

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

LEONI TEREZINHA ZENEVICZ

A DIMENSÃO ESPIRITUAL NO PROCESSO DE VIVER ENVELHECENDO

**PORTO ALEGRE
2009**

LEONI TEREZINHA ZENEVICZ

A DIMENSÃO ESPIRITUAL NO PROCESSO DE VIVER ENVELHECENDO

**Tese apresentada como requisito para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa
de Pós-Graduação em Gerontologia
Biomédica do Instituto de Geriatria e
Gerontologia da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.**

**Orientador Dr. Yukio Moriguchi
Co-Orientadora Dr^a. Valéria S.F. Madureira**

**PORTO ALEGRE
2009**

LEONI TEREZINHA ZENEVICZ

A DIMENSÃO ESPIRITUAL NO PROCESSO DE VIVER ENVELHECENDO

**Tese apresentada como requisito para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa
de Pós-Graduação em Gerontologia
Biomédica do Instituto de Geriatria e
Gerontologia da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.**

Aprovada em _____ de _____ de 2009

Profa. Dra. Carla Schwanke

Profa. Dra. Irani Argimon

Prof. Dr. Johannes Doll

A minha mãe Thereza (in memoriam). Apesar de não estar mais presente, pelo menos não fisicamente, sei que acompanha a minha jornada terrena e aplaude mais esta conquista.

Aos meus queridos e amados cães companheiros de minha jornada terrena Lucky e John pela festa em cada retorno, pela aceitação, lambidas carinhosas e amor incondicional.

A jornalista Flávia, minha filha pela leitura, apontamentos, revisão e sugestões apontadas. Obrigada também pela oportunidade de conhecer sentimentos nobres como o de ser mãe, sinto orgulho de vê-la mulher e tê-la como parte de minha vida. Amo-te!

Ao meu marido Walter Ferreira Santos, companheiro de forma integral. Saiba que o amo e o respeito muito. Obrigada pela compreensão pelas minhas ausências, pelo amor de forma plena e serena, pela tolerância em momentos de estresse, enfim, por todo o suporte.

Enfim, agradeço a Deus. Pela vida, auxílio e apoio nas minhas escolhas e na proteção dada em todos os dias de viagem.

Meus caros, esta conquista também é de vocês e para vocês!

AGRADECIMENTOS

No término de um trabalho realizado por apenas uma mão, temos ciência que várias mãos deram uma inestimável contribuição. A todos que de uma forma ou de outra auxiliaram a realização deste, presto os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar ao Professor Yukio Moriguchi pela humildade e coragem em depositar em mim expectativas, dividindo conhecimentos sábios adquiridos ao longo de sua trajetória pessoal e profissional, de forma dedicada e comprometida nas orientações. Agradeço de coração por ter aceitado sem reserva e apoiado de forma incondicional o tema desta tese. Palavras tornam-se insuficientes para dizer **MUITO OBRIGADO**, não apenas pela conclusão deste, mas pelo quanto aprendi e cresci como profissional e pessoal em sua companhia.

A Professora Valeria Silvana Faganello Madureira pelas contribuições significativas e pelo estímulo e valorização ao longo desta trajetória

A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) pela oportunidade de usufruir dos recursos humanos e materiais na realização deste doutorado.

Aos funcionários Cletiane Dias Rodrigues, Nair Mônica Ribacik do Nascimento e Paulo César Escouto Rodrigues, do Programa de Pós Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia pelo apoio, amizade e força manifestado durante o curso.

Em especial aos professores Dr. Ângelo Jose Gonçalves Bós, Dra. Carla Helena Augustin Schwanke e Dr. Geraldo Attilio de Carli, Dr. Johannes Doll, Dra. Irani Iracema de Lima Argimon pelas contribuições significativas e pelo estímulo na qualificação e defesa deste trabalho em suas diferentes etapas.

A CAPES pela efetiva contribuição financeira nesta pesquisa.

Aos seres em suas diferentes idades, sujeitos desta pesquisa, pela receptividade e desejo de contribuir, cujas respostas contribuíram de forma significativa e traduziram-se no desvelo de novos conhecimentos.

Agradeço imensamente as queridas acadêmicas de enfermagem da Universidade Comunitária Regional de Chapecó, que tanto contribuíram na concretização da coleta de dados.

Agradeço a Universidade Comunitária Regional de Chapecó na pessoa do Professor Altamir Dutra Trevisan, pela compreensão as minhas inúmeras ausências e incentivo para a conclusão deste trabalho.

Agradeço ao colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Comunitária Regional de Chapecó ao qual pertenço pelo incentivo manifestado e por todas as ações concretas de apoio neste período.

A Luiza Coelho e sua equipe responsáveis pela digitação, banco de dados e análises estatística pela eficiência, ajuda e dedicação para que este estivesse à altura de um trabalho científico.

Ao Ulisses Martini pela colaboração preciosa e pontual na organização metodológica.

A minha inesquecível amiga Tania (*in memoriam*) espírito de luz que ilumina meus passos auxiliando nos momentos difíceis. Divido com você mais esta conquista.

Algumas pessoas são especiais. Essas foram imprescindíveis na elaboração deste trabalho. Leram meus textos, deram suas opiniões, auxiliaram na tradução e ofereceram apoio incondicional, ouviram minhas dúvidas, angústias e incertezas. As amigas e irmãs de coração Alcimara Benedet, Carla Téó, Janilse Reginatto, Juliana Pierozan, Lucimare Ferraz, Lucinéia Ferraz, Lurdes C.da Silva, Maysa Aitá, Maria Assunta Bussato, Vanessa Corralo Borges. Muito obrigada de coração!

Aos amigos e companheiros de curso em especial a Audri Tejada Dziedzinski, Cristina de Almeida Freitas Cardoso, Kátia Lilian Sedrez Celich, Rejane Pedro pela convivência, aprendizagem, caronas e a amizade tão gostosa e necessária quando estamos longe de casa.

Aos amigos e irmãos de coração Carlos Eduardo Accioly Durgante, Anna e Bernardo, pelo espaço cedido em sua casa e em suas vidas nas minhas andanças, pelas contribuições, livros, artigos que enriqueceram este trabalho.

“Possa esta tese servir como uma diretriz e luz em seu caminho, pois felizmente ela serve para validar simplesmente o que todos já sabem e estão vivenciando no seu processo de envelhecimento. Desejo-lhes o Céu em seu coração, a Luz das Estrelas em sua alma e milagres em sua vida”.

IDOSOS E VELHOS!

Você se considera uma pessoa idosa ou velha? Acha que é a mesma coisa? Pois então leia o depoimento de um idoso de setenta anos:

Idosa é uma pessoa que tem muita idade. Velha é a pessoa que perdeu a jovialidade.

A idade causa degenerescência das células. A velhice causa a degenerescência do espírito.

Por isso nem todo o idoso é velho e há velho que ainda nem chegou a ser idoso.

Você é o idoso que quando sonha. É velho quando apenas dorme.

Você é idoso quando ainda aprende. É velho quando já nem ensina.

Você é idoso quando pratica esportes, ou de alguma forma se exercita. É velho quando apenas descansa.

Você é idoso quando ainda sente amor. É velho quando só tem ciúmes e sentimento de posse.

Você é idoso quando o dia de hoje é o primeiro do resto de sua vida. É velho quando todos os dias parecem o último da longa jornada.

Você é idoso quando seu calendário tem amanhã. É velho quando seu calendário só tem ontens.

O idoso é aquela pessoa que tem tido a felicidade de viver uma vida longa produtiva, de ter adquirido uma grande experiência. Ele é uma ponte entre o passado e o presente, como o jovem é uma ponte entre o presente e o futuro. E é no presente que os dois se encontram.

Velho é aquele que tem carregado o peso dos anos, que em vez de transmitir experiências às gerações vindouras transmite pessimismo e desilusão. Para ele

não existe ponte entre o passado e o presente, existe um fosso que o separa do presente pelo apego ao passado.

O idoso se renova à cada dia que começa; o velho se acaba a cada noite que termina. O idoso tem seus olhos postos no horizonte de onde o sol desponta e a esperança se ilumina.

O velho tem sua miopia voltada para os tempos que passaram. O idoso tem planos. O velho tem saudades. O idoso curte o que resta de sua vida. O velho sofre o que o aproxima da morte.

O idoso se moderniza, dialoga com a juventude, procura compreender os novos tempos. O velho se emperra no seu tempo, se fecha em sua ostra e recusa a modernidade.

O idoso leva uma vida ativa, plena de projetos e de esperanças. Para ele o tempo passa rápido, mas a velhice nunca chega.

O velho cochila no vazio de sua vida e suas oras se arrastam destituídas de sentido. As rugas do idoso são bonitas porque foram marcadas pelo sorriso. As rugas do velho são feitas porque foram vincadas pela amargura.

Em resumo idoso e velho são duas pessoas que até podem ter a mesma idade no cartório, mas tem idade bem diferente no coração.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento é um estágio vital e natural de todo ser humano, ocorrendo durante toda a vida. A espiritualidade é inata ao ser humano e possui qualidades fundamentais como a bondade, benevolência, respeito, compaixão e interesse pelo outro e pode ser vivenciada através da religiosidade. **Objetivo:** Investigar como os indivíduos de faixas etárias diferentes vivenciam a espiritualidade no seu processo de envelhecimento. **Método:** Foi realizado um estudo transversal nos trinta bairros de Chapecó SC de julho a janeiro de 2009, com 2.160 pessoas nas faixas etárias de 20 aos 39 anos, 40 aos 59 anos e acima de 60 anos **Resultados:** Houve predomínio do sexo feminino, de casados, católicos e 82,3% praticam sua religião. 28,2% participam de outras atividades religiosas, o que lhes confere gratificação e sentido à sua vida. 68,5% acreditam na existência de elementos espirituais e afirmam que eles os auxiliam em diferentes situações. Os pesquisados oram/rezam como forma de agradecimento e o fazem em diferentes locais e de preferência deitados. Acreditam na Bíblia e não praticam a religiosidade social. Praticam o hábito de leitura de livros religiosos relacionados à sua religião. 67,0% já tiveram experiência confirmando a existência de Deus e 26,0% dos pesquisados relataram que esta experiência está ligada a obtenção e melhora da saúde em casos de doenças graves. Para 71,5% dos pesquisados o homem é um ser espiritual. O nascimento dos filhos foi o evento mais feliz para os pesquisados e relataram sensação de felicidade. A perda familiar foi o evento mais triste e marcante relatado por 58,9% dos pesquisados e o choro foi a atitude tomada frente a este evento. 32,2% dos pesquisados conversam com Deus e pedem auxílio para a superação das dificuldades que encontram na vida. Em relação ao recebimento de uma notícia de doença grave, piora da saúde ou pouco tempo de vida, 18,1% dos pesquisados afirmam que iriam aproveitar a vida intensamente. A espiritualidade é importante na vida de 72,2% dos pesquisados. Para 31,6% dos pesquisados, a concepção de ter saúde consiste em não ter dor e ausência de doença. 41,8% apontam que para ter saúde é necessário manter hábitos saudáveis como alimentação, higiene adequada e atividades físicas. 31,3% dos pesquisados apontam que a religião ou a sua crença fortalece e auxilia na superação dos problemas independente de sua origem. **Conclusões:** 1) Os indivíduos de diferentes faixas etárias vivenciam a espiritualidade no processo de viver envelhecendo de forma diferenciada, mas ela é apontada como uma dimensão importante e presente na vida de cada um. 2) Observa-se que indivíduos de 40 a 59 anos se reconhecem mais espiritualizados do que os de 60 a 69 anos. Após esta idade verifica-se que o processo de envelhecer traz uma maior significância a dimensão espiritual, além disso, os mais idosos tendem a dar uma maior importância a esta dimensão do que indivíduos mais jovens. A espiritualidade para os mais idosos proporciona segurança nos momentos de insegurança de constância na fragilidade do envelhecimento. 3) As práticas espirituais mais evidenciadas foram: rezar em qualquer lugar, frequentar atividades religiosas (missas, cultos), atividades em prol da comunidade, e a realização de leituras relacionadas com a sua religião. 4) A existência de elementos espirituais é aceita em todas as faixas etárias pesquisadas, e observou-se que quanto maior a faixa etária a crença na existência de elementos espirituais é mais sólida. 5) A maioria dos pesquisados pertencem à religião católica, entretanto mesmo em outras religiões observa-se a prática religiosa. 6) Observou-se que os

pesquisados informam participar de outras atividades religiosas em prol da comunidade tais como: pastor, ministros, catequizador, grupos de oração, palestrantes e organizador de campanhas solidárias. Referem-se a estas atividades como gratificantes e que lhes proporciona sentido a vida. São exercidas pelos pesquisados em diferentes atividades e obedecem a sua condição física e disponibilidade de tempo. 7) Evidenciou-se que a prática religiosa mais comum entre todas as faixas etárias é a oração/reza para o enfrentamento das situações de tristeza e alegria, independente do local e posição, sendo que a mais praticada é orar/rezar na posição deitada. 8) As maiorias dos entrevistados rezam para agradecimento e fortalecimento pessoal. Pode-se observar que para os idosos a oração/reza é uma forma de remissão dos pecados e um pedido para a melhoria da saúde, é significativamente diferente das outras faixas etárias. 9) Em relação aos objetos de fé e de crença, a leitura da Bíblia é o elemento mais significativo, seguido da crença em santos que ocorre em maior proporção nos adultos jovens e adultos. 10) Apartir dos resultados sugere-se que a prática da espiritualidade/religiosidade intimamente relacionada ao processo saúde/doença influenciando positivamente para a melhoria e aquisição de hábitos saudáveis, fortalecendo e auxiliando na superação dos problemas. 11) Observou-se diferenças significativas entre os indivíduos de diferentes faixas etárias com relação á espiritualidade no processo de viver envelhecendo, sendo que se pode evidenciar que o idoso torna mais valorizada a espiritualidade.

Palavras chaves: envelhecimento, espiritualidade, religiosidade, adulto jovem, adulto e idoso.

ABSTRACT

Introduction: Aging is a vital and natural stage of each human being, occurring during the entire life. The spirituality is congenital to the human being, and it has some fundamental qualities as kindness, humanity, respect, compassion and being interested by the other; and it can be experienced through religiosity. **Goal:** To explore how individuals from different age-groups experience spirituality in their aging process. **Method:** A transversal study in the thirty neighborhoods of Chapecó City, Santa Catarina, Brazil, was done within the period of June, 2008 to January, 2009, with 2,160 people among the age-groups of 20 to 39 years old, 40 to 59 years old and above the 60 years old. **Results:** The female gender, married and catholic people were predominant, and 83% of them are committed with their religion. 28.2% of them practice other religious activities, which give them gratitude and a meaning to life. 68.5% of them believe in the existence of spiritual matters and declare that these matters help them in different situations. The polled pray in thanks for their achievements and they do that in different locations, preferably abed. They believe in the Holy Bible and they do not practice social religiousness. They have the habit of read religious books related to their religion. 67% of them already had some kind of experience confirming God existence and 26% of the polled said that this experience is related to the obtaining and improvement of their health when in case of major illnesses. According to 71.5% of them, the man is a spiritual being. The birth of their children was the happiest event to the polled, when they experienced a happiness sensation. The lost of relatives was the saddest and striking event reported by 58.9% of the polled, and crying was the attitude taken to face this event. 32.2% of polled talk to God and ask for assistance in overcoming the hardness of life. Regarding to receiving the report of a serious illness, health complications or when there is not much time of life remaining, 18.1% of polled confirmed that they would intensively enjoy their life. For 72.2% of polled, spirituality is important in their lives. The concept of having good health consists in the absence of pain and illness for 31.6% of them. And 41.8% of polled report that it is necessary to have healthy habits as good feeding, appropriate hygiene and physical activities in order to have a good health. Religion or this belief fortifies and helps in overcoming the problems, apart from its origin, according to 31.3% of polled. **Conclusions:** 1) The individuals from different ages experience spirituality in the living process by aging in different ways, but the spirituality is pointed out as an important dimension, present in each one's life. 2) It is possible to notice that individuals from 40 to 59 years old know they are more spiritualized now than they will be at their 60 to 69 years old. After this age, it is possible to verify that the aging process brings a bigger meaning to the spiritual dimension; besides that, the elders tend to give a higher importance to this dimension than younger individuals. To the elders, the spirituality tends to provide a certain safety on moments of insecurity in the constancy of the aging fragility. 3) The most pointed spiritual practices were: to pray at any place, attend to religious practices (solemnities, cults), activities to the community and readings according to each one's religion. 4) The existence of spiritual elements is accepted in all polled ages and as higher the age, higher is the belief about the existence of spiritual elements. 5) The majority of polled were catholic; however, even in other religions, the religious practice is noticed. 6) The polled said they

attend to other religious activities in order to help the community, activities such as being a priest, a church minister or a catechizer, being in a praying group, being the talker in a lecture or the organizer of solidarity campaigns. They refer to these activities as something rewarding, giving them a meaning for their lives. These activities are done by the polled in different levels, according to their physical conditions and their time availability. 7) It was clear that the most common religious practice among all ages is the pray to face the sadness and joyfulness situations, no matter the place or the position to pray, the abed praying being the most practiced. 8) The majority of polled pray to say thanks and to their personal strengthning. It is noticed that, to the elders, praying is a way to the sins forgiveness and a solicitation of health improvement and for elders this is significantly different of other ages. 9) Relating to faith and hope symbols, the most meaningful one is the reading of the Holly Bible, after that there is the belief in saints, which occurs mostly among young adults and adults. 10) From these results, it is suggested that the spirituality/religiosity practice is closely connected to the health/illness process, positively inducing to the acquisition and improvement of healthy habits, strengthening and helping to overcome problems. 11) It were noticed meaningful differences among individuals of different ages relating to the spirituality in living the aging process, and it is noticed the elder valorizes more intensively this spirituality

Key-Words: Aging, Spirituality, Religiosity, Young Adult, Adult, Elder.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Mapa de identificação e localização do município de Chapecó-SC e municípios circunvizinhos.	40
FIGURA 2: Mapa do Brasil, destacando o Estado de Santa Catarina o Município de Chapecó SC e a divisão dos bairros.....	41
FIGURA 3: Distribuição relativa do sexo segundo a faixa etária.....	53
FIGURA 4: Distribuição relativa do estado civil segundo a faixa etária.....	56
FIGURA 5: Distribuição relativa dos graus de escolaridade segundo a faixa etária.....	58
FIGURA 6: Distribuição relativa das etnias segundo a faixa etária	60
FIGURA 7: Distribuição relativa da condição sócio-econômica segundo a faixa etária.....	63
FIGURA 8: Distribuição das freqüências das faixas etárias	65
FIGURA 9: Distribuição relativa da existência de coisas espirituais segundo a faixa etária	66
FIGURA 10: Distribuição relativa, obtida pelo total de pesquisados em cada faixa etária, para a resposta afirmativa (sim) para crença na existência de coisas espirituais, segundo a faixa etária.	67
FIGURA 11: Distribuição relativa da freqüência que participa de atividades religiosas segundo a faixa etária	69
FIGURA 12: Distribuição relativa das principais religiões professadas citadas segundo a faixa etária	72
FIGURA 13: Distribuição relativa da prática da religião ou doutrina segundo a faixa etária	74
FIGURA 14: Distribuição relativa dos pesquisados que responderam sim para prática de sua religião ou doutrina, obtida com base no total de cada faixa etária, segundo a faixa etária.....	75
FIGURA 15: Distribuição relativa da prática de outras atividades religiosas como estudos bíblicos ou de outras doutrinas e grupos de oração, segundo a faixa etária.	78
FIGURA 16: Distribuição relativa da descrição das outras atividades religiosas desempenhadas, segundo a faixa etária.....	81
FIGURA 17: Distribuição relativa da descrição do papel que desempenha em atividades religiosas praticadas, segundo a faixa etária.....	83
FIGURA 18: Distribuição relativa da importância do papel que desempenha em atividades religiosas praticadas, segundo a faixa etária.....	86
FIGURA 19: Distribuição relativa da freqüência com que reza em outros lugares que não sejam igrejas, sinagogas, centros espíritas e mesquitas, segundo a faixa etária.	88
FIGURA 20: Distribuição relativa da posição que reza, segundo a faixa etária.	90
FIGURA 21: Distribuição relativa das coisas que acredita ou tem fé, segundo a faixa etária.	93
FIGURA 22: Distribuição relativa da freqüência com que assiste ou ouve programas religiosos, segundo a faixa etária.	96
FIGURA 23: Distribuição relativa da freqüência com que lê a Bíblia, Tora, Alcorão, Evangelho segundo o espiritismo ou outras obras religiosas ou espirituais, segundo a faixa etária.	97

FIGURA 24: Distribuição relativa dos motivos pelos quais reza, segundo a faixa etária.....	100
FIGURA 25: Distribuição relativa sobre a existência de alguma experiência que o tenha convencido da experiência de Deus, segundo a faixa etária.....	103
FIGURA 26: Distribuição relativa, obtida sobre o total de pesquisados de cada faixa etária, para a resposta afirmativa da existência de alguma experiência que o tenha convencido da experiência de Deus, segundo a faixa etária.	104
FIGURA 27: Distribuição relativa sobre fatos e situações referentes a experiência sobre a existência de Deus, segundo a faixa etária	107
FIGURA 28: Distribuição relativa, obtida com base no total de pesquisados de cada faixa etária, sobre fatos e situações ligadas a bíblia, a fé, graças alcançadas, orações e cultos, referentes a experiência sobre a existência de Deus, segundo a faixa etária	108
FIGURA 29: Distribuição relativa sobre se as coisas espirituais o ajudam, segundo a faixa etária.	111
FIGURA 30: Distribuição relativa, obtida com base no total de pesquisados de cada faixa etária, para a resposta afirmativa referente a questão se as coisas espirituais o ajudam, segundo a faixa etária.....	111
FIGURA 31: Distribuição relativa referente ao fato do homem ser um “ser espiritual”, segundo a faixa etária	113
FIGURA 32: Distribuição relativa sobre a avaliação se o homem é um ser espiritual, segundo a faixa etária mais detalhada.....	114
FIGURA 33: Distribuição relativa de como o pesquisado se considera, segundo a faixa etária.	117
FIGURA 34: Distribuição relativa de como o pesquisado se considera, segundo a faixa etária detalhada para os pesquisados acima de 60 anos.	118
FIGURA 35: Distribuição relativa de como você cuida da sua alma, segundo a faixa etária	119
FIGURA 36: Distribuição relativa da maior alegria de sua vida, segundo a faixa etária.....	121
FIGURA 37: Distribuição relativa da atitude tomada frente a maior alegria de sua vida, segundo a faixa etária.....	125
FIGURA 38: Distribuição relativa da maior tristeza de sua vida, segundo a faixa etária.....	127
FIGURA 39: Distribuição relativa da atitude tomada frente a maior tristeza de sua vida, segundo a faixa etária	131
FIGURA 40: Distribuição relativa da atitude tomada para superar as dificuldades com que se depara, segundo a faixa etária.....	136
FIGURA 41: Distribuição relativa da atitude tomada diante do diagnóstico de uma doença grave, piora de saúde e que teria pouco tempo de vida, segundo a faixa etária.	139
FIGURA 42: Distribuição relativa do grau de importância da espiritualidade em sua vida, segundo a faixa etária.	141
FIGURA 43: Distribuição relativa, obtida com base no total de pesquisados de cada faixa etária, das respostas referentes ao grau “Acho muito importante” da espiritualidade em sua vida, segundo a faixa etária.	142
FIGURA 44: Distribuição relativa do que é ter saúde, segundo a faixa etária.....	144
FIGURA 45: Distribuição relativa do que é necessário para ter saúde, segundo a faixa etária.	147

FIGURA 46: Distribuição relativa de como a religião ou crença influencia no modo como você enxerga seus problemas de saúde, segundo a faixa etária..... 150

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1: Caracterização e experiência dos avaliadores (n=6) de conteúdo quanto a abordagem das questões 19, 20 21 e 27 no estudo.....	48
TABELA 1: Distribuição absoluta e relativa das respostas dos seis avaliadores referente as questões 19, 20, 21 e 27	49
TABELA 2: Freqüência relativa da opinião dos avaliadores (n=6) sobre os itens do conteúdo referente as questões 19, 20, 21 e 27.....	50
TABELA 3: Distribuição das freqüências simples e relativa das faixas etárias alternativas para as idades acima de 60 anos.....	64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo geral	20
1.1.2 Objetivos específicos.....	20
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 ENVELHECIMENTO	22
2.2 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE	29
2.2.1 Espírito.....	29
2.2.2 Espiritualidade.....	31
2.2.3 Religiosidade	35
2.2.4 Espiritualidade X religiosidade	36
3 MATERIAIS E MÉTODOS	38
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	38
3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	40
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	41
3.4 AMOSTRA.....	38
3.5 UNIVERSO E LOCAL DE ESTUDO.....	39
3.6 ETICA.....	39
3.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS.....	42
3.8 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	42
3.8.1 Dependente.....	43
3.8.2 Independentes	43
3.8.3 Co-variáveis	44
3.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4 VALIDADE E CONFIABILIDADE	47
5 RESULTADOS.....	53
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA.....	53
5.2 CONHECIMENTO DAS PRÁTICAS ESPIRITUAIS E OS ELEMENTOS QUE A COMPÕEM.....	65
5.3 A IMPORTÂNCIA DA DIMENSÃO ESPIRITUAL PARA OS INDIVÍDUOS.....	102
5.4 DIMENSÃO ESPIRITUAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA DOS INDIVÍDUOS	143
6 CONCLUSÕES	153

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS155
APÊNDICE.....185

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno mundial, inquestionável. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020 a população da terceira idade poderá ultrapassar os 13,5 milhões de pessoas, representando 13% da população total. Estima-se que em 2025, o Brasil ocupará no mundo a sexta posição com a maior população de idosos¹. Dentro desta perspectiva o Brasil será uma nação de cabelos brancos.

O envelhecimento da população é um processo gradual e previsível, considerado um fenômeno mundial e multi-fatorial, que sofre influências genéticas, ambientais, sociais e psicológicas na vida do ser humano. Estima-se que, em 2020 as pessoas com idade superior a 60 anos serão mais de 15% da população brasileira². A população idosa residente no Estado de Santa Catarina, com idade de 60 anos ou mais, está em torno de 467.769 idosos e, no município de Chapecó (SC), a realidade não é diferente, há 14.000 idosos, o que corresponde a 8,33% da população³.

Estes dados demonstram profundas transformações demográficas e epidemiológicas resultantes da combinação da queda histórica da mortalidade com uma drástica redução da fecundidade acarretando impactos em toda a sociedade e ocasionando preocupações em todos os segmentos da sociedade devido ao rápido e acentuado envelhecimento populacional⁴.

O processo de envelhecimento vem sendo observado com muita atenção, pois o envelhecimento apresenta duas facetas uma é visto como um dos maiores trunfos da humanidade, mas, também um dos maiores desafios para a sociedade, pois, aumenta as demandas e as necessidades no campo da saúde⁵.

Denomina-se a pessoa como “idoso (a)”, segundo o “bilhete de identidade” aquele indivíduo com sessenta anos, mas, sabemos que nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira. Devemos levar em consideração os fatores genéticos, ambientais, sociais e culturais de cada indivíduo, o que influenciará muito nesse processo. As características mais importantes do envelhecimento humano é a individualidade e a diversidade⁶.

Conceber a doença e o envelhecimento como face da mesma moeda é um equívoco que muita gente comete⁷. O medo de envelhecer e as suas patologias associadas provocam pensamentos nebulosos como os de se sentirem inúteis ou aposentados e deflagram crenças de menos valia. A discriminação aos velhos é o resultado dos valores típicos de uma sociedade de consumo e da mercantilização das relações sociais. O exagerado enaltecimento do jovem, do novo e do descartável, além do descrédito sobre o saber adquirido com a experiência da vida, são as inevitáveis conseqüências da perda desses valores.

Em relação ao respeito à sua especificidade Berger e Mailloux⁸, colocam que os idosos querem ser aceitos como seres humanos com suas necessidades e suas possibilidades, bem como querem ter seus direitos assegurados e não querem ser discriminados pela sociedade. Segundo os autores, o ser humano, ao envelhecer de forma saudável apresenta não somente um bom estado de saúde física e mental, mas também se sente seguro, respeitado, independente, reconhecido e integrante da sociedade.

Levando-se em conta que o envelhecimento acontece em várias dimensões, este processo merece uma reflexão mais ampla do que apenas a análise da transição demográfica, mas, o entrelaçamento dos diversos aspectos socioeconômicos, culturais e étnicos. Tornando-se assim, um desafio para todos os profissionais que atuam, de forma direta ou indireta, com os idosos.

Neste aspecto ressalta-se que as ações de saúde dirigidas às pessoas idosas objetiva mantê-los com a sua capacidade funcional e independência física e mental. Para isso, devemos oferecer alternativas que atendam às condições psicológicas, biológicas e sociais, de forma individualizada, valorizando a prevenção das doenças e a promoção da saúde^{9,10}. Cuidar das pessoas idosas deve ser compreendido pelos profissionais da saúde como uma ação em que é necessário concentrar-se no que é melhor a partir de suas próprias necessidades e não das que supomos como prioritárias, pois eles possuem hábitos, crenças, valores e modos próprios e diferenciados de se cuidarem. Neste contexto, caracteriza-se o cuidado humanizado, que deve contemplar a dimensão espiritual, para que ocorra de fato a integralidade, pois o homem é um ser bio-psíquico-físico-social e espiritual no processo de envelhecer e ser saudável⁹. Quando as necessidades dos pacientes não são atendidas adequadamente, gera o desconforto e o prolongamento da

doença ou esta ação dificulta o processo de recuperação, aumentando a gravidade de seu estado, no que diz respeito aos aspectos bio-psíco-sócio e espiritual¹¹.

Pensar ou mesmo escrever sobre o envelhecimento humano é antes de tudo, dar-se conta de uma temática emergente. O processo do envelhecimento da população está acompanhado de especificidades que causam preocupações tanto aos profissionais de saúde ou áreas afins que trabalham com as pessoas no seu processo de viver envelhecendo, especialmente os idosos, como àqueles que estão envelhecendo. Dentro deste contexto, o cuidado a dimensão espiritual é uma necessidade emergente, necessária e atual, para que no futuro, possamos trabalhar a espiritualidade nos serviços de saúde de forma a atribuir novos significados, transformando o processo de viver em suas diferentes idades e facetas, numa experiência gratificante e digna.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Investigar como os indivíduos de faixas etárias diferentes vivenciam a espiritualidade no seu processo de envelhecimento.

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar as práticas espirituais e os elementos que as compõem nas diferentes faixas etárias.

Investigar as significações e a importância da dimensão espiritual para os indivíduos.

Verificar a influência da prática da espiritualidade no processo saúde e doença dos indivíduos.

Comparar as faixas etárias e verificar se os idosos vivenciam de forma diferente a espiritualidade no processo de viver envelhecendo

Validar o instrumento de pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O objetivo deste capítulo é apresentar os temas Envelhecimento e Espiritualidade a luz de diferentes autores e olhares e o seu entrelaçamento com a Gerontologia de forma técnica e coerente abrindo espaço para compreensão deste novo paradigma emergente na sociedade.

2.1 ENVELHECIMENTO

Na década de 50, havia 204 milhões de idosos no mundo. Cinco décadas depois, nos anos 90, esse contingente atingia 579 milhões, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções demográficas indicam também que, no ano de 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar no *ranking* mundial de população idosa, quando 15% de sua população, ou seja, 32 milhões de pessoas terão 60 anos ou mais⁷.

Para 2050, os dados estatísticos projetam um bilhão e novecentos milhões de pessoas, com 60 anos ou mais um montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. No Brasil serão 55 milhões de idosos colocando o país como sexto maior contingente de idosos no mundo¹². Isso fará com que a proporção de idosos na população total alcance 14,2% da população em 2050¹³. Um aspecto que merece ser destacado para explicar este fenômeno é a esperança de vida que, na década de 50, era de 33,7 anos e, na década de 90, era de 66,25 anos devendo alcançar o patamar de 77,08 anos em 2020\ 2025¹⁴.

O Brasil, até a década de 60, apresentava uma população extremamente jovem, 52% abaixo dos 20 anos e menos de 3% acima dos 65 anos. No final daquela década, iniciou-se um rápido e generalizado declínio da fecundidade, dando início ao processo de envelhecimento da população³. Dados demográficos censitários demonstram que de 1980 a 2000, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 6,1% (7.204.517 habitantes) em 1980, para 8,6% (14.536.029 habitantes) em 2000, correspondendo a um aumento absoluto de 7,3 milhões de

indivíduos. No ano de 2000, o Brasil possuía 15.050.492 pessoas com 60 anos ou mais e 2.375.768 delas viviam na região Sul⁴. Segundo o censo do IBGE¹³ no ano de 2000 em Santa Catarina viviam 430.433 pessoas com 60 anos ou mais. Em 2008, existiam aproximadamente 18 milhões de idosos no Brasil, o que equivale a 10% da população¹⁵.

Nos países desenvolvidos da Europa e da América do Norte, o envelhecimento populacional aconteceu de modo gradual, em um período de 70 anos, com queda gradativa da mortalidade, conseqüente da melhoria da qualidade de vida, dada as melhores condições nutricionais, ambientais, de trabalho, saneamento e de moradia. Na Itália e na Suécia, 25% da população têm mais de 60 anos. O Japão e a China convivem com uma numerosa população idosa e com todos os problemas inerentes ao envelhecimento como aposentadoria e doenças próprias da terceira idade. Já nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional ocorreu a partir da década de 60, em função do acréscimo na expectativa de vida, como resultado das medidas pontuais de proteção à saúde, programas de saneamento e erradicação de algumas doenças¹⁶.

A população brasileira, atualmente, vive em média 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que nos anos 90. Estimativas apontam que, no ano de 2020, a população de pessoas acima de 60 anos deve chegar a 30 milhões de pessoas e a esperança de vida de 70,3 anos. Vale destacar que no mundo, atualmente existe uma em cada dez pessoas com 60 anos ou mais; para 2050, esta relação será de uma para cada cinco e nos países desenvolvidos, uma para cada três. Os idosos centenários, com 100 anos ou mais, aumentarão 15 vezes, aproximadamente, isto é, de 145.000 pessoas em 1999, para 2,2 milhões em 2020, sendo que os estados brasileiros São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro lideram o *ranking* das pessoas centenárias¹⁷.

Outro ponto a destacar no processo do envelhecimento no Brasil, é que a expectativa de vida não é a mesma para ambos os sexos. Dados chamam a atenção para a existência de 16 milhões de pessoas acima de 60 anos ou mais, representando 9,3% da população, sendo 56% deste total de mulheres¹⁸. Andrews¹² denomina este aumento expressivo de mulheres, de fenômeno da feminilização da população idosa. Vale destacar que os aspectos apontados para esta condição são: o menor consumo de álcool e drogas entre as mulheres, cuidado dispensado a

saúde com diagnóstico precoce e tratamento adequado, atendimento médico obstétrico, diminuindo a mortalidade materna e a diferenciação na exposição de riscos como acidentes domésticos, de trabalho, acidentes de trânsito e suicídios¹⁹. Diante desta afirmação o IBGE¹³, apontou que 62,4% dos idosos são responsáveis pela manutenção econômica dos seus lares, destes, 37,6% são do sexo feminino, 67% destas mulheres moram sozinhas e 69,4 é a idade média do idoso responsável pela manutenção do lar.

O envelhecimento populacional é fruto da diminuição nas taxas de mortalidade e da fecundidade. Segundo Neiva e Silva²⁰, a taxa de fecundidade em 2008 foi de 1,8 filhos por mulher, o que permite afirmar que a população brasileira está crescendo em ritmo mais lento. Estudos apontam que o aumento no nível educacional das mulheres e a busca por melhores perspectivas de vida tiveram reflexos diretos no declínio das taxas de fecundidade e de natalidade²¹. Estes dados caracterizam o envelhecimento populacional, pois, verifica-se atualmente no Brasil a redução da fecundidade e a diminuição da mortalidade, fenômenos que não acontecem uniformemente em todas as regiões, mas são mais acentuadamente no Sul e no Sudeste.

Esta inversão na pirâmide populacional com estreitamento da base, ocupada pelas faixas etárias mais jovens e um alargamento expressivo do ápice ocupado pela população mais idosa denomina-se transição demográfica²². Esta transição revelou-se a partir dos avanços tecnológicos na área da saúde, os quais possibilitaram o aumento da expectativa de vida e do declínio da taxa de fecundidade^{23, 24}. Ainda envolvendo este pensamento, o aumento da longevidade deu-se principalmente devido aos avanços tecnológicos e científicos relacionados aos cuidados de saúde. Portanto, o envelhecimento da população mundial, não se refere apenas aos indivíduos ou a uma geração, mas sim às mudanças que ocorrem na estrutura etária da população, o que produz um aumento expressivo de pessoas numa faixa etária considerada como definidora do início da velhice⁴.

Neste contexto, o aumento da população idosa é um fenômeno mundial e irreversível, decorrente da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade e do aumento da expectativa de vida²⁵. A diminuição das taxas de natalidade e mortalidade foi fortemente influenciada pela revolução industrial. Esta se tornou um marco para o início do desenvolvimento, onde a população pode desfrutar de uma

vida melhor e mais digna, com melhores condições ambientais, nutricionais e de trabalho, refletindo diretamente no declínio da mortalidade prematura em todas as classes sociais e faixas etárias²¹.

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais²⁶. A Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁷ define cronologicamente o início da terceira idade aos 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento. Atualmente, não existe um consenso e nem uma preocupação na sociedade para encontrar um termo adequado para designar as pessoas pertencentes a esta faixa etária de 60 anos ou mais. A idade pode ser classificada de forma biológica, psicológica e sociológica²⁸.

Para Arajó²⁹, a idade sociológica analisa o relacionamento e a integração da pessoa num grupo/grupos e seu engajamento na sociedade. O autor destaca que a idade social mensura a capacidade funcional do indivíduo em contribuir com o trabalho. A idade social designa papéis que se pode, se deve e se deseja que as pessoas venham a desempenhar na sociedade³⁰. Determinados papéis podem entrar em conflito com a idade cronológica. Igualmente, eventos estressantes como a aposentadoria e perda do cônjuge ou parentes, podem propiciar o isolamento social, isto é, podem determinar a morte do indivíduo no seu papel social antes da morte biológica propriamente dita³¹.

A idade biológica para Mishara³², refere-se às modificações físicas e biológicas resultantes do envelhecimento que não ocorrem de forma igual para todos: perda da força muscular, diminuição da coordenação e domínio do corpo e alteração na saúde. Argumenta Arajó²⁹, que não é correto analisar o envelhecimento apenas de uma forma, por três principais razões: a) o ritmo do envelhecimento é muito diferente nos indivíduos; pessoas com mais idade gozam de boa saúde, diferenciando-se de pessoas da mesma idade ou mais jovens; b) o declínio biológico ocorre para todos, de forma irreversível, mas não existe um momento certo para que o crescimento psicológico termine. O processo biológico do envelhecimento é contínuo, mas o desenvolvimento psicológico poderá se manter independente; c) De Vries em 1970 chamava a atenção para não julgar de forma simplista a existência de influências mútuas entre fatores fisiológicos e comportamentais. Neste contexto, é possível compreender que o fator biológico terá mais ou menos peso conforme a personalidade da pessoa frente ao seu processo de envelhecimento³¹.

O envelhecimento é um processo natural e biológico previsto no código genético que inicia ao nascimento e culmina com a morte. O envelhecimento fisiológico começa no final do período de crescimento e desenvolvimento. As mudanças ocorrem de forma gradativa e são influenciadas pela forma de viver e de trabalhar, pelas doenças, heranças genéticas, situação socioeconômica, possibilidade ou não de acesso aos níveis de promoção, proteção e recuperação/reabilitação da saúde e interação com o meio ambiente. Em razão dessas influências o envelhecimento cronológico é bem diferente do envelhecimento fisiológico e funcional sendo singular para cada um³³. Pessoas da mesma idade cronológica, sobretudo após os 60 anos, podem ter envelhecimento funcional e fisiológico diferenciado. Essa diferenciação é acentuada com o avanço da idade, tornando as pessoas diferentes de seus contemporâneos, de mesma idade cronológica³⁴.

Olhando neste prisma, Santos e seus colaboradores⁶, ressaltam que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira e que devemos levar em consideração os fatores genéticos, ambientais, sociais e culturais de cada indivíduo, que influenciarão muito nesse processo. O autor salienta ainda que as características mais importantes do envelhecimento humano são, pois, a sua individualidade e diversidade. Portanto torna-se imprescindível estudar o envelhecimento sob todos os seus aspectos.

Na idade psicológica, Aragó²⁹ aponta as modificações cognitivas e afetivas que se processam ao longo do percurso da vida e culminam com a finitude. Analisa as vivências e as diferenciações entre os idosos e os mais jovens. As perspectivas de futuro modificam-se, adquirem conotações e valores singulares a cada faixa etária. Segundo Aromando³⁵, a pessoa idosa mantém seu potencial intelectual, cognitivo e afetivo desde que não desenvolva uma demência. Do ponto de vista de Neugarten e Havighurst³⁶, em determinado estágio da vida, há uma reorganização em função do tempo que ainda resta para viver. Para Duarte³⁰, os campos psicológicos podem dividir-se em dois grupos: 1 - os cognitivos; aqueles que propiciam a maneira de pensar assim como a capacidade de agir; 2 - os que possibilitam a afetividade e a personalidade. Neste contexto, a autora concluiu que cada idade tem vários aspectos, diferenciados com suas vantagens e desvantagens, mas entrelaçados, complementando-se uns aos outros.

Prevalece o mito de considerar a velhice como sinal de fragilidade, decadência e/ou dependência³⁷. Mas envelhecer não é apenas o registro da passagem do tempo; são também as modificações que ocorrem com os seres vivos. A idade cronológica mede o tempo, mas não é significativa, pois o tempo apenas, não produz modificações biológicas e não é um marcador preciso sobre as modificações que ocorrem durante o envelhecimento.

Os eventos biológicos acontecem durante a passagem do tempo, mas em momentos diferentes e em ritmos diferentes nas células, nos tecidos e nos órgãos, mas para os estudiosos não é uma questão de fácil análise. Desta maneira, podem-se encontrar variações significativas nas pessoas idosas quanto ao seu estado de saúde, níveis de autonomia e de participação social³⁸.

O século XX foi marcado pela importância dos avanços na ciência, através do crescimento do interesse em estudar e pesquisar o processo do envelhecimento⁶. Através destes estudos observa-se que o tempo passa para todos os seres humanos. Salienta Goldfabr³⁹, que no processo de envelhecimento as mudanças físicas, psíquicas e sociais provocam em cada pessoa uma reação diferenciada. Segundo este pensamento, as alterações funcionais e estruturais variam de pessoa a pessoa, mas são encontradas em todos os idosos e fazem parte do processo de envelhecimento. É um processo lento e progressivo, caracterizado pela diminuição das atividades fisiológicas, provocando intensas modificações. Com relação às doenças que acometem o ser humano nesta fase da vida, é importante destacar que o envelhecimento não é um processo patológico, mas um processo de mudanças, que pode ou não ser acompanhado de patologias⁴⁰.

