económicos; Indicadores de Salud; Religión; Espiritualidad.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado um acelerado processo de envelhecimento populacional, que é uma realidade mundial.¹

Diante do contexto de angústias advindas do envelhecimento, religiosidade/espiritualidade (R/E) ocupam lugar de destaque na vida de pessoas idosas, visto que o envelhecer traz consigo questões existenciais e situações adversas² e a R/E representa fator de proteção³ e recurso de enfrentamento perante eventos estressores.⁴ Religiosidade é o quanto um indivíduo pratica uma

religião. Espiritualidade é mais ampla podendo ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas⁴

Estudos acerca do envelhecimento em interface com a R/E são indispensáveis, em virtude da necessidade de melhor compreender essa relação e propor ações que visem dispensar o devido valor ao cuidado relacionado à R/E em idosos. Desse modo, este estudo almeja colaborar para a ampliação do conhecimento sobre o assunto, a julgar pela reduzida bibliografia que o abrange no campo da saúde coletiva. O horizonte analítico tem sido concentrado para investigações na seara da psiquiatria e da saúde mental, com a enfermagem se direcionando mais para estudos qualitativos. Desse modo, ressalta-se a imprescindibilidade de outros estudos, sobretudo na saúde coletiva, uma vez que tem sido sinalizado para a pertinência da temática no contexto brasileiro.

Tendo em vista que a R/E está relacionada a melhores condições de saúde em idosos, relacionadas a resiliência⁵, qualidade de vida⁶ e capacidade funcional⁷, conhecer os fatores sociodemográficos, econômicos e de saúde associados poderá auxiliar profissionais de enfermagem no planejamento de estratégias voltadas para essa temática.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi verificar a associação das variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde com as dimensões de R/E.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo inquérito domiciliar, transversal, observacional e analítico, realizado com idosos comunitários de município no interior de Minas Gerais. Parte integrante de estudo maior intitulado: "Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro", desenvolvido pelo grupo de pesquisa em saúde coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

A população foi composta de indivíduos com 60 anos ou mais e de ambos os sexos, residentes na zona urbana. Excluíram-se idosos com declínio cognitivo, de acordo com a pontuação obtida no minixame do estado mental (MEEM)⁸

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado coeficiente de determinação $R^2=0,02$ em um modelo de regressão linear múltipla com sete preditores, tendo como nível F de significância $\alpha = 0,05$ e poder do teste igual a 0,80. Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versão 13, introduziram-se os valores descritos e obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 711$. A variável dependente principal foi a dimensão *Experiências espirituais diárias* da escala de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)⁹

Para a composição de uma amostragem aleatória para participação dos idosos na pesquisa, foi proposto o processo de amostragem por conglomerados em múltiplos estágios. A

seleção dos idosos ocorreu por sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município, de acordo com listagem única dos setores censitários urbanos (n= 409), obtendo-se ao final 204 setores. O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente. A quantidade de entrevistas foi dividida pelos setores censitários sorteados, sendo excluídos setores sem idosos, mas com residência, setores sem casas e setores que não completaram o número de idosos. Ocorreram no período de janeiro a abril de 2014, nos domicílios, por pesquisadores treinados (graduandos e pós-graduandos da área da saúde) e foram revisadas por supervisores de campo (docente e pós-graduandos).

Quanto às variáveis de estudo, os aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde foram: sexo (feminino/masculino); faixa etária (60-70; 70-80; 80 ou mais); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheiro(a); mora com esposo(a) ou companheiro(a); viúvo(a); separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a); escolaridade (analfabetos; 1-4; 4-8; 8; 9 ou mais); renda individual mensal (sem renda; < 1; 1-3; 3-5; > 5); percepção de saúde (péssima; má; regular; boa; ótima); número final de doenças (0-2; 2 ou mais doenças), conforme instrumento elaborado pelos autores que integram Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM A percepção de saúde foi mensurada por meio de uma questão pertencente ao questionário do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) com opção de resposta em escala Likert: "O(a) Senhor(a) diria que a saúde é: ótima, boa, regular, má ou péssima"?¹⁰

