

# Religiosidade de pessoas idosas hospitalizadas

José Vitor da Silva, D.Sc.\* , Andréia Aparecida dos Santos\*\* , Patrícia Mara Gomes\*\* ,  
Renata Fabiana Dias\*\* , Daniel Rodrigues Machado\*\*\*

*\*Enfermeiro, Pós-doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Pós-doutorando pela Universidade São Francisco, Professor Titular da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Itajubá/MG, \*\*Acadêmicas de Enfermagem do 8º período da EEWB, Bolsistas de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), \*\*\*Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*

## Resumo

Estudo de abordagem quantitativa, descritivo e transversal que objetivou avaliar a religiosidade de pessoas idosas que estavam hospitalizadas. A amostra foi de 33 pessoas idosas e a amostragem foi não probabilística por cotas (gênero e faixa etária). Para a coleta de dados, utilizou-se a Versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). Encontrou-se que 36,4% dos participantes frequentavam igreja, templo ou encontro religioso uma vez por semana; 42,4% dedicavam seu tempo a atividades religiosas individuais mais do que uma vez ao dia e alcançaram  $M = 3,9$  ( $DP = 1,78$ ) na dimensão “Religiosidade Intrínseca” da P-DUREL. A estatística inferencial evidenciou que o Alfa de Cronbach atingiu o valor de 0,857 para a P-DUREL. A Religiosidade Organizacional, Não Organizacional e Intrínseca das pessoas idosas que estavam hospitalizadas foi considerada satisfatória.

**Palavras-chave:** idoso, religião, hospitalização, enfermagem geriátrica.

## Abstract

### *Religiosity of elderly in hospital*

This research used the quantitative, descriptive and cross-sectional approach which aimed to assess the religiosity of elderly people who were hospitalized. The sample consisted of 33 elderly and it was non-probabilistic by allotment (gender and age group). In order to collect the data, we used the Portuguese version of the Duke Religiosity Index (P-DUREL). It was found that 36.4% of the participants attend church, temple or religious meeting once a week, 42.4% devoted their time to individual religious activities more than once a day and achieved  $M = 3.9$  ( $DP = 1.78$ ) in the dimension “Intrinsic Religiosity” of P-DUREL. The inferential statistics showed that the Cronbach’s alpha reached the value of 0.857 for the P-DUREL. The Organizational Religiosity, Non Organizational and Intrinsic of the older people who were hospitalized was satisfactory.

**Key-words:** aged, religion, hospitalization, geriatric nursing.

## Resumen

### *Religiosidad de adultos mayores hospitalizados*

Investigación de abordaje cuantitativo, descriptivo y transversal que tuvo como objetivo evaluar la religiosidad de los adultos mayores hospitalizados. La muestra se constituyó de 33 adultos mayores y el muestreo fue no probabilístico por cuotas (sexo y grupos de edad). Para recopilar los datos, se utilizó la versión en portugués de la Escala de Religiosidad de Duke (P-DUREL). Se encontró que el 36,4% de los participantes han asistido a la iglesia, templo o reunión religiosa una vez a la semana; el 42,4% han dedicado su tiempo a las actividades religiosas individuales y en la dimensión “religiosidad intrínseca” se obtuvo  $M = 3,9$  ( $DS = 1,78$ ). La estadística inferencial mostró que el Alfa de Cronbach alcanzó valor de 0,857 para P-DUREL. La religiosidad organizacional, no organizacional e intrínseca de los adultos mayores hospitalizados fueron consideradas satisfactorias.

**Palabras-clave:** anciano, religión, hospitalización, enfermería geriátrica.

## Introdução

O Brasil é um país de cabelos brancos. A quantidade de pessoas idosas passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006 – um aumento de 600% em menos de 50 anos [1]. Estimativas apontam que, no ano de 2025, o Brasil será a sexta nação do mundo com o maior contingente de pessoas idosas em termos absolutos [2], sendo que a cada ano 650 mil gerontes são incorporados à população brasileira [3].