Entender o processo de envelhecimento é compreender de forma holística tanto os aspectos individuais como coletivos da vida, tendo como base inicial os fatores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais até os aspectos psicológicos, sociológicos, econômicos, comportamentais, ambientais, formas de viver, sobretudo o indivíduo⁴¹. Em relação a especificidade, Berger Mailloux⁸ ressaltam que os idosos querem ser aceitos como seres humanos com suas necessidades e suas possibilidades, bem como querem ter seus direitos assegurados e não querem ser discriminados pela sociedade. Segundo os autores, o ser humano, ao envelhecer de forma saudável, apresenta não somente um bom

estado de saúde física e mental, mas também se sente seguro, respeitado, independente, reconhecido e integrante da sociedade.

Envelhecer saudavelmente depende de fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e espirituais construídos de forma individual durante toda a vida. Assim, o envelhecimento deve ser esperado, planejado e concebido como um planejamento de vida^{42,43}. O envelhecimento, dentro dessa nova ótica, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente são eventos cotidianos que podem juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo⁴⁴.

O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar a ausência de problemas em todas as dimensões. Nesta perspectiva deve ser um motivo de orgulho a chegada na terceira idade e não motivo de angústia e tristeza, e deve ser vivenciado em todos os seus aspectos⁴⁵.

Com o avanço da idade, sabe-se que o ser humano está mais propenso a adquirir doenças em razão das modificações fisiológicas, psíquicas e emocionais que o acometem. No entanto, viver não é simplesmente existir, mas desfrutar a abundância da vida, qualidade de vida, desenvolvendo potencialidades intimamente ligadas ao ser. Há mais tempo para meditar, orar e refletir sobre a vida e a morte, buscando significados que tragam respostas as inquietudes da vida⁴⁶. A qualidade de vida para os idosos incluiu além de uma renda mínima que lhes permita uma vida social e relações familiares saudáveis, além do cultivo a sua espiritualidade como fator determinante⁴⁷.

O processo de envelhecimento ocorre todos os dias. É um estágio vital e natural de todo ser humano e independe da vontade, mas a forma como se deseja envelhecer também das escolhas de cada um, pois, é uma experiência, é uma construção individual.

Saber envelhecer é uma arte que requer treino para aceitação dos limites, das perdas, sem perder a doçura de suas conquistas. Envelhecer é aceitar as estações e as mudanças trazidas por elas. Saber usufruir e progredir em cada uma.

Crescer, amar, perder e morrer são experiências vivenciadas por todos. Cada experiência é única e especial. A velhice é a estação da colheita dos grãos semeados na passagem do tempo, um momento de usufruir. Aprender o significado de envelhecer é entender a dança da vida. “Envelhecer significa ir e passar, mudar sem perder a identidade, um pequeno pedaço de experiência projetado sempre de novo sobre um pedaço de esperança”⁴⁸.

Através desta percepção sabe-se que o homem e o tempo interagem constantemente, produzindo mudanças físicas, psíquicas e emocionais, dependendo da sua inserção social e da sua estrutura psíquica, assim sendo, podem ocorrer diferentes formas de velhices e interpretações¹. Ser idoso é um termo que identifica uma pessoa que vivenciou muitos anos, teve inúmeras experiências, acumulou saberes e não sinônimo de doenças⁴⁹.

A Organização Mundial da Saúde²⁷ aponta o período de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento. Nesta perspectiva, o Brasil deve preparar-se para os próximos 30 anos, pois, a população de idosos aumentará consideravelmente, afinal, com a diminuição no tamanho da família, devido à baixa natalidade, haverá diminuição do número de pessoas capacitadas para cuidar dos idosos, acarretando em muitos desafios para a economia e para os governantes. Hoje, envelhece-se e vive-se mais. Portanto, é necessário preparo e compromisso de toda a sociedade, com políticas sérias e consistentes para lidar com as conseqüências sociais, econômicas e de saúde que vêm paralelamente ao envelhecimento populacional⁵⁰.

2.2 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

2.2.1 Espírito

O Espírito é uma força existente no âmago do ser, imaterial, imortal, inacessível e de natureza desconhecida pela mente humana. É um conjunto de poderes que influencia o sentimento humano e conseqüentemente gera energia no corpo humano⁵¹.

O espírito é um elemento essencial à vida, é aquilo que anima e traz o dinamismo, necessitando da corporeidade de toda a criação, seja na dimensão existência-histórica ou trans-histórica⁵². Possibilita em nossa jornada o despertar dos sentidos, de nossos desejos e vontades, revelando nossa vocação e dons de cada um, sendo uma credencial do ser humano⁵³.

Neste prisma, Boff⁵⁴ salienta que o espírito, “[...] é mais que um sopro”, é a fonte originária onde bebem todos os seres que vivem e respiram. O Espírito é a origem de tudo que existe. A palavra espírito aponta razão, mente e vigor⁵⁵. Espírito é o grande produtor, dando o movimento para que se possa acompanhar a dança da vida, abrindo portas para o exercício dos talentos de cada um. Invade nosso corpo físico em sua totalidade, interferindo nas nossas decisões, mas tem identidade, subjetividade, é sujeito da história de cada ser. O movimento possibilitado pelo espírito é o que permite a continuidade da vida, o espírito dá vida ao corpo material, nada se move ou se perpetua sem ele⁵³.

Sendo um movimento dinâmico, permite uma contínua busca pela essência nas inúmeras dimensões existentes, do sagrado ao profano, nas lições aprendidas pelas experiências vividas, na emoção e na razão, o humano tornando-se mais humano, participando, encontrando alegria e harmonia, integrando-se com o todo⁵⁵. Diante do exposto entende-se o espírito como aquele que dá sentido a vida, transforma o ser humano num ser peculiar, expressado nas relações dele consigo mesmo, com as outras pessoas a sua volta e com Deus.

Sua revelação se processa nos seres vivos e nos animais como “sopro vital”, exercitando o desprendimento, projetando maiores e melhores possibilidades, capacitando ao exercício da reflexão sobre seus atos e ações⁵⁴. É um poder de Deus, que pode criar ou destruir. É uma energia que atua como um processo de crescimento constante, buscando um futuro quando tudo e todos serão beneficiados.

Neste processo, a espiritualidade é um modo de viver e do espírito construir sua história no mundo através da força, ação, dinamismo, energia e vida⁵⁶. O espírito pode ser compreendido como uma experiência pessoal e vivido segundo o que se possui dentro de cada um, pois é o espírito a expressão fenomênica da espiritualidade. Concretiza-se num determinado tempo e espaço, na roda viva da vida, sendo a vida um norte, um horizonte e a liberdade, justiça, misericórdia, solidariedade, comunhão e amor, bússolas para não nos perdermos no meio do

caminho. Vivenciam-se a espiritualidade diariamente a partir de nossas atitudes, palavras, atos, orações, experiências, através de símbolos, gestos e relações.

O espírito possibilita o homem ser algo mais além dos desejos, das vaidades, o ver e o perceber além dos sentidos, a ter noção de algo mais além do contexto material, objetivo e racional do mundo. É o relacionamento pessoal com uma força de vida não material ou com um poder maior e transformador⁵⁷. Diferenciando-se da inteligência, da psique, do coração e da alma. Atua como sopro vital, possibilitando viver, ter força, energia, sendo o principal combustível que fortalece o corpo, impulsionando a inteligência a trabalhar, fortalecendo o coração e a alma, potencializando a imortalidade como ser humano e a vida como conhecemos⁵⁸.

2.2.2 Espiritualidade

Espiritualidade significa qualidade do que ou de quem é espiritual. Objetiva o desenvolvimento pleno, de forma adequada, apropriada e harmônica das capacidades espirituais do homem. Refere-se às capacidades espirituais relacionadas ao intelecto e a compreensão (raciocínio, memória, percepção e imaginação), do sentimento e do coração (amor, intuição, compaixão e bondade), à vontade ou volição (a capacidade de iniciar e continuar uma ação)⁵⁹. A espiritualidade fortalece o ser humano para que supere os desafios diante dos percalços da vida, remetendo aos questionamentos sobre o significado da vida, da razão para estar neste mundo e não se limita a questões religiosas^{60,61}.

A palavra espiritualidade origina-se do latim “*spiritus*”, que semanticamente descende da língua hebraica “*rúah*” significando sopro, alento, vento, traduzindo-se como algo natural como o vento e a respiração dos seres vivos. Para os gregos tem o significado de “*pneuma*” algo fundamental ao homem, o sopro, ato de respirar que fornece a ligação da vida ao espírito. Na cultura dos indígenas brasileiros o espírito é denominado como *Tupã*, nos grupos africanos *Axé* e *Espírito Criador* para os cristãos⁵². De acordo com Quinn⁶², as principais culturas abordam o Espírito invisível como um poder criativo, misterioso e orientador, criando princípios norteadores para

o cultivo e a prática do amor do ser humano para consigo próprio, com seus vizinhos, com Deus e com a natureza. Conforme o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa o termo Espiritualidade é uma flexão da palavra Espiritual (espiritual + I + dade) originária do Latim Moderno e assume a conceituação daquilo que é de qualidade espiritual; característica do que tem origem religiosa ou mística, tudo que objetiva a vida espiritual. Amplia neste conceito a interpretação de que “tudo que é do espírito, do espírito ou a ele pertencente; semelhante ao espírito, desprovemento de corporeidade, imaterial”⁶³. A espiritualidade não é um monopólio das religiões, mas uma dimensão humana. Ela propicia dialogar com o que há de mais profundo no ser, possibilitando-lhe ouvir o coração. A espiritualidade sustenta em seu seio os valores da solidariedade, da compaixão, do cuidado e do amor, indispensáveis ao desenvolvimento de uma sociedade verdadeiramente humana. A espiritualidade pode ser compreendida como essência que dá sentido a vida impulsionando na busca por significado, além do perceptível, formando uma conexão com algo maior, podendo ser vivenciada através da religiosidade^{64,65}.

A espiritualidade é uma construção complexa e multifacetada que envolve os sentimentos de fé e de sentido. A fé fortalece e faz acreditar em algo transcendental, uma força superior, permitindo a vivência de um sentimento de transcendência. Envolve o interior de cada um e esta ligada às necessidades de receber e dar amor, da esperança, da criatividade, do perdão e da solidariedade com as pessoas e com Deus⁶⁶.

Refere-se ao sentido compreendido com a convicção pessoal da realização de uma missão através de um dom com um propósito inalienável na vida. A espiritualidade é uma propulsora na busca do sentido da vida, dos mistérios do transcendente, da compreensão desta essência como semente divina que habita em cada um, estimulando o interesse para consigo e com os outros que pode ou não ser vivenciada a partir de uma religião formal⁶⁷.

Mencionam Burghardt e Nadal-Jacobson⁶⁸ que a espiritualidade deve ser compreendida como o princípio da vida e essência do ser; vivenciada como uma força de união, conectada com a natureza, a terra, o ambiente e o cosmo. É uma busca pessoal que reflete no modo de ser, de fazer, de estar e agir no mundo, que ensina o respeito á vida em todas as suas formas e o seu sentido. Reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida. Indiferentes de

suas crenças, as pessoas possuem uma tendência em direção à transcendência, pois as necessidades espirituais e transcendentais são inerentes à natureza humana. Na visão de Reed⁶⁷, a espiritualidade é um indicador empírico desta capacidade humana de buscar respostas para o real sentido da vida.

A espiritualidade traz sentido e propósito a vida das pessoas, é conceituada como uma forma de transformação, que não ocorre somente nas pessoas, mas constitui uma teia modificando as relações na comunidade, na sociedade, resgatando o respeito pela natureza e pelo universo^{69,70}.

Nesta linha de pensamento pode-se dizer que a espiritualidade é inata ao ser humano. O suprimento das necessidades espirituais e de transcendência vem através da arte, do amor romântico, da prática de determinados valores, de relacionamentos interpessoais, sentido de vida e não somente de práticas religiosas. A espiritualidade pode ser estudada com base nos conceitos que a compõem como consciência, transcendência, estados alterados de consciência e valores, os quais podem ser analisados. Estes conceitos estão intrinsecamente ligados, um complementa o outro. A dimensão espiritual pode ser investigada por meio dos valores considerados superiores e existentes na pessoa humana: a razão, a liberdade, a autonomia, a criatividade, o indeterminado, a expansão do ser, a realização das potencialidades humanas¹⁰.

Nesta concepção, os valores que compõem a espiritualidade quando acessados são fonte de recursos que conduzem as pessoas a um estágio maior de aprendizado e de conhecimento do ser, de desenvolvimento humano e de integração com as pessoas e com o meio ambiente, por isso devem ser cultivados de forma consciente. Refere Volcan⁷¹, que a espiritualidade é um conjunto de todas as emoções e convicções não materiais com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido. O autor remete a questões como o significado e o sentido da vida, não se limitando a quaisquer tipos específicos de crença ou prática religiosa. Isso quer dizer, que é possível ser espiritualizado, sem professar, uma crença religiosa.

Para Dalai Lama, líder espiritual tibetano, a dimensão espiritual pode estar contemplada na crença religiosa que professamos. A espiritualidade básica possui qualidades humanas fundamentais, tais como: bondade, benevolência, compaixão, interesse pelo outro, sem estar necessariamente ligados a alguma religião⁷². A

aquisição destas capacidades é um processo contínuo, de aperfeiçoamento consciente, na busca da perfeição e da sua semelhança com Deus.

A temática espiritualidade, para Boff⁷³, é o novo paradigma para a civilização do século XXI, pois a partir dela seremos capazes de ligar, religar e integrar. A verdadeira consciência holística propicia o desenvolvimento de um conhecimento científico e espiritual, no entendimento do moderno e do antigo, em busca da verdade essencial, utilizando a ciência e a intuição como ferramentas⁷⁴. Afirmam Luster e Hines⁷⁵, que as pessoas que têm alguma forma consistente de prática espiritual são mais saudáveis e vivem mais, recuperam-se mais rapidamente, demonstram-se menos angustiadas e indicam um relacionamento positivo entre a prática da religiosidade e a sua habilidade em enfrentar a doença.

Na prática cotidiana de atendimento ao idoso, percebe-se que a religiosidade desempenha um papel de proteção às pessoas que sofrem de depressão e angústia espiritual. Acredita-se que a religiosidade acalme o espírito, e que a crença em uma divindade gera esperança de felicidade. A espiritualidade e a religiosidade são fontes benéficas para a saúde do corpo e da alma.

O bem-estar espiritual representa um fator de proteção quando acometidos de uma doença. Na saúde mental, o exercício de atividades espirituais, como a oração, pode influenciar emoções positivas como: o amor, a esperança, o perdão, a auto-estima⁷⁶. Este autor ressalta que a tarefa primordial dos profissionais de saúde é a de: curar, algumas vezes; aliviar, freqüentemente e confortar, sempre. O envolvimento com atividades que elevem a consciência espiritual, que proporcionem o bem-estar ou a prática de qualidades espirituais fundamentais, como a bondade, a caridade e a compaixão, vem como uma forma alternativa e complementar à atividade de ciência médica.

A espiritualidade e a religiosidade apesar de não serem consensuais possuem uma coerência, pois a espiritualidade enfoca elementos imprescindíveis, transmitindo vitalidade e significado aos momentos bons e ruins da vida. É um sentimento de fórum íntimo que desperta habilidades estimulantes no cuidado a si próprio e aos outros, despertando a capacidade de ultrapassar sentimentos negativos como dor, raiva, culpa e frustração. Acreditar nesta capacidade possibilita a mobilização de forças internas poderosas no sentido de proporcionar as pessoas melhora de sua qualidade de vida e de saúde⁶⁷.

Existem definições diferentes para o conceito de Espiritualidade, mas nenhum contempla a magnitude e a importância deste no âmbito da saúde. Deste modo ^{77,9,56,58}, estão abordando questionamentos da influência da fé, da religião, da espiritualidade, no processo de cura, da recuperação da saúde e bem estar humano durante e no final da vida.

Quando doentes a espiritualidade torna-se um lastro que possibilita, através das crenças pessoais, auxílio nas horas difíceis e cruciais. Importante destacar os pressupostos de Allen⁷⁸ que dizem: as discussões sobre a espiritualidade conduzem à compreensão da pessoa como um todo e que a cura verdadeira envolve uma delicada e harmoniosa relação corpo-mente-espírito, entre as pessoas e Deus. Nesta linha de pensamento, a metafísica trouxe subsídios para conhecer este ser, seus saberes acerca de sua vida, inclusive da alma humana, tentando responder o problema de sua existência e conhecer sua verdadeira essência⁷⁹.

A compreensão do que seja a espiritualidade se expressa de forma diferenciada nas pessoas, algumas entendem como a transcendência, imortalidade, código ético, filosófico ou moral e outras como princípio da vida. Para os que exercem a religião católica, a espiritualidade está centrada na Santíssima Trindade: Deus, Jesus Cristo e no Espírito Santo⁸⁰.

Assim a espiritualidade é um processo contínuo, vivenciado por cada ser humano em um contexto social de acordo com nossas capacidades espirituais e materiais, visando o aprimoramento pessoal e espiritual na busca do aprendizado e do crescimento durante nossa jornada terrena.

2.2.3 Religiosidade

A palavra religião deriva da palavra latina "*religio*", significando religar, diz respeito a tradições espirituais, que sustentam ritos, celebrações, codificadas cultural e historicamente⁸¹. Religar pode ser explicado como o ato de ligar, de fazer uma ligação dos seres entre si, ao religar-los a Deus ou uma força poderosa⁸².

Religião é um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres humanos dentro de universos e culturas específicas, devendo levar em consideração a variedade de fenômenos que se costuma chamar de religiosos³¹. Os sistemas de crenças podem influenciar de forma direta ou indireta no processo de tomada de decisão, pois afetam a percepção e a compreensão sobre as atitudes⁸².

Revela-se desta forma que a religião é um tema discutido e relevante na existência das pessoas, tanto em situações de vida, de doença e de morte. Professar uma religião não é apenas seguir normas e ritos, mas ter fé, esta força transformadora que impulsiona ao encontro com Deus, com o sagrado, numa relação pessoal de reverência, de respeito e amor⁸³. A religiosidade é um fenômeno cultural e social, e a espiritualidade é um fenômeno que se processa dentro de cada um. A religiosidade é uma forma de vivenciar a espiritualidade e algo que toca e provoca mudanças^{84,85}.

2.2.4 Espiritualidade X religiosidade

São nítidas as diferenças entre religiosidade e espiritualidade, mas ambas fazem parte da vida. Os ritos e os mitos existem em todas as religiões e auxiliam na construção de símbolos para expressar o divino no ser humano. O sagrado vive e está dentro de cada um e através da religião constata-se uma realidade mais elevada da consciência humana, entrando em contato com o que há de mais profundo, e, sentindo pertencer a algo infinito e maravilhoso, indivisível e indissolúvel⁸⁶.

Lukoff⁸⁷ distingue a espiritualidade da religiosidade, definindo a religiosidade como a realização das práticas e a adesão aos ritos de uma igreja ou instituição religiosa organizada, incluindo aspectos individuais e institucionais. A espiritualidade é a crença pessoal em alguma força ou ser superior e um fenômeno individual, isto é, cada ser humano vivencia a sua espiritualidade de forma diferente⁸⁸.

A pessoa religiosa é definida por Worthington⁸⁹ como aquela que valoriza a religião como instituição, possui crenças e tem devoção. A pessoa espiritualizada acredita num poder considerado superior, e o valoriza, mas não precisa

necessariamente ter uma filiação religiosa ou ter devoção por alguma religião institucionalizada.

Segundo Lama⁹⁰, há uma clara distinção entre religiosidade e espiritualidade,

Julgo que a religião esteja relacionada com a crença no direito da salvação, pregada por qualquer tradição de fé, crença esta que tem como um dos seus principais aspectos a aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural, incluindo possivelmente uma idéia de paraíso ou nirvana. Associados a isto estão ensinamentos e dogmas religiosos, rituais, orações e assim por diante. Considero que espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano - tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia - que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros. Ritual e oração, junto com as questões de nirvana e salvação, estão diretamente ligados à fé religiosa, mas essas qualidades interiores não precisam ter a mesma ligação. Não existe, portanto, nenhuma razão pelo qual um indivíduo não possa desenvolvê-las, até mesmo em alto grau, sem recorrer a qualquer sistema religioso ou metafísico.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal. O tipo de pesquisa caracterizou-se como quantitativa, por avaliar os dados investigados de forma quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações, sendo que, para tal, foram utilizados recursos de técnicas estatísticas. Quanto á abordagem da pesquisa, esta foi definida como descritiva, visando a descrever as características de determinada população e o estabelecimento de relações entre as variáveis investigadas e analíticas, buscando identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos baseada em dados primários.

A pesquisa descritiva, de acordo com Thomas e Nelson⁹¹, relaciona-se com o *status*, sendo que sua importância está embasada na premissa de que problemas podem ser solucionados e as práticas aprimoradas através da observação, análise e descrição, de caráter objetivo e completo. Estes mesmos autores, ainda esclarecem que, a pesquisa quantitativa tende a centralizar-se na análise (por exemplo, separar e examinar os elementos de um fenômeno), enfatizando a dedução.

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos deste estudo indivíduos com idade inferior a 20 anos, indivíduos incapacitados de responder ou com déficit de cognição, pessoas que estavam morando temporariamente nas residências sorteadas e aqueles que, por motivos diversos, não assinaram o termo de consentimento livre esclarecido ou não demonstraram vontade de participar. Salienta-se que neste estudo não houve nenhuma exclusão.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão os moradores residentes no município estudado, com idade igual ou superior a 20 anos “gozando de perfeita faculdade mental”.

3.4 AMOSTRA

Na amostra foram incluídos, 2.160 indivíduos, residentes no Município de Chapecó SC, estratificados uniformemente em relação às faixas etárias de 20 a 39, de 40 a 59 e acima de 60 anos, implicando em 720 indivíduos entrevistados em cada faixa etária. Para obtenção do tamanho de amostra, foi utilizado como base de cálculo a estimativa obtida para a questão referente à existência de elementos espirituais que foi de 67,0% (n=1444), desta forma, assumindo um nível de significância de 1% ($\alpha=0,01$) e um erro relativo máximo de 3,7% o tamanho mínimo de amostra ficou definido em 2160 pesquisados.

Realizou-se a pesquisa em todos os 30 bairros do município onde foi utilizado o mapa dos setores censitários do IBGE, que estima a variação populacional de 2007 calculadas a partir do Censo de 2000, que especifica a população por faixa etária e sua composição populacional. As residências foram sorteadas utilizando a tabela de números aleatórios.

Nas residências, foram avaliados quantos moradores viviam e suas respectivas idades, e entrevistadas três pessoas de cada família, obedecendo às faixas etárias previamente estabelecidas.

3.5 UNIVERSO E LOCAL DE ESTUDO

A população alvo foi composta por moradores residentes no município de Chapecó, no estado de Santa Catarina, com idade maior ou igual a 20 anos.

O município de Chapecó (SC) situa-se na microrregião do Oeste de Santa Catarina. Possui uma área de 625,60 km². Limita-se ao norte pelo município de Coronel Freitas, Nova Itaberaba e Cordilheira Alta; ao sul pelo Estado do Rio Grande do Sul; a leste pelos municípios de Itá, Seara, Xaxim e Arvoredo; ao oeste, pelos municípios de Nova Itaberaba, Guatambu e Planalto Alegre, demonstrado na figura 01. “A cidade de Chapecó-SC, localiza-se á 670 metros de altitude tendo sua posição geográfica determinada pelo paralelo 27 “05”4” de latitude sul em sua interseção com o meridiano de “52”37”06” de longitude oeste.

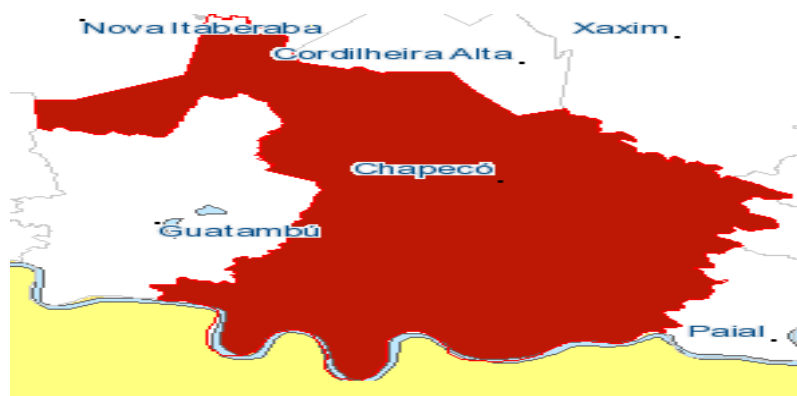


FIGURA 1: Mapa de identificação e localização do município de Chapecó-SC e municípios circunvizinhos.

Fonte: www.mapainterativo.ciasc.gov.br

O clima é mesotérmico do tipo temperado. A temperatura anual varia entre 15°C e 25°C com grande amplitude térmica. A população é de 163.058 habitantes¹³. O município, onde foi realizado o estudo, é um dos principais produtores de produtos industrializados de natureza animal. Considerado também como a Capital Latino-Americana de Produção de Aves e Centro Brasileiro de Pesquisas Agropecuárias.

3.5.1 Identificação e localização

Apresentamos, na figura 2, o mapa do Brasil, destacando o Estado de Santa Catarina e nele o Município de Chapecó SC, com a respectiva divisão dos bairros onde esse estudo foi desenvolvido.



FIGURA 2: Mapa do Brasil, destacando o Estado de Santa Catarina o Município de Chapecó SC e a divisão dos bairros

Fonte: Carlos Eduardo Costa (2008)

3.6 ÉTICA

De acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que sinaliza as questões éticas na pesquisas com seres humanos, obtivemos de todos os indivíduos pesquisados o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo a condição indispensável da relação profissional-paciente e da pesquisa com seres humanos⁹².

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), protocolo sob o número 08\04149 (Apêndice B).

3.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa foi caracterizado como semi-estruturado composto por 22 questões objetivas e 24 questões abertas, totalizando 47 questões. O grande número de questões abertas se fez necessário para captar, com a maior fidelidade possível, as concepções do pesquisados acerca do tema proposto. Caso as respostas se apresentassem objetivas (alternativas) poderia limitar as respostas do pesquisados, implicando, também, em uma limitação do tema a ser explorado pela pesquisadora. Para a confecção do questionário foram feitas inúmeras leituras e algumas questões foram subsidiadas a partir dos trabalhos dos autores^{94, 95}. As demais questões foram feitas a partir das interrogações da pesquisadora e dos orientadores, as quais foram validadas (Apêndice C).

No que diz respeito ao trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e por 10 acadêmicas de enfermagem, devidamente treinadas, entre julho de 2008 a janeiro de 2009 de 2ª a 6ª feiras, nos períodos matutino e vespertino.

Durante o período de coleta, foram realizadas reuniões semanais para avaliar dificuldades encontradas, bem como, traçar diretrizes para o melhor andamento do trabalho de campo. Todos os questionários entregues foram devidamente revisados por uma equipe dirigida pela pesquisadora.

A entrevista foi de forma pessoal (face-a-face), permitindo ao entrevistador a oportunidade de se certificar de que o entrevistado queria dizer mesmo o que disse. Além disso, as entrevistas facilitaram, também, as respostas às perguntas que solicitaram opiniões.

3.8 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Devido a grande quantidade de informações coletadas, o questionário foi segmentado em **5** partes definidas nas seguintes questões: caracterização sócio-econômica e demográfica (1 a 6), existência de Deus, religião (7 a 18), manifestações da fé e cuidados com a alma (19 a 28), alegrias e tristezas da vida e espiritualidade (29 a 34), questões mais gerais envolvendo opiniões sobre saúde, religião (35 a 37).

3.8.1 Dependente

Faixa etária: adulto jovem, de 20 a 39 anos, adulto, de 40 a 59 anos, e idoso, 60 anos ou mais de idade.

3.8.2 Independentes

Existência de Deus, religião (questões de 7 a 18): experiência da existência de Deus, existência de "coisas" espirituais e como elas atuam na vida do pesquisado, participação e prática de atividades religiosas e outras atividades religiosas realizadas.

Manifestações da fé e cuidados com a alma (questões de 19 a 28): como, quando e frequência que reza, em que "coisas" acreditam ou tem fé, programas religiosos (rádio/tevé), leitura de obras literárias e/ou religiosas e autopercepção da espiritualidade.

Alegrias e tristezas da vida e espiritualidade (questões de 29 a 34): maiores alegrias e tristezas e atitudes tomadas, atitudes para superar dificuldades, presença de Deus, importância da espiritualidade.

Questões mais gerais envolvendo opiniões sobre saúde, religião e morte (questões de 35 a 46): definição de saúde, o que é a morte, forma de encará-la, medos, crença na vida após a morte, como gostaria de morrer e último desejo a ser

realizado após a morte. As questões relativas à morte foram coletadas visando à realização e continuidade de estudo num pós-doutorado.

3.8.3 Co-variáveis

Variáveis sócio-econômica e demográfica (questões de 1 e de 3 a 6): sexo, estado civil, escolaridade, etnia e faixa de rendimento. Na busca de informações pertinentes a esta faixa etária, em algumas tabelas para esta parcela da amostra, utilizamos intervalos de idade de 10 anos o que deu origem a faixas etárias de 60 a 69, de 70 a 79 e 80 anos ou mais de idade.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo utilizamos a análise de conteúdo, segundo o método Bardim⁹⁶ como forma de organizar as respostas similares, pois, segundo a autora, é um conjunto que permite técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Este método é constituído de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamentos dos resultados, inferência e interpretação.

No tratamento das questões abertas, para cada questão as respostas similares foram agrupadas, originando variáveis categóricas e possibilitando a aplicação de técnicas quantitativas para análise destas variáveis.

A abordagem inicial dos dados ocorreu através da obtenção das frequências simples, visando identificar possíveis erros de digitação, assim como a presença de categorias com observações ausentes ou em pequeno número.

Para a análise estatística, após a conferência do banco de dados, fez-se a análise descritiva univariada, com a obtenção das frequências simples e relativas para cada variável investigada.

Conforme Barbetta⁹⁷, quando os possíveis resultados de uma variável “são atributos ou qualidades, a variável é dita qualitativa”. A grande maioria das questões utilizadas na presente pesquisa apresenta esta característica, pois seus dados são categorizados, indicando certas qualidades/atributos. Tais dados igualmente são passíveis de receberem tratamento estatístico, uma vez que existe a possibilidade de verificar se duas ou mais variáveis estão associadas.

Para a realização da análise comparativa (bivariada), objetivando testar a significância da associação entre as faixas etárias e as demais variáveis qualitativas abordadas neste estudo, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) de homogeneidade, bem como o coeficiente de contingência. Quando as faixas etárias foram comparadas com variáveis dicotômicas de respostas do tipo sim/não, também foi considerada na inferência a prova de tendência linear do Qui-quadrado, (*linear-by-linear*)⁹⁷.

Considerando as variáveis categóricas ordinais, quando comparadas a faixa etária, foi implementado o coeficiente de correlação de Spearman.

A validação de questões específicas ocorreu por julgamento o que permite a análise da validade por conteúdo e aparente. São avaliações subjetivas realizadas por *experts* no assunto, onde a validade por conteúdo permite verificar se o instrumento contém todos os componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno^{98,99}.

Quanto a validação da confiabilidade e da reprodutibilidade, que é o grau em que o resultado medido reflete o resultado verdadeiro, estas foram mensuradas através do *Teste-reteste* onde, foi utilizado, na comparação entre os dois momentos da questão 19, através do Coeficiente *Alpha de Cronbach*, que assume valores entre 0 a 1, sendo que, 0 indica “sem correlação” e 1 indica “correlação perfeita”. Coeficientes em torno de 0,90 são os mais adequados, coeficientes em torno de 0,80 são considerados razoáveis e abaixo de 0,70 são considerados insuficientes como demonstração de fidedignidade de um instrumento¹⁰⁰.

Para a comparação das variáveis nominais (questões 20, 21 e 27) foi implementado o Coeficiente de Concordância *Kappa* que segundo os critérios de Landis e Kock¹⁰³ classificam as concordâncias da seguinte forma: a) quase perfeita: 0,80 a 1,00; b) forte: 0,60 a 0,80; c) moderada: 0,40 a 0,60; d) regular: 0,20 a 0,40; e) discreta: 0 a 0,20; e) pobre: -1,00 a 0.

Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o software *SPSS 13.0 (Statistical Package to Social Sciences for Windows)* onde, para critérios de decisão, foi adotado o nível de significância (α) de 5% e, para significância limítrofe, os níveis de significância compreendidos entre 5 e 10%.

4 VALIDADE E CONFIABILIDADE

O instrumento de pesquisa utilizado pode ser caracterizado como multidimensional, por avaliar várias dimensões que podem estar associadas à espiritualidade, que é considerado um fenômeno subjetivo, composto, em grande parte, por questões de auto-relato¹⁰¹. Quanto a finalidade, o questionário classificou-se como discriminativo, pois buscou distinguir os indivíduos que apresentam o fenômeno em estudo (relação da espiritualidade com a idade) daqueles que não o apresentam; e avaliativo, utilizado para medir a magnitude da mudança do fenômeno em um indivíduo mediante determinadas circunstância ou em um determinado período de tempo.

Levando em consideração a abordagem subjetiva que envolveu este estudo, optou-se pela validade por julgamento, buscando identificar se o fenômeno está medindo o que se propôs a medir. A validade por julgamento permite a análise da validade de conteúdo e validade aparente, buscando verificar se o instrumento, mas especificamente as questões 19, 20, 21 e 27, contêm todos os componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno, investigando se está apropriado para alcançar seu objetivo^{101,102}.

Considerando as questões indicadas para avaliação da validade, inicialmente verificou-se o nível de compreensão do conteúdo investigado, observando se as questões apresentaram uma alta proporção de respostas válidas para a análise. Neste contexto, a avaliação da compreensão do conteúdo limitou-se à verificação das respostas, para cada questão, com menos de 10% de NSA ou NR (não se aplica ou não responde).

Percentuais de respostas não válidas superiores a 10% classificaram a questão como de difícil entendimento. Desta forma, das quatro variáveis abordadas, as proporções referentes à opção NSA e NR oscilaram de 0,6% (n=12), observada na questão que investiga o motivo pelo qual reza, a 2,8% (n=61) referente a questão que investiga a frequência que reza em outros lugares que não seja uma igreja, templo, sinagoga, centro espírita e mesquita. Logo, os resultados sugerem que os pesquisados compreenderam de forma relevante as questões, apresentando uma proporção de entendimento acima de 95,0%.

Nos procedimentos relativos à avaliação do conteúdo, as questões 19, 20, 21 e 27 foram submetidas à apreciação de avaliadores com reconhecida capacidade para tal, selecionados conforme a afinidade com o assunto pesquisado (QUADRO 1).

Avaliador	Caracterização e experiência
1	Doutora em Comunicação Verbal-espirita e professora da USP.
2	Geriatria - Estudioso da espiritualidade e professor da UFRGS.
3	MSC. Em administração trabalha com religiosidade na administração - professora da UNOCHAPECO.
4	Doutora em Educação - professora da UNOCHAPECO. Católica.
5	Bispo da Igreja Católica do Município de Chapecó.
6	Dra. Gerontologia. Religião Mórmon

QUADRO 1: Caracterização e experiência dos avaliadores (n=6) de conteúdo quanto a abordagem das questões 19, 20 21 e 27 no estudo.

Fonte: O autor (2009).

Questões: 19) Com que frequência você reza em outros lugares que não seja um igreja, um templo, sinagoga, centro espírita, mesquita?; 20) Como você reza?; 21) Em que coisas você acredita ou tem fé? 27) Por que você reza?

De acordo com as respostas para cada questão apresentada pelos avaliadores, segue na tabela 1 a distribuição absoluta e relativa.

TABELA 1: Distribuição absoluta e relativa das respostas dos seis avaliadores referente as questões 19, 20, 21 e 27

Variáveis	n(%)
Q19. Com que frequência você reza em outros lugares que não seja uma igreja, um templo, sinagoga, centro espírita, mesquita?	
Uma vez ao dia	2 (33,3)
Várias vezes por dia	2 (33,3)
Várias vezes por ano	1 (16,7)
Aproximadamente uma vez por mês	1 (16,7)
Q20. Como você reza	
Sentado(a)	1 (16,7)
Em pé	2 (33,3)
Outro - Deitado(a)	3 (50,0)
Q21. Em que coisas você acredita ou tem fé?	
Bíblia	5 (83,3)
Figuras de Santos	1 (16,7)
Q22. Por que você reza?	
Fortalecimento pessoal	4 (66,7)
Agradecimento	2 (33,3)

Fonte: O autor (2009).

Cada avaliador, além de ter respondido as questões abordadas, também respondeu a um questionário que continham perguntas relacionadas à clareza de descrição do conteúdo e pertinência das questões, além da aplicabilidade destas no contexto do instrumento de pesquisa.

O julgamento apresentado é subjetivo, não sendo possível avaliar esse aspecto com métodos estatísticos¹⁰³. Além disso, o que os investigadores consideram válido depende do contexto histórico e de teorias vigentes em cada momento segundo o conhecimento de cada um.

TABELA 2: Frequência relativa da opinião dos avaliadores (n=6) sobre os itens do conteúdo referente as questões 19, 20, 21 e 27

Classificação	Distribuição relativa
Clareza de descrição do conteúdo	
Muito fácil de entender	50,0
Fácil de entender	50,0
Difícil de entender	0,0
Muito difícil de entender	0,0
Pertinência técnica do conteúdo	
Muito adequado	33,4
Adequado	50,0
Pouco adequado	16,0
Inadequado	0,0
Aplicabilidade no instrumento de pesquisa	
Muito viável	66,7
Viável	33,3
Pouco viável	0,0
Inviável	0,0

Fonte: O autor (2009).

Questões: 19) Com que frequência você reza em outros lugares que não seja uma igreja, um templo, sinagoga, centro espírita, mesquita?; 20) Como você reza?; 21) Em que coisas você acredita ou tem fé?; 27) Por que você reza?

De acordo com a **tabela 2**, a considerar os resultados obtidos, pode-se inferir que o conteúdo das referidas questões apresentou clareza satisfatória, pertinência técnica apropriada e boa aplicabilidade, fatores que configuram o conteúdo como adequado dentro dos objetivos propostos por este estudo, dando suporte as questões que compõem o instrumento.

Em relação á fidedignidade, também conhecida por confiabilidade e precisão, procurou-se avaliar a propriedade referente ao quão consistente, exato e estável se mostrou o instrumento (2), mais precisamente as questões enfocadas. Neste estudo, a fidedignidade foi investigada pela confiabilidade *teste-reteste*,

estratégia utilizada para analisar a estabilidade ou reprodutibilidade de uma medida. Foi obtida através da aplicação do instrumento em duas ocasiões diferentes, em um mesmo indivíduo, nas quais se espera que o fenômeno não tenha se alterado e que o resultado do instrumento tenha sido mantido. O *reteste* foi realizado entre os dias 20 de maio e 05 de junho do corrente ano em 104 domicílios totalizando 300 pesquisados, sendo 100 em cada faixa etária abordada neste estudo. Vale salientar que o *reteste* enfocou apenas as quatro questões (19, 20, 21 e 27) referentes a este tópico.

Na análise da questão 19 (com que frequência você reza em outros lugares que não seja uma igreja, um templo, sinagoga, centro espírita, mesquita) caracterizada como categórica ordinal, o Coeficiente *Alpha de Crombach* se caracterizou como satisfatório como valor de 0,896 (IC95%: 0,871; 0,917), indicando uma alta correlação entre as respostas da primeira e da segunda avaliação para esta questão. Isto aponta que se o pesquisado respondeu uma alta frequência de rezar em outros lugares na primeira entrevista, ele também respondeu uma alta frequência de rezar em outros lugares na segunda entrevista (ou vice-versa) indicando uma alta coerência entre as respostas da primeira e da segunda entrevista. Como o valor do coeficiente *Alpha de Crombach* se mostrou acima de 0,60 a correlação além se satisfatória, também, se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,001$), implicando em uma consistência significativa entre as respostas desta questão nesta amostra.

Na análise das questões 20 (Como você reza), 21 (Em que coisas você acredita ou tem fé) e 27 (Por que você reza), caracterizadas como categóricas nominais, a confiabilidade foi avaliada através do Coeficiente de Concordância *kappa* e, para a questão 20, a análise de confiabilidade apresentou um *kappa* de 0,631 (IC95%: 0,570; 0,692), indicando uma concordância significativa ($p < 0,001$) classificada de grau moderado a forte, ou seja, foi observada, uma concordância de moderada a forte entre os resultados das duas entrevistas no que se refere a questão 20, indicando, também, uma confiabilidade de forte a moderada.

Nos resultados referentes à questão 21 a comparação entre os resultados da primeira e da segunda entrevista apresentaram uma concordância de 0,755 (IC95%: 0,698; 0,812) apontando uma concordância significativa ($p < 0,001$) e de grau forte, indicando uma forte consistência entre as respostas comparadas.

Quanto à questão 27, a concordância apontou um *kappa* de 0,702 (IC95%: 0,645; 0,758), indicando uma concordância significativa ($p < 0,001$) classificada de grau moderado a forte, ou seja, foi observada uma concordância de moderada a forte entre os resultados das duas entrevistas no que se refere a questão 27, indicando, também, uma confiabilidade de forte a moderada.

Desta forma, conforme as medidas de consistência interna observada, as quatro questões apresentaram uma significativa confiabilidade e reprodutibilidade, indicando que os pesquisados se mostraram coerentes nas suas respostas.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Q1 Sexo:

Na figura 1 observou-se que predominou o sexo feminino que se fez presente em 57,0% (n=1.223) dos pesquisados e, de acordo com o teste Qui-quadrado, detectou-se que o número de pesquisados do sexo feminino se apresentou significativamente maior que o do sexo masculino ($p < 0,001$).

De acordo com o teste Qui-quadrado, observou-se a ocorrência de diferença estatística significativa ($p < 0,001$) quando o sexo foi comparado às faixas etárias, indicando que o sexo masculino se mostrou significativamente associado à faixa etária de 60 anos ou mais, enquanto que, no sexo feminino, a associação ocorreu com a faixa etária de 40 a 59 anos. Entre os pesquisados de 20 a 39 anos, foi observada apenas uma tendência de associação com o sexo feminino.