Na avaliação da R/E utilizou-se o BMMRS, elaborado por Fetzer Institute⁹ e validado na versão brasileira.¹¹ Esse instrumento possui 38 itens e mede 11 dimensões. As opções de resposta estão dispostas em escala Likert, tendo a pontuação de cada dimensão específica, na qual quanto menor a pontuação, maior o grau da dimensão em questão.¹¹

Neste estudo, das 11 dimensões foram utilizadas as oito que são de caráter quantitativo. São elas: experiências espirituais diárias (*impacto da religião e da espiritualidade na vida diária*); valores/crenças (*premissa de que Deus existe e que afeta a vivência humana*); perdão (*sentir-se perdoado e perdoar*); práticas religiosas particulares (*atividades religiosas realizadas individualmente*); superação religiosa e espiritual (*estratégias de religiosidade/espiritualidade para lidar com circunstâncias difíceis*); suporte religioso (*relações sociais, apoio advindo da comunidade religiosa*); religiosidade organizacional (*envolvimento com atividades religiosas públicas*); autoavaliação global (*autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado se considera*).

Conforme as entrevistas foram realizadas, procedeu-se à revisão e à codificação. Foi construído um banco de dados eletrônico, em dupla entrada, no programa Excel®, para posterior verificação de inconsistências e sua devida correção.

As análises foram feitas utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, no qual se inverteu o valor das respostas aos itens da BMMRS, de forma que os mais religiosos/espiritualizados pontuaram mais na BMMRS, exceto nos itens negativos de *superação religiosa/espiritual* e na última questão de *suporte religioso*.¹¹ Portanto, os escores de cada dimensão foram calculados pela soma de seus itens, sendo necessário recodificar os itens reversos presentes nas diferentes dimensões.

Realizou-se análise descritiva, incluindo frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, ao passo que medidas de tendência central (média ou mediana) e de variabilidade (desvio-padrão e amplitudes) foram utilizadas para melhor conhecimento das variáveis quantitativas. A análise multivariada, para determinar a influência dos preditores sociodemográficos, econômicos e de saúde, incluiu regressão linear múltipla, obtendo como desfecho cada uma das oito dimensões da escala de BMMRS e a contribuição (β) na variável de resposta (aumento ou redução). O nível de significância considerado foi de $\alpha = 0,05$.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM sob nº 493.211 bem como todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 711 idosos, houve 18 recusas, 13 desistências e 37 perdas relacionadas a setores censitários incompletos: setores sem idosos, mas com residência (12 idosos); setores sem casas (16 idosos); setores que não completaram o número de idosos (nove idosos). A amostra final do estudo foi de 643 idosos.

Predominaram sexo feminino (67,0%), faixa etária de 60-70 anos (42,3%), casado (42,1%), escolaridade de 1-4 anos de estudo (51,0%) e renda de um salário mínimo (45,1%).

Relacionado à percepção com a própria saúde, o maior percentual de idosos, 39,8%, informou nível regular. A maioria (81,5%) autorrelatou duas ou mais morbidades.

Em relação às oito dimensões da escala BMMRS que avaliam o nível de R/E, a maior média foi percebida em *experiências espirituais diárias* (30,70±4,19). A segunda maior média foi constatada em *superação religiosa e espiritual* (25,84±2,68). A menor média foi encontrada em *religiosidade organizacional* (5,52±2,94) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla tendo-se como desfechos as oito dimensões de R/E.

Para *experiências espirituais diárias* os preditores mais importantes e estatisticamente significativos foram sexo ($p < 0,001$), escolaridade ($p = 0,025$) e estado conjugal ($p = 0,035$) (Tabela 2). Assim, foi possível perceber o predomínio das mulheres ($p = 0,222$), com menos escolaridade ($\beta = -0,100$) e sem companheiro ($\beta = 0,091$).

Tabela 1 - Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna, das dimensões de R/E entre idosos da comunidade. Uberaba, MG, 2015

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

Fonte: as autoras, 2015.