À medida que a população idosa aumenta, cresce também a ocupação dos leitos hospitalares por indivíduos de mais idade. Sabe-se que as pessoas idosas tendem a utilizar mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada devido à gravidade da doença [4].

A experiência de portar doença grave gera sofrimento e a imediata busca por atribuir significados na tentativa de que essa situação faça algum sentido, pois essa experiência pode ser, muitas vezes, confusa e desgastante, tanto para a vida da pessoa idosa quanto para a de sua família [5].

A religiosidade permite ao indivíduo compreender os significados dos eventos como parte de um projeto ou propósito mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre por acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força superior [6]. Possibilita, também, a crença de que tais eventos podem levar ao crescimento pessoal, como sabedoria, equilíbrio e maturidade [7].

Estudos recentes demonstram que pessoas com maior religiosidade possuem maior bem-estar geral, menor prevalência de depressão, menor abuso de

drogas ilícitas e lícitas, menor incidência de suicídio, melhor qualidade de vida, maior sobrevivência, melhor enfrentamento da doença e menor tempo de hospitalização, dentre outras associações [8].

A religiosidade pode ser entendida como uma tendência natural de cada pessoa para o transcendental; significa voltar-se a uma prática de mistério estimulada por tradições, modelos, interesses, ignorância e outros [9], sendo mais latente entre as pessoas idosas do que em qualquer outra faixa etária [10]. Valorizar esta dimensão da realidade não é uma questão de ter fé ou não em Deus, mas considerar processos da realidade subjetiva e social que têm uma existência claramente objetiva. Sem entender o olhar e a elaboração religiosa não se pode compreender a perspectiva com que muitas pessoas idosas hospitalizadas se relacionam com a realidade.

Apenas recentemente, no entanto, a religiosidade deixou de ser desvalorizada e inexplorada no meio acadêmico. O componente religioso vem sendo admitido como parte integrante e influente na vida e bem-estar dos indivíduos, pois uma visão limitada e mecanicista dos pacientes, dada pelo tradicional modelo biomédico, não era mais satisfatória [11].

Mesmo assim, ainda há uma enorme carência de evidências científicas sobre a religiosidade de pessoas idosas hospitalizadas. Em geral, a variável “religiosidade” é avaliada em relação à afiliação (católica, budista e outras), à prática religiosa (praticante/não praticante) ou à frequência dos cultos (diária, semanal e outras). Estas estratégias são sabidamente limitadas para estudar uma variável de tal complexidade [12] e esse fato limita a assistência adequada de enfermagem, tendo em vista que informações sobre

as questões espirituais e religiosas devem ser consideradas no plano de cuidado à pessoa idosa [13,14].

Assim, a presente pesquisa objetivou avaliar a religiosidade de pessoas idosas hospitalizadas.

## Material e métodos

Este estudo teve como cenário o Hospital Escola da cidade de Itajubá/MG, que é geral e disponibiliza 140 leitos divididos entre Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços conveniados.

A investigação teve abordagem quantitativa, do tipo descritivo e transversal. A amostra foi composta por 33 pessoas idosas hospitalizadas. Não foi realizado cálculo para o tamanho amostral, uma vez que se trata de um estudo de caráter observacional cuja finalidade primária era de natureza exploratória e não confirmatória [15]. A amostragem foi do tipo não probabilística por cotas (gênero e faixa etária). Na amostragem por cota, os pesquisadores identificam estratos da população e determinam quantos participantes são necessários a cada estrato. Usando informações sobre as características da população, podem assegurar que os vários segmentos se encontram adequadamente representados na amostra [16].

Os critérios de inclusão consistiram em: possuir idade igual ou superior a 60 anos; apresentar capacidade cognitiva preservada; encontrar-se em situação de hospitalização na clínica médica ou cirúrgica há pelo menos 24 horas, independentemente do motivo da internação. Justificou-se esse último critério no sentido de encontrar as pessoas idosas mais inteiradas da realidade e do contexto hospitalar [17].