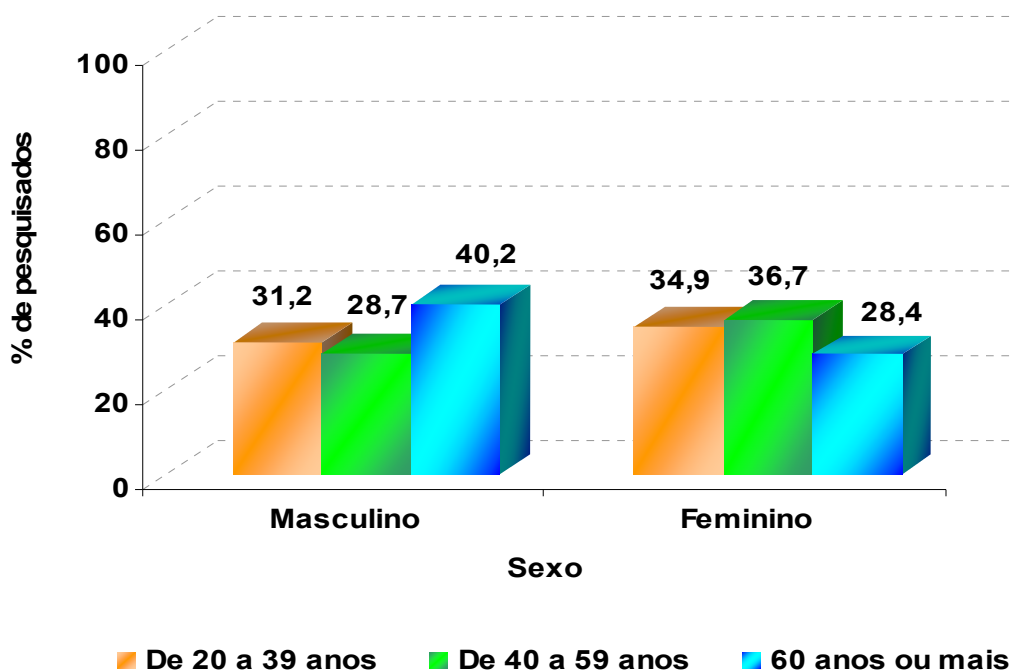


FIGURA 3: Distribuição relativa do sexo segundo a faixa etária

Estudo epidemiológico multicêntrico cunho transversal da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) denominada SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) que objetivou investigar diferentes aspectos referentes à saúde da pessoa idosa, entrevistou em São Paulo, 2143 idosos de ambos os sexos. Realizado entre outubro de 1999 a dezembro de 2000, encontrou um predomínio do sexo feminino em todos os grupos etários. Esta diferença foi maior (63,9%) no sexo feminino com idade de 75 anos ou mais em comparação com o sexo masculino (36,1%)¹⁰³.

A pesquisa conduzida por Celich⁶⁵, em Erechim-RS, encontrou, nos 670 idosos pesquisados, uma diferença significativa entre as frequências de distribuição do sexo, uma vez que 88,7% dos participantes eram do sexo feminino e apenas 11,3% do sexo masculino. Baptista¹⁰⁵, em seu estudo com 6961 idosos no Estado do Rio Grande do Sul, demonstra que 66% são do sexo feminino.

Silva¹⁰⁵, Garrido e Menezes¹⁰⁶ encontraram dados que apontam o Brasil, como outros países do mundo, com um número maior de mulheres na faixa etária idosa. Dados semelhantes foram encontrados por Almeida e Lourenço¹ em estudo que chama este fenômeno de feminização do envelhecimento, o que ocorre devido às mulheres terem uma expectativa de vida bem maior do que os homens. Do ponto de vista de Camarano¹⁰⁷, outro fator determinante é que as mulheres se preocupam mais com a saúde e tem um estilo de vida mais equilibrado.

Esta vantagem é relacionada por Néri¹⁰⁸, com as patologias que não são distintas entre os sexos. As doenças fatais são maiores entre os homens idosos do que entre as mulheres idosas, entre as quais predominam as doenças não letais mais crônicas degenerativas, tais como artrite e a hipertensão. As doenças isquêmicas do coração acometem mais os homens idosos e as mulheres idosas têm maior taxa de morbidade, mas uma taxa menor de mortalidade ao desenvolverem as mesmas patologias.

É interessante salientar que o sexo masculino tem uma forte associação com a faixa etária acima de 60 anos, diferenciando-se dos demais estudos relacionados, embora não seja possível determinar com exatidão os motivos relacionados a este achado. No entanto é possível, formular algumas hipóteses: a primeira hipótese seria que a permanência de homens idosos no lar é maior porque as mulheres seriam mais ativas socialmente. Outra hipótese seria que a mulher,

mesmo idosa, continua com a responsabilidade pelos afazeres domésticos e, em razão disso o homem assumiu responder a entrevista. Uma terceira hipótese seria que a maior participação dos homens no estudo seria um reflexo das posições diferentes de homens e mulheres no lar, com os primeiros assumindo a liderança, neste caso, estando ambos em casa caberia ao chefe (homem) responder a entrevista. Segundo os dados do IBGE (2002), em Chapecó-SC há mais mulheres (4.979) do que homens (4.051) com idade superior da 60 anos.

Q2 Estado Civil:

Quanto ao estado civil, verificou-se a prevalência de casados, 52,7% (n=1.137), seguido de 18,3% (n=394) que se declararam solteiros e de 11,9% (n=257) de viúvos. O estado civil menos relatado foi o separado, mencionado por 7,3% (n=158) da amostra. Pelo teste Qui-quadrado para comparações de proporções, a média de 52,7% de pesquisados casados se mostrou significativamente mais elevada ($\chi^2_{\text{calc}}=1511,977$; $p<0,001$) que as proporções dos demais estados civis.

Quanto à comparação entre o estado civil e a faixa etária, foi detectada diferença estatisticamente significativa ($\chi^2_{\text{calc}}=809,925$; $p<0,001$), de forma que o estado civil solteiro se mostrou significativamente associado à faixa etária de 20 a 39 anos. Entre os casados, a associação deu-se com as faixas etárias de 40 a 59 anos, e 60 anos ou mais. Os separados apontaram associação significativa com a faixa etária de 40 a 59 anos e entre os viúvos a associação ocorreu com a faixa etária de 60 anos ou mais. No grupo dos pesquisados que se declararam amasiados, a associação significativa se mostrou com a faixa etária de 20 a 39 anos e também se detectou associação deste estado civil com a faixa etária de 40 a 59 anos.

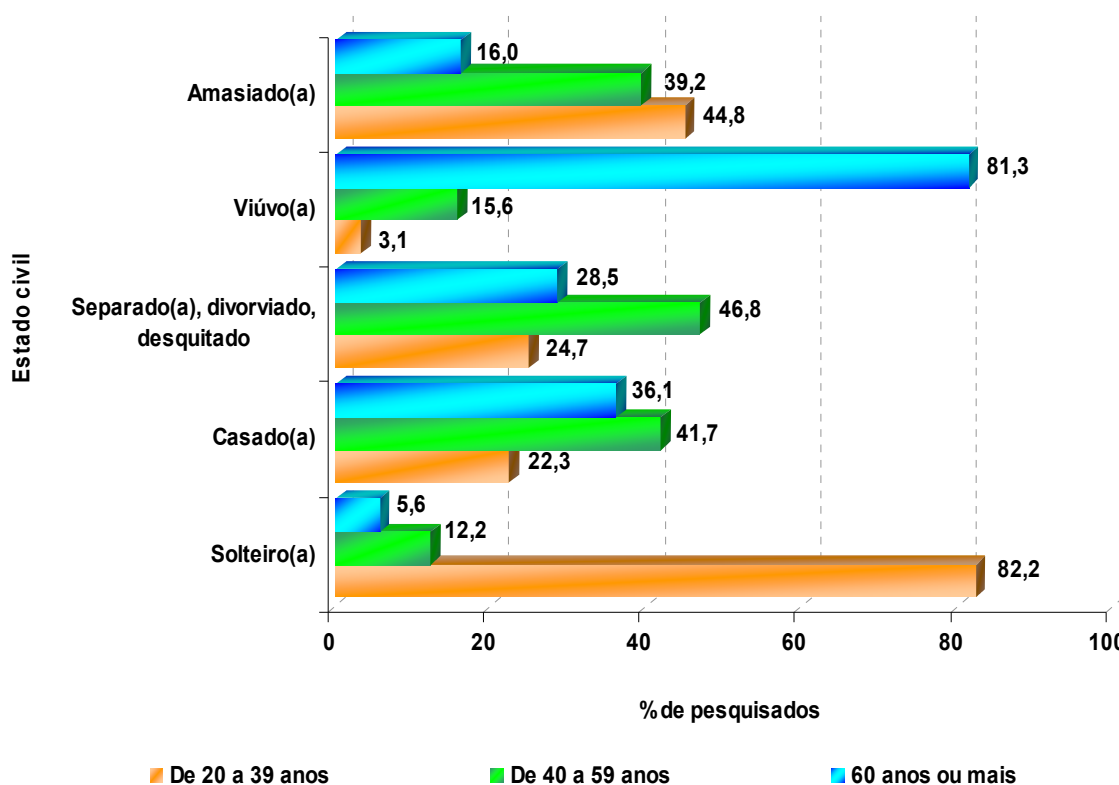


FIGURA 4: Distribuição relativa do estado civil segundo a faixa etária

Estudo conduzido por Floriano e Dalgalarromdo¹⁰⁹ no Distrito de Souza, Campinas-SP, quanto aos *status* matrimonial dos idosos, 63,4% eram casados ou moravam juntos, enquanto que os idosos separados perfizeram 28,5%. Segundo¹¹⁰ o IBGE (2006), a maior concentração dos homens (48,9%) na faixa etária de 25 a 49 anos declarou morarem sozinhos. Resultados semelhantes foram encontrados por Baptista¹⁰⁵ em estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul com 6961 idosos, apontam que 45,4% eram casados, 42,6% viúvos, 5,2% desquitados - separados e 6,8% solteiros.

Resultados encontrados por Alves¹⁰⁴, em São Paulo em estudo epidemiológico transversal demonstram que a maioria dos idosos eram casados/as ou mantinha uma união consensual (51,1%). A condição de solteiro foi menos frequente entre os idosos, mas maior entre as mulheres (5,4%) do que entre os homens (4,4%). No quesito arranjo familiar, 86,8% dos homens morava acompanhado, sendo mais frequente nos homens (92,5%) do que nas mulheres (82,7%). Romero¹¹¹ destaca que os arranjos familiares são diferentes entre os sexos. Os homens moram com seu cônjuge (80,9%) e apenas 8,7% moram sozinhos. As

mulheres têm diferentes opções de arranjo familiar e 16,7% moram sozinhas. No total dos idosos, 13,7% moram sozinhos. A viuvez é o estado civil encontrado com maior frequência (43,2%) nas mulheres em comparação (14,4%) nos homens¹⁰⁴.

Dos 2.160 participantes deste estudo, encontrou-se que na faixa etária de 20 a 39 anos prevalece o estado civil solteiro; dos 40 aos 59 anos predomina o estado civil separado e acima de 60 anos, a viuvez é predominante. Estes dados são condizentes com a realidade brasileira, pois os adultos jovens (20-39 anos) casam-se mais tarde, geralmente após a conclusão de seus estudos e a conquista de sua autonomia econômica. Os adultos (30-49 anos) separam-se nesta fase. Inferimos que talvez seja devido às crises existenciais e por desenvolverem uma maior criticidade sobre a sua vida e seu futuro, tornando-se mais seletivos e buscam o amor verdadeiro e dos idosos 81,3% são viúvos (as) corroborando com o achado da maioria dos trabalhos.

Q3 Escolaridade

Nas informações referentes à escolaridade, 28,0% (n=603) informaram o nível secundário completo, 25,4% (n=548) apresentaram primário incompleto, e 5,1% (n=111) informaram ser analfabetos. Também foi detectado, nesta amostra, um pesquisado com escolaridade em nível de mestrado.

Em relação à distribuição da escolaridade por faixas etárias, foi detectada associação estatística significativa ($p < 0,001$), indicando que os pertencentes a faixa etária de 60 anos ou mais informaram ser analfabetos ou terem o primário completo e incompleto. Na faixa etária de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com escolaridade primária incompleta e secundária completa. Quanto à faixa etária de 20 a 39 anos, houve predomínio de associação com o nível de escolaridade universitário completo e incompleto e secundário completo.

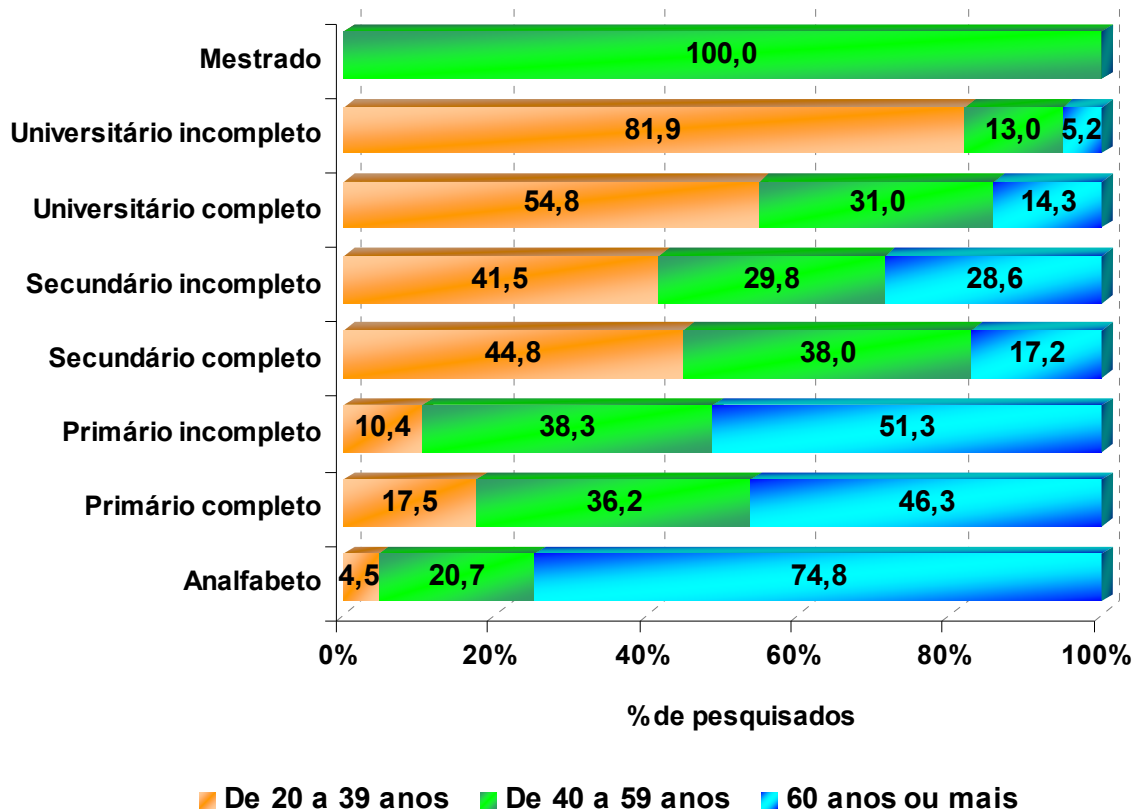


FIGURA 5: Distribuição relativa dos graus de escolaridade segundo a faixa etária

Floriano e Dalgarrondo¹⁰⁹, em pesquisa realizada com idosos pertencentes ao Programa Saúde da Família do Distrito de Souza em Campinas SP, encontraram nível de escolaridade baixo entre os pesquisados, dos quais 94% não completaram cinco anos de estudos. O IBGE¹¹² revela que o nível de escolaridade das pessoas com 60 anos ou mais, embora baixo, vem aumentando, enquanto que 48,2% dos idosos com idade de 75 anos ou mais tinham um ano de estudo ou menos, entre os idosos de 60 a 64 anos este percentual caía para 30,5%.

No ensino superior, houve um aumento considerável de 13,2% entre os anos de 2005 e 2006, resultados obtidos devido à expansão do ensino superior e do ensino da iniciativa privada¹¹³. Em pesquisa realizada por Pinto e colaboradores¹¹⁴ concluiu que em relação ao gênero, o analfabetismo entre as mulheres é igual ao dos homens. Apontam outra relação entre analfabetismo e renda, nos domicílios onde a renda é superior a 10 salários mínimos o analfabetismo é de 1,4%, nos domicílios com rendimentos inferiores a um salário mínimo o analfabetismo é de 29%.

A avaliação do perfil sócio demográfico de idosos porto-alegrense realizado por Paskulin e Vianna¹¹⁵ demonstrou que as idosas tinham menor escolaridade e que uma porcentagem significativa era analfabeta. Celich⁶⁵, em Erechim (RS), demonstrou que 70,4% dos idosos não completaram o ensino fundamental, seguido de 21,9% que conseguiram completar este mesmo nível de ensino. Apenas 2,1%, ou seja, 14 idosos possuíam ensino superior completo.

Alves¹⁰⁴ encontrou dados semelhantes em que a ausência de escolaridade é mais frequente entre as mulheres idosas (23,2%) do que nos homens idosos (18,1%), fica evidente que entre os idosos de idade mais avançada (acima dos 70 anos) para ambos os sexos, 67,1% possuíam nível de escolaridade da 1ª a 4ª série do ensino fundamental. Baptista¹⁰⁵ demonstra em corte transversal com idosos residentes no Rio Grande do Sul, similaridade com estudos citados, em que a grande maioria dos entrevistados (56,3%) referiu grau de escolaridade primário incompleto e completo, enquanto 21% relataram serem analfabetos.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)¹¹⁶, o Brasil está próximo de alcançar a universalidade no ensino básico. Infelizmente, perduram ainda resquícios seculares, em que a educação era restrita às classes sociais mais elevadas e com prioridade para o sexo masculino. Na atualidade, em muitos lugares as mulheres não freqüentam a sala de aula por viverem em zonas rurais distantes, são vítimas da exploração sexual ou do trabalho infantil perdurando esta discriminação. O nível de escolaridade das pessoas diminui conforme avançava a idade, e o nível de escolaridade é mais baixo no sexo feminino.

Os achados do presente estudo corroboram os estudos realizados pelos autores^{117,118,119}, os quais indicam que há algumas décadas a educação não era relevante no Brasil e continua sendo um grande entrave ao seu desenvolvimento pleno. Um dos quesitos primordiais para o viver envelhecendo com qualidade de vida e de saúde é a educação. Os idosos devem ser co-autores de sua história, devendo ser estimulado o seu potencial, resgatando as oportunidades perdidas, para a conquista da dignidade e melhores condições de vida/saúde e trabalho, tendo a alimentação, os medicamentos, o acesso aos serviços de saúde, a educação, o transporte e o lazer.

Com base no exposto Battes¹²⁰ destaca que a educação é uma ferramenta que fornece elementos imprescindíveis para melhorar a situação financeira do idoso

e recursos para um preparo adequado para envelhecer e compensar as perdas inerentes a este processo. Esta é uma busca não apenas pessoal, mas um desafio para toda a sociedade que, segundo Néri¹²¹, é algo que transcende a vontade pessoal, traduzindo-se como um movimento sociocultural emergente.

Q4 Etnia

Em relação à etnia, 48,0% (n=1.027) dos pesquisados declararam-se da etnia brasileira, 32,2% (n=689) italiana e 11,5% (n=247) alemã. Também, foram obtidas declarações de etnias afro-descendentes, 1,7% (n=36) e indígena 2,0% (n=42).

Comparando etnia e faixa etária, observou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$), em que, na faixa etária de 60 anos ou mais, a associação ocorreu com as etnias brasileira e alemã. Em relação à faixa etária de 40 a 59 anos a associação deu-se com a etnia italiana, bem como, tendência de associação com a etnia afro-descendente. Na faixa etária dos 20 aos 39 anos, verificou-se associação apenas com a etnia italiana.

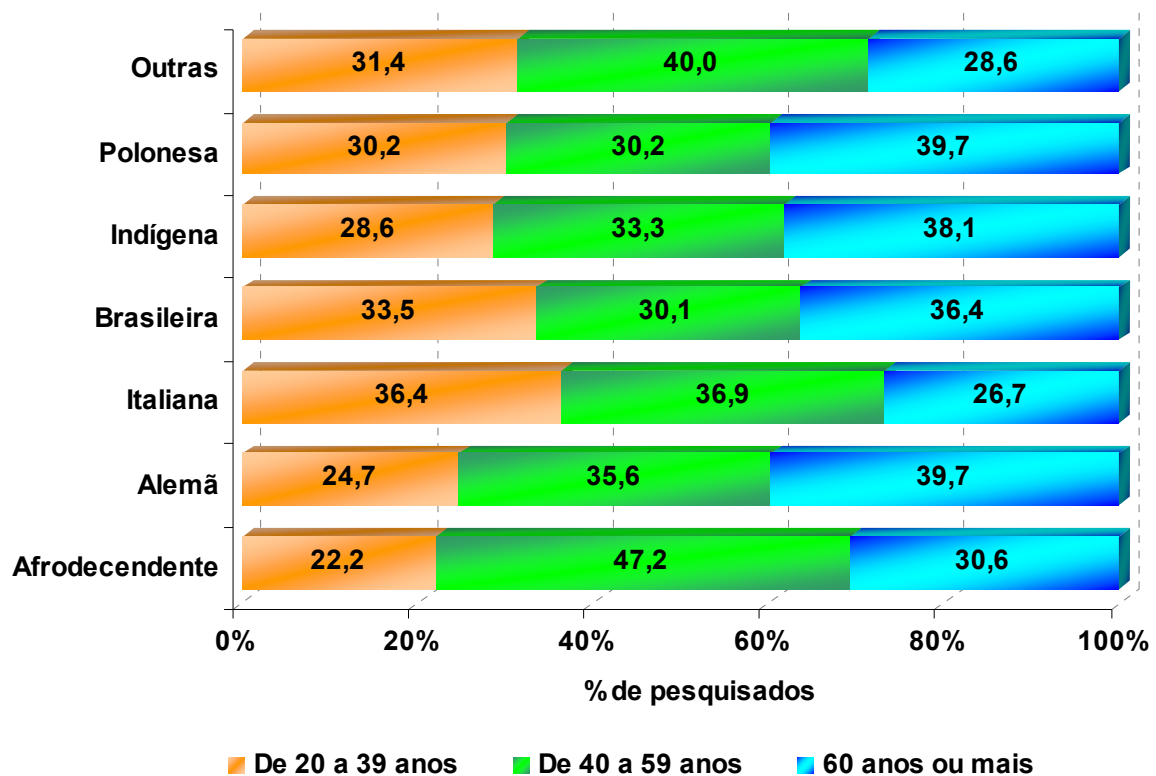


FIGURA 6: Distribuição relativa das etnias segundo a faixa etária

O povo brasileiro é único, resultado de uma miscigenação e mestiçagem que gerou uma nação singular com indivíduos de formações culturais diversificadas¹²².

O conteúdo da etnia é sociocultural, histórico e psicológico. Uma etnia ou grupo étnico é uma comunidade humana formada de indivíduos com um ancestral comum, com afinidades linguísticas, culturais e genéticas, estruturadas socialmente e inseridas num território com políticas que obedecem às tradições de seus antepassados¹²³.

Assim é a formação do Estado de Santa Catarina, composto por diversos grupos étnicos procedentes de diferentes países. A imigração alemã para o Brasil centrou seus esforços no povoamento e desenvolvimento do Sul do Brasil. Igualmente a colonização do Oeste Catarinense iniciou-se pelos imigrantes alemães e, posteriormente, pelos italianos, sendo considerados os grupos étnicos mais significativos para a região. É importante também destacar os belgas, irlandeses, poloneses, russos, holandeses, espanhóis, portugueses e japoneses que contribuíram ao desenvolvimento do Estado^{124,125}.

Na questão da etnia, a amostra apresentou um predomínio 91,7% de brancos, agrupando-se as etnias brasileira, italiana e alemã, sendo condizentes com a colonização do Oeste de Santa Catarina. Estudar uma etnia ou raça é uma medida importante nas pesquisas, para uma interpretação mais condizente dos resultados e as diferenças que se processam nos gradientes de saúde, apontando medidas corretas de políticas públicas de saúde¹²⁶. Finalizando concordamos com Laguardia¹²⁷ que a etnia ou raça é uma variável importante para o entendimento das diferenças no perfil de morbi-mortalidade da população e no comportamento frente a situações de saúde e de doença, seus problemas quanto à garantia ao acesso e uso aos serviços de saúde.

Q5 Condição Sócio-econômica

No tópico condição socioeconômica, prevaleceu a faixa salarial de 01 a 04 salários mínimos, citada por 84,5% (n=1.808) dos pesquisados. Verificou-se que a faixa salarial acima de 10 salários mínimos foi citada por 1,0% (n=22) dos pesquisados.

Através do teste Qui-quadrado, detectou-se associação estatística significativa ($p < 0,001$) entre a faixa etária e a condição socioeconômica, em que os pesquisados com 60 anos ou mais se mostraram significativamente associados com a faixa de 01 a 04 salários mínimos. Na faixa etária de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com as faixas salariais de 05 a 09 e acima de 10 salários mínimos. Considerando os pesquisados de 20 a 39 anos, a associação ocorreu com a faixa de 05 a 09 salários mínimos.

Nas três faixas etárias investigadas foram detectadas associações estatisticamente significativas, pelo teste Qui-quadrado com correção de Monte Carlo, indicando que, independentemente da faixa etária existe relação de associação entre a renda e a escolaridade. Entre os pesquisados de 20 a 39 anos, verificou-se que, a faixa de rendimento de 01 a 04 salários mínimos se mostrou significativamente associada aos níveis de escolaridade abaixo do segundo grau completo. A faixa de rendimento de 05 a 09 salários mínimos se mostrou associada ao nível de escolaridade universitário completo e incompleto, enquanto que, com a faixa de rendimento acima de 10 salários mínimos a associação ocorreu com o nível de escolaridade universitário incompleto.

Considerando os pesquisados de 40 a 59 anos, observou-se que a faixa de rendimento de 01 a 04 salários mínimos se mostrou significativamente associada aos níveis de escolaridade primário completo e incompleto e analfabeto. A faixa de rendimento de 05 a 09 salários mínimos se mostrou associada ao nível de escolaridade universitário completo e incompleto, esta mesma associação se observou com a faixa de rendimento acima de 10 salários mínimos. Em relação aos níveis de escolaridade secundário completo e incompleto não se verificou associações significativas com o rendimento. Também, chama atenção que, o único pesquisado com grau de escolaridade em nível de mestrado declarou rendimento de 01 a 04 salários mínimos.

No que diz respeito à faixa etária acima de 60 anos, ocorreu associação entre a faixa de rendimento de 01 a 04 salários mínimos com os níveis de escolaridade analfabeto, primário completo e incompleto e secundário incompleto. Na faixa de rendimento de 05 a 09 salários mínimos a associação se deu com os níveis secundário completo e superior completo/incompleto. Não foram observados

pesquisados na faixa de rendimento acima de 10 salários mínimos para faixa etária de 60 anos ou mais de idade.

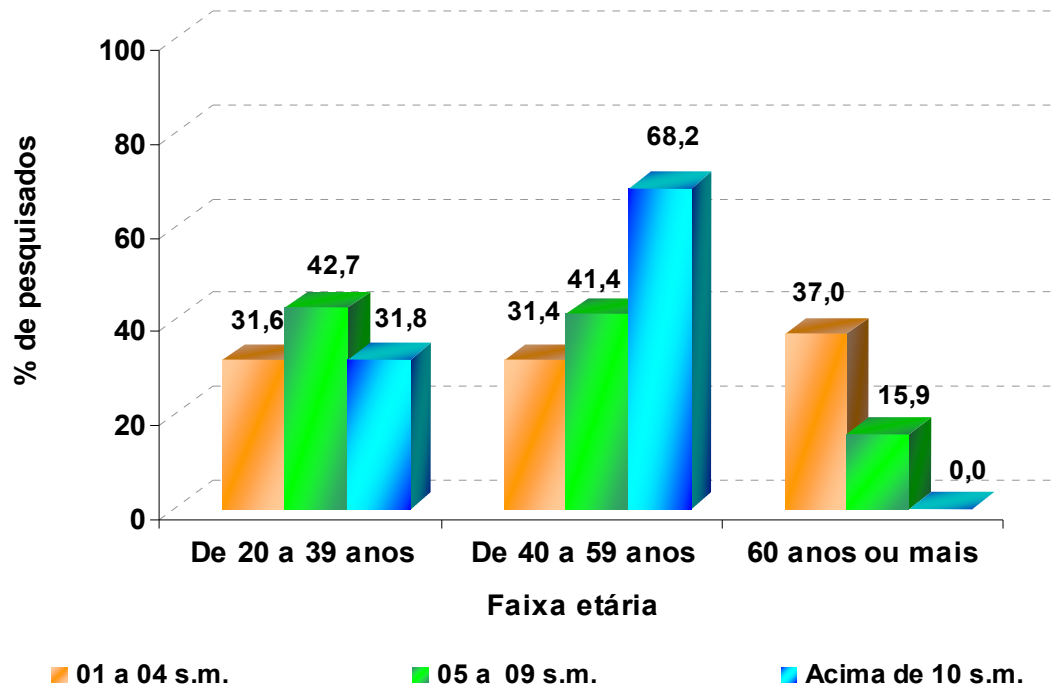


FIGURA 7: Distribuição relativa da condição sócio-econômica segundo a faixa etária

Dados semelhantes foram detectados em relação à renda mensal mensurada em salários mínimos. Baptista¹⁰⁵ aponta que dos 6961 idosos gaúchos participantes de seu estudo, 63,6% têm renda de um a menos de três salários mínimos. Dados encontrados pelo FIBGE¹²⁹, 40% dos idosos do país tinham uma renda *per capita* de menos de um salário mínimo. Em 2002, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹¹² observou um aumento no rendimento mensal das pessoas de 60 anos ou mais, apontando que 42,8% possuem uma renda mensal de um salário mínimo, e os que recebem mais de cinco salários mínimos passaram de 11,2% em 1991 para 19,3% em 2002.

Resultado semelhante foi encontrado por Floriano e Dalgarrondo¹⁰⁹ em sua pesquisa que aponta que 57,3% dos idosos pesquisados pertenciam aos estratos econômicos D e E, e a renda *per capita* média foi de 128 dólares (um dólar +2,6 reais). Importante ressaltar que 10% dos idosos na faixa etária de 76 a 80 anos, contribuem com a aposentadoria para complementar a renda familiar¹³⁰.

Constatou-se que a renda dos idosos se concentrou de 01 a 04 salários mínimos, apresentou associação estatisticamente significativa com o nível de escolaridade, sugerindo que as pessoas mais velhas não tiveram oportunidade de estudar, realizando atividades no lar, agricultura ou atividades que não exigiam escolaridade. Na sua maioria, renda atual provém de aposentadoria. Assim é plausível inferir uma relação entre a baixa escolaridade e a condição sócio-econômica, resultados coerentes com outros estudos encontrados na literatura. Entre 40 a 59 anos, a renda ficou acima de 10 salários mínimos e na faixa etária de 20 a 39 anos, a associação deu-se de 05 a 09 salários mínimos, podendo ser compreendida como resultado de um nível de escolaridade maior que abre um leque de oportunidades de empregos e com possibilidade e rendimentos melhores.

Q6. Idade

Obedecendo a critérios, distribuimos de forma igualitária a população alvo, sendo 720 pesquisados para cada faixa etária, totalizando 2160 pesquisados.

Na busca de realizar uma análise mais detalhada em relação aos pesquisados na faixa etária acima de 60 anos de idade, foi utilizado, para esta parcela da amostra, intervalos de idade de 10 anos, o que deu origem a faixas etárias de 60 a 69, de 70 a 79 e 80 anos ou mais de idade. Este procedimento se fez necessário para caracterizar de forma mais clara a evolução de algumas ideias discutidas neste estudo que enfatiza a idade dos investigados.

TABELA 3: Distribuição das freqüências simples e relativa das faixas etárias alternativas para as idades acima de 60 anos

Faixas etárias	Distribuição	
	Absoluta	Relativa
De 20 a 39 anos	720	33,3
De 40 a 59 anos	720	33,3
De 60 a 69 anos	471	21,8
De 70 a 79 anos	197	9,1
Acima de 80 anos	52	2,4
Total	2160	100,0

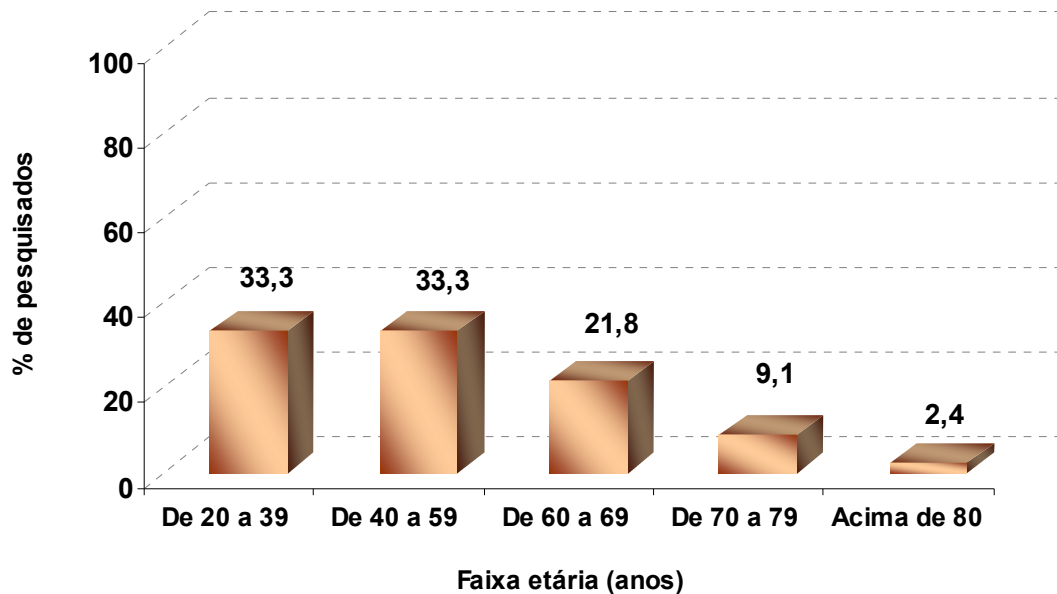


FIGURA 8: Distribuição das frequências das faixas etárias

5.2 CONHECIMENTO DAS PRÁTICAS ESPIRITUAIS E OS ELEMENTOS QUE A COMPÕEM

Q9 Existem elementos espirituais

Quanto à percepção dos pesquisados sobre a existência de elementos espirituais, houve predomínio da afirmativa na crença de existência das mesmas, mencionada por 68,5% (n=1.460) da amostra, enquanto que 28,1% (n=599) relataram não acreditar. Também se observou a resposta em que os pesquisados não souberam ou não sabem da existência de elementos espirituais apontados por 3,4% (n=72) deles.

Considerando a comparação em relação à faixa etária, foi observado diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), de forma que a faixa etária de 60 anos ou mais se mostrou associada a crença na não existência de elementos espirituais, enquanto que na faixa etária de 40 a 59 anos associação houve com a afirmação da existência de elementos espirituais. Quanto à faixa etária de 20 a 39 anos, a associação não se mostrou relevante com nenhuma das categorias do questionamento referente à existência de elementos espirituais.

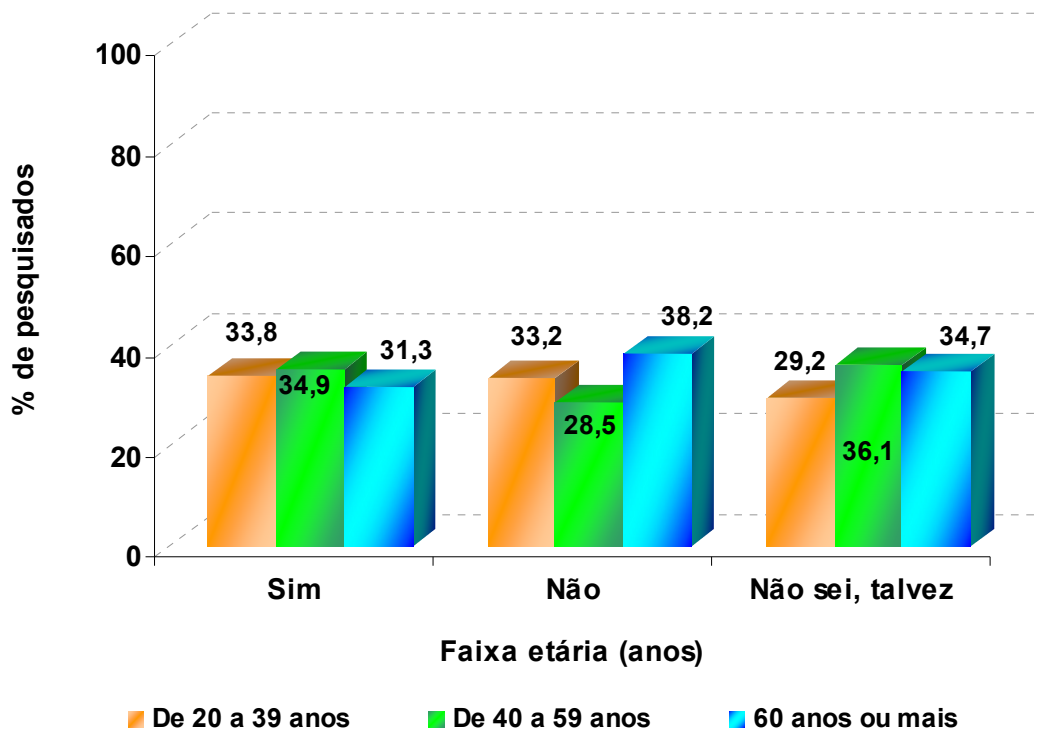


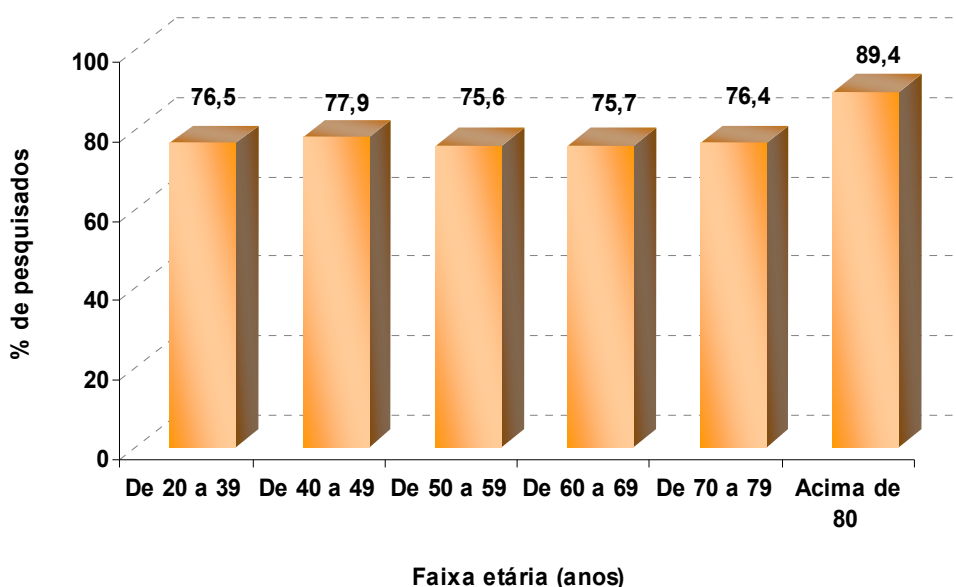
FIGURA 9: Distribuição relativa da existência de elementos espirituais segundo a faixa etária

Avaliando de forma mais detalhada, a faixa etária acima de 60 anos foi subdividida nas idades de 60 a 69, de 70 a 79 e acima de 80 anos, na busca de um melhor entendimento sobre as informações obtidas. De acordo com os resultados, pode-se evidenciar que, quanto mais elevada a faixa etária, maior foi a crença na existência de elementos espirituais. Conforme o resultado do teste Qui-quadrado, foi detectada associação estatística significativa ($p < 0,001$), de forma que os pesquisados, entre 60 e 69 anos, se mostraram associados à dúvida sobre a existência de elementos espirituais. O grupo com idades entre 70 e 79 anos, apresentou tendência de associação com a afirmativa para crença da existência de elementos espirituais, enquanto que houve a associação significativa com a crença na existência de elementos espirituais naqueles com idade superior a 80 anos. Pela figura 10, é possível verificar a distribuição relativa obtida com base no total de cada faixa etária para a resposta positiva à existência de elementos espirituais.

Ainda em relação à faixa etária acima de 60 anos, vale salientar que dos 25 pesquisados que informaram a resposta “não sei/talvez”, 92,0% ($n=23$) deles encontravam-se entre 60 e 69 anos. Ou seja, os pesquisados de 70 anos ou acima

de 80 anos se mostraram mais decididos no sentido de crer ou não crer na existência de coisas espirituais.

FIGURA 10: Distribuição relativa, obtida pelo total de pesquisados em cada faixa etária, para a resposta afirmativa (sim) para crença na existência de elementos espirituais, segundo a faixa etária.



A estatística do Censo Demográfico do IBGE¹⁷, 89% da população brasileira é composta por cristãos, 7% informam não ter religião e 4% praticam religiões não cristãs. Soares¹³¹ mostra que 93% dos brasileiros acreditam na força das orações, 38% acreditam na força dos passes, também relatam a crença nos anjos da guarda, no céu e nos espíritos do bem. Isto vem demonstrar que o Brasil é um país constituído de pessoas de fé.

Batista¹³² aponta que os adultos internados em UTI portam objetos em que depositam a sua fé, como rosários, fita benzidas, medalhas, figuras de santos, crucifixo, patuá. Nas entrevistas realizadas, verbalizam a sua crença em Deus, na Virgem Maria, demonstrando que coisas/objetos sagrados e a religião assumem um papel significativo na manutenção da dignidade, da liberdade e da integridade do ser em situações estressantes e angustiantes.

Zenevicz¹³³ em seu trabalho demonstrou que adultos docentes consideram a presença de espíritos e mentores, influenciando em suas atividades diárias, a alma, a oração, a fé, a Bíblia, seguida do terço/rosário, a vida, a ética e a moral; proximidade de almas gêmeas; a supremacia do bem sobre o mal; o equilíbrio da

natureza; sensações de paz, serenidade, harmonia e compaixão; figuras de santos, livros, o toque, como objetos/coisas espirituais.

Cupertino¹³⁴ em estudo populacional na cidade de Juiz de Fora - Minas Gerais com 500 idosos com idades entre 60 e 103 anos aponta que os idosos relatam realizar meditação pelo menos 1 vez por semana em suas casas e 5% destes relatam experiências transcendentais. Almeida e Monteiro¹³⁵ salientam que com o aumento da idade as pessoas se tornam mais religiosas. Elisson¹³⁶ esclarece que a ligação das pessoas com o divino provém de suas crenças em Deus, em Jesus Cristo, em santos, anjos e entidades espirituais. Estas crenças influenciam o bem-estar subjetivo, favorecendo a interação social e promove coerência nas ações e um significado à vida.