Tabela 2 - Regressão linear múltipla das dimensões de R/E de idosos da comunidade segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde, Uberaba, MG, 2015

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

*Experiências espirituais diárias (EED); valores/crenças (V/C); perdão (PERD); práticas religiosas particulares (PRP); superação religiosa/espiritual (SUP R/E); suporte religioso (SUP REL); religiosidade organizacional (REL ORG); autoavaliação global de R/E (AUT GL).

Fonte: as autoras, 2015.

Na dimensão *valores/crenças* ($p=0,006$), o sexo foi o único preditor estatisticamente significativo, com destaque para o sexo feminino ($p=0,182$) (Tabela 2).

Em relação a *perdão*, além do preditor sexo ($p=0,004$), prevaleceu o preditor escolaridade ($p<0,001$), com destaque para o sexo feminino ($\beta=0,127$) e para a baixa escolaridade ($\beta=-0,165$) (Tabela 2).

Em *práticas religiosas particulares*, em ordem decrescente, os preditores mais importantes foram: sexo ($p<0,001$), estado conjugal ($p=0,030$) e número de doenças ($p=0,004$) (Tabela 2). Sobressaíram idosos do sexo feminino ($\beta=0,350$), sem companheiro ($\beta=0,090$), com maior número de doenças ($\beta=0,334$).

Na *superação religiosa e espiritual*, além do sexo ($p<0,001$), esteve associado o preditor percepção de saúde ($p=0,021$) (Tabela 2). Destacam-se o sexo feminino ($\beta=0,231$) e a melhor percepção de saúde ($\beta=0,068$).

Em *suporte religioso* ($p<0,001$) o sexo foi o único preditor estatisticamente significativo, destacando-se o sexo feminino ($\beta=0,201$) (Tabela 2).

Na *religiosidade organizacional* foram significativos os preditores: sexo ($p<0,001$), estado conjugal ($p<0,001$) e idade ($p=0,005$), (Tabela 2). Destacaram-se idosos do sexo feminino ($\beta=0,262$), sem companheiro ($\beta=0,137$) e com maior idade ($\beta=0,049$).

A *autoavaliação global de R/E* foi o item em que mais preditores estiveram associados. Em ordem decrescente de significação: sexo ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,006$), estado conjugal ($p=0,004$), idade ($p=0,022$) e percepção de saúde ($p=0,040$) (Tabela 2). Os destaques foram para sexo feminino ($\beta=0,231$), baixa escolaridade ($\beta=-0,122$), sem companheiro ($\beta=0,119$), maior idade ($\beta=0,098$), melhor percepção de saúde ($\beta=0,036$).

Importante salientar que, em todas as dimensões, a maior média de R/E recaiu sobre o sexo feminino. Em nenhuma das dimensões a renda foi estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo possibilitaram conhecer detalhadamente, a partir de aspectos sociodemográficos,

econômicos e de saúde, um perfil de idosos associados a cada uma das dimensões de religiosidade/espiritualidade, não somente para a R/E de modo geral.

Conhecer a R/E em suas dimensões específicas, abordagem que não é realizada na literatura, possibilita ter informações detalhadas em relação a quais aspectos da R/E exatamente as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde operam.

Relativamente às características sociodemográficas, neste estudo, as mulheres idosas representaram maior percentual. Estudo nacional realizado pelo projeto FIBRA da UNICAMP com idosos da comunidade indica a mesma direção.¹² Referente à faixa etária, resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI) em Goiânia-GO com idosos da comunidade que identificaram idade com maior percentual entre 60 e 69 anos (50,1%)¹³, bem como em projeções do IBGE.¹⁴ De acordo com o estado conjugal, estudo supracitado com idosos da comunidade obteve percentual análogo, indicando que a maioria dos idosos morava acompanhada.¹³ Em relação à escolaridade, resultados equivalentes foram encontrados em estudos do projeto FIBRA/ UNICAMP, da REVISI e em projeções do IBGE, que obtiveram média de anos de estudo em consonância com os resultados desta pesquisa.¹²⁻¹⁴ No tocante à renda individual mensal, em pesquisa com idosos usuários de uma unidade básica de saúde (UBS) de uma capital brasileira identificou-se que a maioria dos entrevistados apresentou renda mensal de até um salário mínimo (35,4%)¹⁵, mostrando-se semelhante aos achados desta pesquisa.