A entrevista foi estruturada direta e agendada previamente. Todos os dados foram coletados pelas pesquisadoras do estudo, no período de julho a setembro de 2011, sendo que o tempo médio para cada entrevista foi de aproximadamente 32 minutos. Para a coleta de dados, utilizou-se o Questionário de Avaliação Mental [18], o Questionário de Caracterização Biossocial [19] e a versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL).

*Duke Religions Index* (DUREL) é uma escala breve e fácil, que se tem mostrado muito útil em pesquisas sobre religiosidade e saúde em diversos países. Ela possui cinco itens que captam três dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: Organizacional (RO); Não-Organizacional (RNO) e Intrínseca (RI). Há

um item para RO, um para RNO e três para RI e, na análise dos dados, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser interpretadas isoladamente. A pontuação da dimensão RI pode variar entre 3 e 15 e baixo escore indica maior RI. Essa escala foi adaptada [20] e validada à cultura brasileira [21]. Recentemente, o primeiro e o segundo autor da presente pesquisa participaram de um estudo que avaliou as propriedades psicométricas da P-DUREL, encontrando características satisfatórias do ponto de vista de confiabilidade quanto à consistência interna e estabilidade (teste e reteste), assim como de validade de critério concorrente e validade de construto convergente e discriminante [22].

Os dados foram processados e analisados usando o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 18.0. Utilizou-se a estatística descritiva, incluindo frequência absoluta, relativa, média e desvio padrão. Da estatística inferencial, foi utilizado o teste *Alfa* de *Cronbach*, visando a avaliar a consistência interna da P-DUREL.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade ao preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [23]. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (Protocolo nº404/09) e os entrevistados formalizaram sua anuência de participação do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Verificou-se que a média de idade foi de 73,03 anos (DP = 7,88); 51,5% eram do gênero masculino; 96,2% professavam alguma crença religiosa; 75,8% eram católicos; 51,5% não haviam completado o ensino fundamental; 69,7% eram casados; 84,8% afirmaram que estavam aposentados; 91% tinham filhos; a renda média mensal familiar foi de R\$ 1107,81 (DP = 553,83), sendo que, em média, 2,63 pessoas (DP = 1,26) viviam com esse rendimento. A maioria das pessoas idosas portava doença crônica (69,7%); 33,3% declararam conviver com hipertensão arterial sistêmica; 75,8% faziam uso contínuo de medicamentos em casa e 36,4% qualificaram seu estado de saúde atual como “bom”.

As Tabelas I, II e III apresentam os resultados obtidos pela P-DUREL.

**Tabela I** - Religiosidade Organizacional das pessoas idosas hospitalizadas. Itajubá/MG, 2011 (n = 33).

P- DUREL Dimensão RO	Mais do que uma vez por semana		Uma vez por semana		Duas a três vezes por mês		Poucas vezes por ano		Uma vez por ano ou menos		Nunca	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encon- tro religioso?	6	18,2	12	36,4	6	18,2	5	15,1	3	9,1	1	3,0

Fonte: Instrumento de Pesquisa

**Tabela II** - Religiosidade Não Organizacional das pessoas idosas hospitalizadas. Itajubá/MG, 2011 (n = 33).

P- DUREL Dimensão RNO	Mais do que uma vez ao dia		Todos os dias		Duas ou mais vezes por semana		Uma vez por semana		Poucas vezes por mês		Nunca	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Com que frequência você dedica o seu tem- po a atividades religio- sas individuais, como preces, rezas etc.?	14	42,4	11	33,3	2	6,1	-	-	1	3,0	5	15,2

Fonte: Instrumento de Pesquisa

**Tabela III** - Religiosidade Intrínseca das pessoas idosas hospitalizadas. Itajubá, MG, 2011 (n = 33).

P-DUREL	Média	Mediana	Desvio Padrão
Dimensão RI	3,59	3,55	1,78

Fonte: Instrumento de Pesquisa

Ao avaliar a consistência interna, identificou-se que o *Alfa* de *Cronbach* alcançou o valor de 0,857 para a P-DUREL e 0,914 para o domínio RI da P-DUREL.