Embora não seja possível determinar com exatidão a existência ou não de coisas espirituais, as mesmas representam pontos que interligam as pessoas com à vida espiritual ou religiosa. A espiritualidade está entrelaçada a questões sobre o significado e o propósito da vida, e a crença em algo ou em alguém proporciona significado, alento e coragem. Acreditar em algo que transcende a compreensão humana evidencia-se, principalmente, nos momentos mais dolorosos, na esperança de melhora, na busca da amenização para os ferimentos do corpo e da alma ou no agradecimento pela cura. Bordieu¹³⁷ enfatiza “milagres acontecem para quem acredita e a crença legitima o simbólico”.

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que com o aprofundamento do envelhecimento, os idosos tornam-se mais espiritualizados, olham com mais serenidade para a vida ampliando a fé, aproximando-se de Deus, acreditando nas coisas / objetos e forças espirituais e exercitando mais suas práticas espirituais (preces, orações, súplicas). Em concordância, Grum¹³⁸, ressalta que “mantendo minhas raízes na casa no Senhor, mesmo que o corpo material fique mais frágil, minha árvore continuará a produzir bons frutos”.

Q11 Com que frequência você participa de atividades religiosas

Em relação à participação em atividades religiosas, 28,2% (n=608) dos pesquisados informaram frequência mensal nas mesmas, 27,8% (n=598) semanal e 14,3% (n=307) relataram que participam de atividades religiosas duas ou mais vezes ao ano.

Quanto à comparação o teste do Qui-quadrado apontou associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), indicando que aqueles pesquisados com 60 anos ou mais se mostraram associado às frequências diária e semanal ou então a categoria “gostaria, mas, sou impossibilitado por limitações”. Na faixa etária de 40 a 59 anos, a associação se deu com a categoria semanalmente, enquanto que entre os pesquisados de 20 a 39 anos a associação ocorreu com as frequências diariamente, mensalmente, bem como com a categoria “nunca”.

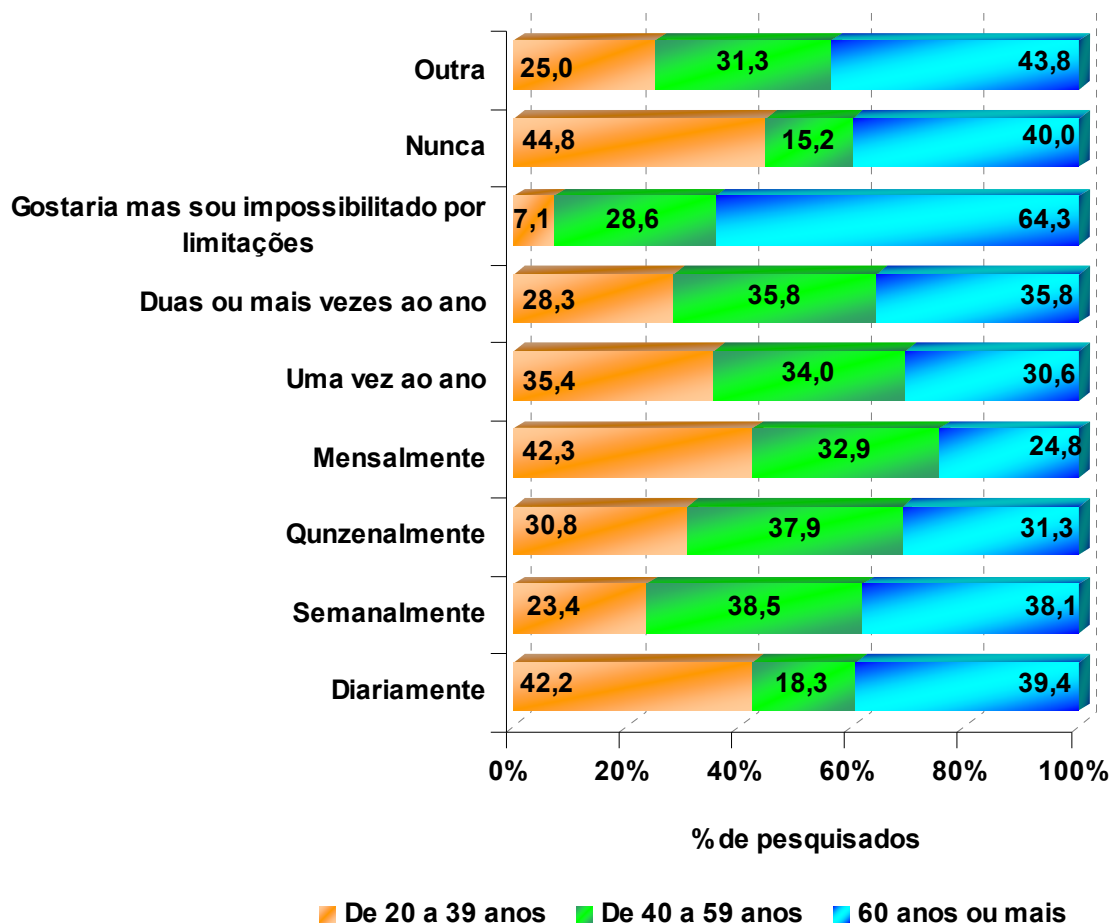


FIGURA 11: Distribuição relativa da frequência que participa de atividades religiosas segundo a faixa etária

Os idosos do distrito de Souza em Campinas-SP afirmam terem na religião uma atividade rotineira¹⁰⁹. Estudos demonstram que a prática religiosa promove o bem-estar em pessoas com mais de 60 anos¹³⁹. Dados da pesquisa realizada por Koenig¹⁴⁰ concluem que as pessoas que praticam alguma atividade religiosa, ao menos uma vez por semana, possuem um sistema imunológico mais saudável.

Guimarães e Avezum¹⁴¹ demonstram que as atitudes assistenciais voluntárias ou participações em congregações reduzem os índices de mortalidade e ausência de emoções negativas. Adultos saudáveis que exercitam atividades religiosas apresentam menores índices de depressão¹⁴². A participação com assiduidade em atividades espirituais ou religiosas demonstra a sua importância, pois este é um momento ímpar que permite a reflexão, a meditação e de lembrar e agradecer a Deus por sua presença em todos os momentos da existência¹⁴³.

Diferentes estudos apontam uma relação positiva entre a prática religiosa e a saúde. Levin e Vanderpool¹⁴⁴ num estudo chamado epidemiologia da religião encontraram associações positivas entre a frequência da prática religiosa e a saúde física. Em 1991, os autores apontaram que a frequência ao culto aperfeiçoa forças para o cuidado à saúde de uma forma mais positiva. Estudo demonstra que as pessoas que praticam a sua religião utilizam significativamente menos álcool e drogas¹⁴⁵. As pessoas praticantes de uma religião apresentam menores taxas de mortalidade e obtiveram mais sucesso nos cuidados à saúde, quando optaram por deixar de fumar e aumentar as suas atividades físicas¹⁴⁶. A prática de atividades religiosas aponta a resultados benéficos para a manutenção da saúde¹⁴⁷. Num outro estudo longitudinal com 3.968 idosos na Carolina do Norte, demonstrou que o risco relativo de morte foi 46% menor entre os frequentadores dos serviços religiosos¹⁴⁸.

Newport¹⁴⁹ demonstrou com base em 11.050 entrevistas realizadas pelo Instituto Gallup entre 2002 a 2005 nos Estados Unidos da América, que 45% das pessoas participam semanalmente de atividades religiosas. Os adultos mais velhos participam mais do que os jovens, enquanto as mulheres frequentam mais que os homens. Falando sobre os jovens Santos e Mandarino¹⁵⁰ ressaltam que a religiosidade é uma alternativa positiva para o encaminhamento dos jovens e adolescentes para a sociabilidade e o lazer. No Brasil, uma gama imensa de jovens procura demonstrar a sua religiosidade desenvolvendo atividades sociais em benefício das pessoas desprovidas e menos favorecidas¹⁵¹. A religiosidade foi

apontada por Bucher¹⁵² como um fator primário de prevenção para imersão do jovem no mundo das drogas.

Marques¹⁵³ sugere que adultos jovens, adultos e idosos participantes de atividades religiosas, obedecendo a sua condição física e a sua disponibilidade de tempo, apresentam-se fisicamente, mentalmente e espiritualmente equilibrados e reportam sentimentos de relaxamento e bem-estar, diminuindo as tentativas de suicídio, o uso de álcool e drogas. A depressão é uma patologia de menor incidência em mulheres cuidadoras que realizam atividades religiosas, favorecendo o sentimento de pertencer a grupo e ter suporte social¹⁴⁹.

Q 12 Você professa uma das religiões

Quanto à religião, 77,6% (n=1.663) dos pesquisados informaram ser católicos, 9,9% (n=212) informaram ser protestantes, 8,2% (n=175) evangélicos, 0,6% (n=13) religiões afro-brasileiras e 0,5% (n=11) espírita kardecista. Também foi citada a resposta “Não professa nenhuma religião”, mencionada por 1,9% (n=41) dos pesquisados.

Em relação à comparação com a faixa etária, o teste Qui-quadrado apontou associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), indicando que a faixa etária de 20 a 39 anos se mostrou associada a professar nenhuma religião; dos pesquisados pertencentes à faixa etária de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com a categoria outras religiões.

Pela análise dos resíduos ajustados, se mostrou relevante a NÃO associação entre a faixa etária de 40 a 59 anos e a categoria “não professa nenhuma religião”, ou seja, este grupo de pesquisados deve estar associados a alguma “forma de religião ou religiosidade”. Esta informação concorda com a associação detectada entre esta faixa etária e a categorias “outras religiões”. A faixa etária de 60 anos ou mais, também apresentou associações que NÃO podem ocorrer na amostra estudada, que ocorreram com as categorias referentes às religiões evangélica, espírita kardecista, outras e não professa nenhuma religião. Tais associações que não devem ocorrer restringem as religiões professadas pelos pesquisados de 60 anos ou mais à religião católica e a religião protestante em menor magnitude.

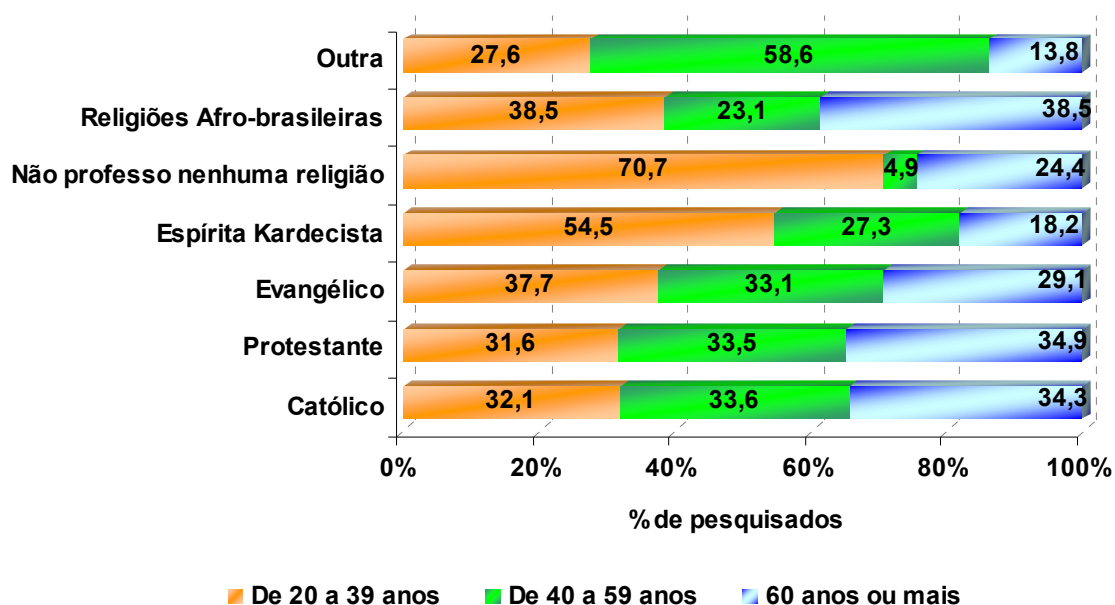


FIGURA 12: Distribuição relativa das principais religiões professadas citadas segundo a faixa etária

A espiritualidade evidencia-se através das várias religiosidades, tais como: guarani, afro, islâmica, budista, hebraica e cristã. Independente da sistematização do culto, as religiões devem se nortear pela ética. Neste sentido, Dalai Lama, no seu livro *Uma Ética para o novo Milênio*⁹⁰, aponta que a melhor religião é aquela que busca transformar as pessoas em seres mais sensíveis, desapegados, amorosos, humanitários e responsáveis. De acordo com Lyra⁵², todas as religiões têm a missão de falar do amor de Deus pela terra e pela humanidade através dos tempos.

O Brasil é um País de fé. Segundo o censo IBGE¹¹², a religião no Brasil é composta de 73,77% Católicos Romanos, 15,44%, Evangélicos, 7,28% não professa nenhuma religião e 3,5% compõe-se de outras religiões. No censo demográfico do IBGE¹⁶ 2000 1,3% da população apontou ser espírita.

Jacob et al¹⁵⁴ apontam que, nas últimas cinco décadas, é possível observar dentro da sociedade diferentes denominações religiosas decorrentes de mudanças marcantes associadas à urbanização e à modernização da sociedade. Pierucci e Prandi¹⁵⁵ concluem que, na atualidade, pertencer a uma religião é uma escolha pessoal e aquela professada não é necessariamente a mesma na qual a pessoa foi criada, mas, escolhida livremente. Para os adultos jovens a adesão religiosa tem uma relação com a herança familiar¹⁵⁶. Reforçando as afirmações dos autores acima, Almeida e Monteiro¹³⁵ apontam que 26% da população mudaram de religião

em 1998, bem como houve uma multiplicação de alternativas religiosas. A religião católica foi a que mais perdeu fiéis em todos os Estados da confederação, mas mesmo assim mantém-se como o maior grupo religioso no Brasil, com 67,4% da população, dividido de forma equilibrada entre os sexos. Os autores demonstram que na faixa de 26 a 40 anos professam menos a religião católica, dados que vêm ao encontro de nossos resultados.

Dos entrevistados na faixa etária de 20 a 39 anos, 70,7% não professam nenhuma religião, dado semelhante ao encontrado por Almeida e Monteiro¹³⁵ apontam que os que se dizem sem religião pertencem aos estratos econômicos A e C, tem um nível de escolaridade alto e situam-se entre os mais jovens e adultos até 40 anos. Os autores demonstram também que os kardecistas são 2,9% da população brasileira, tem maior nível escolaridade e de renda e são oriundos da religião católica. Quanto à opção religiosa, Baptista¹⁰⁵ observou que os católicos são predominantes (75,3%) e os evangélicos (48,9%) ocupam a segunda posição, seguidos pelos espíritas (4,9%). A disparidade demonstrada nos dados deve ocorrer principalmente devido às diferenças nas faixas etárias pesquisadas.

Para os idosos, a religiosidade é uma dimensão importante, ocupa um lugar central em suas vidas, e está diretamente relacionada ao surgimento da fé, manutenção e a possibilidade de atenuar os agravos impostos pelo envelhecimento à saúde física e mental^{157,158}. Estudos conduzidos por Levin e Preston¹⁵⁹ demonstram que a filiação religiosa tem a capacidade de prevenir ou retardar doenças. Outra pesquisa aponta que ter qualidade de vida na opinião dos idosos residentes em Botucatu-SP é ter religião e fé¹⁶⁰.

A importância da religião é demonstrada também em termos de bem-estar e no desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações adversas¹⁶¹. O homem necessita crer em algo que proporcione sentido maior à sua existência¹⁶².

Outro aspecto importante a ressaltar é que a religião é uma crença na existência de Deus. É uma forma de interpretação da alma humana e sua escolha é de foro íntimo. É uma força e uma crença que move a coletividade, fundamentada na fé em algo não visível, que busca esclarecer as respostas para as questões existenciais da vida, da morte e da salvação. Benson¹⁶³ salienta que religião é uma ferramenta poderosa na melhora a saúde global, porque as pessoas cultivam o exercício do amor nas suas relações, da fidelidade, da harmonia no convívio com

familiares, a adoção de hábitos saudáveis, bem como proporciona interações sociais harmoniosas para o corpo e para a alma. No processo de viver e envelhecer, a religião é uma estratégia poderosa no enfrentamento das crises existenciais. “A prática religiosa fornece a esperança de uma vida após a morte” e somente ela “pode responder a questão sobre o propósito da vida”¹⁶⁴.

Q 14 Você pratica a sua religião

Quanto à prática da religião, 82,3% (n=1.757) dos pesquisados informaram sim praticar. No que diz respeito à comparação com a faixa etária, foi detectado associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), indicando que as faixas etárias de 60 anos ou mais e de 40 a 59 anos se mostraram significativamente associadas à prática da religião, enquanto que os pesquisados com idade entre 20 e 39 anos não praticam a sua religião.

Considerando ainda o resultado da associação *linear-by-linear* ($p < 0,001$), os dados indicaram que, quanto mais elevada a faixa etária, maior é a prática da religião.

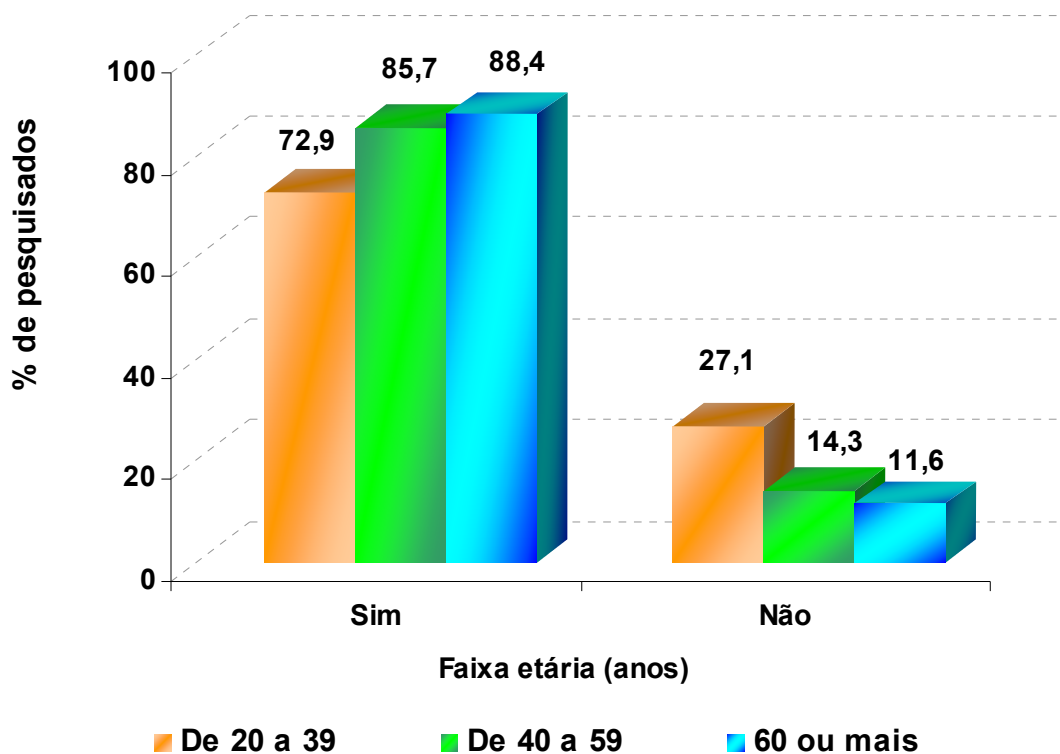


FIGURA 13: Distribuição relativa da prática da religião ou doutrina segundo a faixa etária

Quanto à análise comparativa entre os pesquisados acima de 60 anos, quando investigados em outras três faixas etárias, 60 a 69, de 70 a 79 e acima de 80 anos, pode-se evidenciar que quanto maior a faixa etária, maior a proporção de investigados que relataram praticar a sua religião (Figura 14).

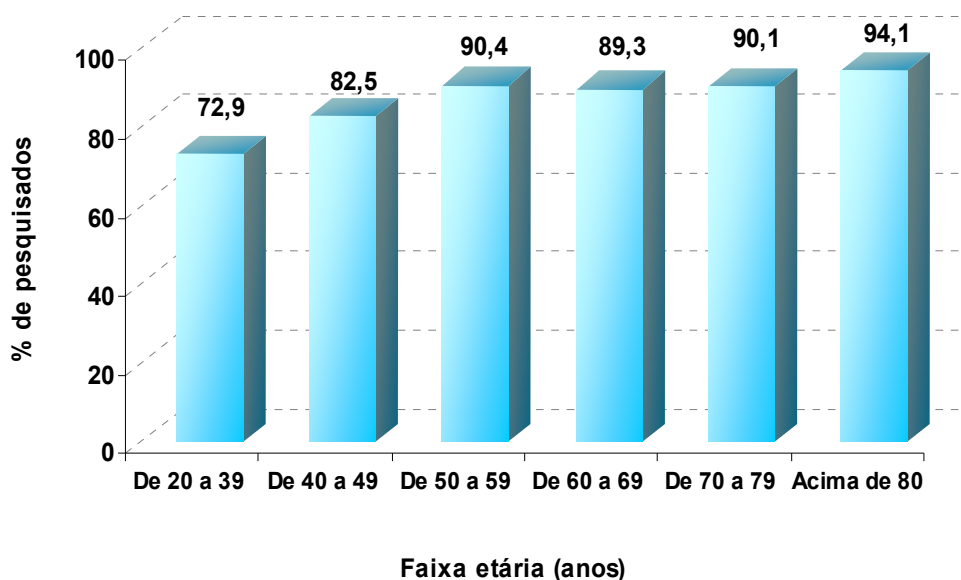


FIGURA 14: Distribuição relativa dos pesquisados que responderam sim para prática de sua religião ou doutrina, obtida com base no total de cada faixa etária, segundo a faixa etária.

Almeida e Monteiro¹³⁵ assinalam que as pessoas acreditam na Igreja, batizam seus filhos, aceitam-na como identidade religiosa, mas não praticam a religião frequentando a igreja ou templo, frequentando esporadicamente os serviços religiosos e não realizam atividades comunitárias; 30,7% frequentam algum serviço religioso e 20,3% o fazem mais de uma vez ao ano. Observa-se, no estudo de Baptista¹⁰⁵, que 71,5% dos idosos gaúchos dizem que praticam a sua religião de alguma forma. Silva et al¹⁵⁶ encontraram resultados semelhantes, salientando que os católicos vivenciam a religião familiar, mas não participam dos rituais e das atividades na comunidade. Em relação à religião afro-brasileira, verifica-se, no presente estudo, a não frequência em atos religiosos, pois, para o candomblé e a umbanda, a religiosidade está diretamente ligada a práticas de rituais.

Soares¹³¹ aponta que a pesquisa divulgada pela Revista Seleções em 14 países, na Europa, Argentina e no Brasil os dados apontam que os brasileiros não participam ativamente das missas, mas dedicam parte do seu tempo diário à vida interior e à espiritual. Estudos apontam que a religião começa a ter mais sentido para as pessoas adultas, na segunda metade de suas vidas, pois começam a

valorizar mais o aspecto íntimo do *self*, possibilitando um diálogo aprofundado com seus sentimentos e escolhendo seus comportamentos religiosos. Jung¹⁶⁵ salienta que a pessoa religiosa ultrapassa com mais segurança as turbulências do seu tempo, pois a fé em Deus as protege das tentações. Estudiosos apresentam uma opinião favorável sobre a religião na vida das pessoas, salientando que a mesma propicia um significado e um entendimento maior do sentido da vida, com satisfação e sensação de bem-estar ^{166,167,168,169}.

Em estudo denominado EUROPED, abrangendo 18.000 mil participantes de diversos países europeus, nas cidades de Dublin, Liverpool e nos países baixos encontraram menores escores de depressão ao analisarem a relação entre a prática religiosa (ir à igreja com frequência) e a doença. Entretanto, em Londres e Berlim, não obtiveram este resultado. Houve associação entre comportamento religioso e baixa prevalência de depressão em participantes católicos apostólicos romanos¹⁷⁰. Estudos diversos demonstram que pessoas ativamente religiosas vivem mais tempo do que as que praticam menos a sua religião. Os que confiam na religião desenvolvem menos depressão ^{171,172}.

Num estudo de longo seguimento foram avaliados 6.928 pacientes das faixas etárias de 16 a 94 anos, durante 28 anos, sendo concluídos que os praticantes regulares de atividades religiosas tiveram menos taxas de mortalidade, interromperam o tabagismo, adotaram atividades físicas regulares, aumentaram o suporte social e mantiveram seu estado matrimonial¹⁴¹. Outro estudo realizado por Hummer et al¹⁷³ aponta a diminuição da mortalidade por neoplasias. Powell et al¹⁷⁴ sugerem que as práticas de atividades religiosas oferecem benefícios sobre as doenças cardiovasculares, pois diminuí a pressão arterial, melhora a função imunológica, promove um melhor controle sobre o estresse/ansiedade e a incorporação rotineira de hábitos saudáveis de vida.

Para os idosos, a prática e as crenças religiosas contribuem de forma decisiva para o seu bem estar ^{105,175,176,177,178}. Num estudo realizado com 82 idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família (PSF), residentes no Distrito de Souza - Campinas- SP, foram entrevistados e 38% referiram freqüentar o culto/missa pelo menos uma vez por semana, bem como apontam serem religiosos, possuidores de muita fé e acreditar em Deus¹⁰⁹.

A religião é o ato de re-ligar, estabelecendo uma conexão com Deus. Desempenha um papel de destaque na vida da maioria das pessoas, como fator de adaptação e proteção em situações adversas, suporte emocional e na qualidade de vida. No presente estudo pode-se verificar que a prática da religião consolida-se com o passar dos anos, independente do sexo e sugere um crescimento pessoal. Estudos corroboram os resultados do presente, demonstrando que as pessoas são despertadas na segunda metade de sua vida para os valores essenciais e a valorizar as práticas religiosas após os 65 anos^{178,179}.

Igualmente observa-se que os jovens participam menos na sua religião quando comparados com os adultos e idosos. Dados semelhantes foram encontrados em mexicanos residentes nos Estados Unidos¹⁸⁰. As práticas religiosas podem ser evidenciadas através do ato de rezar, meditar, ler, cantar, receber sacramentos e são partes integrantes da vida humana. Nesta concepção, a prática da religião é um apelo, um diálogo misterioso com o Criador. A prática religiosa auxilia na redução da ansiedade, aumenta as esperanças, abre portas para a imensidão e o significado da existência. A espiritualidade, por sua vez, permite o desabrochar dos sentimentos de paz, amor, solidariedade, cooperação, utilizados pelas pessoas, principalmente pelos idosos na resolução de problemas, como solidão, tristeza pelas perdas materiais e humanas e no enfrentamento das doenças.

Q 15 Com que freqüência você pratica outras atividades religiosas

Houve predomínio da não participação em outras atividades religiosas observado em 70,2% (n=1.502) dos pesquisados. Também se verificou que 10,4% (n=223) informaram participar toda a semana, 7,3% (n=156) dos pesquisados participam aproximadamente uma vez por mês. Na comparação com a faixa etária, entre os pesquisados de 60 anos ou mais a associação ocorreu com a não participação de práticas em outras atividades religiosas. Com os de 40 a 59 anos a associação significativa ocorreu com as frequências de uma vez ao dia e toda a semana. Considerando os pesquisados de 20 a 39 anos, não foi detectada associação relevante com nenhuma das categorias referentes à prática de outras atividades religiosas (p<0,001).

Realizando uma análise complementar, apenas com os pesquisados que informaram praticar outras atividades, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, que detectou correlação significativa, negativa de grau fraco (r=-0,121;

$p=0,003$), indicando que, quanto mais elevada é a idade do pesquisado, menor a frequência com que ele informa praticar outras atividades religiosas.

Também foram identificadas associações que NÃO devem ocorrer nesta amostra. Uma delas foi entre os pesquisados de 40 a 59 anos e a categoria não participa, indicando que esta faixa etária informa participar de alguma outra atividade religiosa. Na faixa etária de 20 a 39 anos o estudo apontou que as associações NÃO devem ocorrer com as frequências maiores (diária ou semanal) e sim com as frequências menores (mensal e anual).

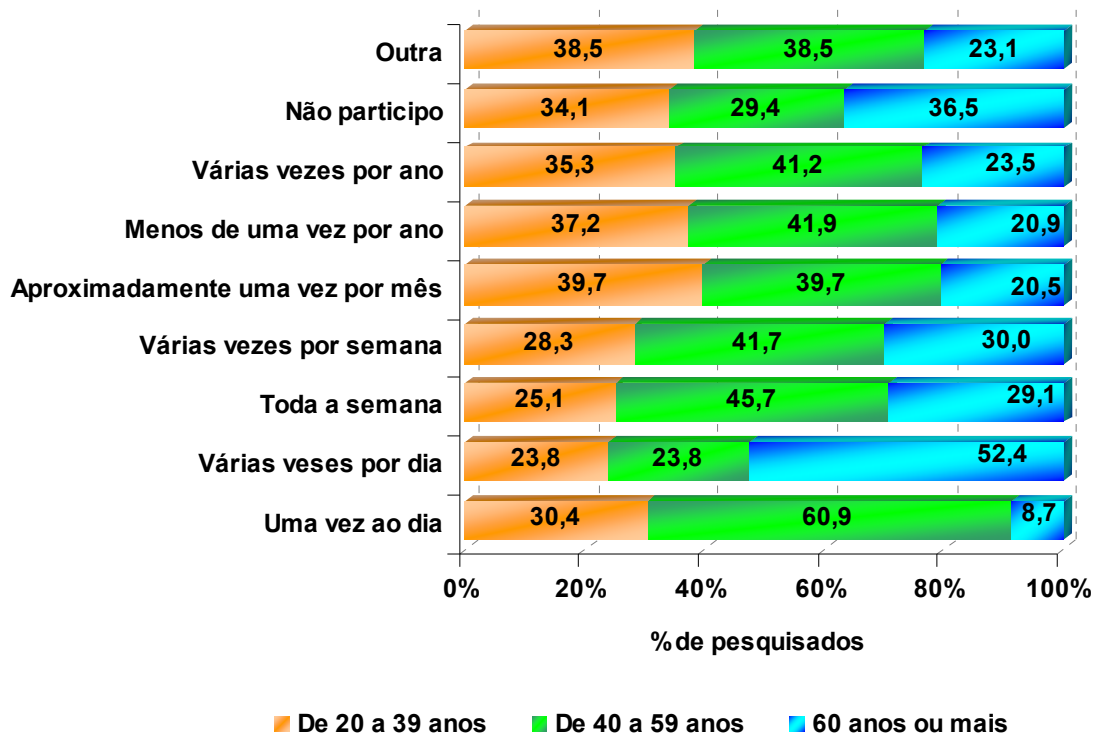


FIGURA 15: Distribuição relativa da prática de outras atividades religiosas como estudos bíblicos ou de outras doutrinas e grupos de oração, segundo a faixa etária.

Envelhecer não significa adoecer, mas as doenças crônicas degenerativas são frequentemente diagnosticadas nos idosos¹⁸¹. Os idosos atualmente vivem mais, mas a capacidade funcional e a saúde podem estar prejudicadas, o que é comum neste período da vida¹⁰⁴. Importante salientar que a saúde precária determina uma maior vulnerabilidade e dependência para os idosos, colaborando na perda do respeito próprio e da dignidade humana, valores inafiançáveis, criando empecilhos a

sua satisfação e qualidade de vida. Isto quer dizer respeito também às práticas religiosas^{182,183}.

Completando o pensamento, Ramos¹⁸⁴ destaca que o processo de envelhecer altera o padrão de morbidade e de mortalidade, alterando o perfil de saúde da população, necessitando de políticas públicas mais condizentes para o atendimento desta demanda. A espiritualidade é demonstrada através da religiosidade, assumindo um lugar central na vida do idoso, adquirindo importância e um maior significado¹⁸⁵. Em virtude das doenças e limitações físicas, as práticas religiosas tendem a diminuir com o processo de envelhecer, e as atitudes religiosas tornam-se mais sólidas, destacam¹⁸⁶.

Penna e Espírito Santo¹⁸⁷ apontaram vários fatores que interferem diretamente na qualidade de vida e na não participação dos idosos em eventos sociais, sendo principalmente a pobreza, perda da posição social após a aposentadoria, a solidão, a dificuldade de transporte adequado, problemas financeiros e a incapacidade física. Outro ponto a salientar é que a sociedade tem a inferiorizar os idosos nos gerando mesmos um sentimento de inutilidade e de improdutividade, de peso para a família, o que pode levar-los a optar pelo isolamento do convívio social como forma de auto-preservação.

As pessoas idosas, devido a problemas de saúde ou em virtude da própria idade, têm mobilidade física comprometida, são impossibilitadas de expressar a sua religiosidade em atividades religiosas organizadas, tais como: participar de atos religiosos e atividades junto à comunidade¹⁸⁵. Resultados apontados por Lima-Costa et al¹⁸⁸ mostram que somente uma parcela da população idosa pesquisada teve afastamento de suas atividades rotineiras, 14% por problemas de saúde e 10 % por estar acamada.

Uma pesquisa com americanos-mexicanos aponta que a frequência religiosa foi relacionada à maior qualidade e satisfação para os idosos e pessoas de meia idade, mas não o foi para os jovens. Os autores apresentaram que as crenças tradicionais oferecem um melhor bem-estar e satisfação com aspectos globais da vida, inclusive satisfação no trabalho^{189,190}.

Diante do exposto, constata-se que existe uma coerência entre os dados obtidos da prática religiosa versus prática de outras atividades religiosas o que

demonstra que os idosos são mais religiosos e quando impossibilitados por motivos de saúde, realizam outras atividades religiosas várias vezes em seu lar. Goldstein e Sommerhalkder¹⁹¹ apontam que no processo do envelhecimento as atividades religiosas podem sofrer influências das condições de saúde, de autonomia, de mobilidade. Nesta ótica, as atividades religiosas (preces, oferendas, cantos, leituras, meditação) praticadas no lar, na rua, no carro ou em qualquer lugar são indispensáveis a todas as pessoas, mas principalmente ao idoso. Estas atividades despertam sentimentos benevolentes, formando uma teia de conexão com Deus, o Universo, pessoas de qualquer credo e com o eu superior. Especialmente os idosos com dificuldades de estar presentes podem, em sua residência, demonstrar através de orações sua devoção e cultivar com profundidade o significado e o sentimento de ser abençoado e amado pelo criador¹⁹².

Q 16 Que é esta atividade

Quanto à descrição do tipo de atividade exercida pelos pesquisados, 48,2% (n=284) relataram participar de grupos de oração, 22,8% (n=134) participam de estudos bíblicos, 7,5% (n=44) fazem palestras na sociedade e grupos de estudos espíritas. Vale salientar que apenas 11 pesquisados declaram professar a religião espírita, no entanto foram observados 44 pesquisados que relataram participar de palestras na sociedade e grupo de estudos espíritas.

Na análise comparativa, foi detectada associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) onde os pesquisados de 60 anos ou mais se mostraram associados com a atividade voltada para os grupos de oração. Na faixa de 40 a 59 anos, foram evidenciadas tendências de associação para as atividades grupos de casais, familiares e jovens, bem como evangelizador, catequista, padre, ministro e pastor. Na faixa etária de 20 a 39 anos, a associação ocorreu com as atividades palestras na sociedade e grupos de estudos espíritas.

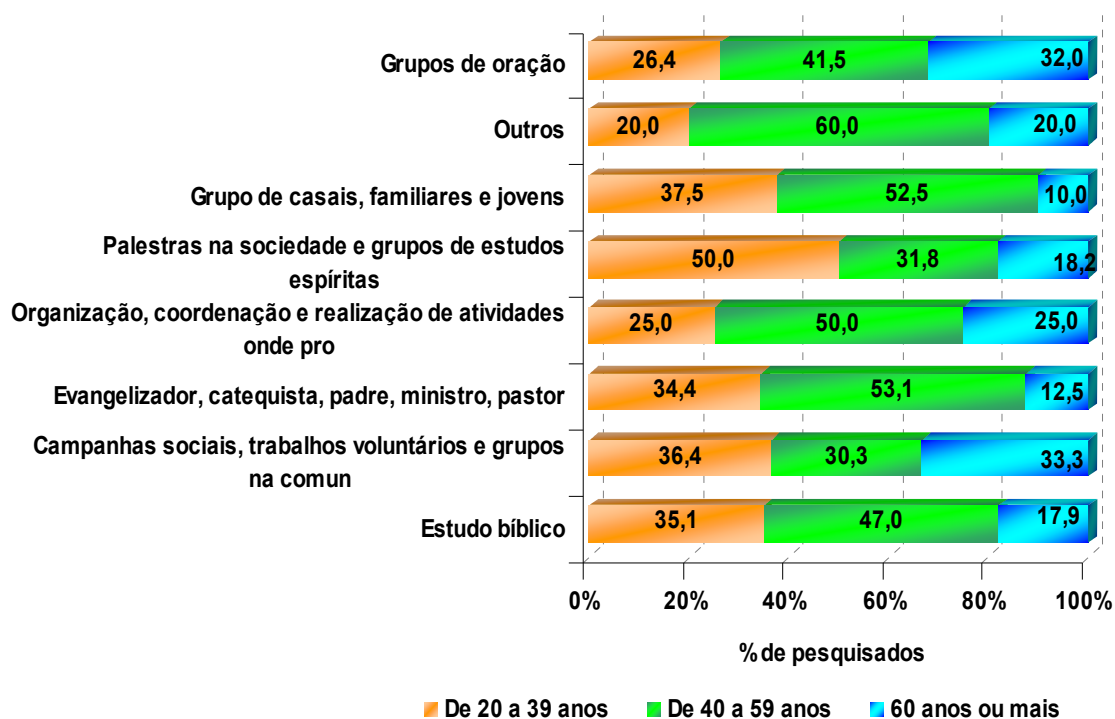


FIGURA 16: Distribuição relativa da descrição das outras atividades religiosas desempenhadas, segundo a faixa etária.

A vida cotidiana impõe a todas as pessoas a realização de atividades nas 24 horas do dia. Entretanto, a vida não é influenciada apenas pelo tempo, mas também pelo meio social, no sentido de que é preciso responder, as expectativas sociais, seguindo normas e padrões que direcionam para a realização e a escolha das atividades¹⁹³. As atividades humanas podem ser divididas em três grupos: a) as atividades produtivas necessárias para gerar a sobrevivência e o conforto como: fazer compras, pegar o ônibus, administrar as finanças e tomar os medicamentos corretamente; b) as atividades de manutenção que objetivam cuidar das necessidades físicas (corpo) e na organização dos bens materiais como vestir-se, tomar banho comer, pentear-se; c) atividades de sociais, familiares e de lazer tais como: ler, ouvir música, assistir televisão, idas a igreja e a participação em comemorações e atividades circunscritas^{194,195}.

Outros estudiosos apontam outros dois grupos: as atividades obrigatórias e as atividades discricionárias. As atividades obrigatórias dirigem-se ao cuidado pessoal, ao cuidado da vida, e as discricionárias são aquelas cuja escolha envolve a

opção pessoal, que envolvem sentimentos de afeto, conhecimento, prazer e interesse. Nesta escolha tem grande influência os fatores como idade, cognição, nível socioeconômico¹⁹⁶.

Algumas destas atividades necessitam um nível de cognição e uma capacidade de resolução de problemas, sendo a escolha das mesmas influenciadas pela saúde do indivíduo, idade, estado civil, renda e grau de instrução, bem como pelas oportunidades ou restrições feita pelo meio social¹⁹⁷.

Hendricks e Cuther¹⁹⁸ através, de estudos longitudinais de 20 anos, em 15 cidades dos EUA com uma amostra de 18.000 pessoas, demonstram que na faixa etária de 40 a 44 anos as atividades religiosas voluntárias são mais frequentes. Da mesma forma pessoas que moram numa casa com crianças participam mais intensamente destas atividades, e o homem apresenta-se mais saudável. Outros pontos são que: homens brancos trabalham em tempo integral, meio período ou estão desempregados; os viúvos participam menos destas atividades que os casados, divorciados ou solteiros. Apontam os autores que os idosos são os que mais participam como voluntários, podendo ser constatado vigor e resistência neste período da vida, além de serem mais engajados nestas atividades que os jovens.

O idoso convive com limitações próprias da idade, as quais podem interferir na sua independência e autonomia para desenvolver outras atividades, mas é imprescindível que seja estimulado na organização de seu tempo com coisas criativas e projetos de vida. Estas atividades contribuem de forma decisiva na manutenção do equilíbrio biopsicossocial dos idosos, os quais devem desenvolver atividades físicas, intelectuais e de lazer, para alcançar um envelhecimento saudável¹⁹⁹.

Concluindo, os participantes do presente estudo demonstram estar engajados em várias atividades e papéis diferenciados em prol da comunidade onde vivem e envelhecem. Os achados deste estudo vão ao encontro de resultados semelhantes de outros trabalhos que demonstram que o desenvolvimento de atividades religiosas ou participações em atividades religiosas organizadas exercem efeitos benéficos sobre a saúde dos indivíduos, independente de sua filiação religiosa¹⁸⁹. Nestas atividades os idosos constroem um espaço com pessoas de sua geração, encontra satisfação, apoio para a prevenção/cura de doenças e diminuindo o estresse²⁰⁰. Vale ressaltar que as pessoas idosas fisicamente ativas e que

desenvolvem atividades produtivas na comunidade, reduzem o custo com medicamentos e assistência social, além de contribuírem para uma visão mais positiva do seu processo de envelhecimento²⁰¹.

Q 17 Que papel que desempenha nas outras atividades religiosas

Em relação ao papel desempenhado dentro das outras atividades religiosas, predominou entre os pesquisados a categoria de acompanhante/participante como ouvinte/assistente que se fez presente em 51,0% (n=280) da amostra; 25,0% (n=137) informaram desempenhar o papel de colaborador, ajudante e auxiliar. No que diz respeito ao papel que desempenha nas atividades, não foi detectada associação estatística significativa ($p > 0,05$) quando comparado com à faixa etária, indicando a existência de independência entre essas duas variáveis.

No entanto, chama atenção que a faixa de 40 a 59 anos apresentou percentuais relativamente elevados no desempenho das funções acompanhante/participante com ouvinte e assistente (44,6%), bem como no papel de evangelizador (49,2%), sugerindo que esta faixa etária está se mostrando mais inclinada a desempenhar estas funções.