Considerando a variável percepção de saúde, resultado semelhante foi encontrado em estudo nacional realizado pelo projeto FIBRA com idosos da comunidade, cujos participantes avaliaram sua saúde como boa (40,5%) ou regular (38,5%).¹² Quanto à variável número de doenças, inquérito da REVISI em Goiânia-GO encontrou dados semelhantes aos da presente pesquisa.¹³ Sabe-se que o envelhecimento da população mundial vem acompanhado de crescente prevalência de doenças crônicas e degenerativas.¹⁶

No que concerne à R/E, a maior média foi em *experiências espirituais diárias*, que demonstra a frequência com que os idosos vivenciam experiências relacionadas à R/E.¹¹ A segunda maior média, *superação religiosa e espiritual*, demonstra as estratégias de R/E utilizadas pelos idosos para lidar com circunstâncias adversas. Essas informações confirmam o que indica estudo que procurou avaliar o nível de estresse de idosos assistidos pela atenção primária à saúde de Piumhi, MG, onde se sugere que para impedir a evolução dos quadros de estresse pode-se usar a religiosidade como promotora de bem-estar.¹⁷ A menor média, *religiosidade organizacional*, diz respeito à participação em reuniões religiosas. Pesquisa internacional com idosos de Leiria, Portugal, encontrou resultado semelhante.¹⁸ Isso indica que o contato com a religiosidade não passa necessariamente pela frequência e assiduidade a templos.

Na presente pesquisa foram verificados os fatores sociodemográficos, econômicos e de saúde que se associam às dimensões de R/E, sugerindo que, em uma ação ou intervenção em saúde que tenha como principal componente a religiosidade/espiritualidade, os profissionais de enfermagem devem estar atentos a determinado perfil de idosos.

Em *experiências espirituais diárias*, verificou-se que as mulheres diariamente praticam mais a religião. Esse resultado é condizente com estudo realizado com pacientes e acompanhantes de dois hospitais gerais em Juiz de Fora, MG.¹⁹ Coincide igualmente com investigação relacionada ao estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) realizada com idosos da comunidade em São Paulo, SP⁶, que demonstra que as mulheres, para além de questões culturais, são mais disponíveis para manifestar seus sentimentos religiosos, assim como mais inclinadas a atuar e se comprometer nas tarefas da igreja.⁶

Em relação a *valores/crenças*, as idosas demonstraram conduzir, com mais frequência, seus valores e crenças ao longo da vida. Esse resultado se aproxima do estudo supracitado realizado em Juiz de Fora, MG.¹⁹ Também corrobora investigação relacionada ao estudo SABE, que percebe que as mulheres dão mais importância à religião e aos valores a ela relacionados.⁶

Quanto a *perdão*, identificou-se que as mulheres são mais aptas a perdoar. Pesquisa internacional realizada com idosos da comunidade do distrito de Leiria, Portugal, também encontrou resultado parecido.¹⁸ Possivelmente isso ocorra devido às mulheres serem culturalmente incentivadas à obediência e à permissão, é o que conclui pesquisa sobre diferença de gênero e religiosidade, realizada nos EUA.²⁰

A presente pesquisa demonstra que as mulheres estão mais envolvidas em atividades *práticas religiosas particulares* individuais. Isso está de acordo com outra pesquisa realizada com pacientes e acompanhantes de dois hospitais gerais em Juiz de Fora, MG, que também constatou que o sexo feminino apresenta maior média nessa dimensão.¹⁹ Do mesmo modo, confirma investigação relacionada ao estudo SABE, que percebe que as mulheres costumam praticar mais as atividades religiosas particulares.⁶

Este estudo apresentou semelhança com outra pesquisa no item *superação religiosa*, que encontrou maior média entre as mulheres.¹⁹ De modo igual, estudo realizado por Abdala *et al.*⁶ apurou que o fato de pertencer a uma religião significa um recurso no enfrentamento de problemas do cotidiano. Esse dado confirma que as mulheres buscam mais estratégias de R/E para lidar com circunstâncias difíceis.