## Discussão

Grande proporção de pessoas idosas praticava alguma religião, coincidindo com resultados de outras pesquisas realizadas em território brasileiro [24-26]. A religião católica sobressaiu-se entre as demais. Esse fato talvez seja justificado por fatores históricos, já que os Jesuítas introduziram o catolicismo no Brasil durante a época da colonização. No período colonial, a principal preocupação do governo de Portugal era difundir a fé cristã nas colônias conquistadas. Os Jesuítas fundaram as primeiras escolas no Brasil e os alunos aprendiam a ler e a escrever por meio dos livros religiosos. Assim, simultaneamente com a alfabetização, ocorria a doutrinação dos alunos de acordo com os princípios da religião católica [27].

O nível de RO entre as pessoas idosas do estudo foi considerado satisfatório. A RO refere-se à participação e frequência em igrejas, templos ou encontros religiosos, ou seja, está relacionada a um componente social [28]. São numerosos os eventos vivenciados pelas pessoas no decorrer do ciclo de vida e alguns se tornam muito expressivos com o avançar da idade, tais como: aposentadoria, saída dos descendentes de casa, redução da autonomia, desvios de saúde, iminência da morte do cônjuge, de parentes, de amigos e até de si mesmas. Tais fatos podem levar a pessoa idosa a se reavaliar e, muitas vezes, a sentir necessidade de engajar-se em novos papéis sociais e familiares, revendo sua perspectiva pessoal quanto à própria existência e seu término [29]. O Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) detectou que muitas pessoas idosas declararam que seus amigos estão entre os membros da igreja que frequentam [9], evidenciando que as congregações religiosas são importantes fontes de suporte social.

RNO diz respeito a atividades de cunho religioso que podem ser realizadas fora de uma instituição religiosa, traduzindo-se em orações, leituras e programas de televisão e/ou rádio, não sendo dependentes de interações com terceiros [28]. Os resultados da RNO obtidos neste estudo estão em consonância com a literatura científica, pois um estudo recente que avaliou a influência da religião e

espiritualidade no enfrentamento da hospitalização em pacientes idosos detectou que 60% dos participantes realizavam atividades religiosas individuais mais do que uma vez ao dia [30].

Pelos resultados deste estudo, percebeu-se que o nível de RNO foi superior ao de RO, mesmo sendo esta considerada satisfatória. Este dado sugere que as limitações físicas, o medo de quedas e a desvalorização da religiosidade pela equipe de enfermagem podem estar limitando o acesso da pessoa idosa ao centro religioso da instituição hospitalar. Os profissionais de saúde costumam não valorizar ou não se sentirem confortáveis em abordar as questões que envolvem a dimensão religiosa dos doentes, o que torna necessário o desenvolvimento de treinamento específico para incorporar a religiosidade na prática clínica [9].

A RI avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar nos comportamentos, decisões e, de forma geral, na vida do indivíduo. Trata-se de uma dimensão subjetiva, do quanto e como o indivíduo percebe a importância da religião em sua vida [28,31].

No presente estudo, a avaliação da RI alcançou média expressivamente baixa ( $M = 3,59$ ;  $DP = 1,78$ ), o que significa que as pessoas idosas hospitalizadas percebiam a religião como algo de extrema importância no contexto de suas vidas. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos detectou que 75% dos gerontes consideravam a religião muito importante, enquanto entre os jovens esse valor foi menor (44%). Isto, segundo os autores, pode estar relacionado com a aproximação do final da vida e a busca de respostas e apoio emocional para as situações adversas que, muitas vezes, são encontradas na religião ou crenças [32].

As pessoas idosas utilizam a religião e a espiritualidade como recursos diante de situações desfavoráveis. É comum os clientes de enfermagem geriátrica pronunciarem frases como “se Deus quiser eu 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. Essa fé ajuda a enfrentar procedimentos invasivos, a alimentar-se mesmo quando não há apetite algum, como se a crença fosse que Deus já vai fazer sua parte, então, cabe ao paciente cooperar e fazer a dele [30]. Esse tipo de pensamento auxilia o trabalho da equipe de enfermagem, pois esta depende do querer e da necessidade do paciente em ser atendido.