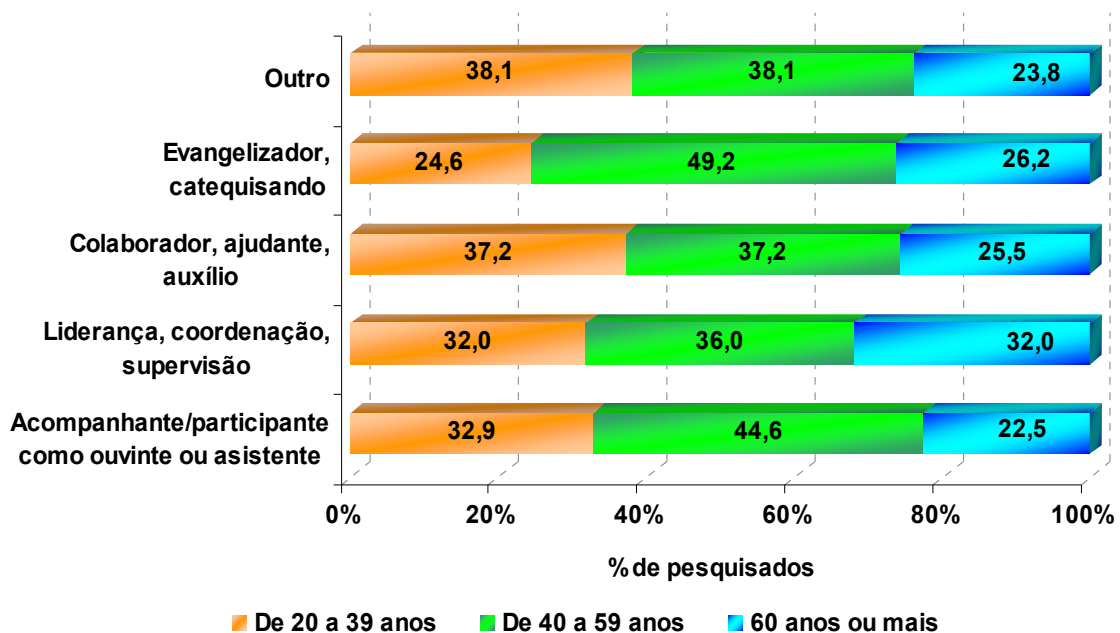


FIGURA 17: Distribuição relativa da descrição do papel que desempenha em atividades religiosas praticadas, segundo a faixa etária.

O termo atividade pode incluir atividades físicas e mentais, individuais ou grupais. Independente de qual seja, o trabalho amplia a integração social, facilita o reconhecimento e a colaboração. A possibilidade de participar gera um sentimento de bem-estar consigo mesmo, amplia a rede de amigos. Igualmente, abre novos espaços para o desenvolvimento de atividades que tornam a escolha por afinidade pessoal, interesses e condições de saúde de cada pessoa²⁰⁰.

No Brasil, os adultos jovens, em conjunto com as pastorais, grupos religiosos, CEBs e as paróquias, têm dedicado seu tempo livre com amor, força e fé, não medindo esforços e sacrifícios para auxiliar as pessoas adoentadas, ensinar profissão aos que não tem, realizar leituras aos que não sabem ler e ajudar a construir moradias aos pobres. Segundo Agnelo¹⁵¹, os adultos jovens são generosos e disponíveis para obras assistenciais caritativas. Levin et al²⁰² entrevistaram 2000 adultos afro-americanos sobre religiosidade organizacional (frequência, participação, atividades, prestação de serviços), concluindo que a prática religiosa organizada é um poderoso elemento para o bem-estar psicológico e importante para a saúde.

O compromisso no desempenho das atividades está pautado na responsabilidade, não no fazer, mas atribuindo significados, valores, ideais e tradições ao fazer. Este compromisso pode tomar formas diferenciadas, podendo estar na busca de atividades prazerosas no auxílio aos outros, ou ser dirigidos a causas sociais, pois somente assim pode-se experimentar o sentimento de significado²⁰³.

Igualmente o desempenho das atividades pode ter influências diretas da personalidade, idade, gênero, incapacidades, doenças, nível socioeconômico, estado civil, condições de moradia e de infraestrutura²⁰⁴. Cada pessoa tem um perfil para desempenhar certas atividades, portanto, cada um tem uma opção de escolha²⁰⁵.

Campos e Castro Junior²⁰⁶ demonstram, em seu estudo, que as idosas demonstram interesse em palestras sobre cuidados com a saúde e controle de doenças. O sexo masculino não participa destes encontros devido à preferência por atividades ligadas a sua profissão ou ocupacionais ligadas ao lazer e à interação social.

Importante salientar que as atividades com propósito solidário contribuem de forma favorável para a compreensão do significado da existência, redução do impacto do estresse sobre a saúde física e psicológica dos idosos²⁰⁷. Em contrapartida Thoits²⁰⁸ sugere que os idosos possuidores de um forte apoio social são mais capazes de lidar com as mudanças importantes de suas vidas e os que têm pouco ou nenhum apoio social podem ser mais vulneráveis às mudanças, principalmente as mais difíceis. Igualmente, a participação em atividades grupais possibilita estar integrado a uma rede social, onde pode contar com apoio de amigos, trocando sensações de afeto, sentindo-se amado e respeitado, vivenciando o sentimento de pertencer e desfrutar de bons momentos com outros de sua geração²⁰⁹.

Na busca pelo aprimoramento humano é importante abrir espaço para o desenvolvimento de atividades recreativas ou sociais, pois é uma medida geradora de qualidade de vida. Os resultados apontados neste trabalho demonstram que os pesquisados executam diferentes papéis dentro do bairro onde residem, respeitando suas condições físicas e intelectuais e a disponibilidade de tempo. Na compreensão de Moraes²¹⁰, é imprescindível o desenvolvimento e a participação de atividades voluntárias, oportunizando importante colaboração, engajamento e apoio social. Estas atividades são mediadas pelo sentimento de alegria e grau de realização pessoal na proporção direta da quantidade e da qualidade mantidas no processo de envelhecimento²¹¹. As atividades devem fazer parte da vida diária, incluindo a organização de vida familiar e do trabalho voluntário ou não, do lazer e do descanso, das atividades sociais, do colóquio e da religiosidade. Estes fazem parte da história, da personalidade e das experiências cristalizadas pelo passar do tempo²¹².

Q18 Que importância tem esta atividade para você

Considerando o grau de importância dado as outras atividades religiosas praticadas, 27,8% (n=156), relataram que as mesmas são gratificantes e necessárias para dar sentido à sua vida, 24,4% (n=137) estas atividades são importantes para o fortalecimento pessoal, da fé e da tolerância e 19,3% (n=108) as consideraram como sendo importantes para a obtenção da paz, felicidade, perdão e bem-estar.

A avaliação da importância da atividade desempenhada em relação à faixa etária, apontou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), mostrando que, os pesquisados de 60 anos ou mais tendem a associar-se com a importância referente à obtenção da paz, felicidade, perdão e bem-estar. Entre os de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com a importância referente a ser gratificante e necessário para dar sentido à vida, bem como com a sensação de ser útil e ajudar o próximo. Na faixa de 20 a 39 anos, a associação ocorreu com a importância referente a aquisição de conhecimentos para o progresso pessoal, bem como, com a categoria “outros” que envolveu respostas como: necessidade, compromisso com Deus, alcançar objetivos, união familiar, nenhuma importância, prática do bem ajuda a afastar o mal.

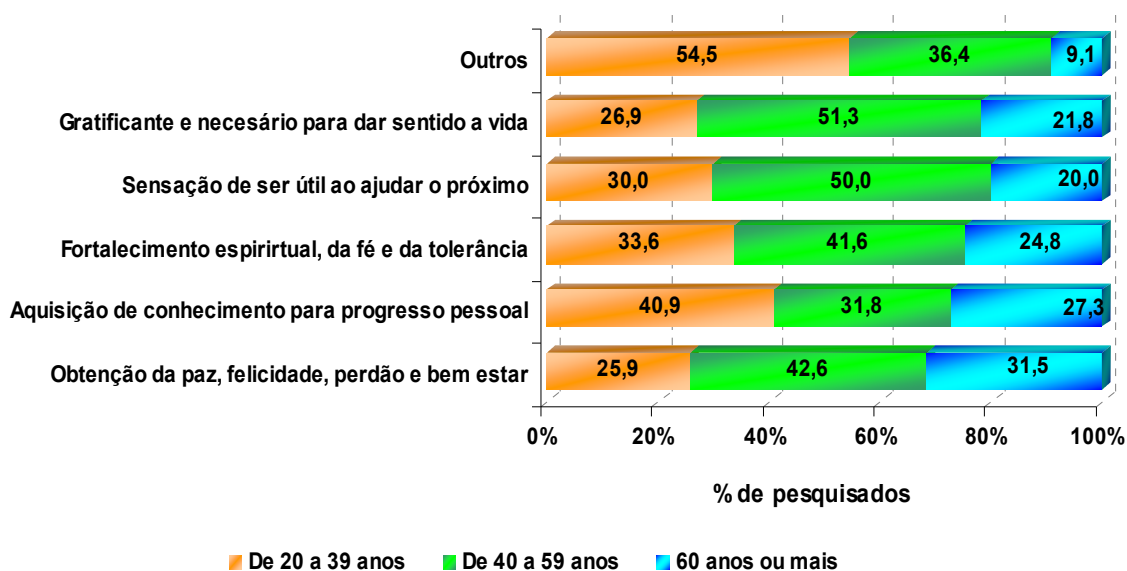


FIGURA 18: Distribuição relativa da importância do papel que desempenha em atividades religiosas praticadas, segundo a faixa etária.

Breslow²¹³ coloca a rede social como fundamental para a manutenção da saúde do ser humano. Na percepção de Neto²¹⁴, as atividades religiosas desenvolvem um sentido na vida, no envolvimento de forma mais plena com as pessoas, podendo as pessoas sentirem satisfeitas e diminuir seu stress. A prática de atividade religiosa regula as emoções frente a doenças, mudanças e circunstâncias alheias à vontade das pessoas²¹⁵.

As atividades religiosas trazem ao idoso, esperança nas relações sociais, no crescimento espiritual, no aprendizado sob vários aspectos, tranquilidade,

conformidade e aceitação de seu problema de saúde, da sua finitude e a confiança no amor incondicional de Deus²¹⁶.

Outro ponto que deve ser considerado no desenvolvimento das atividades religiosas, além da convivência social, é o estímulo que as mesmas oferecem ao pensar, o fazer, ao discutir buscando o aprendizado. São reforçados nesta convivência, o contato social e o sentimento de valor pessoal, do autoconceito e da auto-eficácia, facilitando à adaptação dos idosos as perdas^{200,217}.

A prática de atividades religiosas é benéfica especialmente em períodos de turbulência gerados por mudanças sociais e psicológicas estressantes decorrentes das condições impostas por patologias²¹⁸. Outros impactos benéficos da realização de atividades religiosas são: abandono do hábito de fumar e o acréscimo de sete a 14 anos na expectativa de vida, resultando em diminuição dos gastos hospitalares, medicamentos e exames diagnósticos^{219,220}. Na visão geral de Guimarães e Avezun¹⁴¹, o desenvolvimento de atividades assistenciais voluntárias, participações em congregações apresenta uma forte associação com a redução dos índices de mortalidade, promovendo suporte e significado existencial e despertar de emoções positivas.

Os achados do presente estudo demonstram que adultos jovens, adultos e idosos realizam atividades que propiciam o desenvolvimento de uma relação de respeito consigo mesmo, com os outros e com a natureza²²¹. Exercitando de alguma forma suas habilidades intelectuais, sentimentos, paixões e suas idéias, agindo e interagindo em prol da comunidade, o homem dignifica o seu cotidiano e a vida por inteiro²²².

Q 19 Com que frequência você reza em outros lugares que não seja templos, igrejas, sinagogas, centros espírita e mesquitas.

Quanto à frequência da oração/rezar em outros locais foi observado que 50,6% (n=1.073) do total da amostra informaram a prática desta atividade uma vez ao dia; 23,5% (n=499) informaram a prática desta atividade várias vezes por dia. Em relação à análise comparativa com a faixa etária, foi detectada a associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), indicando que a faixa etária de 60 anos ou mais se mostrou associada a realização da oração várias vezes ao dia.

A faixa etária de 40 a 59 anos apresentou associação com a frequência definida como a categoria outro, na qual foram citados diversos locais onde eventualmente reza (carro, andando, trabalho). Também apontou tendência de associação com a frequência menos de uma vez por mês. Na faixa etária de 20 a 39 anos, a associação ocorreu com a frequência de aproximadamente uma vez por mês, bem como, observou-se tendência de associação com a frequência de uma vez ao dia.

Vale salientar que a faixa etária de 40 a 59 anos, que se mostrou associada às baixas frequências com que reza em outros lugares, apresentou associações significativas com a participação semanal na prática da sua religião. Informaram também a prática de outras atividades religiosas com maior frequência (uma vez ao dia, toda semana, várias vezes por semana e até uma vez por mês). Realizar atividades, principalmente ligadas a estudos bíblicos, de evangelização (catequista, padre, ministros e pastores) e atividades de coordenação. Da mesma forma, desempenham papéis de evangelizadores, bem como de acompanhante/participante e como ouvinte ou assistente, atribuindo, a essas atividades, importância de ajudar ao próximo e considerando-as gratificantes e necessárias para dar sentido à vida. Ou seja, esta faixa etária foi a que apresentou participações mais intensas em atividades religiosas, sobrando, portanto, pouco tempo para rezar em outros locais além de seus núcleos religiosos.

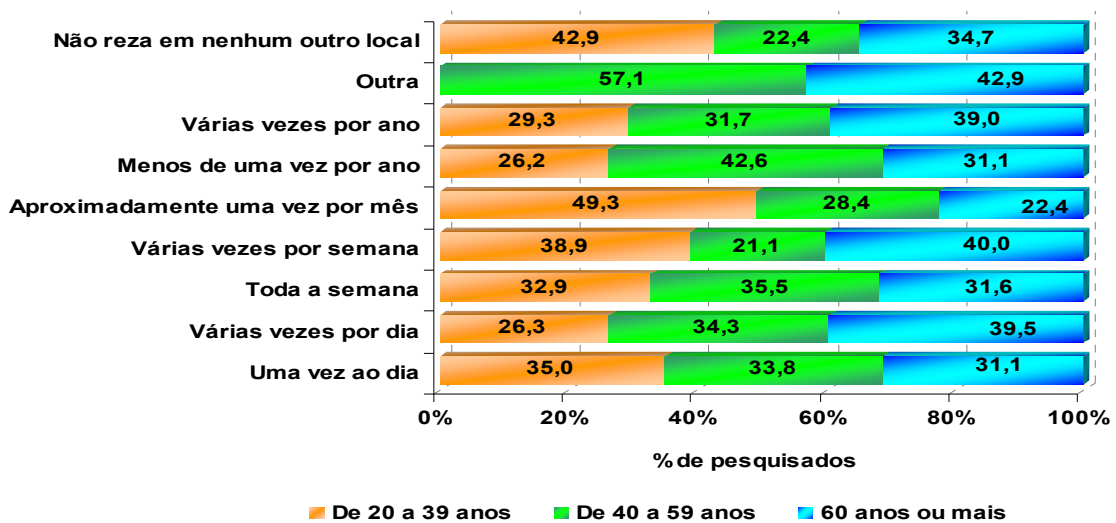


FIGURA 19: Distribuição relativa da frequência com que reza em outros lugares que não sejam igrejas, sinagogas, centros espíritas e mesquitas, segundo a faixa etária.

Para Campos ²²³ a oração pode ser uma continua expressão da estreita relação com o criador e reforçando esta idéia Puchalski²²⁴ afirma que orar/rezar é uma das formas individuais de expressar fé em Deus. Neste aspecto orar/rezar não tem receita pronta, não existe apenas um modelo, é como amar, cada um constrói seu estilo próprio²²⁵ e a maioria das pessoas rezam uma vez ao dia²²⁶.

Estudos realizados por Levin et al ²⁰² encontraram dados semelhantes onde apontam que a prece/oração feita diariamente é uma prática realizada por um maior contingente de pessoas do que das que freqüentam semanalmente serviços religiosos. A oração/prece é atividade religiosa mais exercida pelas pessoas idosas. O ato de orar/rezar segundo os autores é praticada mais pelo sexo feminino e que os afro-americanos rezam com mais frequência que os caucasianos.

Em 2001, em pesquisa envolvendo 11 nações europeias com participantes oriundos de diferentes países e culturas, de várias filiações religiosas, como católicos, protestantes e evangélicos os pesquisadores concluíram que a participação em atividades religiosas pode amenizar, retardar e evitar o surgimento da depressão²²⁷.

Maia²²⁸ aponta que nas reuniões de grupos realizadas semanalmente permitem que pessoas de várias religiões unam suas mãos em oração, objetivando fazer pedidos, agradecimentos pela sua existência e de familiares e preencher as necessidades espirituais.

Para os pesquisados, deste estudo o ato de orar/rezar é uma prática presente em sua vida, variando a periodicidade da mesma. Orar é a comunicação do homem com o Divino e orando busca-se Deus e dá-se novo sentido a existência, suportando com mais coragem situações de sofrimento, dor ou solidão²²⁹. O simples ato de orar provoca alívio das tensões, possibilitando que a mente tenha um outro enfoque, desviando o pensamento dos problemas e aflições^{230,231}. Neste sentido, Saad e Masiero⁶⁴ apontam que as pessoas que têm envolvimento religioso e praticam uma religião enfrentam situações de doença com mais tranquilidade e segurança.

Q 20 Como você reza

Quanto à forma de orar/rezar, predominou a posição deitada (antes ou depois de dormir) citada por 30,4% (n=644) dos pesquisados; 27,0% (n=571)

relataram rezar na posição sentada e 14,3% (n=304) informaram a posição ajoelhada. Considerando a análise comparativa com a faixa etária, o teste Qui-quadrado apontou associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), informando que pessoas de 60 anos ou mais se mostraram significativamente associadas com a oração feita na posição sentada com as mãos postas e tendência de associação com as posições sentado (a) e em pé com as mãos postas.

Na faixa etária de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com as posições: sentado, em pé e ajoelhada. Entre aqueles com idade entre 20 a 39 anos, associação ocorreu com a postura deitado, bem como tendência de associação com a categoria não reza. Ainda nesta última faixa etária, o resultado do teste apontou a NÃO associação com as demais posturas investigadas, sugerindo que os pesquisados de 20 a 39 anos ou rezam deitados, ou então não rezam.

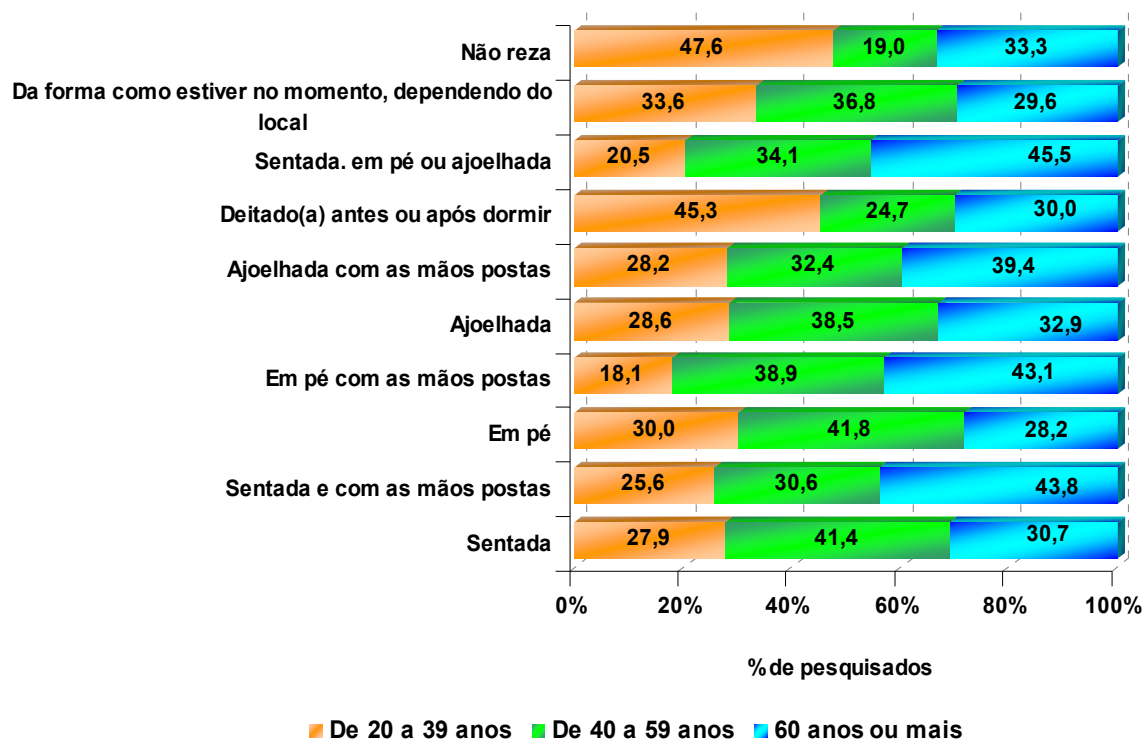


FIGURA 20: Distribuição relativa da posição que reza, segundo a faixa etária.

É na intimidade da oração, no silêncio interior que se pode descobrir um caminho luminoso e pleno, sendo considerada uma intervenção terapêutica eficaz e que pode beneficiar doentes e necessitados. É um ato realizado por todos os povos, independente da religião. A palavra *prece* origina-se do latim *prex*, *precis* que significa pedidos, súplicas, votos, desejos²³¹. O ato de orar/rezar é uma necessidade

básica e propulsora e que estão associados ao conforto, apoio e esperança desenvolvendo uma visão positiva e auxílio pessoal nas crises de depressão²³². Na realização deste ato cotidianamente vivenciamos a fé que nutre o corpo como um todo²³³. Através dela estabelecemos contato com a transcendência, proporcionando o alívio das tensões^{234,235}.

Segundo Sciadini²³⁶, os evangelhos da Bíblia Sagrada²³⁷ trazem algumas indicações sobre a importância das posições e seus significados. Sentada é a posição que proporciona o conforto e facilita ouvir as leituras, sacramentos e favorece a meditação. E a posição de quem gosta do que está ouvindo e sente satisfação em estar lá. Reflete a atitude do homem frente ao mestre, demonstrando atenção e acolhimento²³⁸.

A posição em pé ou chamada de orante demonstra atenção e respeito, consideração a quem está falando, indicando predisposição e obediência. A posição que demonstra o cristão em oração²³⁸. Caracteriza o homem como na passagem do Evangelho de Marcos²³⁹ 11,25: “quando puserdes de pé para orar, se tendes alguma coisa contra alguém, perdoai-lhe, para que também vosso Pai que está no céu vos perdoe as vossas ofensas”. Outra referência encontrada em Apocalipse²⁴⁰ 7,9: “de pé, diante do Cordeiro que é Jesus”.

A posição de joelhos na antiguidade era assumida para orar em casa ou nas orações individuais. Com o passar do tempo, adotou-se esta posição para cumprir penitência, e na atualidade fica-se de joelhos diante do Santíssimo Sacramento, na consagração do pão e do vinho nos ritos católicos e, especialmente, em sinal de adoração a Deus. A Epístola de São Paulo aos Filipenses²⁴¹ 2,10 ressalta “ao nome de Jesus, se dobre de joelhos, no céu, na terra e debaixo da terra”.

A posição inclinada sinaliza um grande respeito. Utilizada como forma de adoração durante o Santíssimo Sacramento. As pessoas religiosas inclinam a cabeça para receber bênçãos solenes²³⁸.

A genuflexão é um sinal feito quando se entra e se sai de igrejas e templos. É um gesto de amor a Jesus na eucaristia ou frente ao crucifixo na sexta-feira Santa, em respeito ao ato que Jesus fez para nos salvar²³⁸.

As mãos levantadas denotam um pedido em forma de súplica dos que rezam. Significa pedido e entrega. Segundo a²⁴² 1ª Epístola de São Paulo a Timóteo

(1Tm 2,8), “quero, pois, que os homens orem em qualquer lugar, levantando as mãos ao céu, as mãos puras sem ira e sem contendas”.

Mãos juntas demonstram recolhimento, um momento de busca e encontro com Deus, envolvendo os sentimentos de fé, súplica, confiança e entrega da vida. Esta posição denota profunda piedade e respeito²³⁸.

É imprescindível compreender que não existe uma posição obrigatória para elevar nossos pensamentos e pedidos a Deus. Importa ao invés sabermos que oração/prece é a fonte primordial de salvação, o meio de conseguir a imortalidade da alma. É um diálogo especial entre o ser humano e o criador, um momento de encontro com o seu Deus, compreendendo a imortalidade da alma, o sentido de sua vida, a finalidade de seu sofrimento ou solidão²⁴³.

A oração é um momento que exige tempo para exercitá-la, sem pressa, com respeito e atenção, ou no silêncio, evitando interrupções, vivenciando uma experiência única, imediata e infalível, sentindo com o coração a presença do Divino. É uma experiência religiosa que desperta nas pessoas sentimentos de paz, alegria, conectando o ser a algo que transcende a razão e a inteligência humana, oferecendo um abrigo seguro em dias de tormenta²⁴⁴. Neste ato, a mente direciona-se para um único objetivo, modificando nosso pensamento e alterando situações cotidianas e conflituosas, obtendo a paz²²³.

Q 21 Elementos em que tem fé ou acredita

Para 47,3% (n=1.014) dos pesquisados houve predomínio da crença na Bíblia; 20,4% (n=438) crença em imagens de santos. Também observou-se que, 10,1% (n=216) relataram ter fé em Deus, Jesus e outros santos. Para análise comparativa em relação à faixa etária, foi detectada associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), sendo que na faixa de 60 anos ou mais a associação se deu com as imagens de santos e com a composição da bíblia, rosário, imagens ou figuras de santos.

Entre aqueles com idade de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com a crença na Bíblia e tendência de associação com a composição bíblia, imagens e amuletos. Na faixa etária dos 20 aos 39 anos, foi observada associação com amuletos, imagens de santos e com a categoria “não acreditam em nada”. Ainda em relação ao tópico elementos em que acredita ou tem fé, chama atenção o quanto a

faixa etária de 20 a 39 anos se mostrou não associada de forma significativa às categorias bíblia e rosário.

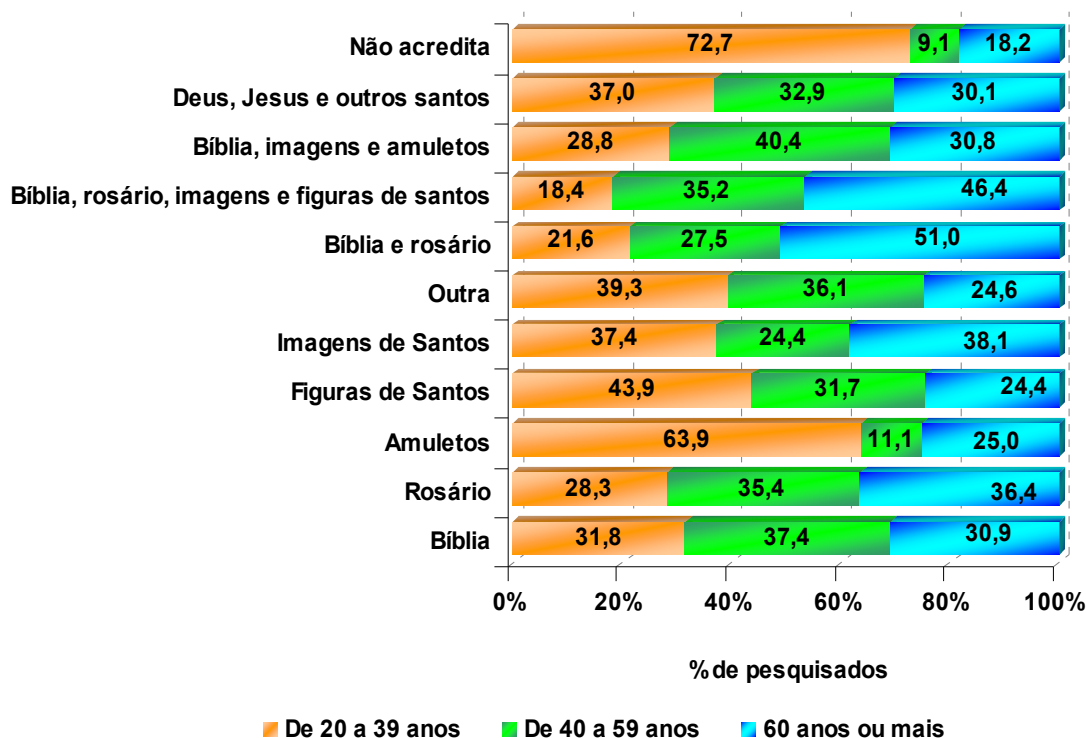


FIGURA 21: Distribuição relativa das coisas que acredita ou tem fé, segundo a faixa etária.

O homem é um ser religioso e desde tempos imemoriais os símbolos sagrados ocupam um espaço de imenso valor na vida humana. Acreditar e confiar nesses símbolos independe de serem concretos ou subjetivos, pois, transitam entre o racional e o irracional, a razão e a emoção, a matéria e a memória, o natural e o sobrenatural, o alívio e a dor, a vida e a morte¹³². Tê-los por perto em situações estressantes permite uma experiência divina, onde os mesmos desempenham um papel de relevância. Representa o sobrenatural capaz de resolver o que a ciência não consegue, fornecendo garantias que se a ciência falhar há um “ser divino”, “uma força poderosa”, “uma entidade” que poderá fazê-lo²⁴⁵. Os símbolos demonstram a existência de Deus na psique humana e possibilita o homem conectar-se com o divino²⁴⁶.

Os símbolos podem ser conceituados como formas estruturadas e representativas dos sentimentos, das crenças ou de ações que não podem ser expressas por palavras, mas encontram-se presentes na vida de todos os seres humanos que e nelas acreditam. A Bíblia, um livro cultuado por muitos, traz ensinamentos e a possibilidade de o homem descobrir-se, mudar o rumo de sua vida

e conhecer-se melhor²⁴⁷. Ler/estudar a Bíblia amplia a oportunidade de estudar a si próprio, analisando as possibilidades de um jeito único e pessoal, descobrindo potencialidades dentro das particularidades individuais²⁴⁸.

Na busca de respostas aos anseios, sonhos e esperanças, as pessoas criam os símbolos necessários a orientação e ordenação do mundo em que vivem, e, especialmente em momentos difíceis da existência a experiência religiosa se manifesta em toda a sua plenitude demonstrada com uma relação de proximidade com o sagrado²⁴⁹.

O homem precisa acreditar, precisa ter fé, mesmo que seja em algo abstrato ou concreto. O sentimento de ter fé amplia a confiança e auxilia na estabilidade de nossas emoções, permitindo a sensação da calma, clareando sentimentos, aumentando conhecimentos e possibilitando alcançar os objetivos. A fé religiosa permite um diálogo com o criador, semeando no âmago confiança, dando forças e apoio além de nosso corpo físico²⁵⁰.

Pesquisa realizada por Batista¹³² mostrou que os objetos sagrados representam um símbolo de amparo transcendental, possibilitando a comunicação com o Criador, nos fortalecendo, proporcionando alegria, segurança e diminuindo a ansiedade. Nesta linha de raciocínio, os símbolos religiosos são fontes de manifestação terrena do sagrado. Os ornamentos religiosos, terços/rosários, santos, panfletos religiosos e a bíblia, são fontes não verbais que indicam possíveis necessidades espirituais/ religiosas que demonstram fé e devem ser valorizadas^{251,252}.

Os objetos sagrados são legitimados pela sociedade, e possuem uma magia não perceptível, mas que alimenta a alma²⁵³. Enfim, toda a religião procura compreender o mundo através de símbolos que, articulados entre si, revelam e constroem a realidade, estabelecendo uma relação de fé no invisível, que liga o homem ao transcendente²⁵⁴. A fé se baseia em crer, proporcionando um diálogo entre o ser humano e o divino, recebendo forças e apoio além do corpo físico. Acreditar confere confiança e estabilidade, proporcionando calma. Amplia a capacidade de determinação em busca de objetivos²⁵⁵.

Soares et al²⁵⁶ demonstram que a estimulação do uso de objetos/amuletos ou a realização de atividades como leituras ou músicas religiosas são apontadas

como suporte e estímulo na busca da fé, tendo a finalidade de propiciar às pessoas doentes um nível de bem-estar espiritual.

Acompanhando estas reflexões, os símbolos são impregnados de significados, necessários e importantes ao homem religioso. Estiveram e estão presentes não somente na trajetória religiosa, mas na evolução da humanidade, exercendo um papel de representação dos ideais de explicação de fatos que fogem a compreensão e das coisas invisíveis aos olhos. Utilizando estes símbolos e participando de suas manifestações divinas, as pessoas são despertadas a fé que “fundamenta todas as coisas que se esperam e a prova das coisas que não se vê”²⁵⁷. Os seres humanos expressam a sua espiritualidade de várias maneiras, religiosas ou não religiosas utilizando metáforas e símbolos, rituais, poesia, arte e música. Esta linguagem verbal ou não verbal rica em simbolismos diferencia-se dependendo da cultura. É uma forma simbólica de entendimento do mundo, um portal que se atravessa para entender melhor a realidade espiritual²⁵⁸. O símbolo possui “um significado e um objetivo transcendentem e que se expressam por meio de imagens”²⁵⁹. Descortina-se para o homem religioso a compreensão da vida como um bem supremo e sua essência espiritual. Desperta o sentimento religioso que pode ser definido como a mais completa e intrigante essência do coração humano, onde residem as respostas a todas as inquietações e aspirações, sonhos e entusiasmos, alegrias e indagações mais profundas sobre a vida, o além, o universo e, principalmente, quem somos nós²⁶⁰.

Q 22 Frequência com que ouve ou assiste programas religiosos no rádio ou na televisão

Observa-se em relação ao ouvir e assistir programas religiosos no rádio ou na televisão que 30,4% (n=637) dos entrevistados afirmam não ter esta prática, enquanto que, 18,3% (n=386) informaram ouvir ou ver uma vez ao dia e 18,4% (n=387) relataram realizar esta prática toda semana.

Quanto à análise comparativa com as faixas etárias, verificou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), demonstrando que os pesquisados com 60 anos ou mais se mostraram associados à prática de assistir programas religiosos no rádio ou televisão uma vez ao dia, várias vezes ao dia e toda a semana. Na faixa de 40 a 59 anos a associação ocorreu com várias vezes por semana, várias vezes ao ano e também com a categoria outras frequências, não citando quais eram as

frequências adotadas. Na faixa de 20 a 39 anos, foi observado associação significativa com as frequências aproximadamente uma vez por mês, menos de uma vez por ano e, principalmente, com a categoria não tem hábito desta prática.

Considerando o resultado do coeficiente de contingência (cc), o grau de associação se mostrou estatisticamente significativo e de grau regular (cc=0,396; p<0,001), indicando que quanto maior a faixa etária, maior também é a frequência que os pesquisados ouvem/assistem programas religiosos no rádio ou televisão. A mesma conclusão foi evidenciada pelo coeficiente de correlação de *Spearman* (r=0,310; p<0,001).

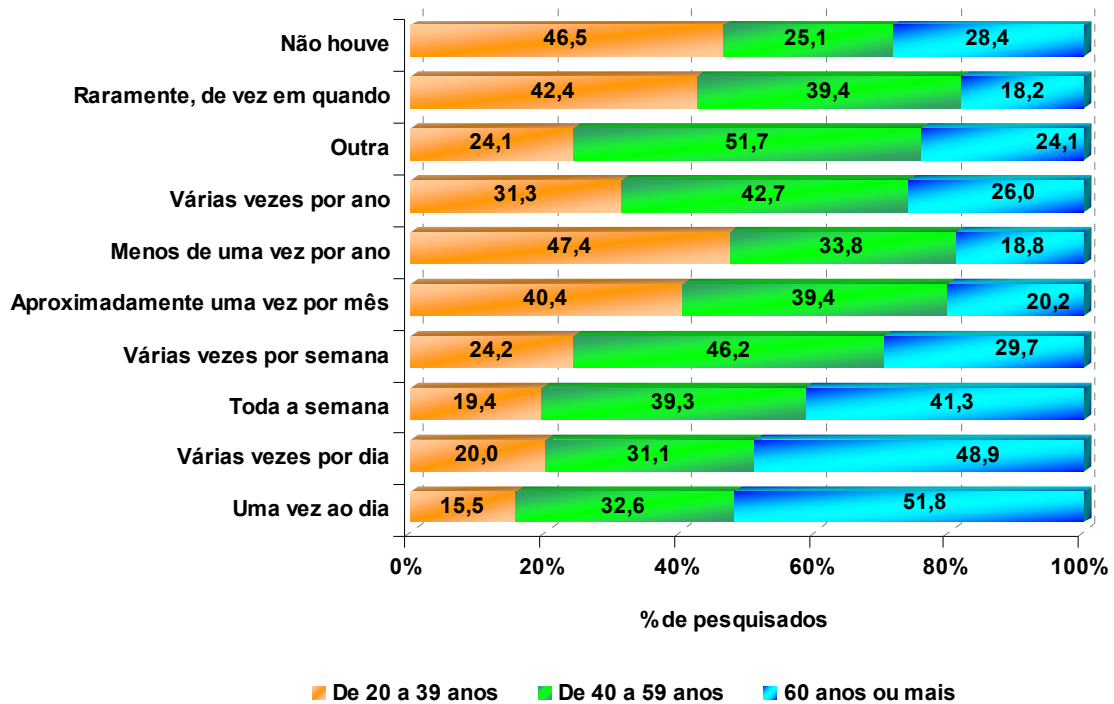


FIGURA 22: Distribuição relativa da frequência com que assiste ou ouve programas religiosos, segundo a faixa etária.

A pesquisa realizada por Goldstein e Néri¹⁸⁵, com 173 adultos voluntários, 52% dos pesquisados informaram não assistir a programas religiosos na TV ou pelo rádio. Dados semelhantes foram encontrados neste estudo, pode-se inferir que um dos motivos é que a religiosidade social não é tão presente nos meios de comunicação do Município de Chapecó.

Q 23 Frequência com que lê a Bíblia, Alcorão, Evangelho segundo o Espiritismo, Tora e outras obras literárias ou espirituais.

Quanto à frequência de leituras de textos de cunhos religiosos, 19,5%(n=419) dos pesquisados informaram ter este costume, 16,1% (n=345) informaram uma frequência de leitura uma vez por mês, 13,0% (n=278) relataram a frequência de uma vez ao dia.

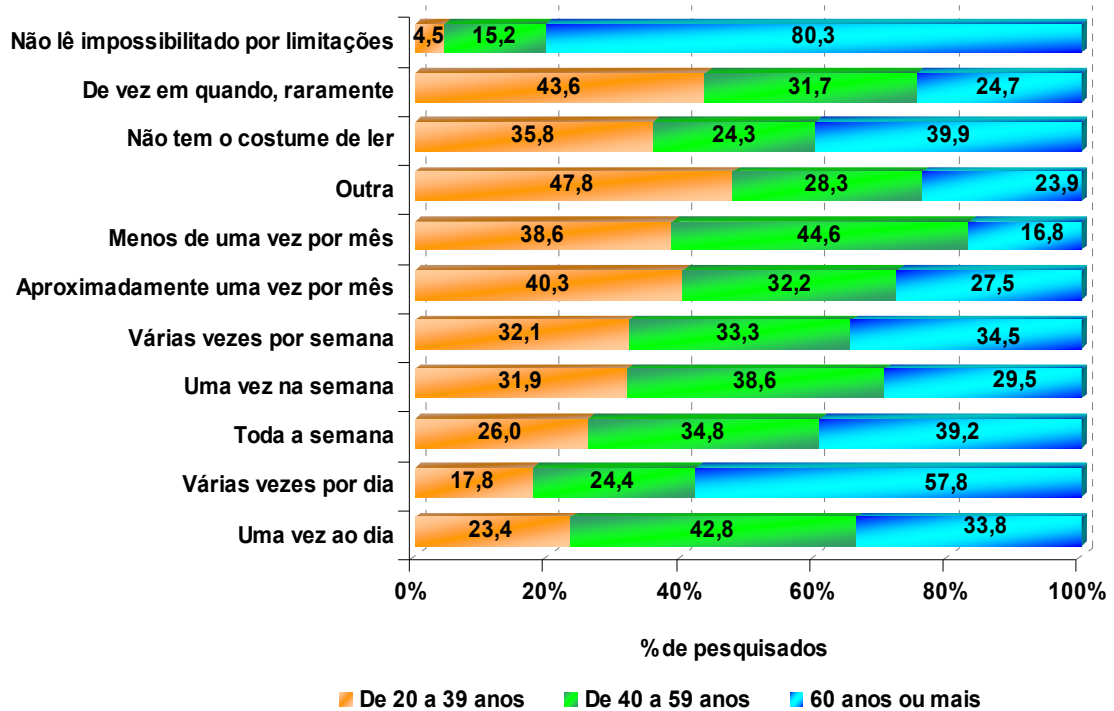


FIGURA 23: Distribuição relativa da frequência com que lê a Bíblia, Tora, Alcorão, Evangelho segundo o espiritismo ou outras obras religiosas ou espirituais, segundo a faixa etária.

Comparando as frequências em relação a faixa etária, observou associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A faixa de 60 anos ou mais apresentou associação com as frequências várias vezes por dia e toda a semana, bem como com as categorias não tenho o costume de ler e, principalmente, com a categoria não lê impossibilitado por limitações. Com a faixa etária de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com as frequências uma vez ao dia e menos de uma vez por mês. Em relação à faixa de 20 a 39 anos, a associação se mostrou relevante com as frequências de aproximadamente uma vez por mês, de vez em quando ou raramente. Também com esta faixa etária observou-se associação com a categoria que se refere as outras frequências, sendo que as mesmas não foram citadas.

Considerado, também, o coeficiente de correlação de Spearman, não foi detectado correlação estatisticamente significativa ($r = 0,109$; $p = 0,289$), indicando que não foi possível estabelecer uma relação entre a idade e a frequência com que as

obras são lidas. Fato compreensível, pois a faixa etária de 60 anos ou mais não lê em função de limitações e/ou por falta de costume e a faixa etária de 20 a 39 anos raramente lê.

Independente de qual seja a religião, todas as religiões dispõem de várias bibliografias repletas de preces, poemas e canções de louvor para expressarem sentimentos de amor e gratidão²⁶¹. Escritos sagrados espalhados pelo mundo inteiro como Torá, a Bíblia Hebraica, o Novo Testamento Cristão, contém mensagens de esperança, fé e de proteção à saúde dos fiéis. Vários destes escritos sinalizam medidas que impedem a doença, previnem os estados de invalidez ou promovem a cura²⁶². De acordo com Newport²⁶³ nos Estados Unidos, 77% dos americanos acreditam que a Bíblia seja o livro sagrado da palavra verdadeira de Deus e 49% acreditam que ela foi inspirada por Deus. O autor salienta que as pessoas idosas, com menor nível de escolaridade e os sulistas demonstram acreditar na origem sagrada da Bíblia²⁶².