Similarmente a outro estudo¹⁹, verificou-se que as mulheres apresentaram maior média em *suporte religioso*, evidenciando que buscam mais apoio advindo de Deus e da comunidade religiosa. Em consonância, autores salientam a importância de se fazer parte de uma comunidade religiosa, visto que esta

funciona como rede de apoio e suporte social¹⁸ para as idosas lidarem com as doenças e demais adversidades.⁶

Quanto à *religiosidade organizacional*, obteve-se resultado condizente ao encontrado em outro estudo, no qual as mulheres tiveram maior média na *religiosidade organizacional*¹⁹ Investigação relacionada ao estudo SABE mostra a religiosidade organizacional atuando como mediadora para a qualidade de vida de idosas, no sentido de melhorá-la no componente físico e na saúde mental. Esses resultados indicam que o sexo feminino tem mais participação religiosa em cerimônias e reuniões religiosas. Isso pode estar relacionado ao fato de as mulheres idosas sentirem necessidade da companhia de outras pessoas para conversar e desabafar seus problemas, bem como para obter afeto e carinho, é o que constata estudo realizado com mulheres idosas do município de Cruz Alta-RS.⁵

Os resultados estão em consonância com outros achados no aspecto *autoavaliação de R/E*, que indicam que o sexo feminino obteve maior média nessa dimensão.¹⁸ Em estudo realizado por Abdala *et al.*⁶ as mulheres se consideram mais religiosas do que os homens.⁶

A prevalência de mulheres em todas as dimensões de R/E, indicando o seu maior envolvimento nas questões religiosas, pode ser explicada na perspectiva das relações sociais de gênero.²⁰ Dados de pesquisa realizada nos EUA revelam diferença de gênero no que concerne à religiosidade (em questões como frequência de oração, crença em Deus, assiduidade à igreja), evidenciando que os homens são mais seculares e as mulheres mais religiosas.²⁰ A propensão para os homens serem mais laicos do que as mulheres pode ter relação com questões (poder, privilégio, liberdade financeira, independência, trabalhar fora de casa) culturalmente proporcionadas aos homens e destituídas das mulheres, o que as conduziu a serem vítimas de exclusão, exploração e discriminação. Toda essa realidade as incentivou a buscar o consolo, o conforto e o apoio propiciados pela religião.²⁰

Neste estudo, o estado conjugal obteve diferenças estatisticamente significativas em relação a *experiências espirituais diárias, práticas religiosas particulares, religiosidade organizacional e autoavaliação global*. Inquérito com idosos da comunidade de Portugal encontrou diferenças estatisticamente significativas em *experiências espirituais diárias, valores e crenças e suporte religioso/espiritual*, em relação à variável estado conjugal.¹⁸ Tal pesquisa confirmam parcialmente os dados apresentados nesta investigação. Ainda no estudo citado anteriormente¹⁸, enfatiza-se que os idosos sem companheiro apresentaram maior escore nas dimensões da escala supracitada, estando de acordo com o encontrado nesta e em outra pesquisa.²¹ O suporte social e religioso recebido após a morte de um ente querido pode ser fundamental para o enfrentamento do luto.