## Conclusão

A RO, a RNO e a RI alcançaram níveis satisfatórios entre a população estudada e, portanto, os enfermeiros precisam saber lidar com essa dimensão efervescente do ser idoso hospitalizado, considerando os sentimentos e comportamentos dela decorrentes. Num cenário em que a humanização hospitalar vem ganhando forças, atentar-se para as práticas religiosas das pessoas idosas significa praticar um cuidado de enfermagem integral e humanizado, olhar para o paciente não como um corpo que adoce e, sim, considerar todo o seu percurso histórico, hábitos, costumes, cultura e conseqüentemente evitar a sensação de se tratar apenas de mais um leito ocupado por alguém despersonalizado.

Os dados obtidos neste estudo podem ser a base para o desenvolvimento de um plano de intervenção de enfermagem, relacionado com a dimensão religiosa das pessoas idosas hospitalizadas.

Finalmente, recomenda-se que sejam realizados outros estudos sobre o tema investigado, entretanto com amostras maiores e amostragem probabilística, com o propósito não só de se conhecerem, mas também de se confirmarem os resultados desta pesquisa.

## Referências

1. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad Saúde Pública 2007;23(10):2463-66.
2. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Veras R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(6):2671-73.
4. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil da morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad Saúde Pública 2004;20(6):1617-26.
- 5.
6. McLeod DL, Wright LM. Living the as-yet unanswered: spiritual care practices in family systems nursing. J Fam Nurs 2008;14(1):118-41.
7. Bousso RS, Serafim TS, Misko HD. História de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. Rev Latinoam Enferm 2010;18(2):156-62.
8. Dull VT, Skokan LA. A cognitive model of religion's influence on health. J Soc Issues 1995;51:49-64.
9. Lucchetti G, Almeida L, Granero A. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? J Bras Nefrol 2010;32:128-32.

10. Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva* 2008;5(24):173-77.
11. Goldstein LL. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: Néri AL, ed. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus; 1993. p. 83-108.
12. Sousa PLR, Tillmann IA, Horta CL, Oliveira FM. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatr Med* 2001;34(4):112-17.
13. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):446-55.
14. Bastos DS, Borestein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. *Texto e Contexto* 2004;13(1):92-9.
15. Carr T. Facing Existential Realities: Exploring Barriers and Challenges to Spiritual Nursing Care. *Qual Health Res* 2010;20:1379-82.
16. Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley T. *Biostatistics: a methodology for the health sciences*. 2nd ed. New Jersey: Hoboken; 2004.
17. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
18. Monteiro L. *Conceitos básicos de antropologia e sociologia*. Petrópolis: Vozes; 2007.
19. Kahn RL, Goldfarb AL, Pollack M, Peck A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *Am J Psychiatry* 1960;117:326-8.
20. Silva JV. *Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações de idosos residentes em cidades do sul de Minas Gerais [Tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
21. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiquiatr Clin* 2008;35(1):31-32.
22. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J Relig Health* 2012;51(2):579-86.
23. Silva JV, Velasco IT, Machado DR, Moreira-Almeida A, Koenig HG, Santos FS. Avaliação das propriedades psicométricas da Versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL) [Trabalho de Pesquisa]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012.
24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
25. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):757-68.
26. Loriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(3):162-70.
27. Machado DR, Dias EN, Silva JV, Vitorino LM, Vitorino FM. Avaliação da qualidade de vida de homens idosos residentes em cidades sul-mineiras. *Rev Téc-cient Enferm* 2010; 8:203-12.
28. Ranquetat CJA. A igreja católica e o ensino religioso nas escolas públicas: hegemonia e pluralismo no campo religioso brasileiro [online] 2008; [citado 2012 set 30]. Disponível em URL: <http://www.pucrs.br>
29. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University; 2001.
30. Py L, Pacheco J, Sá JLM, Goldman SN. *Tempo de envelhecer: percurso e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Nau; 2004.
31. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psic Teor Pesq* 2011;27(1):49-53.
32. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(4):554-62.
33. Cohen AB, Koenig HG. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International* 2003;38(3):215-41.