Goldstein e Néri¹⁸⁵ analisaram as respostas de 173 voluntários sobre suas práticas religiosas de natureza privada, demonstrando que metade do grupo dedica-se a prática de leituras religiosas (livros, textos) de vez em quando, 25% afirmam ler todos os dias; 15,6% nunca realizam leituras e 8,1% a fazem uma ou mais vezes por semana. Pesquisa com 70 idosas diabéticas afro-americanas descreve que práticas religiosas como ler a Bíblia e conversar com Deus foram citadas como formas de diminuir o estresse relacionados à restrição alimentar (dieta) ou da vida pessoal²⁶⁴.

Zenevicz¹³³, em pesquisa com 40 adultos docentes de uma universidade de Chapecó-SC, esses descrevem o hábito de realizar leituras de textos religiosos ou espíritas. A autora aponta que 15 (37,5%) dos participantes não leem ou fazem esporadicamente ou não o fazem; 10(25%) leem uma vez na semana; 08(20%) leem uma vez ao dia e 07(17,5%) realizam essas leituras uma vez no mês. Estudo realizado por Koenig et al²⁶⁵ com idosos em *Illinois-EU* esclarece que preces/orações e a prática de leituras religiosas, independente de filiações religiosas, estão associadas a ter ânimo, a sentirem-se menos sozinhos, desenvolvendo melhor a capacidade de lidar com eventos geradores de tensão. Com relação a rituais de oração ou leituras de orações ou orações memorizadas, 19% dos americanos os realizam. Nas relações entre alcoolismo e práticas religiosas, ²⁵⁶ observaram que as pessoas que frequentavam a igreja regularmente,

orando ou realizando leituras da bíblia, apresentavam um menor índice de alcoolismo²⁶⁶.

Em estudo populacional desenvolvido em Juiz de Fora - MG com 500 idosos com idades entre 60 e 103 anos, 25% informaram ter o hábito de realizar leituras religiosas¹³⁴. Pesquisa realizada em Unidade de Terapia Intensiva aponta que os pacientes buscam conforto espiritual nas orações e leituras que realizam sozinhos²⁶⁷.

Este trabalho demonstra que 80,3% dos idosos romperam com o hábito de leitura devido a problemas de saúde. Os adultos cultivam o hábito de ler e os adultos jovens referem não ler ou não ter o hábito da leitura de textos religiosos. Segundo a OPAS¹¹⁶, esta realidade é devido a que 19% dos jovens terminam o ensino básico com deficiências no desempenho das habilidades na área de leitura e matemática. Apesar destes resultados, vale ressaltar que as leituras proporcionam um crescimento espiritual, e as pessoas que fazem leituras religiosas possuem fé em algo que transcende o tempo e o espaço, um Ser Superior. O cultivo de leituras religiosas fortalece o relacionamento com um ser divino, a quem se pode recorrer frente às crises existenciais, buscando conforto e proteção, ajudam a combater a solidão e a depressão, auxiliando no restabelecimento do equilíbrio emocional. Quem lê compartilha com mais facilidade suas vivências espirituais, enriquecendo a comunicação profissional/paciente²⁴³. Atendimentos individualizados utilizando orações e leituras da Bíblia, enfatizando o amor, valorizando Deus, a sua vida e seus valores, podem ajudar as pessoas de maneira geral a responder de forma mais efetiva expressando suas ansiedades verbalmente e lidando de forma mais equilibrada com sentimentos e emoções internas²⁶⁸.

Q 27 Por que você reza

Considerando o total da amostra, verificou-se que 38,3% (n=823) dos pesquisados apontam que rezam para agradecer; 20,6% (n=444) rezam para fortalecimento pessoal e 20,7% (n=445) rezam para pedir bênção em caso de problemas.

Na análise comparativa com a faixa etária, o teste Qui-quadrado apontou associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), de forma que os pesquisados de 60 anos ou mais se mostraram significativamente associados ao motivo melhora de

saúde e a remissão dos pecados; os de 40 a 59 anos se mostraram associados ao motivo agradecimento. Entre os pesquisados da faixa etária de 20 aos 39 anos, houve associação com os motivos referentes ao fortalecimento pessoal, pedido de uma bênção em caso de problemas, bem como tendência de associação com a categoria não reza.

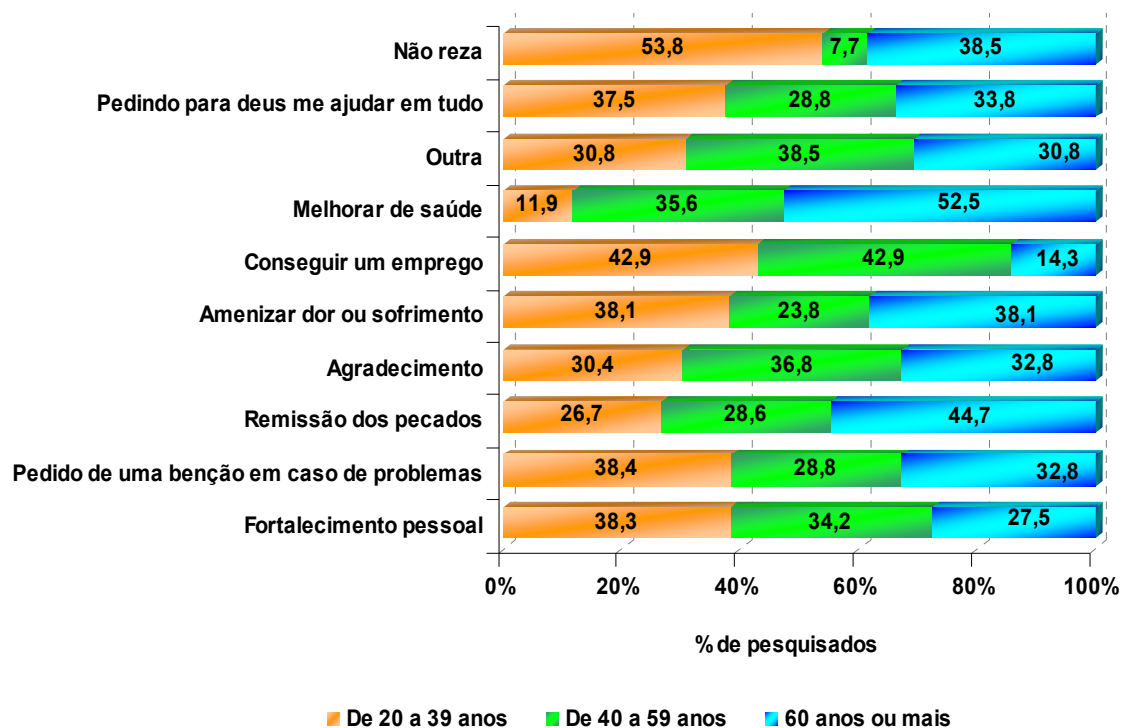


FIGURA 24: Distribuição relativa dos motivos pelos quais reza, segundo a faixa etária.

No exercício da prece, independente de filiação religiosa, florescem emoções e abrangem sentimentos saudáveis, como paz, alegria, confiança e amor²⁶¹. A prece é benéfica nas crises e assuntos pessoais. As pessoas rezam para a resolução de crises/assuntos pessoais, nas dificuldades financeiras, na compensação de perdas ou na busca da cura²²⁶. A oração liga os seres terrenos com a espiritualidade Maior, Deus, o Universo, fortalecendo-nos, trazendo benefícios para melhoria da saúde, maiores possibilidades de sucesso em empreendimentos ou mesmo a cura de doenças¹⁴³.

A oração deve ser simples e curta, buscando traduzir o amor de quem reza para Deus ou a força superior em que acredita, pedindo paz, conforto e força para

auxiliar no processo de doença, sabedoria e habilidade para o médico na realização do tratamento ou da cirurgia²¹⁵. Dados provenientes de pesquisa com 421 parisienses religiosos de Massachusetts revelaram que 91% acreditam que a fé e crenças religiosas ajudam na manutenção da saúde e no bem-estar. As preces e a fé auxiliam na manutenção da saúde física, o que demonstra que a dimensão espiritual influencia de forma direta na saúde global²⁶⁹.

Em sua pesquisa Goldstein e Néri¹⁸⁵ com 173 idosos voluntários, apontam o ato de orar como a prática mais importante e que no ato de orar os mais importantes objetivos é pedir perdão (80,3%), pedir ajuda (63,6%), pedir proteção (61,3%) em situações de dificuldade e em agradecimento (39,3%). Segundo os autores, para 91,3% dos participantes a prece um mecanismo importante para lidar com o estresse, e 86,7% é importante para sua realização pessoal. A oração a Deus diminui a solidão para 87,3% e 68,2% apontam a fé como uma influência benéfica em suas vidas, e 95,3% rezam porque buscam apoio em Deus em situações difíceis.

Koenig²⁷⁰ aponta que nove entre 10 americanos têm o hábito de rezar; 84% oram em forma de conversa com Deus; 52% oram de forma silenciosa num diálogo com Deus; 42% oram pedindo algo a Deus. Evidências demonstram que as pessoas tornam-se mais religiosas quando estão acometidas por doença, situação em que a reza é utilizada para diminuir o estresse psicológico e auxiliar a adaptação a situações de dor, sofrimento ou morte. Independente das crenças religiosas existe um senso comum na crença da presença de uma divindade superior que ampara, guarda, protege, trazendo benefícios através do ato de rezar²²⁸. Estas sensações trazem um sentido para a existência provendo, pelos meios espirituais, a esperança e o amor²⁷¹.

Olhando o cenário acima descrito, pode-se concluir que rezar proporciona uma série de benefícios à saúde, evidenciado pelos trabalhos realizados pelos autores já citados. Independente da religião que professada orar/rezar, é uma forma pessoal de conversar com Deus, de acreditar em algo que nos fortalece e ampara. As crenças e a prece podem regular emoções frente a situações graves de doença, auxiliando na adaptação e nas mudanças que estão fora do domínio da pessoa²⁷². Este relacionamento influencia a forma como cada um se relaciona e lida com as situações adversas. As preces/orações podem ser de agradecimento ou súplica, feitas em silêncio ou não, com o coração alegre ou pesaroso. É uma experiência que

nos enaltece, pois de qualquer maneira há necessidade de agradecer a Deus por tudo, pela “possibilidade de aprendizado nesta jornada de seres espirituais numa jornada terrena”²⁷³.

5.3 A IMPORTÂNCIA DA DIMENSÃO ESPIRITUAL PARA OS INDIVÍDUOS

Q 7 Você já teve alguma experiência que o tenha convencido da existência de Deus

Em relação a ter alguma experiência sobre a existência de Deus, 67,0% (n=1.444) responderam que sim e 15,7% (n=339) informaram não ter vivenciado esta experiência. E 17,3% não responderam esta questão. Referente a análise comparativa com a faixa etária, foi detectado associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), apontando que os pesquisados com 60 anos ou mais se mostraram associados a não saber se esta experiência ocorreu; os de 40 a 59 anos indicaram tendência de associação com a afirmação de terem vivenciado alguma experiência e também com a dúvida (talvez). Na faixa etária de 20 a 39 anos, associação ocorreu com a negação da vivência desta experiência.

Deve-se estar atento para o fato de que os pesquisados com 60 anos ou mais, apesar de se mostrarem associados a não saberem sobre experiência que os tenham convencido da existência de Deus, também se mostraram significativamente NÃO associados à negação desta experiência, ou seja, não confirmam a experiência, mas, também, não negam que ela tenha existido. Quanto à faixa etária de 20 a 39 anos, pode-se observar que os pesquisados não cogitam de forma significativa, as respostas “sim”, “talvez” e “não sei”, se mostrando enfáticos para a negação da experiência convincente da existência de Deus.

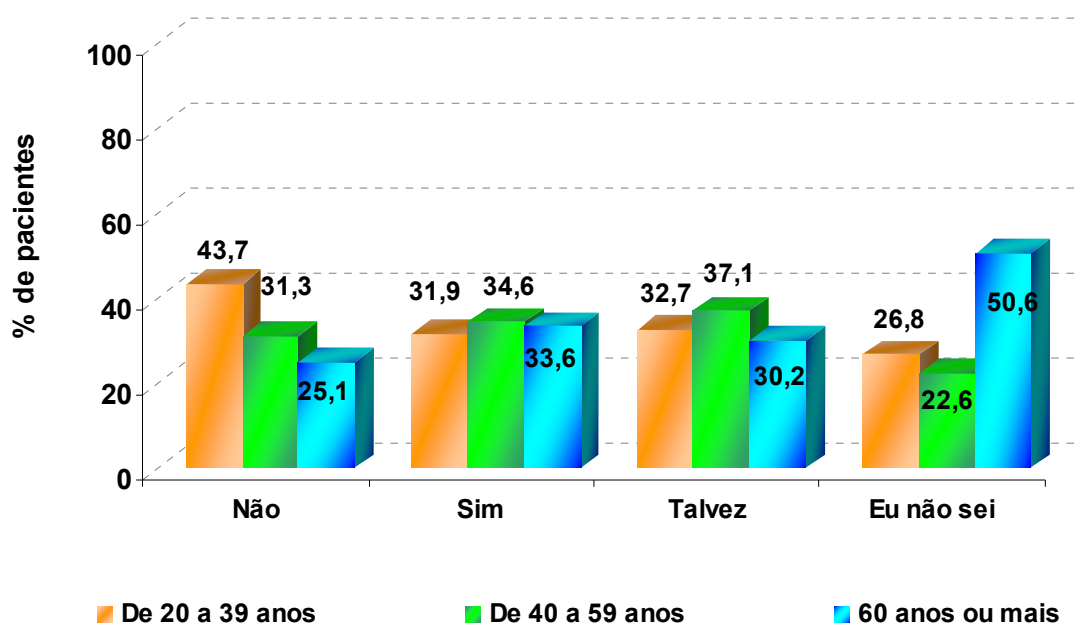


FIGURA 25: Distribuição relativa sobre a existência de alguma experiência que o tenha convencido da experiência de Deus, segundo a faixa etária

Avaliando de forma mais detalhada a faixa etária acima de 60 anos, subdividida nas idades de 60 a 69, de 70 a 79 e acima de 80 anos, na busca de um melhor entendimento sobre as informações prestadas por estes pesquisados, evidenciou-se que, os pesquisados de 60 a 69 anos, mostraram-se associados a resposta “Eu não sei”. O grupo com idade de 70 a 79 anos, apresentaram associação significativa com a resposta “Eu não sei” e tendência de associação com a afirmativa de alguma experiência que o tenha convencido da existência de Deus. Já entre os pesquisados com idade acima de 80 anos, a associação significativa ocorreu com a resposta “Sim”, confirmando a experiência. De acordo com o resultado do teste Qui-quadrado, as associações citadas se mostraram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Desta forma, considerando a resposta afirmativa a respeito da experiência sobre a existência de Deus, pode-se observar pela figura 26 que à medida que aumentam as idades cresce a proporção de pesquisados que acredita já ter vivenciado esta experiência.

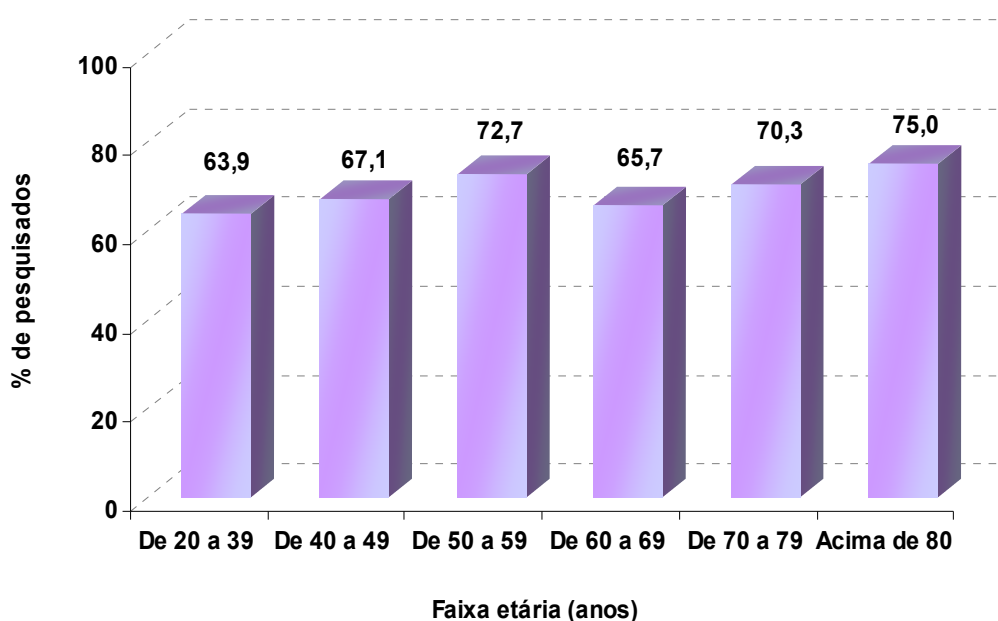


FIGURA 26: Distribuição relativa, obtida sobre o total de pesquisados de cada faixa etária, para a resposta afirmativa da existência de alguma experiência que o tenha convencido da experiência de Deus, segundo a faixa etária.

Neste sentido, Deus não é algo criado, mas é escolhido. Deus não é algo físico, mas é uma realidade psíquica, é algo presente dentro de cada um²⁷⁴. Deus é um ser poderoso que rege a vida e a morte, a saúde e a doença dos seres sobre a face da terra²⁷⁵. Deus não aparece no mundo como um fenômeno e se por ventura isto acontecesse seria objeto de análise da ciência²⁷⁶. Santo Agostinho em seu sermão²⁷⁷ elucida que “por mais altos que sejam os vãos do pensamento, Deus está ainda para além. Se compreenderes, não é Deus. Se imaginaste compreender, compreendeste não é Deus, mas apenas uma representação de Deus. Se tens a impressão de tê-lo quase compreendido, então fostes enganados por tua própria reflexão”²³⁷.

Apesar dos progressos científicos e tecnológicos e dos esforços empreendidos está ainda distante a obtenção de uma prova da existência ou a inexistência de Deus. Mas dentro do coração, temos a certeza da existência de uma criatura amorosa, que a tudo e a todos criou e quando necessitamos vem ao nosso encontro para nos auxiliar e proteger como um pai. Jung²⁷⁴ destaca com sabedoria, “invocado ou não, Deus se faz presente”. Pode-se observar a presença de Deus na imensidão do mar, nas matizes do arco-íris, no desabrochar das flores, no canto alegre dos pássaros, no infinito do céu, no orvalho, na chuva e presente do

nascimento e no mistério da morte de todos os seres vivos. Deus é tudo isto, enfim, é a vida!

Em concordância as pesquisas demográficas apontam que 99% dos adultos brasileiros e 95% dos adultos americanos acreditam em Deus^{278,279}. Em 14 países da Europa, na Argentina e no Brasil, pesquisa mostra que: 95,3% dos brasileiros acreditam em Deus, 71% dos europeus acreditam na sua existência, 90% dos portugueses responderam afirmativamente e 74% dos argentinos acreditam em Deus. Na definição de Deus, 65,7% dos pesquisados relatam que Deus é amor, 59,9% um ser presente na natureza. Outras definições também são utilizadas pelos pesquisados como ser supremo, o ar, um ser justo, aquele nos dá o livre arbítrio, um ser que existe dentro de nós e uma força impessoal¹³¹.

Em estudo realizado com adultos docentes de uma universidade na Cidade de Chapecó SC, Zenevich¹³³ aponta sobre sentir a proximidade ou presença de Deus, 72,5% dos docentes afirmam senti-lo muito próximo, 25% relativamente próximo e 2,5% não acreditam que Deus exista.

Willits e Crider¹⁹⁰, em Estudo realizado na Pensilvânia, com 1400 habitantes de meia idade, apontam que Deus é alguém que conhece cada pessoa e seus pensamentos, tem o poder de controlar e auxiliar na resolução dos problemas, e uma força poderosa que cuida de cada um. Em pesquisa realizada nos Estados Unidos com a população geral demonstrou que 95% das pessoas acreditam em Deus²⁸⁰.

O Instituto Gallup nos Estados Unidos em 2006 constatou que 73% dos americanos acreditam em Deus; 19% relatam que Deus existe provavelmente; 3% não acreditam na existência de Deus e 4% mostram-se incertos sobre a sua existência ou não. Os autores chamam a atenção que os adultos jovens entre 18 a 29 anos apontam uma maior probabilidade de acreditar na sua existência ou na sua provável existência²⁸¹.

Facure²⁸² sugere que a experiência espiritual é uma realidade que inclui experiências diárias realizadas entre a pessoa e o divino ou em situações drásticas, imprevisíveis, que seguem a um fator psíquico marcante. O autor aponta também relatos de experiência de quase morte (*near death*) e projeções fora do corpo, transitando consciente por outros planos espirituais vivenciando a dimensão

espiritual. Segundo o autor²⁸², no Brasil, a experiência que mais se destaca é a mediunidade, em que ocorre a comunicação com as pessoas que já partiram.

As descobertas deste estudo evidenciam que 67% das pessoas entrevistadas responderam já terem vivenciado uma experiência que atesta a existência de Deus. A partir das leituras observa-se que espiritualidade convive cotidianamente e dirige os passos da vida e se estruturam nas práticas religiosas, nas crenças que professamos e nas experiências revelando que somos imortais e o divino habita dentro de nós. Estas vivências tornam-se mais expressivas no processo de viver envelhecendo, pois acreditamos mais na existência de Deus, tornando-se uma questão imprescindível frente as perdas inerentes a este processo. As experiências místicas exercem uma influência positiva, podendo mudar a maneira de vermos o mundo, o lugar que ocupamos e que bagagem é realmente importante para ser levada pela vida afora. Mudamos nosso discurso, valorizando mais o ser do que o ter, alterando nossas prioridades. Uma experiência espiritual sincera é uma dádiva ao alcance de todos que queiram religar-se a Deus. Este contato com o absoluto, além do que as palavras possam expressar tem um impacto positivo, promovendo crescimento psicológico, acessando dispositivos mentais que afetam diretamente o corpo, a saúde e a resistência às doenças²⁸³.

Q 8 Qual foi a sua experiência que o convenceu da existência de Deus

Na amostra total evidenciou-se que 26,0% (n=390) dos pesquisados relataram a obtenção de saúde e cura de doenças graves como experiência da existência de Deus, 23,5% (n=353) apontou à leitura da Bíblia, a fé, as orações e as graças alcançadas. Também foram observados relatos em que 9,7% (n=146) apontaram a crença em Deus e sua presença constante em suas vidas e 5,9% (n=89) relataram que o universo, o mundo, a natureza são provas da existência de Deus.

Quanto à análise comparativa em relação à faixa etária, foi detectado associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), demonstrando que os pesquisados de 60 anos ou mais se mostraram associados a vivência de experiência na saúde e cura de doenças graves. Também foi apontada tendência de associação com a experiência atribuída ao fato de ter saúde, paz e viver bem com todos. Os da faixa de 40 a 59 anos apontaram associação significativa com as experiências relacionadas ao abandono de vícios, tais como drogas, álcool, tabagismo, tanto

pessoal como de familiares e de amigos. Ainda nesta última faixa etária se observou tendência de associação com as experiências direcionadas ao nascimento dos filhos.

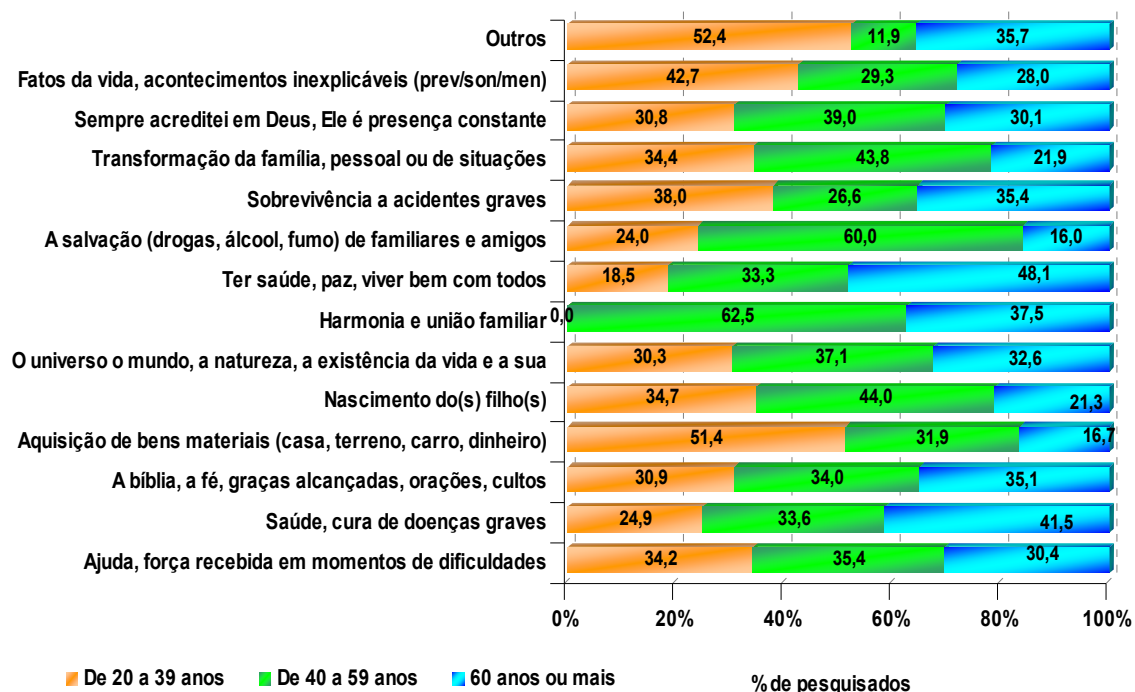


FIGURA 27: Distribuição relativa sobre fatos e situações referentes a experiência sobre a existência de Deus, segundo a faixa etária

Ainda em relação à análise comparativa, na faixa de 20 a 39 anos associação se fez presente com os fatos referentes à aquisição de bens materiais (imóveis, carro, dinheiro e trabalho), na crença e na presença de Deus sem ter vivenciado qualquer experiência (acontecimentos inexplicáveis), bem como em relação a outros, o que engloba: não soube dizer ou explicar, várias coisas, resposta que só Deus pode dar, sei lá, não estou convencido. Ainda nesta última faixa etária, verificou-se tendência de associação com situações relacionadas à sobrevivência em acidentes.

Considerando exclusivamente as informações observadas na faixa etária acima de 60 anos, quando estratificada nas idades de 60 a 69, de 70 a 79 e acima de 80 anos, foram evidenciadas associações significativas, segundo o teste Qui-quadrado de *Pearson* ($p < 0,001$). Observou-se que os pesquisados de 60 a 69 anos se mostraram associados às experiências vividas com a saúde, cura de doenças

graves e sobrevivência a acidentes graves. Na faixa etária de 70 a 79 anos, a associação ocorreu com as experiências vividas com a saúde e cura de doenças graves; a bíblia, a fé em graças alcançadas, orações e cultos, ter saúde, paz e viver bem com todos. Para aqueles com idade acima de 80 anos, a associação significativa se deu exclusivamente com as experiências vividas com a bíblia, à fé, graças alcançadas, orações e cultos.

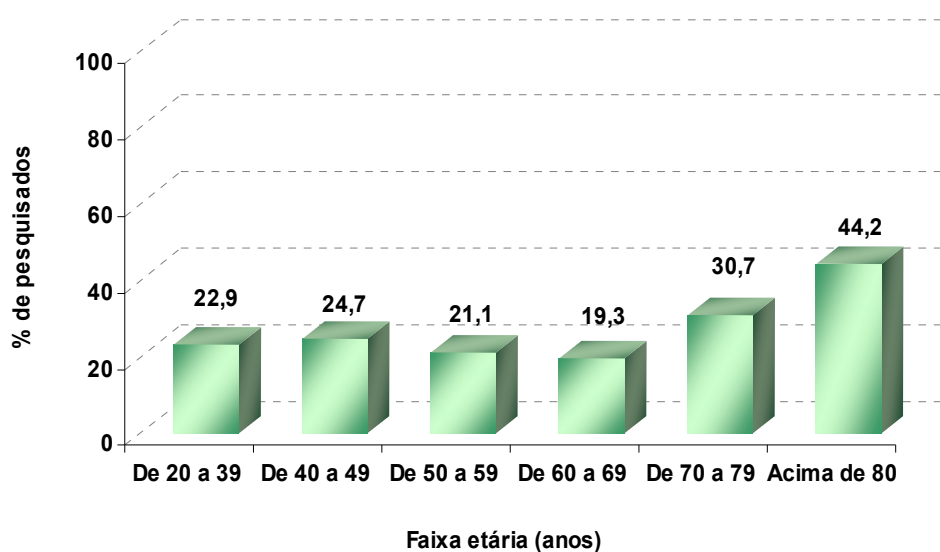


FIGURA 28: Distribuição relativa, obtida com base no total de pesquisados de cada faixa etária, sobre fatos e situações ligadas a bíblia, a fé, graças alcançadas, orações e cultos, referentes a experiência sobre a existência de Deus, segundo a faixa etária

As pessoas que acreditam que Deus é um ser que resolve os problemas apresentam os mais altos níveis de satisfação na vida²⁸⁴. Cada um em algum momento, uns esporadicamente outros mais frequentemente com maior ou menor intensidade, cria pontes, da intuição com a sensação, pontes da razão com o sentimento, pontes sobre as fronteiras interiores, despertando a consciência, além dos sentidos no entendimento do que é Deus. A espiritualidade possibilita a abertura a da consciência para a totalidade e para o real significado da vida⁵⁶.

As crenças religiosas estão nitidamente ligadas com as crenças das pessoas idosas e seus sintomas físicos. Os idosos acreditam que, em parte, a sua doença é enviada por Deus e a cura ou melhora está à mercê de sua vontade. Esta crença pode ser desfavorável, quando o idoso demora a procurar assistência médica ou profissional adequada, ou persiste numa conduta de não aceitação do tratamento,

esperando melhor pela intervenção divina. Por outro lado, torna-se positiva quando suas crenças fornecem força e motivação para seguir as orientações médicas. Conscientes da importância da espiritualidade para o bem-estar psicológico do idoso e da compreensão de Deus como um ser zeloso que cuida e auxilia no processo da cura, esta crença deve ser respeitada, tornando possível a ciência e a religião serem coadjuvantes na assistência²⁸⁵.

Em seu livro *Subtle Energy*, Collinge²⁸⁶ constata que nem todas as pessoas têm reações positivas quando passam por experiências místicas. Relata que dentre as experiências mais descritas são as presenças de entes queridos e seres angelicais serem benéficos, mas em casos de presságios, ficam assustados.

Greeley²⁸⁷ verificou que entre as pessoas mais velhas que concebiam Deus como um ser amoroso e fonte primordial de amor, as experiências positivas ocorriam com mais frequência. Spilka et al²⁸⁸ salientam que as experiências cristãs são benéficas, promovem um sentido de unidade com o espiritual, mudanças psicológicas renovadoras e duradouras. Quando sentem a presença de uma força divina, as pessoas relatam alegria e sensações positivas. Levin et al¹⁸⁰ demonstraram que 86% dos adultos já tinham vivenciado experiências com o divino, percepções extrassensorial e contatos com pessoas falecidas.

Kennedy et al²⁸³ apontam que as experiências despertam um profundo propósito e satisfação com a vida. Além disso, as experiências vivenciadas foram experiências de quase de morte, viagens fora do corpo, momentos de clarividência, momentos de união com Deus e com todos os seres vivos e 91% das pessoas apontaram que estas experiências foram valiosas, relatando que suas vidas nunca mais foram as mesmas.

Papathanassoglou et al²⁸⁹ investigaram na Grécia as transformações ocorridas com oito pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva(UTI) sobre as transformações do *self*. Identificaram que as pessoas descreviam-se estar desprovidas do corpo físico, mas próximas ao plano espiritual. Descreviam estar fora do corpo, sem distinção de tempo e espaço, permanecendo numa existência contínua. O sentimento de solidão emergiu nas pessoas que tentavam se comunicar com a equipe sem obter retorno. Percebiam alusões sobre a sua morte, mas sentiam estar conectadas por um fio ao seu corpo. Estas experiências transformaram as suas vidas, trazendo nova esperança e significado existencial mais pleno.

Concluindo, as experiências místicas, paranormais ou espirituais são relatadas e ocorre em todos os cantos do mundo, independente de crença ou religião. No presente estudo foi possível observar que quanto mais avançada a idade, maior a consciência da existência de Deus²⁹⁰. Algumas experiências são benéficas, outras ruins, mas para quem as viveu são experiências poderosas e reais. Infelizmente, não existe um instrumento adequado para validar a existência ou não destas experiências. É uma realidade e deverá ser uma variável estudada com maior propriedade, devido a sua interferência sutil na saúde. Assim sendo, estudos científicos mais elaborados são necessários para ajudar a decifrar mais este mistério da jornada humana no seu processo de viver envelhecendo.

Q 10 Os elementos espirituais ajudam

Do total da amostra 73,9% (n=1.330) confirmam que os elementos espirituais os ajudam, e 19,8% (n=357) não acreditam nesta possibilidade. Avaliando os resultados pela faixa etária, o teste Qui-quadrado apontou associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$), de modo que os pesquisados com 60 anos ou mais apresentaram associação significativa com a não crença que os elementos espirituais os ajudam, bem como com a categoria não sabe/indiferente. Em relação à faixa etária de 40 a 59 anos e de 20 a 39 anos foi detectada tendência de associação com a afirmativa de que os elementos espirituais os ajudam.

Vale salientar que na faixa etária de 20 a 39 anos, ficou evidente a NÃO associação com o fato de não saber ou ser indiferente ao fato dos elementos espirituais os ajudarem, ficando suas respostas restritas às opções sim e depende.

Deve-se estar atento ao fato de que a categoria referente a resposta não sabe, indiferente, foi mencionada por 29 pesquisados, e destes, 55,2% (n=16) pertenceram a faixa etária de 60 anos ou mais. Desta forma, entre aqueles que responderam que não sabem ou são indiferentes se os elementos espirituais os ajudam existe, uma grande chance (55,2%) de que pertençam à faixa etária acima de 60 anos.

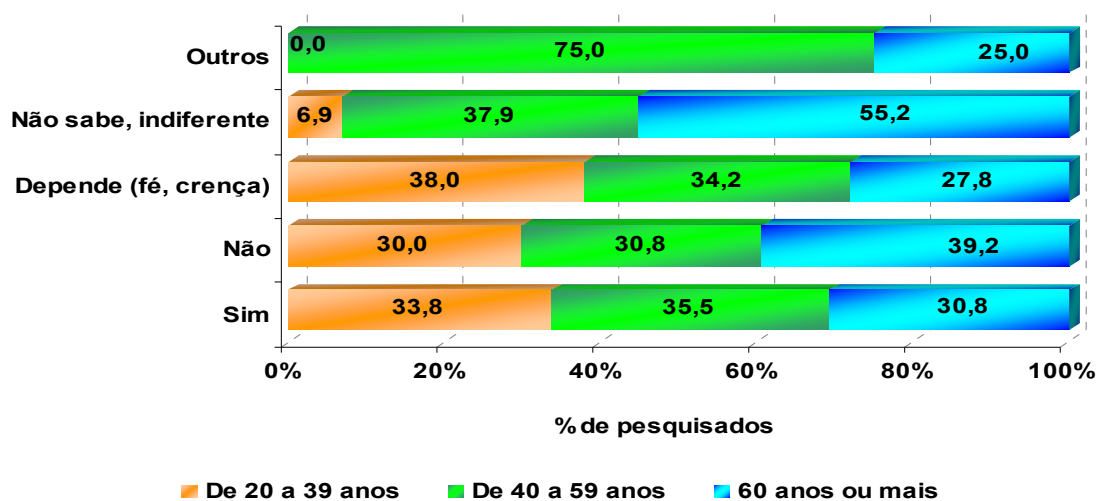


FIGURA 29: Distribuição relativa sobre se os elementos espirituais os ajudam, segundo a faixa etária.

Estratificando a faixa etária acima de 60 anos, nas idades de 60 a 69, de 70 a 79 e acima de 80 anos, foram evidenciadas associações significativas, segundo o teste Qui-quadrado de *Pearson* ($p < 0,001$), de forma que os pesquisados de 60 a 69 anos se mostraram exclusivamente associados a não saberem ou serem indiferentes sobre se os elementos espirituais os ajudam; entre os de 70 a 79 anos, a associação ocorreu, exclusivamente, com a negativa para este tema. Em relação aos pesquisados acima de 80 anos, a associação se deu com a resposta afirmativa para a ajuda dos elementos espirituais. A figura 30, que traz a distribuição relativa com base no total de casos em cada faixa etária, permite verificar a proporção de pesquisados que declararam acreditar que os elementos espirituais os ajudam.

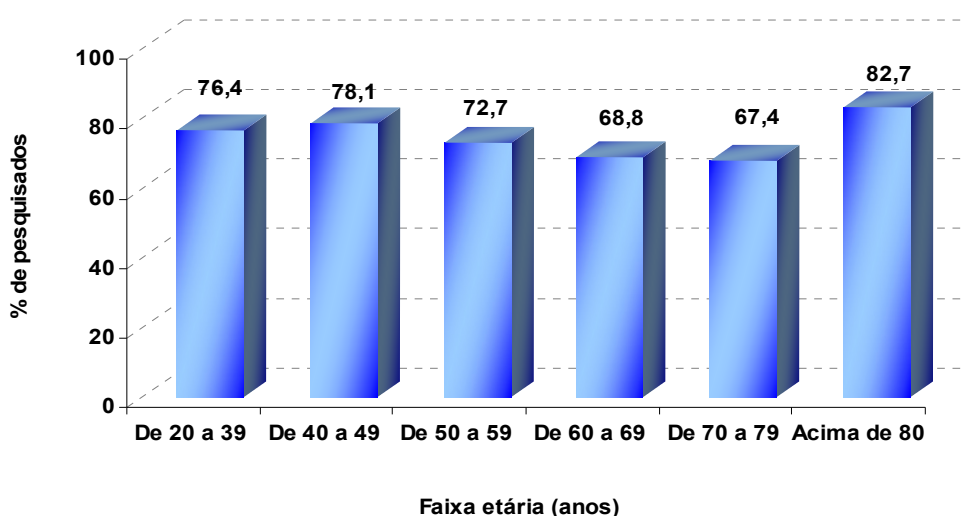


FIGURA 30: Distribuição relativa, obtida com base no total de pesquisados de cada faixa etária, para a resposta afirmativa referente a questão se os elementos espirituais os ajudam, segundo a faixa etária

Os objetos sagrados e a crença religiosa fazem parte da cultura humana há muitos milênios. O sagrado é aquilo que transcende a razão humana, interligando o humano ao divino e resiste a qualquer intervenção racional²⁹¹. Os objetos sagrados e a expressão religiosa das pessoas são imprescindíveis em momentos de crise, pois fornece vínculos e valores, promovendo desfechos em momentos de grande afetividade e em situações de doença, perda da vitalidade e na eminência da morte²⁹². Contribuindo neste aspecto, Souza²⁹³ afirma que as pessoas, em situações caóticas, procuram buscar apoio em algo que creem que lhes dá força e incentivo para lutar pela vida. Igualmente desta fé em algo superior e transcendente emergem esperanças e motivação para continuar a lutar e superar as dificuldades presentes¹⁸².

Zenevicz¹³³ aponta que adultos docentes acreditam que os objetos ou coisas espirituais os ajudam nos momentos de alegria, dores e tristezas, na angústia e na depressão, nas situações que necessitam de ajuda, no cotidiano e no exercício de sua profissão, bem como a encontrar o caminho certo e no convívio familiar.

Penha²⁵¹ afirma que os ornamentos religiosos (terços, santinhos, panfletos, bíblia) são âncoras indicativas das necessidades espirituais de pacientes e familiares e devem ser valorizados em situações de crise. Neste viés Durkheim²⁴⁵, enfatiza que a religião, através dos objetos religiosos, é uma forma de negociação com o Divino.

Entende-se que os símbolos acompanham o homem desde épocas remotas e que através deles desenvolve sua fé e sua religiosidade. Os símbolos são presenças importantes que ligam o ser humano ao Criador e são portais para a abertura da compreensão da imensidão da vida. Nas situações de dor e sofrimento, os objetos sagrados passam a ter uma relação mais íntima com o racional e o irracional, a razão e a emoção, dimensão física e a dimensão mental/espiritual, o natural e o sobrenatural, o alívio e a dor, a vida e a morte¹³². A presença dos símbolos e a sua proximidade despertam a *“creencia de que lãs acciones humanas son potencialmente capaces de influir em lo sobrenatural y de evocar respuestas sobrenaturales de algun genero”*²⁹⁴.

Q 24 Para você, o homem é um ser espiritual

Quanto ao homem ser um “ser espiritual”, 71,5% (n=1.533) informaram acreditar que o homem é um ser espiritual, e 28,5% (n=612) não acreditam nesta possibilidade. Avaliando estes resultados em relação às faixas etárias, foi detectada associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$), demonstrando que entre os pesquisados de 60 anos ou mais ocorreu associação significativa com a crença de que o homem não é um ser espiritual. Os da faixa etária de 20 a 39 anos se mostraram associados ao entendimento do homem como um ser espiritual. Dentre os de 40 a 59 anos, o resultado sugere apenas uma tendência de associação com a compreensão que o homem é um ser espiritual. Considerando, ainda o resultado da associação *linear-by-linear* ($p < 0,01$), deve-se acreditar que quanto maior a faixa etária, menor é a crença de que o homem é um ser espiritual.

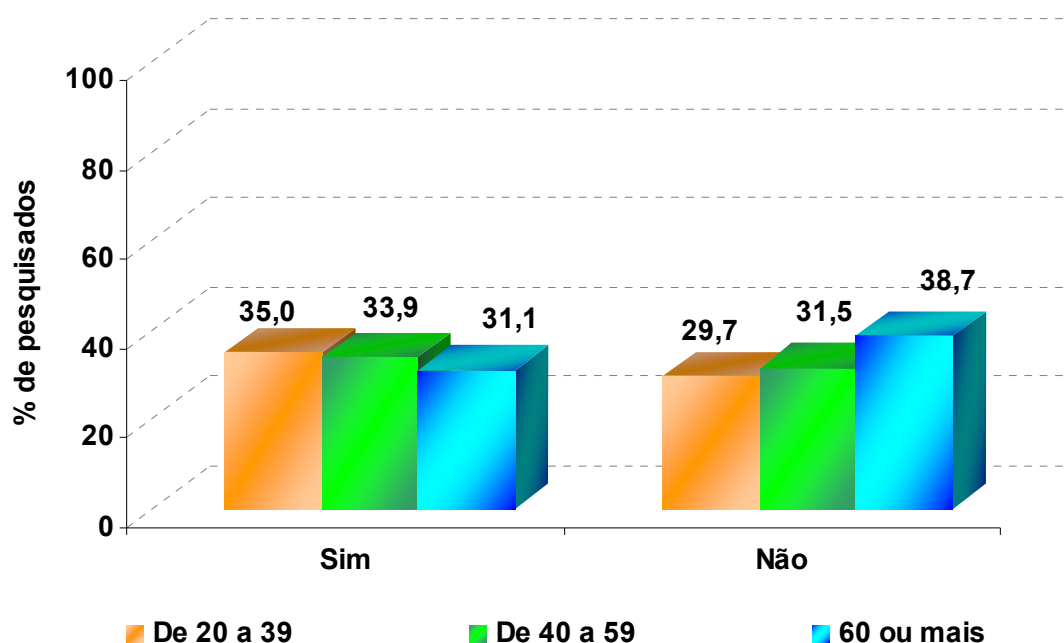


FIGURA 31: Distribuição relativa referente ao fato do homem ser um “ser espiritual”, segundo a faixa etária.