O resultado sobre a *religiosidade organizacional* associada à maior idade sugere que, com o aumento da idade, há mais desenvolvimento das atividades realizadas individualmente (oração, programas religiosos televisionados, etc.). Estudo já mencionado encontrou diferença estatisticamente significativa na *religiosidade organizacional* relacionada à idade, contudo, não demonstrou diferença significativa em relação à *autoavaliação global*¹⁸, concordando parcialmente com esta pesquisa. Dados equivalentes a esta pesquisa foram encontrados em outro estudo no qual se detectou que as faixas de 60 anos ou mais se mostraram mais associadas à prática da religião.⁴ Nessa direção, a literatura indica que quanto mais elevada a faixa etária, maior é a prática da religião.⁴

Foi possível perceber nas *experiências espirituais diárias, perdão e autoavaliação global* associadas à variável escolaridade que à medida que a escolaridade diminui, aumenta o desfecho de R/E em relação a essas dimensões. Observou-se, assim, que o preditor escolaridade influenciou de forma inversa. Pesquisa realizada com 241 mulheres idosas de Cruz Alta-RS, com o intuito de investigar o nível de resiliência entre mulheres idosas e sua associação com o bem-estar espiritual e apoio social, identificou maioria de idosas com escolaridade de ensino fundamental incompleto (68,5%), evidenciando o quanto as mulheres foram impedidas de terem acesso à educação.⁵

Na dimensão *práticas religiosas particulares*, o maior número de doenças teve maior média, significando que as idosas com maior número de morbidades têm mais frequência em atividades religiosas realizadas individualmente. As mulheres, normalmente, ao envelhecerem e necessitarem de apoio familiar por conta da doença, acabam por se sentirem entristecidas, o que pode ocasionar a depressão. Nesse sentido, o apoio social e o bem-estar espiritual podem auxiliar na superação nesse contexto.⁵ Quanto à variável número de doenças, resultado semelhante foi encontrado em estudo em que 25% dos idosos relataram possuir pelo menos uma doença crônica, de modo que para o seu enfrentamento realçam-se a importância e os benefícios da espiritualidade.²²

Os resultados sugerem que a dimensão *superação religiosa/espiritual* associada à melhor percepção de saúde influencia positivamente nas estratégias de R/E utilizadas para lidar com circunstâncias difíceis da vida. Assim como na presente pesquisa, estudo comprovou que R/Es foram importantes para a qualidade de vida dos participantes. E ressaltou, ainda, a relação entre espiritualidade e satisfação com a saúde e a vida, bem como as práticas religiosas como forma de estabelecer relações sociais e de lazer para os idosos.²³ A literatura internacional reforça que R/Es, quando presentes na vida dos idosos, são as responsáveis pelo bem-estar subjetivo.²⁴

Esta pesquisa apresenta como limitação o delineamento transversal, não permitindo estabelecer uma relação com as inferências causais. Entretanto, as análises realizadas frente à lacuna da produção científica sobre o tema apresentam propositivas para a compreensão do evento.

CONCLUSÃO

Para o item *experiências espirituais diárias*, os fatores associados foram: sexo feminino, baixa escolaridade e sem companheiro. Em relação a *perdão*, prevaleceram os preditores sexo feminino e baixa escolaridade. Em *práticas religiosas particulares*, os preditores que sobressaíram foram: sexo feminino, sem companheiro e maior número de doenças. Na *superação religiosa e espiritual*, estiveram associados os preditores sexo feminino e melhor percepção de saúde. Na *religiosidade organizacional* foram significativos os preditores: sexo feminino, sem companheiro e maior idade. A *autoavaliação global de R/E* foi a dimensão na qual mais preditores estiveram associados: sexo feminino, baixa escolaridade, sem companheiro, maior idade e melhor percepção de saúde. Nas dimensões *valores/crenças e suporte religioso*, o sexo feminino foi o único preditor estatisticamente significativo.

Os resultados desta pesquisa ampliaram o conhecimento das características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos em relação às dimensões de R/E. Trata-se de pesquisa inovadora nessa temática com idosos da comunidade em Minas Gerais.

Dada a sua importância em relação à saúde e ao bem-estar da população idosa, relativamente ao suporte social e emocional, é necessária a atenção dos profissionais de enfermagem para a inclusão de estratégias que se aproximem da R/E.

Ademais, esses resultados podem apoiar a formação multiprofissional e a qualificação do trabalho em equipe para abordagem de aspectos religiosos/espirituais com as pessoas idosas. Podem também ser subsídio para reflexão sobre programas e políticas para idosos que têm na religiosidade/espiritualidade uma fonte de apoio.

REFERÊNCIAS

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010[citado em 2018 set. 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000144.pdf>
- Chaves IJ, Gil CA. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet*. 2015[citado em 2018 out. 26];20(12):3641-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3641.pdf>
- Zenevitz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013[citado em 2018 out. 28];47(2):433-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/23.pdf>
- Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
- Garces SBB, Figueiró MF, Hansen D, Rosa CB, Brunelli AV, Bianchi PDA, et al. Resiliência entre mulheres idosas e sua associação com o bem-estar espiritual e o apoio social. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2017[citado em 2018 out. 28];22(1):9-30. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/43412>
- Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2015[citado em 2018 out. 28];49:55. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005416.pdf
- Amorim DNP, Silveira CML, Alves VP, Faleiros VP, Vilaça KHC. Associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017[citado em 2019 mar. 03];20(5):727-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005416.pdf
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994[citado em 2018 out. 28];52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
- Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group. Multidimensional measurement of religiousness, spirituality for use in health research. Kalamazoo: Fetzer Institute; 2003[citado em 2018 ago. 30]. Disponível em: http://fetzer.org/sites/default/files/images/resources/attachment/%5Bcurrent-date%3Atiny%5D/Multidimensional_Measurement_of_Religiousness_Spirituality.pdf
- Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde; 2003[citado em 2018 out. 28]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/livrosabe/Livro_SABE.pdf
- Curcio CSS. Validação da versão em português da "Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality" ou "Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade" (BMMRS-P). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013[citado em 2018 out. 05]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nupes/files/2013/12/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Valida%C3%A7%C3%A3o-BMMRS-Cristiane-S-S-Curcio.pdf>
- Batistoni SST, Prestesa SM, Cachionia M, Falcão DVS, Lopes A, Yassuda MS, et al. Categorização e identificação etária em uma amostra de idosos brasileiros residentes na comunidade. *Psicol Reflex Crít*. 2015[citado em 2018 out. 30];28(3):511-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n3/0102-7972-prc-28-03-00511.pdf>
- Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LAF, Pereira GA, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014[citado em 2018 ago. 30];22(4):662-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00662.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013[citado em 2018 nov. 22]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- Lenardt MH, Carneiro NHK. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enferm*. 2013[citado em 2018 ago. 30];18(1):13-20. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31299/20008>
- Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc Saúde Colet*. 2013[citado em 2018 out. 01];18(4):1029-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/16.pdf>
- Garbaccio JL, Silva AC, Barbosa MM. Avaliação do índice de estresse em idosos residentes em domicílio. *Rev Rene*. 2014[citado em 2018 out. 01];15(2):308-15. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324031263016.pdf>

18. Silva CMJS. Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar [tese]. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; 2012. 254 p. [citado em 2018 ago. 06]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10886>
 19. Curcio CSS, Lucchetti G, Almeida AM. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. *J Relig Health*. 2013[citado em 2018 ago. 06];54(2):435-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24318672>
 20. Zuckerman P. Are men more likely to be secular than women? In: Hemant M. *Friendly Atheist*. 2014[citado em 2019 mar. 06]. Disponível em: <https://friendlyatheist.patheos.com/2014/09/17/are-men-more-likely-to-be-secular-than-women/>
 21. Farinasso ALC, Labate RC. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. *Rev Eletrônica Enferm*. 2012[citado em 2018 out. 04];14(3):588-95. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a15.pdf
 22. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav*. 1991[citado em 2018 out. 06];32(1):80-99. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1992-27021-001>
 23. Lima LCV, Vilella WV, Bittar CML. Percepção sobre qualidade de vida entre idosos residentes em municípios de pequeno porte e sua relação com a religiosidade/espiritualidade. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum*. 2014[citado em 2018 out. 06];11(3):231-44. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4221/pdf>
 24. Saleem R, Khan, AS. Impact of Spirituality on Well-Being among Old Age People. *Int J Indian Psychol*. 2015[citado em 2018 out. 07];2(3):172-81. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a551/c97431f85b3442630df8f6b09095c15bb41b.pdf>
-