Avaliando de forma mais detalhada os pesquisados acima de 60 anos, observou-se que os de idade entre 60 e 69 anos se mostraram realmente associados a não considerarem o homem como um ser espiritual, enquanto que os de idade acima de 80 anos a associação ocorreu com a afirmativa de que o homem é um ser espiritual. Quanto à faixa etária de 70 a 79 anos, detectou-se apenas uma tendência de associação com a afirmativa para o homem ser considerado um ser espiritual.

Vale salientar que a faixa etária de 80 anos ou mais foi a que apresentou o maior percentual de católicos (86,3%), e as faixas etárias de 60 a 69 e de 70 a 79 anos, apesar de contarem com um número de pesquisados predominantemente católicos, foram as que apresentaram o maior percentual de protestantes e de evangélicos.

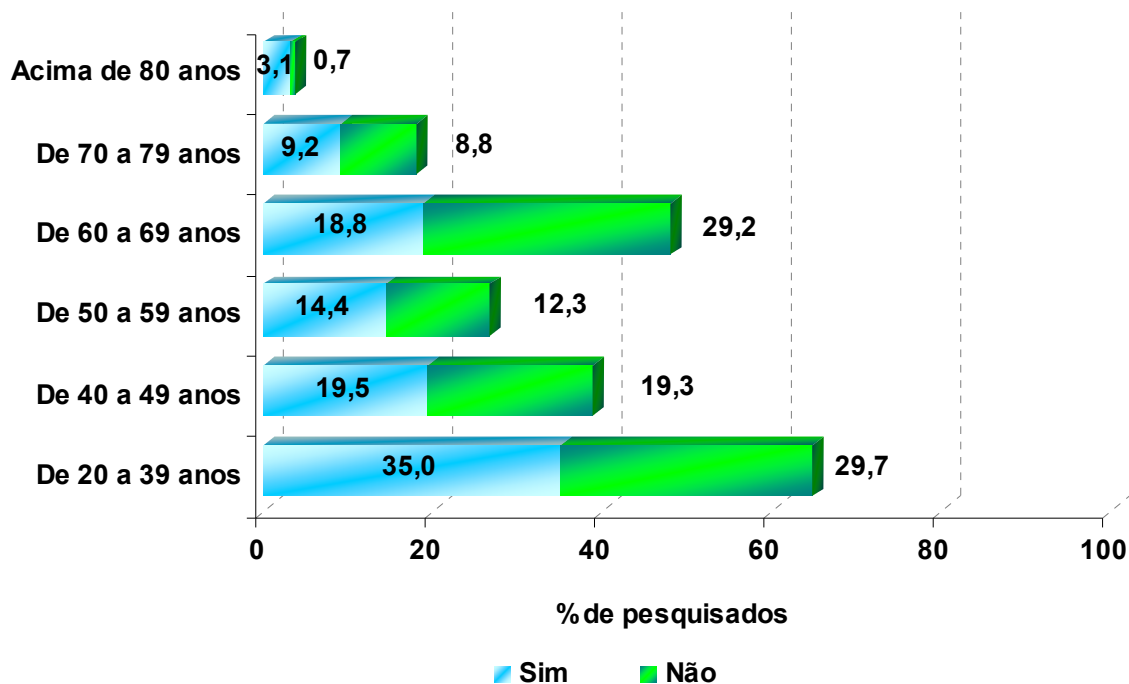


FIGURA 32: Distribuição relativa sobre a avaliação se o homem é um ser espiritual, segundo a faixa etária mais detalhada.

As pessoas são humanas e imortais, constituídas de corpo (matéria) e alma (espírito). Frankl²⁹⁵ salienta que o homem e os animais são compostos pelas dimensões biológica, psicológica e social. A unidade biológica, psicológica e social forma a unidade psicossomática, onde as emoções e a *psique* interagem. O autor chama a atenção que a integralidade não é completa sem a dimensão espiritual, pois ela difere os seres humanos dos animais. Chamada de *nous* “espírito individual”, é considerada a essência vital dos seres humanos que sem ela nada são. O espírito é o criador da vida, nos movimenta e nos impulsiona na criatividade e na atuação do homem como um ser de relações, consigo mesmo, com o mundo e com Deus. Estas dimensões se entrelaçam, garantindo a expressão de liberdade e responsabilidade do homem como um todo. Na concepção de²²⁵ Huf (1999), o ser

humano possui uma tridimensionalidade, isto é três dimensões, a dimensão biológica envolve os processos fisiológicos; a psicológica se mostra pelas emoções, impulsos, instintos, sensações, comportamentos e costumes sociais, e a espiritual que é o cerne humano, que se processa no homem como um ser livre. O espírito permite o florescimento da “vida”, dos sentimentos, do equilíbrio dos sentidos. Possibilita o desenvolvimento de vocações e dons, além disso, permite a vivência de novos desejos e vontades⁵³.

Leloup et al⁵⁶ dizem “que o ser humano é portador de um espírito que o torna único e que através da liberdade constrói-se, tomando decisões, interagindo com o mundo”. O espírito é o que proporciona a vida e embora a matéria desempenhe um papel primordial, sem ele de nada vale, o ser humano é algo inanimado. O espírito é a engrenagem que faz a roda da vida girar, impulsionando com força o coração e a inteligência a trabalhar, ampliando as fronteiras do coração e da alma⁵⁸.

Morais²¹⁰ menciona que Frankl e Assagioli aperfeiçoaram a concepção do que é o espírito, incorporando a beleza e a sabedoria da palavra grega *pneuma*. Esta palavra é utilizada no Novo Testamento, revelando que os seres humanos são habitados por um sopro que lhes dá a vida, um sopro de um Espírito Divino. As Escrituras Sagradas fortalecem esta concepção do homem ser matéria e o “Espírito [divino] sopra onde quer”²³⁷.

Zenevicz¹³³ demonstra que os 97,5% dos adultos docentes de uma universidade de Chapecó-SC, têm clara concepção do homem como um ser espiritual. Resultados semelhantes foram encontrados por Benko e Silva²⁹⁶ em sua pesquisa, em que 95,8% dos docentes da USP acreditam que o homem é um ser espiritual, pontuando diferentes formas que o espírito, essência do ser, altera e influencia em seu cotidiano, nas relações pessoais, com o meio ambiente. Esta influência perpassa não somente o corpo físico, mas também o espírito. Para desenvolver as atividades cotidianas, os seres humanos necessitam de um corpo material. Quando adoecemos, todos os recantos do corpo físico, mental e espiritual são afetados. As ciências biomédicas estão buscando compreender o homem como um ser holístico, ou seja, como um todo integrado, não composto por pedaços, como ser divino, material e espiritual. Espírito, em uma jornada terrena⁷⁶.

Concluindo, o ser humano é um ser espiritual numa experiência humana. Nada se movimenta dentro do ser sem permissão do Espírito. Ele permite que todas as nossas estruturas internas e externas funcionem. Dele provém a vida. Neste sentido,²⁹³ Charuri²⁹⁷ enriquece citando que “Existe um amor maior. Existe uma bondade maior. Existe um poder maior. A nossa mente está ligada com o Universo. Nós não somos partes isoladas do Universo. Nós estamos juntos em toda a parte. Nós fazemos parte da mesma respiração - a grande respiração. A nossa pequena respiração pulmonar é apenas ilusória. O nosso movimento é apenas ilusório. O nosso real movimento é mental e espiritual. É até onde nós conseguimos ver do todo que nos cerca e do qual fazemos parte”.

Q.25 Você se considera nada espiritual, não muito espiritual, relativamente espiritual e muito espiritual.

Do total da amostra, 34,6% (n=734) consideram-se relativamente espiritual, 28,3% (n=601) muito espiritual, e 20,2% (n=430) nada espiritual. Na avaliação desta característica em relação à faixa etária, foi detectada associação estatística significativa ($p < 0,001$), mostrando que os pesquisados de 60 anos ou mais apresentaram associação significativa com a categoria muito espiritual ou nada espiritual. Nos pertencentes à faixa etária de 40 a 59 anos, verificou-se uma tendência de associação com a categoria muito espiritual, e entre os pesquisados de 20 a 39 anos, associação ocorreu com a categoria não muito espiritual e verificou-se, também, uma tendência de associação com a opção relativamente espiritual.

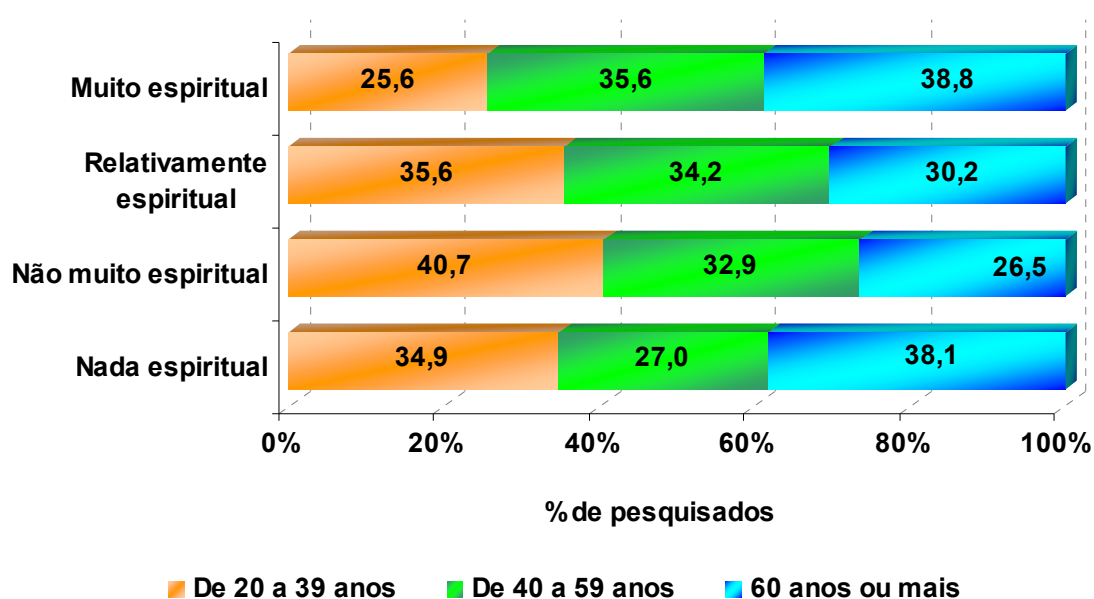


FIGURA 33: Distribuição relativa de como o pesquisado se considera, segundo a faixa etária.

Entre os pesquisados acima de 60 anos, quando avaliados em relação as faixas etárias de 60 a 69, de 70 a 79 e com 80 anos ou mais de idade, uma nova análise revelou algumas mudanças relevantes (Figura 34), em que os pesquisados com idades entre 60 e 69 anos apontaram associação significativa com a resposta “nada espiritual”, e tendência de associação com a resposta “muito espiritual”. Na faixa etária de 70 a 79 anos, observou-se tendência de associação com a resposta “não muito espiritual”. Quanto aos pesquisados acima de 80 anos, a associação ocorreu com a resposta “muito espiritual”.

Assumindo o fato das duas variáveis comparadas se classificarem como categóricas ordinais, foi realizado o teste de correlação de *Spearman* que apontou uma correlação significativa, fraca e positiva ($r=0,103$; $p<0,001$), informando que as faixas etárias com idades mais elevadas se mostraram associadas (de forma fraca) a categorias que definem uma maior espiritualidade.

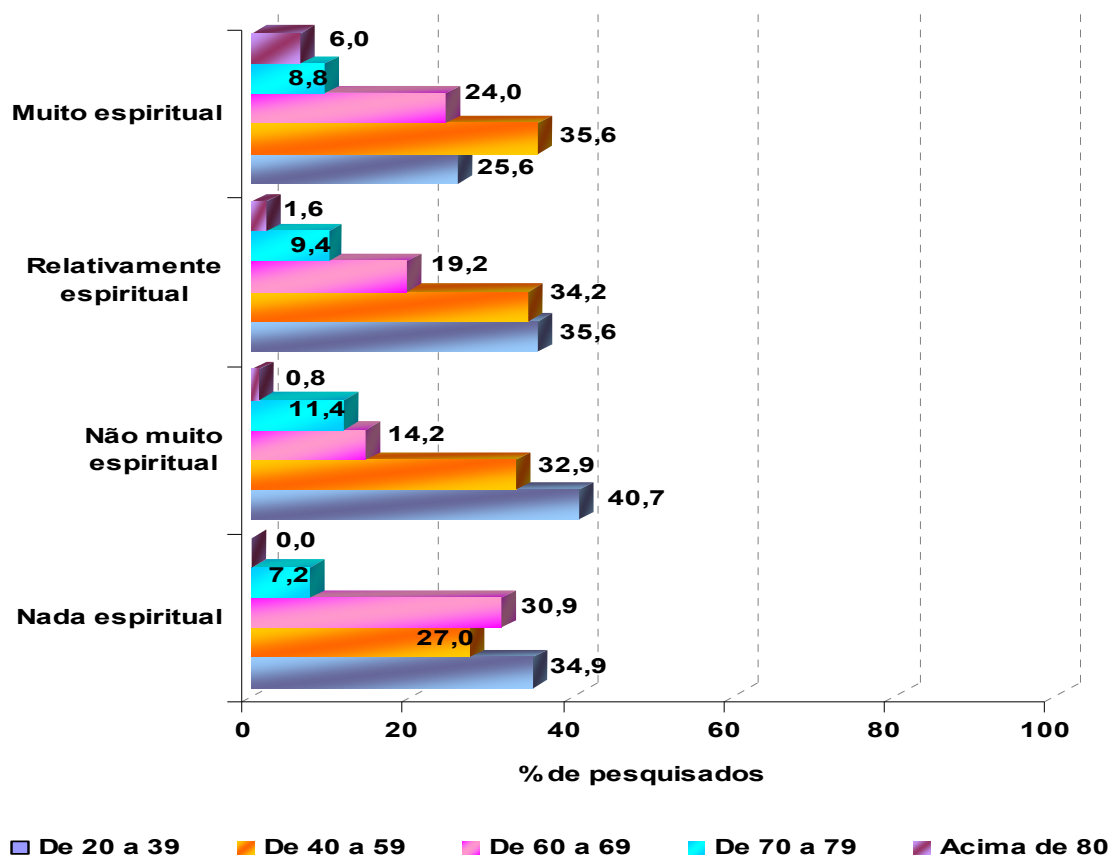


FIGURA 34: Distribuição relativa de como o pesquisado se considera, segundo a faixa etária detalhada para os pesquisados acima de 60 anos.

Greely²⁹⁸ em estudo realizado com texanos de descendência mexicana, encontrou que, quanto maior era a sua religiosidade/espiritualidade subjetiva, mais frequente eram os relatos sobre a satisfação com a vida. Levin et al²⁰² encontraram resultados interessantes e semelhantes em cidadãos americanos sobre a religiosidade subjetiva. Os autores apontam que os que se diziam muito religiosos/espiritualizados relatavam maior grau de satisfação e de felicidade e manifestavam menores escores de depressão. Em 1998, os autores obtiveram resultados semelhantes nas entrevistas com norte-americanos adultos que se manifestavam muito religiosos/espiritualizados e que apresentavam um grau alto de satisfação, melhores perspectivas, eram menos depressivos e mais equilibrados emocionalmente.

Segundo Peres²⁵⁰, cerca de 60% da população mundial acredita na espiritualidade humana. Zenevich¹³³ aponta que 50% dos adultos docentes participantes de seu estudo consideravam-se muito espiritualizados, 32,5% relativamente espirituais, 12,5% nada espirituais e 5% não muito espirituais. A espiritualidade pode ser considerada como aquilo que traz um significado a vida. Desta forma, ela é importante para a vida das pessoas, especialmente aos profissionais de saúde, pois possibilitam lidar melhor com sua condição de estresse²⁹⁹. Como seres espirituais, busca-se constantemente ampliar nossa espiritualidade, na busca de respostas aos nossos questionamentos pessoais, mas também do sentido de pertencimento e proteção. Sendo espiritualizados, amplia-se a consciência para o sentido da vida⁷⁰.

A espiritualidade, na ampla concepção da palavra, é um estado que o homem quer chegar a ser, isto é, ir ao encontro de Deus e do Divino²⁶¹. Ela encontra-se dentro de nós, presente em nossas vidas, nos sentidos e nos sentimentos, portanto uma dimensão humana. É a fonte da inspiração, da vida, da amorosidade e da paz, base fundamental ao sentido da nossa existência, necessária à construção de um mundo mais justo e mais solidário²⁷⁶. Com ela nos preparamos para o grande encontro com o Criador e o retorno à nossa verdadeira casa.

Q 26 Como você, cuida de sua alma.

Em relação ao total dos pesquisados, 46,1% (n=976) cuidam de sua alma rezando, orando e meditando, 15,4% (n=326) o fazem estando de bem consigo, tendo bons pensamentos e sentindo-se em paz, 15,3% (n=324) cuidam fazendo o bem ao próximo e agradecendo a Deus. Na análise comparativa em relação à faixa etária o teste *Qui-quadrado* apontou associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), informando que os pesquisados de 60 anos ou mais apresentaram associação com os cuidados da alma através de pedidos de perdão, lendo a Bíblia e conhecendo Deus e suas leis, lendo a Bíblia ou o Evangelho, bem como, com a informação Deus é quem cuida. Na faixa de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com a categoria acreditando em Deus, rezando e tendo fé. Entre os pesquisados com idade entre 20 a 39 anos observou-se associação com as categorias acreditando em Deus, rezando e tendo fé, estando de bem consigo, tendo bons pensamentos e paz, bem como, com a categoria não sei.

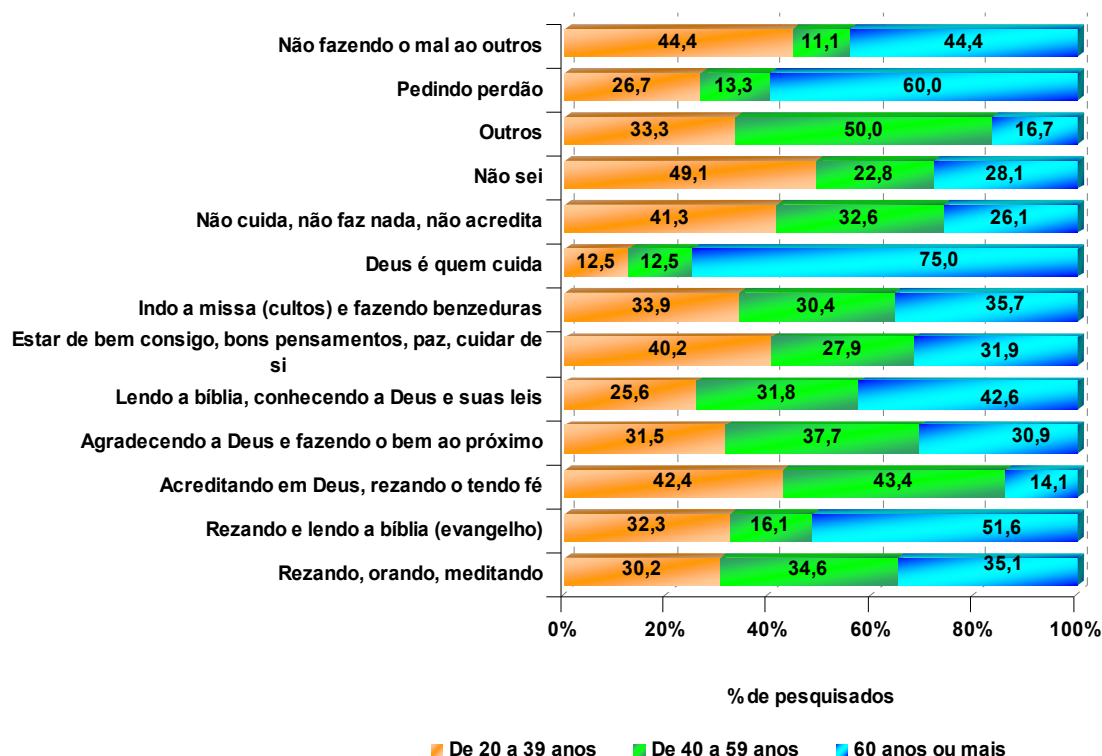


FIGURA 35: Distribuição relativa de como você cuida da sua alma, segundo a faixa etária

O corpo físico é o receptáculo da alma, também é uma dádiva de Deus, e foi criado por Ele³⁰⁰. Berkmann e Breslow³⁰¹ salientam que pessoas espiritualizadas/religiosas que têm a concepção do corpo como sagrado e abençoado, uma criação Divina, reduzem os hábitos que o possam prejudicar. O

corpo é uma dimensão visível, passível de ver-se desde o nascimento, crescimento e na morte.

Platão ³⁰² afirma que a “*alma*” se assemelha ao que é divino imortal, dotada da capacidade de pensar, possui uma forma única, indissolúvel, modela-se ao corpo, concebendo uma identidade”. Possui acesso ao inatingível, o que de fato tem significado e é imortal. A alma é o recanto onde são guardamos os itens mais valiosos da existência humana, valores perenes, como o amor, a compaixão, o perdão e a solidariedade. Cuidar de nossa alma traduz uma das mais importantes tarefas na jornada da vida, pois as dores da alma são mais pungentes.

O corpo pertence ao mundo dos sentidos, que é finito e passível de erros. Portanto é preciso cuidá-lo mantendo bons hábitos de vida (não fumar, beber, usar drogas), mantendo a mente em paz, tendo atitudes coerentes, exercitando o perdão, aprendendo o desapego aos bens materiais e exercitarmos o perdão, desta forma estamos cuidando de nossa alma, pois conforme a Epistola de São Paulo aos Tessalonicenses 5:23 que diz, “você é composto de espírito, alma e corpo e deve manter-los plenamente conservados irrepreensíveis até a vinda do Senhor Jesus”³⁰³.

Sendo o corpo uma criação divina, pode-se dispor dele nesta jornada terrena para o nosso progresso pessoal, rumo à luz e ao encontro de nosso criador que chamamos Deus, tendo conhecimento e afastando-se de tudo que prejudica o corpo (vícios e excessos), sendo amorosos, escutando os sentimentos, dando importância as emoções, refletindo sobre atos pessoais, pedindo perdão pelas falhas, mantendo a dignidade e respeitando o outro em sua dignidade cuidamos da alma³⁰⁴. As dores e as feridas da alma são originárias dos sentimentos de egoísmo, fanatismo e ambição que permeiam toda a humanidade. A coragem, a humildade, a sabedoria, o conhecimento e a espiritualidade são fundamentais para o entendimento e busca da cura³⁰⁵.

Q 29 Qual foi a sua maior alegria

No que diz respeito a maior alegria, 42,0% (n=892) dos pesquisados relatam como sendo o nascimento dos filhos, 14,2% (n=301) definem a aquisição de bens materiais (casa, carro, trabalho, dinheiro), 9,5% (n=201) atribuem a família (encontros, união familiar e aniversários) e 6,2% (n=131) focalizam o fato de estar vivo e com saúde. Considerando os resultados referentes à faixa etária, foi

detectada associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), indicando que os pesquisados com 60 anos ou mais se mostraram associados com as alegrias referentes a família (encontros, união familiar e aniversários) e encontro da pessoa certa (namoro, noivado e casamento). Entre aqueles de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com a alegria do nascimento dos filhos, quando se converteu a alguma religião e sobrevivência a acidentes graves. Chama a atenção o fato que o nascimento dos filhos ser indicado como motivo de alegria, para pessoas desta faixa etária, o que indica a paternidade e maternidade tardias, situação observada em diferentes países. Na faixa etária de 20 a 39 anos, foram observadas associações com alegrias referentes à aquisição de bens materiais (imóveis, carro, trabalho e dinheiro), a conclusão de estudos e aprovação de concursos e também ganho de presentes.

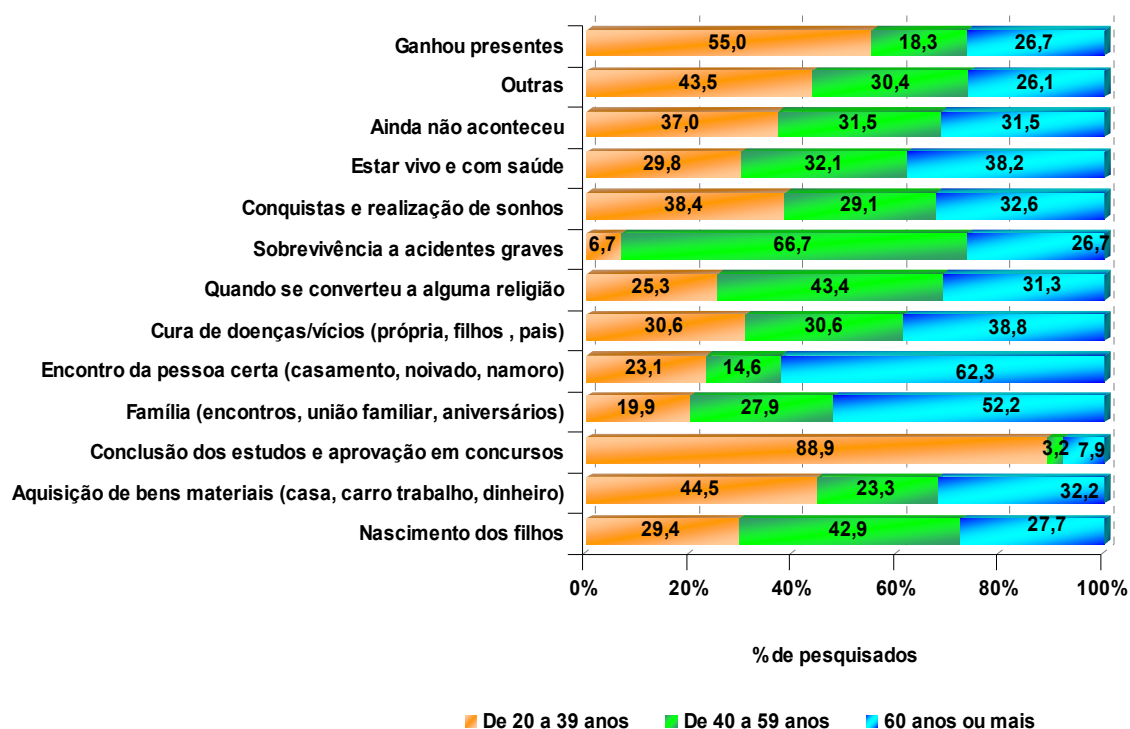


FIGURA 36: Distribuição relativa da maior alegria de sua vida, segundo a faixa etária

Na dinâmica da vida, nenhuma ação é destituída de emoção. A emoção é uma dimensão humana que impulsiona a realização das ações³⁰⁶. Portanto, a alegria/felicidade estão intimamente ligadas à dimensão psíquica o psíquico (personalidade, otimismo, resiliência, gratidão, presença de altos escores de emoções positivas) salientam³⁰⁷. Refletir sobre as emoções, é fazer um balanço da vida, entendendo o processo de viver envelhecendo como um processo natural

marcado por perdas, mas também por grandes conquistas³⁰⁸. A alegria/felicidade é uma das emoções de valor inestimável e preciosa. Segundo o dicionário Houaiss⁶³, define a felicidade como uma (1) qualidade ou estado feliz, (2) boa fortuna e (3) êxito, acerto e sucesso.

Os adultos jovens estão no auge da vida e da saúde e essa fase se caracteriza pela alegria de viver e vitalidade que impressa na busca da realização de sonhos. Neste caminhar, a vida profissional e emocional se funde. Tradicionalmente, é nesse período que as pessoas estabelecem relacionamentos estáveis, unem-se ou formam outros relacionamentos baseados em amizade, amor e sexualidade, o que é considerado um momento decisivo da existência humana. O desejo de estabelecer relacionamentos estáveis, íntimos e amorosos atua como um poderoso motivador do comportamento humano, o que talvez seja mais intenso nessa fase da vida adulta. Os adultos jovens lutam para conquistar um lugar no mercado de trabalho e começam a aquisição de bens de consumo duráveis^{309,310}. Estudo realizado com universitários, utilizando escalas diferenciadas de felicidade. Diener e Seligman³¹¹ desvendaram³⁰⁷ que os jovens são pessoas muito felizes, sociáveis, com relacionamentos amorosos e amigos mais estáveis que apresentaram escores de menos felizes.

Estudo realizado por Mello e Camarano³¹² esclarece que o ritual de passagem do adulto jovem para o adulto inclui as mudanças decorrentes da saída do lar dos pais, ingresso no mercado de trabalho, formação de seu próprio núcleo familiar. Bourdieu³¹³ enfatiza que os adultos jovens podem exercer, varias atividades ao mesmo tempo, uns apenas trabalham; outros trabalham e voltam aos bancos escolares buscando maiores subsídios para o mercado mais exigente; outros saem da casa de seus pais e a ela retornam casados ou não. Este leque de alternativas gera dúvidas e maior expectativa quanto ao seu futuro pessoal e profissional.

O adulto encontra-se no ponto culminante de sua jornada, vivendo uma época de colher os frutos de seu trabalho. Preocupa-se com a família, com a sociedade e com as gerações futuras. Tem caráter, firmeza nos seus sentimentos, respeita e se mantém fiel aos seus princípios. Entretanto, esse é também um período tumultuado chamado de crise da meia idade, que envolve questões centradas na sexualidade, nos relacionamentos pessoais e familiares e valores profissionais^{314,315}. As mudanças que o tempo imprime no seu semblante passam a

ser mais percebidas tais como os cabelos brancos, algumas rugas, e a queda de cabelo o que pode gerar um sentimento de fragilidade. É um período instável onde as realizações são percebidas, mas os resultados questionados e avaliados, bem como o porquê da existência. Neste período são comuns as grandes perdas, como morte dos pais, saída dos filhos de casa, menopausa e, além disso, novos planos são traçados com o olhar voltado para o tempo que resta. Nessa fase da vida, há o desenvolvimento de uma consciência mais crítica e busca pela paz interior, o que aumenta a atenção aos planos divinos e a sua transcendência³¹⁰.

Oliveira e Cupertino³¹⁶ destacam 14 itens como eventos estressantes positivos que incluem: casar, ter filhos, sucesso acadêmico, no trabalho, religião/espiritualidade, relações sociais, saúde, vida atlética, passeios e férias, netos, aposentadoria, sucesso do esposo (a), sucesso dos filhos, saúde dos filhos. As autoras salientam que os idosos referem como fatores mais positivos à religião/religiosidade, saúde, relações sociais, passeios e férias.

O envelhecimento não se restringe apenas o perder das forças físicas, a pele enrugada e cabelos grisalhos. Ao contrário estas mesmas rugas e cabelos brancos sinalizam o passar do tempo e a aquisição da sabedoria e o aprendizado que o tempo oportunizou para quem de fato aprendeu a lição da vida. Traz em seus meandros um encanto, sapiência e uma tristeza, mas apesar disso, coloca inúmeras oportunidades, de trabalho e ganhos, de alegrias pelas pequenas coisas do dia-a-dia, que se entrelaçam e dão sentido na maravilhosa aventura chamada vida humana³¹⁷.

Viver significa experimentar por meio de atos, de sentimentos, pensamentos, dentro de um tempo. Estudo realizado por Zinn e Gutierrez³¹⁸ com idosos internados em um Hospital Universitário de São Paulo, constata que o envelhecimento é o resultado de atitudes e valores cultivados na trajetória de vida. A velhice é um tempo de colheita, de olhar a vida com um olhar maduro e de agradecimento pelas conquistas realizadas³¹⁹. É uma sensação de realização e satisfação com a própria vida, pois aceitam a vida como ela é³²⁰. Não praticar maldades, estar de bem e amar a todos, são sentimentos bons que dão uma perspectiva positiva frente ao envelhecimento. Neste processo avaliam os seus desempenhos, experiências e sucessos, alguns se tornam muito rigorosos nesta avaliação e outros aceitam com sapiência suas limitações. Este processo lapida a ideia que na velhice nos tornamos

reflexivos³²¹. Os desejos celestiais e os pessoais se fundem, não existe mais separação entre o que quer e o que Deus quer³¹⁰.

Os idosos relatam que as suas maiores alegrias são os ganhos de bens, a ter sua família, o crescimento pessoal, a aposentadoria e a vida³²². A família é o grande motivador e suporte social de sua existência³²³. Os idosos relatam uma grande satisfação por terem constituído uma família e criado os seus filhos, afirmam Silva e Gunther³²⁴. Deste modo, o nascimento e a convivência com netos, percebida como pequeninas partes suas, sua continuidade, desperta um amor incondicional mais forte e mais profundo do que as emoções vividas anteriormente.

Oliveira³²⁵ salienta que os sentimentos envolvendo esta relação são calorosos, e os idosos relatam nesta relação serem muito felizes, envolvidos por um sentimento de esperança, de desafios que os motivam e os levam a dar um sentido mais amplo a sua existência. A possibilidade de vivenciar esta relação motiva uma sensação de bem-estar, reafirmação da competência e realização pessoal, despertando fortes sensações de moral e felicidade. Lopes et al³²⁶ afirmam que quando os idosos cuidam de seus netos experimentam a satisfação de serem avós, percepção positiva do papel na relação neto-avó e bem-estar psicológico. Contrapondo estes estudos, Diener³²⁷ salienta que quanto à presença dos filhos podem exercer um efeito nulo ou negativo nos níveis de bem estar. Completando o pensamento, Myers e Diener³²⁸ ressaltam que os filhos são um estressor na relação conjugal e que o casamento tende a melhorar com a saída destes do lar.

Viver não é fácil. Cada etapa de nossa vida é pontuada de alegrias e de tristezas, mas é preciso saber viver. Olhar a velhice como um presente divino. Possibilidade infinita de descortinar novos caminhos e realizar proezas jamais feitas. Tirar lições de cada situação vivenciada. Ter a sapiência de saber que a felicidade é construída de pequenos momentos, que desaparecem num piscar de olhos, mas a marca ficará no coração e acalentará a nossa alma quando a saudade surgir. Envelhecer é continuar a viver, sonhar, amar, ver a beleza de cada estação e de se emocionar, com o arco-íris, o pôr do sol, com o balbuciar das crianças, com o abraço apertado do companheiro de jornada, chorar de alegria em cada encontro e reencontro, isto nos motiva a ficar vivos. Viver e ser feliz depende principalmente de nós, de buscarmos a nossa felicidade nos eventos mais simples, manter objetivos, sonhos e projetos, isto é o que de fato proporciona um envelhecimento saudável,

com qualidade e autonomia. “Envelhecer é algo magnífico, quando não se desprendeu o que significa começar”³²⁹.

Q 29 A Atitude tomada frente a maior alegria

Em relação à atitude tomada frente a grande alegria de sua vida, 42,8% (n=837) relataram terem ficado felizes, sensação de felicidade, 36,9% (n=774) agradeceram a Deus acreditando ter recebido uma bênção e 7,9% (n=154) relataram terem ficado emocionados e chorado. Na avaliação desta característica em relação à faixa etária, foi detectada associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), evidenciando que os pesquisados de 60 anos ou mais se mostraram associados a atitude de ficarem felizes. Também se observou tendência de associação com à atitude de orar/rezar e pagar promessas. Entre os da faixa etária de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com as atitudes de agradecimento a Deus e ficarem emocionado e chorado. No que diz respeito à faixa etária de 20 a 39 anos, foram observadas associações com as atitudes de pedir força e coragem a Deus e também com a categoria outros.

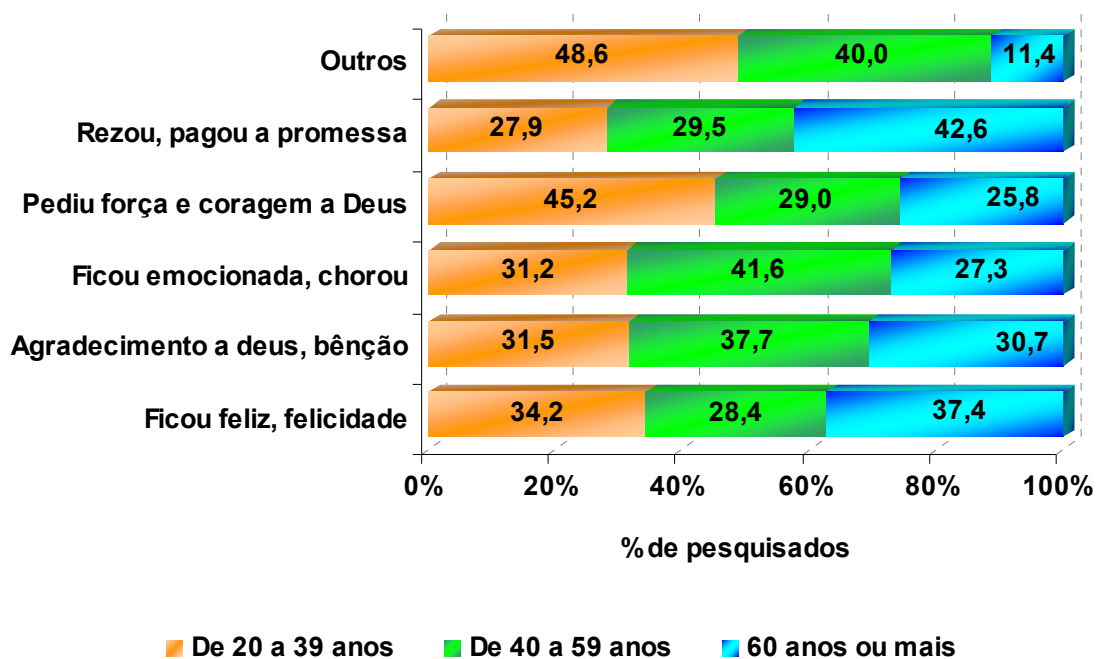


FIGURA 37: Distribuição relativa da atitude tomada frente a maior alegria de sua vida, segundo a faixa etária.

As emoções autotranscendentes compostas pela alegria, criatividade, amor trazem a compreensão do todo e nos estimulam a olhar além de si próprio, do tempo e do espaço. Sua origem provém do espírito, ser psíquico, pensante e afetivo. O

corpo reage às emoções através do perispírito que estimula regiões cerebrais específicas, que repercutem, ocasionando as emoções. São elencadas como as alegrias, o entusiasmo, a compaixão, a admiração e o amor. Estas emoções facilitam e promovem a vida na comunidade e a sobrevivência da espécie humana. Salienta a criatividade e as atitudes altruístas beneficiando a coletividade. Nestas emoções são mobilizadas as forças e a paixão para as grandes realizações³³⁰. Nas vivências agradáveis são freqüentes as emoções positivas como o amor, serenidade, alegria, ternura e amizade²⁷².

A lágrima expressa sentimentos de dor e de alegria. É a demonstração do nosso estado psíquico que corre no corpo físico. O choro permite dissolver as dores e os sentimentos mais profundos limpando da memória e purificando a alma⁵⁶.

Estudos têm demonstrado que a espiritualidade permite o desabrochar de bons sentimentos e permite a continuidade de nossa caminhada, e a na superação dos obstáculos. Saad³³¹ salienta que a espiritualidade é um fator de proteção e influencia na forma de olharmos e apreciamos a vida por meio de emoções positivas.

Na sociedade contemporânea, demonstrar os sentimentos é um sinal de fraqueza, mas a não demonstração acaba ocasionando distúrbios físicos e emocionais, interferindo na qualidade de vida. Nega-se a sensibilidade e priorizam-se as relações frias, calculistas, regadas pelo egoísmo e o desamor. Porém, o fato do ser humano ser um ser de relações, este comportamento produziu desequilíbrios, refletindo diretamente no psíquico e no corpo. É urgente e necessário educarmos para entender e vivenciar as emoções no tempo certo, na ocasião certa, com a pessoa e na intensidade apropriada à situação²⁷².

Q 30 Qual foi a sua maior tristeza

No quesito maior tristeza, observou-se, no total dos pesquisados, que 58,9% (n=1.222) citaram a perda familiar (pai, mãe, filhos, irmãos, avós e parentes); 8,1% (n=168) apontam a doença na família (pessoal ou familiar) e 7,2% (n=150) citaram brigas, decepções e tristezas cotidianas.

Analisando tais resultados em comparação com à faixa etária, verificou-se associação estatística significativa ($p < 0,001$), em que os pesquisados de 60 anos ou mais apresentam associação significativa com a tristeza referente a perdas familiares, bem como uma tendência de associação com o abandono. Na faixa etária

de 40 a 59 anos a associação se deu, também, com a perda familiar e identificou-se uma tendência de associação significativa com nenhuma tristeza. Entre os pesquisados de faixa etária 20 a 39 anos, as associações significativas ocorreram com as categorias: dificuldades escolares, acidentes e violências (estupro, assalto, sequestro, roubos); ou com nenhuma foi significativa; não teve; brigas, decepções e tristezas cotidianas e separação na família, pessoal e amigos.

Vale salientar, algumas associações significativas que NÃO devem ocorrer nesta amostra, que se fizeram presentes entre a faixa etária acima de 60 anos e as categorias referentes a não apresentaram tristezas e, também, ao fato de nenhuma tristeza foi significativa. Ou seja, estes pesquisados, tiveram tristezas relevantes em suas vidas. Na faixa etária de 20 a 39 anos, não deve ocorrer associação com tristezas referentes às perdas familiares (pai, mãe, irmãos). Outro fator que se mostrou relevante foi o fato dos pesquisados com idade entre 40 e 59 anos, não se mostrarem associados a tristezas referentes a problemas financeiros graves e perda de emprego. Esta categoria ficou mais relacionada com faixas etárias de 20 a 39 anos e aos pesquisados de 60 anos ou mais.

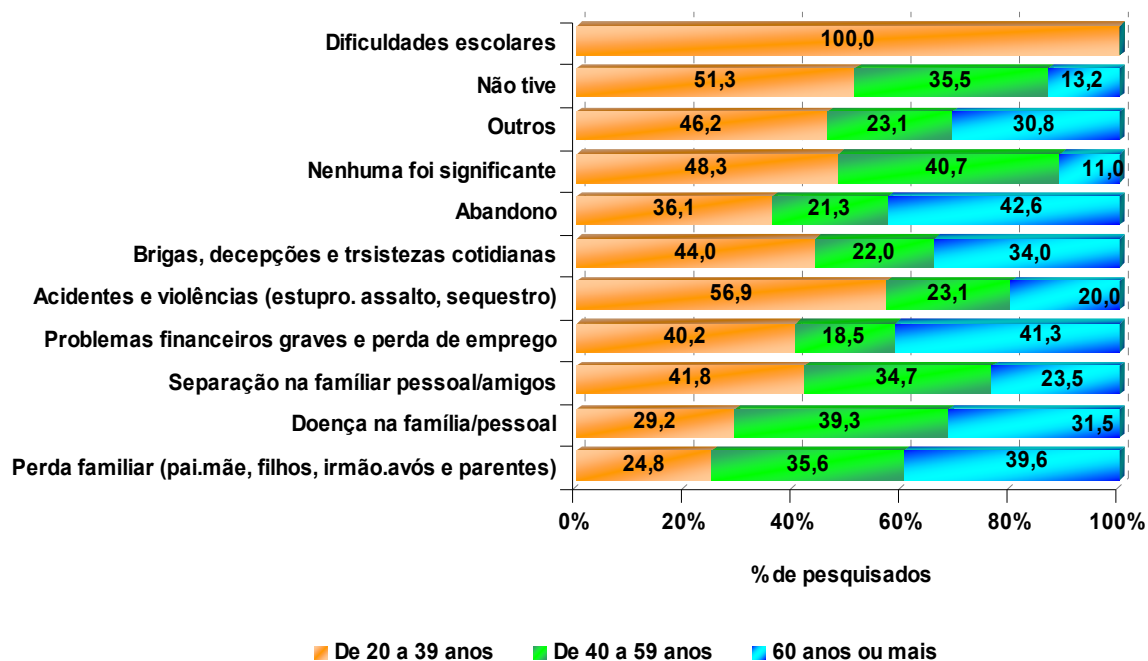


FIGURA 38: Distribuição relativa da maior tristeza de sua vida, segundo a faixa etária.

A vida traz sofrimentos inevitáveis ao longo de nossa jornada. Cada um de nós tem uma parcela de perdas, de frustrações e limitações. Todos, inexoravelmente, terão que lidar com dificuldades, seja no aspecto social, familiar ou de foro íntimo. As perdas não são simbolizadas apenas pela morte, mas também por separações, perdas, abandono, mudanças, coisas que se deixa para trás, perdas consciente ou inconsciente dos sonhos, expectativas impossíveis, ilusões de poder e de segurança, e por que não dizer do eu jovem³³².

Os problemas na área do trabalho, financeiros, em relação à família, crianças ou parceiros, catástrofes naturais também são geradores de crise. Do ponto de vista da essência, as crises mais dolorosas provêm da dor da alma, da falta de vontade de viver, sentindo uma tristeza infinita, sentimento que o mundo acabou, as cores sumiram, não sentindo prazer na realização de nenhuma atividade, demonstrando o surgimento da depressão³³³.

Cupertino et al³³⁴ apontam 31 eventos estressantes negativos que incluem: problemas pessoais, familiares e de trabalho, na saúde pessoal e familiar, solidão, crises sociais e espirituais, falta de significado na vida, problemas de saúde dos pais, esposo (a), filhos e netos, desenvolvimento acadêmico, desastre natural(seca ou enchente), morte da esposa(o) ou de outros, do cachorro, divórcio/separação, serviço militar, eventos em nível macrossocial, aposentadoria, separação ou perda de pessoas, problemas financeiros, cuidando de outro adulto, problema de sucesso/conjugais dos filhos, vítima de crime e morte dos pais.

Por sua vez, Schieman et al³³⁵ mencionam que a religiosidade é um recurso que o ser humano utiliza para controlar a emocionalidade, diminuindo o impacto dos eventos negativos em sua vida. Outro fator positivo da religião é que ela ofereceria um sentido para a existência, abertura para falar das dificuldades e a participação ativa nas atividades religiosas diminuiriam os abalos emocionais e proveria suporte social. Outro dado sugere que a condição financeira estável aumentaria a frequência das atividades religiosas, enquanto, vergonha e falta de tempo estão associadas à depressão. Em uma segunda amostra, os autores verificaram que a estabilidade financeira, menor dúvida sobre a religião, e a frequência religiosa estável protege contra o estresse.

A morte de pessoas importantes no processo de viver envelhecendo provoca rupturas significativas, alcançando níveis elevadíssimos de estresse, aumentando a

possibilidade de adoecimento. As reações frente à morte são diferenciadas em cada pessoa, seja na dimensão física, emocional, social ou espiritual, e dependem do tipo de relacionamento que existia, da idade, da doença, a força e da fé^{292,336}.

Trentini et al³²² apontam que as pessoas idosas relatam como as suas grandes tristezas as perdas pela morte do companheiro (a), dos amigos e de parentes, e separação da família. Esse sentimento da perda do amor gera sentimentos de solidão, doenças crônicas degenerativas e os sinais de envelhecimento. Segundo os autores em nenhum momento os idosos participantes do estudo relataram perdas materiais. Em contrapartida, De Vries e Gallangher-Thompson³³⁷ citam outros fatores que são estressantes e geradores de emoções conflituosas e comumente vivenciadas pelos idosos: perdas significativas, privação social, aposentadoria, redução dos proventos e transtornos físicos e psicológicos.

Cheng et al³³⁸ demonstram que os idosos estão expostos a outros problemas relevantes, como separação dos filhos, perdas dos amigos, esposo (a), do emprego e da renda, que interferem com a sua qualidade de vida, desencadeando problemas psicológicos ou comportamentais. Monteiro³³⁹ demonstra que perdas são inevitáveis no processo de envelhecimento. A perda do companheiro, de parentes e amigos, podendo levar à solidão e à depressão. Maia²²⁸ decifra que a perda de seus entes queridos provoca sensações de perda do porto seguro ou ponto de apoio. Corroborando, Oliveira e Cupertino³¹⁶ apontam que os eventos mais estressantes citados pelos 957 idosos do “Estudo Pensa” foram: outra morte e perda, problemas de saúde, solidão, problema de saúde dos filhos.

Adwin, Sutton, Chiara e Spiro³⁴⁰ demonstram que nos idosos americanos as tristezas ou eventos mais significativos foram problemas com a própria saúde ou dos outros, dificuldades conjugais, problemas financeiros, aposentadoria e problemas cotidianos, perda da autonomia e independência. Destacam os autores que com o processo do envelhecimento os idosos estão enfrentando as doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes e um sentimento de tristeza pela perda de familiares e amigos.

Q 31A Qual foi a sua atitude diante de sua maior tristeza

Diante das informações que se referem à atitude que os pesquisados tomaram frente a maior tristeza citada, evidenciou-se que 22,5% (n=476) choraram,

20% (n=422) relataram desespero, dor, sofrimento e tristeza e 13,3% (n= 280) informaram pedir forças a Deus para superar e perdoar. No que diz respeito à comparação entre as faixas etárias, foi detectada associação estatística significativa ($p < 0,001$), mostrando que os pesquisados de 60 anos ou mais apresentaram associação significativa com as atitudes voltadas para o choro e desespero, dor, sofrimento e tristeza.

Na faixa etária de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com as atitudes seguir em frente e aceitação, bem como tendência de associação com a procura de ajuda médica e de especialistas. Dentre os pesquisados de 20 a 39 anos, foram apontadas associações com as atitudes de descrença\ revolta ou com o fato de não tomar nenhuma atitude. Vale ressaltar que na atitude de pedir forças a Deus para superar e perdoar verificou-se uma tendência de associação com as faixas etárias de 40 a 59 anos e 60 anos ou mais.

Enfocando associações que não deveriam ocorrer, chama a atenção que a faixa de 60 anos ou mais se mostrou associada ao fato de ter tristezas na vida, de tomarem alguma atitude diante desta tristeza; no entanto, a atitude tomada não foi a de seguir em frente e também não foi a de se revoltar, mas sim de chorar. Entre os pesquisados de 40 a 59 anos, chamou atenção o fato de não informarem atitude de desespero, depressão, dor e sofrimento, ficando esta categoria mais inclinada as faixas etárias de 60 anos ou mais e a faixa de 20 a 39 anos. Na faixa etária de 20 a 39 anos, espera-se que não tomem atitudes do tipo pedir forças a Deus para superar e perdoar, bem como de apenas chorar.

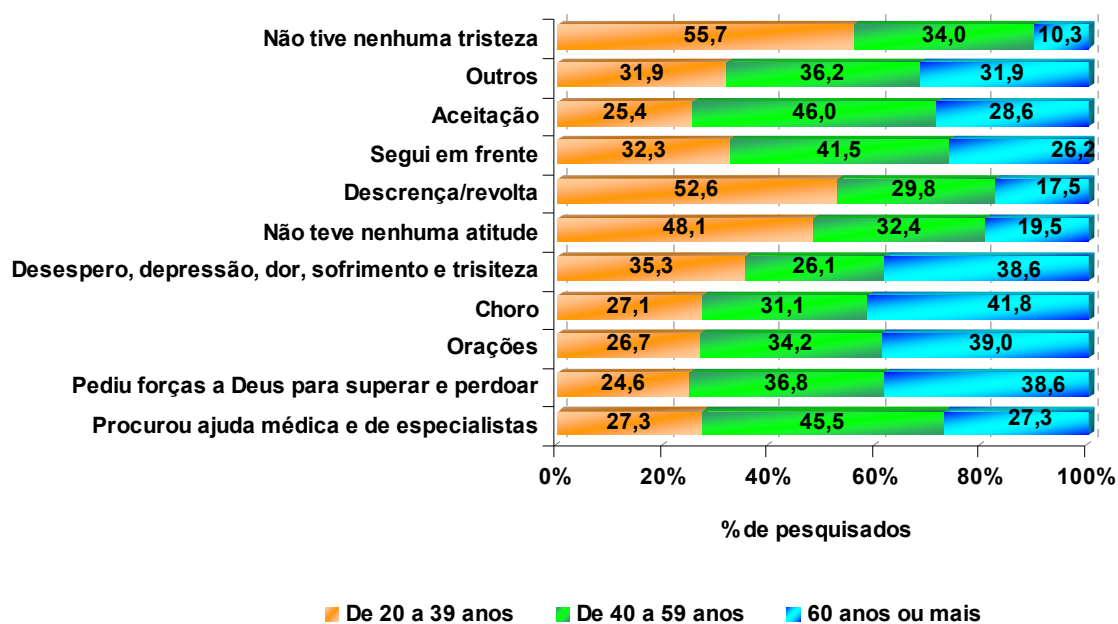


FIGURA 39: Distribuição relativa da atitude tomada frente a maior tristeza de sua vida, segundo a faixa etária

As emoções nascem na alma e são conceituadas como estados psíquicos, e através do corpo astral que o espírito expressa com intensidade e plenamente suas emoções. São sentimentos fortes e generalizados, respostas humanas resultantes da interação com o universo interior e exterior na forma de estímulos/motivações vivenciados nos âmbitos intelectuais e sensoriais³⁴¹. A razão, a inteligência e as emoções ganham profundidade não apenas garantindo a sobrevivência do ser, mas ampliando a inteligência e a razão, capacidades humanas indispensáveis²⁷².

A palavra emoção deriva do latim *e-movere*, que significa mover de dentro para fora. São reações processuais do organismo diante de estímulos positivos ou negativos, envolvendo o corpo e a mente. São consideradas reações globais e inatas à pessoa humana e cada uma exerce especificidade no evento. Estudo feito por Darwin, em 1872, apontava a emoção como uma ferramenta útil durante o processo de adaptação a situações de conflito ou sofrimento. Na atualidade, as emoções são consideradas relevantes para a construção e a compreensão da vida e do mundo³⁴².

As situações carregadas de sentimentos bons ou ruins são mais lembradas que os acontecimentos corriqueiros por pessoas neurologicamente saudáveis. O arquivo da memória é único, singular que nos torna cada um diferente do outro, e não existe

igual mesmo em casos de igualdade genética³⁴³. As memórias são processos dinâmicos, criando e recriando novas versões dos fatos originais³⁴⁴. O funcionamento do cérebro humano é conhecido, mas, apenas isto, não dá condições de saber qual a emoção e a ação que será desencadeada por ela, pois, cada pessoa é única e singular, reagindo de maneiras diferenciadas aos estímulos. Nisso são regidas pela sua concepção de vida, pelo sentido atribuído a sua existência, por suas crenças e valores, por suas experiências prévias e seu modo de ver e relacionar-se com o mundo e com as pessoas.

Koestler³³⁰ cunhou o termo *hólon*, que significa que somos ao mesmo tempo uma totalidade e parte de um todo mais abrangente. As emoções autoafirmativas priorizam a autonomia, o individualismo, a identidade como seres singulares e separados. São compostas pelas emoções de raiva, tristeza, ódio e medo. Neste sentido Cajazeiras²⁷² descreve que as emoções são determinadas pelas situações vivenciadas, em situações de dor/sufrimento e morte podem sentir: ódio, tristeza, mágoa, raiva, angústia, ansiedade e medo. Roberto²⁵⁵ argumenta que os sentimentos negativos como as mágoas reprimidas corrompem a alma, consomem a energia, gerando sentimentos destrutivos de raiva e depressão, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diminuindo a resposta imunológica do organismo.

Martins³⁴² descreve que as emoções ou sentimentos podem ser divididos em fenômenos subjetivos ou emoções centrais que incluem sentimentos como amor, ódio, ternura, raiva, serenidade, mágoa, tristeza, ansiedade, desespero, paz, o perdão, remorso e arrependimento. Os fenômenos objetivos ou emoções periféricas constituem o comportamento emocional que incluem riso, choro, sudorese, palidez cutânea, alterações fisionômicas características, tremores, taquipneia, taquicardia, aumento do peristaltismo intestinal e angústia.

O ser humano enfrenta seus desafios de formas diferenciadas e as emoções desempenham um papel primordial de motivação e de preservação da vida física. Nos traumas, as respostas são conduzidas pelas crenças emocionais, independentes de serem certas ou precisas. Oliveira e Cupertino³¹⁶ assinalam que frente aos eventos negativos as pessoas podem reagir de maneira diferenciada, aceitando o problema, culpando os outros, buscando alguém para desabafar, gritando e falando mal. Os autores demonstram que as estratégias mais utilizadas

pelos 957 idosos participantes do Estudo “PENSA” foram: 78% aceitaram o problema, 82% rezaram ou pediram orientação e 49% esperaram agir após ter mais informações. As mulheres neste estudo utilizaram com maior frequência a estratégia de rezar, pedir orientação, confiar em Deus ou numa força superior. Neste aspecto, Koenig¹⁷² alerta que pessoas que cultivam a espiritualidade no enfrentamento de situações graves, apresentam um impacto positivo no restabelecimento psicológico e físico.

Segundo Trentini et al³²², os idosos utilizam de forma conjunta as estratégias de enfrentamento e da emoção na busca para solucionar os problemas. Na estratégia de enfrentamento pela emoção utilizaram fé, realizações de trabalhos, participação em atividades de grupos e, pela rejeição, ajudam a família e amigos. No enfrentamento do problema foram buscar atendimento médico, realização do tratamento e cuidado ao corpo³⁴⁵.

Estudos demonstram que uma pessoa dotada de fé, pode ver os problemas como uma possibilidade de crescimento ou como parte de um plano superior. Estas formas de enfrentamento as situações desafiadoras, dolorosas e irreversíveis, são medidas terapêuticas de auxílio no restabelecimento do equilíbrio emocional, evitando maiores desajustes e sofrimentos²⁶¹. As pessoas que desenvolvem a espiritualidade/religiosidade aceitam com maior facilidade os problemas de saúde que surgem durante a sua vida¹⁴³. Pessoas que perdoam tiram um peso de seus ombros e apresentam uma vida mais saudável, traçando novos objetivos para seguir em frente, libertando o coração, segurando as rédeas do destino³⁴⁶.

Perdoar é uma atitude humana de compreender a falha ou ato maldoso e que o ser humano é falível. Perdoar é um ato de amor, uma ação geradora de paz, que mantém a harmonia nos lares, atuando como semente geradora de sentimentos altruístas na construção de laços de fraternidade entre os povos, despertando para a necessidade de solidariedade universal²⁷².

Em pesquisa Siegel e Schrimshaw³⁴⁷, com adultos norte-americanos soropositivos, apontam benefícios para a adaptação psicológica quando da utilização do enfrentamento religioso, advindos de suas crenças e de suas práticas religiosas: favorecimento da emoção e sentimentos de conforto, sensação de força, poder e controle, diminuição da carga emocional da doença, disponibilidade de suporte e senso de pertencimento, apoio espiritual mediante uma relação com Deus,

facilitação da aceitação da doença, auxílio e preservação da saúde, alívio do medo e da incerteza perante a morte, maior facilidade de autoaceitação e redução da culpa autodirigida.

Levantamento realizado com idosos Potter e Perry³⁴⁸, concluiu que as pessoas que acreditam receber forças e apoio de Deus nos períodos conturbados da vida, realizando preces, buscando orientação através do diálogo com o divino, estavam associadas a uma autoestima mais elevada. Levy²⁶¹ descreve² que a devoção religiosa é um instrumento importante para a preservação e a estabilidade em momentos de crise. Para os adultos jovens e de meia idade, a forma como exercitam esta devoção desempenha função de nutrir e de proteger em momentos importantes da vida como casamento, maternidade, mudanças de residências e de emprego.

Aldwin et al³⁴⁹ chamam a atenção que nem todas as pessoas utilizam estratégias para ultrapassar seus problemas de forma positiva, algumas utilizam estratégias danosas a sua vida e saúde, como fumar e beber, na tentativa de minimizar os sentimentos de depressão ou ansiedade. Lazaeta³⁵⁰ ressalta que a maioria das pessoas aceita o envelhecimento como um fato consumado, com resignação, conformando-se e aceitando tudo o que acontece e não fazendo nada para mudar o curso da sua história.

Neste estudo na questão de atitudes tomada frente a sua maior tristeza observou-se que os idosos, utilizam estratégias de enfrentamento focadas no enfrentamento passivo e focadas na emoção (choro, dor, depressão, desespero, tristeza), e estratégias ligadas a religiosidade/espiritualidade (orações e perdão), podendo inferir que os resultados apontam que a espiritualidade e a religiosidade aumentam com a idade. Neste processo observa-se que os idosos apesar de estarem mais fragilizados pela ação do tempo, nestas circunstâncias, conseguem mobilizar de forma mais efetiva recursos e estratégias devido ao seu aprendizado, a sua experiência e a sua sabedoria, estando mais fortalecidos para enfrentar os percalços que a vida traz.

Adultos jovens não referem uma tristeza significativa e os adultos têm uma atitude de aceitação. Pode-se concluir que durante o processo do desenvolvimento humano, as pessoas reagem e utilizam estratégias diferenciadas para lidar com as

situações de crises, perdas/tristezas, dependendo de suas experiências prévias, sua história de vida e sua cultura.

Q 32 O que você faz para superar as dificuldades com que se depara

Nos resultados referentes às atitudes tomadas pelos pesquisados para superar as dificuldades com que se depara, observou-se que 32,2% (n=688) tomaram como atitude conversar e pedir auxílio a Deus; 22,3% (n=477) relatou realizar orações e 21,6% (n=461) informaram serem persistentes e manterem pensamento positivo. Para análise comparativa com as faixas etárias, verificou-se associação estatística significativa ($p < 0,001$), indicando que entre os pesquisados de 60 anos ou mais ocorreu associação com a atitude de aceitação e de não tomar nenhuma atitude. Também se evidenciou tendência de associação com as atitudes de orar e de dialogar com familiares, amigos e vizinhos.

Na faixa de 40 a 59 anos, foram observadas tendências de associação com as atitudes de conversar/pedir auxílio a Deus, bem como reflexão e análise do problema. Entre os pesquisados de 20 a 39 anos, a associação ocorreu com a atitude de persistência e pensamentos positivos e ter calma, fé e força, bem como tendência de associação com a atitude de dialogar com familiares, amigos e vizinhos.

Ainda em relação às atitudes que toma para superar dificuldades quando comparadas as faixas etárias, foram identificadas associações estatisticamente significativas que devem ocorrer nesta amostra. Na faixa etária acima de 60 anos, os dados apontam a não associação com a atitude de ter persistência e pensamento positivo. Esta faixa etária também se mostrou inclinada a não ter atitude, de ter calma, fé e força. A faixa etária de 40 a 59 anos, em que foram identificadas apenas tendências de associação, as não associações se mostraram significativas, indicando que esta faixa etária não se mostrou associada de forma significativa às atitudes de dialogar com familiares, amigos e vizinhos e de apenas realizar orações. Já dentre os pesquisados com idades entre 20 e 39 anos, ocorreram não associações significativas com as atitudes de conversar e pedir a Deus auxílio e reflexão e análise do problema.

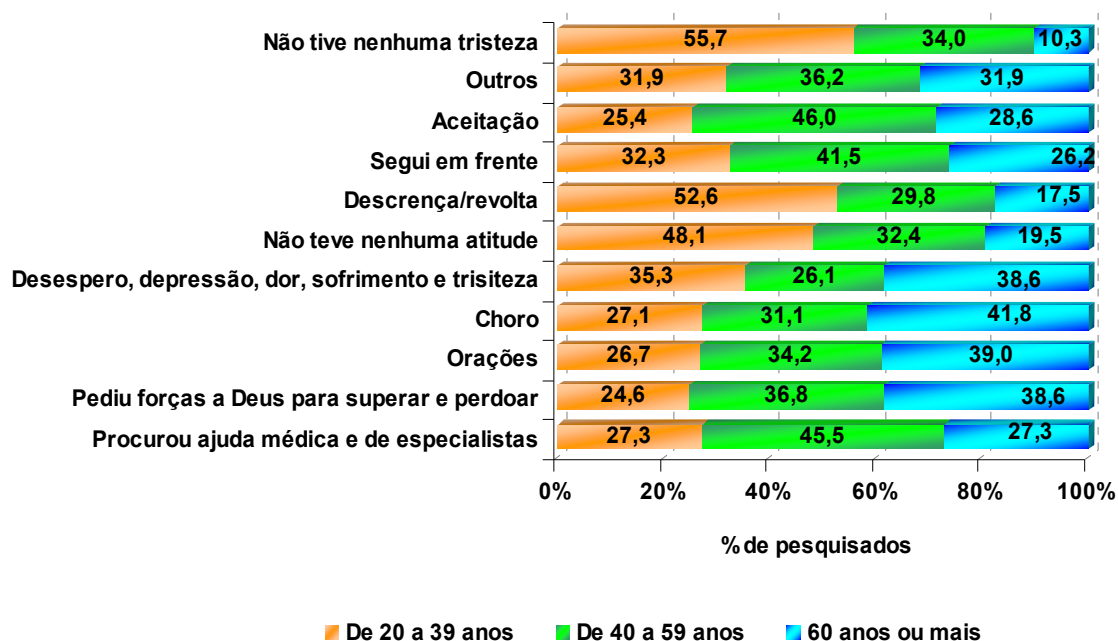


FIGURA 40: Distribuição relativa da atitude tomada para superar as dificuldades com que se depara, segundo a faixa etária.

Antoniazzi, Dell' Aggio e Bandeira³⁵¹ constataram que a escolha das estratégias para o enfrentamento das dificuldades está relacionada a características e a personalidade do indivíduo, podendo ocorrer alterações durante a vida, dependendo do lugar e momento que as mesmas acontecem.

Vale destacar que as pessoas podem apresentar diferentes estratégias de enfrentamento em diferentes situações, conforme citam Lazarus e Folkmann³⁴⁵. Estas variações reafirmam que as dificuldades têm uma interpretação e um significado pessoal que interfere diretamente na escolha da estratégia para o seu enfrentamento, analisando as responsabilidades e os recursos disponíveis³⁵².

Estudos realizados por Seidl, Troccóli e Zanno³⁵³ apontam que uma forma de enfrentamento é focalizar a atenção nas dificuldades, buscando o manejo ou a modificação da mesma, controlando a ameaça, o dano ou o desafio. Outra forma busca criar alternativas para a resolução das dificuldades. Quando a pessoa coloca as emoções em primeiro plano, tende a afastar-se, tendo crises de estresse e negação. Já Vitalino et al³⁵⁴, constataram que outras pessoas buscam estratégias para o enfrentamento das dificuldades através do suporte social, das práticas religiosas e da distração. Estudos evidenciam que a fé empodera o ser humano para

o enfrentamento de situações adversas ou doenças ameaçadoras da vida humana³⁵⁵.

Estudo conduzido por Aldwin³⁵⁶ constatou sete tarefas necessárias para o enfrentamento das dificuldades, principalmente em situações de doença: lidar com as consequências fisiológicas das doenças (dor, sintomas e incapacidades), lidar com o tratamento e o ambiente hospitalar, desenvolver e manter boa relação com a equipe de saúde, manter o equilíbrio emocional, manter um senso de *self*, incluindo controle e competência, manter boas relações com familiares e amigos e preparar-se para futuras exigências.

Na visão de Silva e Gunther³²⁴, as pessoas podem superar as suas adversidades e tristezas, buscando a proteção e suporte na família, amigos e com vizinhos e vivência com fé de uma religião. A confiança em Deus e a segurança de ter um local para morar aumentam a satisfação na vida. Os autores esclarecem que a educação é primordial, pois oferece subsídios para o desenvolvimento de novas habilidades para enfrentamento dos problemas.

Pargament^{357,358} constatou que inúmeras vezes as pessoas atribuem a Deus o aparecimento das doenças ou coloca em suas mãos a resolução de problemas. Tix e Frazier³⁵⁹ atribuem este comportamento como enfrentamento religioso, em que a pessoa busca na religião e na sua espiritualidade estratégias para lidar com as dificuldades da vida. Outro ponto de destaque encontrado por Pargament e Park³⁵⁸ é que as religiões fornecem um suporte rotineiro como alívio, conforto e consolo, oportunizando o entendimento do significado dos problemas que ocorrem na existência humana, oportunizando o crescimento e a busca pela essência do ser humano e do sagrado.

Segundo Pargament et al³⁶⁰ a religião pode assumir diferentes atribuições as quais variam conforme a responsabilidade e a participação da própria pessoa na resolução das dificuldades. Os autores concluíram que existem três estilos para a resolução de problemas. O autodirigido (*self-directing*) em que a pessoa tem sob sua responsabilidade a resolução e através do livre arbítrio Deus assim o permite. O segundo é o delegante (*deferring*) quando a pessoa transfere à Deus a resolução do problema buscando nos esforços divinos à solução dos problemas e o terceiro estilo é o colaborativo (*collaborative*) onde as responsabilidades são divididas entre a pessoa e Deus, ambos são coadjuvantes ativos na solução das dificuldades. O estilo

delegante é mais atribuído às pessoas que se percebem com menos competência, enquanto os estilos autodirigido ou colaborativo são mais utilizados pelas pessoas que se percebem mais competentes³⁶¹.

Estudo realizado na Paraíba com 123 idosos por Guedea et al³⁶² (2006) demonstram que as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos são a direta (enfrentar de frente os problemas) e a reavaliativa positiva (que avalia os problemas numa visão positiva). Os idosos não utilizam a estratégia de evasão. Outro ponto pertinente é que a avaliação positiva é uma característica dos idosos nesta fase, pois funciona como uma compensação frente às perdas que o idoso possa estar vivenciando³⁶³.

Altos níveis de enfrentamento na solução das dificuldades propiciam ao idoso maior bem-estar, saúde psicológica com menos incidência de depressão e ansiedade, conservação da autonomia e relações positivas com as pessoas³⁶⁴. Completando o pensamento, Maia²²⁸ ressalta que as pessoas que têm na balança da vida um saldo positivo de realizações pessoais, familiares e profissionais vivenciaram o processo de viver envelhecendo bem sucedido e com boa autoestima.

Robinson et al³⁶⁵ descreveram a importância da espiritualidade para cinquenta e seis pais que perderam seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da cidade de Boston. Quando entrevistados, 73% (41) dos pais responderam que a Espiritualidade era sua fonte de apoio e esperança para o enfrentamento da perda, bem como a importância de poderem demonstrar suas emoções e a possibilidade de expressarem a sua fé.

Q 33 O que você faria se recebesse um diagnóstico de doença grave, de piora de sua saúde ou soubesse que tem pouco tempo de vida

A questão acima demonstra 18,1% (n=387) dos pesquisados relataram que iriam aproveitar a vida intensamente (viajando, realizando sonhos, adquirindo bens); 16,8% (n=358) informaram que pediriam/orariam a Deus para a cura; 15,3% (n=326) informaram que aceitariam com naturalidade e 9,6% (n=205) citaram que entrariam em desespero e depressão. Na análise comparativa com a faixa etária, verificou-se associação estatística significativa ($p < 0,001$), em que os pesquisados com 60 anos ou mais apontaram associação com as atitudes de aceitar com naturalidade e de busca outros recursos médicos, bem como, colocar a situação nas mãos de Deus.

Nos pesquisados de 40 a 59 anos, a associação deu-se com as atitudes de pedir/orar a Deus para a cura, lutar até o final e de não fazer nada ou não saber o que fazer. Entre os pesquisados de 20 a 39 anos foram evidenciadas associações com as atitudes de aproveitar a vida intensamente, entrar em desespero/depressão e, também, de dedicar mais tempo à família.

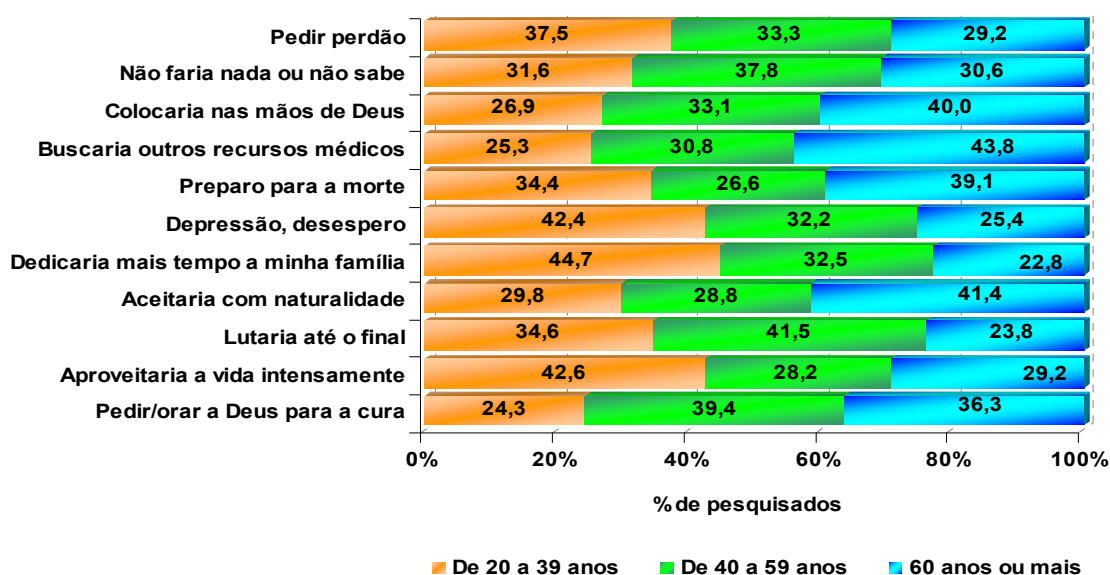


FIGURA 41: Distribuição relativa da atitude tomada diante do diagnóstico de uma doença grave, piora de saúde e que teria pouco tempo de vida, segundo a faixa etária.

Todos, ao serem confrontados com um diagnóstico sombrio, são desafiados a lutar com participação ativa em busca da superação e da recuperação da saúde. A doença desestrutura o corpo físico, mental e espiritual. Leshan³⁶⁶ salienta que o ser humano é complexo, e suas dimensões deverão ser cuidadas, sem que nenhuma seja desconsiderada em nenhum momento. Dentro desta visão, alternativas (acupuntura, homeopatia, ikebana, cirurgias espíritas, equilíbrio da energia, florais, yoga e, principalmente, no reencontro com Deus) devem ser buscadas para tratar estas dimensões. Corbellini e Comiotto⁸⁰ salientam a importância da manutenção da convicção na melhoria, com atitudes e sentimentos positivos, o qual fará ou não uma diferença significativa no caminho da cura.

A saúde é um estado harmonioso de energias entre o homem, o meio ambiente e o meio social, entre a sua dimensão física, suas emoções e a dimensão espiritual. Este equilíbrio é necessário à manutenção da saúde e o bem-estar³⁶⁷. O aparecimento de algumas doenças são gestado pelas próprias pessoas, por suas

atitudes e comportamentos, quando da conscientização da capacidade do ser humano de provocar a doença é necessário uma mudança na sintonia mental para fortalecer o corpo e o espírito³⁶⁸.

A oração é um diálogo com Deus, através do qual se solicita auxílio nas horas difíceis. Silva e Mamede³⁶⁹ apontam à oração como um vínculo vital de um relacionamento dinâmico e pessoal que nos auxilia, nos empodera, fortalece esperanças e perspectiva de vida.

Doenças graves como o câncer, AIDS, cardiopatias isquêmicas, provocam muita angústia e depressão. O'Conner et al³⁷⁰ demonstram que a fé foi um fator motivador na busca do significado da existência e na capacidade de enfrentamento para as 30 pacientes com câncer recém-diagnosticado. Em 108 mulheres com câncer ginecológico, Roberts et al³⁷¹ relatam que 93% informaram que suas atividades e práticas religiosas auxiliaram na manutenção da esperança. Diante do exposto, Taylor et al³⁷² concordam que doentes possuidores, de uma visão otimista a respeito de seu prognóstico futuro, sobrevivem mais do que aqueles que são realistas e objetivos.

Teixeira e Léfrevre³⁷³ acham importante salientar que os idosos já enfrentaram muitas situações adversas, mas a fé é um componente essencial para aceitarem melhor a dor e o sofrimento, preparando-se melhor para a morte. Mazo et al³⁷⁴ demonstram que as pessoas idosas têm a sua espiritualidade alicerçada na crença em Deus e a doença como algo com que devem se conformar. A fé religiosa ativa é um componente importante para a recuperação da saúde, diminuindo as complicações, e o aumentando do tempo de sobrevivência³⁷⁵.

Com base no exposto, conclui-se que frente ao diagnóstico de doença grave/morte ocorre um desequilíbrio energético considerável, desencadeando emoções contraditórias, gerando distúrbios no campo energético definido como uma interrupção no suprimento de energia, resultando efeitos negativos e desequilíbrio no corpo, na mente e espírito³⁷⁶. Frente a estes acontecimentos, desta natureza cada ser humano busca uma estratégia diferenciada para superar ou ultrapassar. Neste momento as crenças espirituais, psicológicas e religiosas auxiliam as pessoas a encontrar um significado para o seu sofrimento, buscando Deus para nos amparar-los. É salutar, é benéfico.

Q 34 Qual o grau de importância que você atribui a espiritualidade na sua vida

No total dos pesquisados, 72,2% (n=1.528) acham que a espiritualidade é muito importante em suas vidas e 20,0% (n=424) são indiferentes a este tema.

Considerando a abordagem deste resultado em relação às faixas etárias, foi detectada associação estatística significativa ($p < 0,01$), apontando que os pesquisados de 60 anos ou mais se mostraram associados as categorias não acho muito importante e sou indiferente a este tema. Dentre os de 40 a 59 anos, a associação ocorreu com a categoria acho muito importante. No que diz respeito às faixa etária de 20 a 39 anos, o teste não apontou associação relevante.

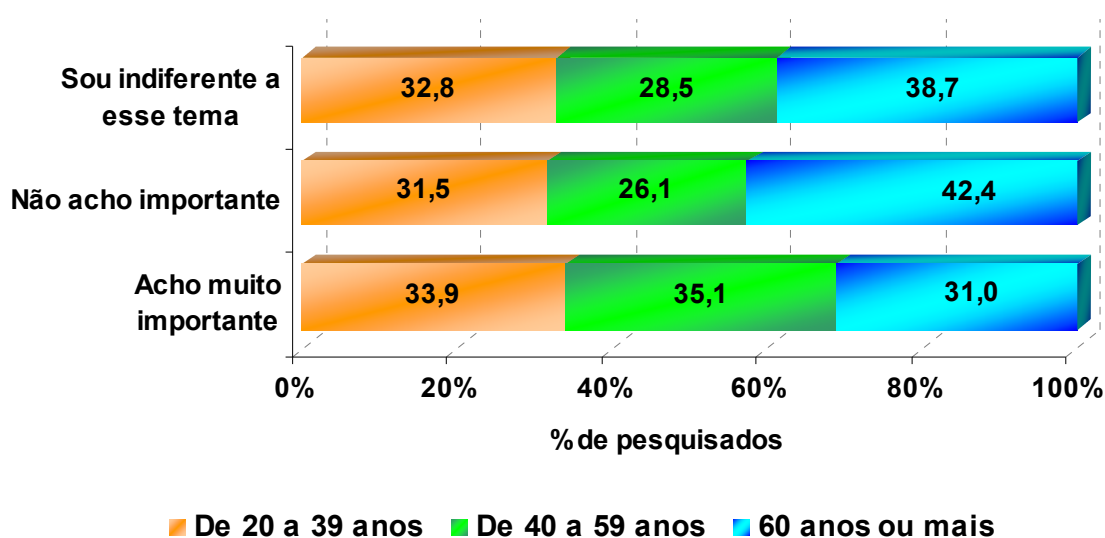


FIGURA 42: Distribuição relativa do grau de importância da espiritualidade em sua vida, segundo a faixa etária.

Quanto a faixa etária acima de 60 anos foi estratificada em outras três faixas etárias (de 60 a 69, de 70 a 79 e 80 anos ou mais), se verificou que os pesquisados acima de 80 anos, apresentaram associação significativa com a resposta “acho muito importante”. Na faixa etária de 70 a 79 anos, a associação aconteceu com a resposta “não acho importante”, e, na faixa etária dos 60 a 69 anos, a associação se mostrou significativa com o fato de serem indiferente a esse tema.

Distribuição relativa, obtida com base no total de pesquisados de cada faixa etária, das respostas referentes ao grau “Acho muito importante” da espiritualidade em sua vida, segundo a faixa etária.

Chama-se atenção para o fato de que, no que diz respeito aos pesquisados faixa etária de 50 a 59 anos, quando avaliados na faixa etária de 40 a 59 anos, a análise inicial apontou associação significativa com a resposta “acho muito importante”. No entanto, quando a faixa etária de 40 a 59 anos foi subdividida em outras duas faixas, observou-se que os pesquisados de 50 a 59 anos se mostraram significativamente associados à categoria “acho muito importante”, e, entre os de 40 a 49 anos, não foi detectada associação significativa com nenhuma das respostas.

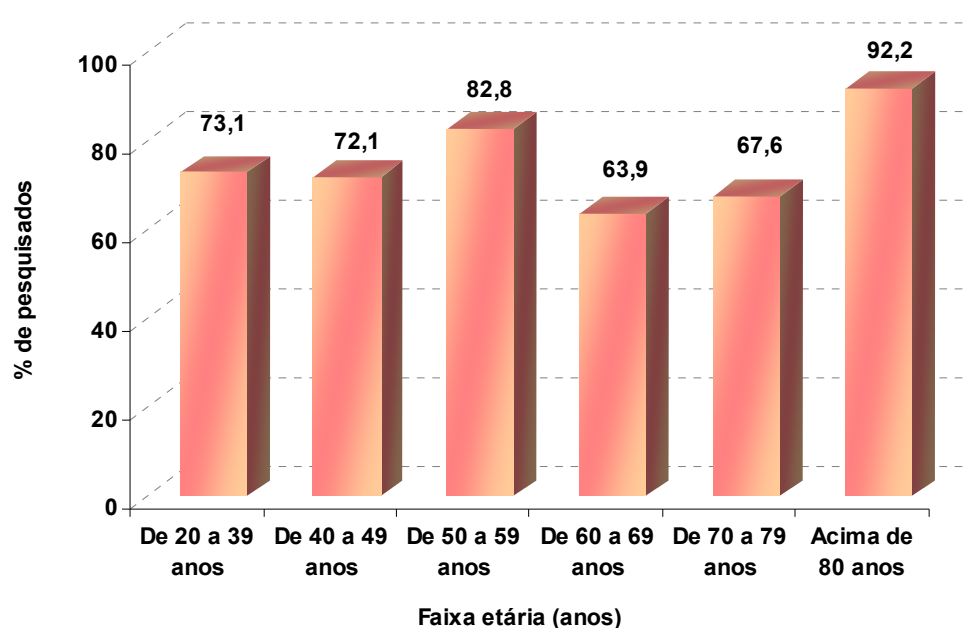


FIGURA 43: Distribuição relativa, obtida com base no total de pesquisados de cada faixa etária, das respostas referentes ao grau “Acho muito importante” da espiritualidade em sua vida, segundo a faixa etária.

Resultados provenientes do estudo Quality of American Life de Markides et al³⁷⁷, realizado com mil adultos relataram que a espiritualidade é um componente importante e demonstravam estar mais satisfeitas com a vida e apresentavam uma saúde melhor. Estudo conduzido por Kass et al³⁷⁸ demonstrou que quanto maior é a espiritualidade da pessoa melhor é a sua saúde. Pessoas com pouca espiritualidade referiam um escore alto de dor física, Os pesquisadores também apontam que níveis elevados de espiritualidade exercem um efeito protetor por longo tempo contra sintomas físicos comuns.

5.4 DIMENSÃO ESPIRITUAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA DOS INDIVÍDUOS

Q 35 O que é ter saúde para você

Quanto ao questionamento do que é ter saúde, 31,6% (n=678) citaram ausência de dor e de doença; 21,6% (n=463) informaram que ter saúde é a melhor coisa que se pode ter; 16,4% (n=353) citaram que ter saúde é estar em paz, de bem consigo mesmo, com as pessoas e com o mundo; 10,6% (n=228) falam que ter saúde é ter harmonia entre o corpo, a mente e o espírito/alma. Quanto à análise comparativa entre as faixas etárias, foi detectada a associação estatística significativa ($p < 0,001$), em que os pesquisados de 60 anos ou mais se mostraram associados ao conceito de ter saúde com ausência de dor/doença e estar de bem com Deus, bem como com o conceito de ser a melhor coisa que se pode ter. Na faixa etária de 40 a 59 anos a associação ocorreu com a melhor coisa que se pode ter. Entre os de 20 a 39 anos, a associação ocorreu com harmonia corpo, mente, espírito/alma e estar de bem consigo mesmo, com as pessoas, o mundo e em paz.

Considerando os pesquisados na faixa etária de 60 a 69 anos foram, observadas significativas associações com a saúde, sendo a “ausência de dor e de doença”. Na faixa etária de 70 a 79 anos, as associações ocorreram com as categorias “melhor coisa que se pode ter” e “estar de bem com Deus”. Estas últimas associações mencionadas também ocorreram com os pesquisados acima de 80 anos.

Desta forma, os resultados apontaram, de forma significativa, que acima de 60 anos, quanto mais elevada à faixa etária, mais a saúde se mostrou associada a estar de bem com Deus, bem como com acreditar que a saúde é a melhor coisa que se pode ter.

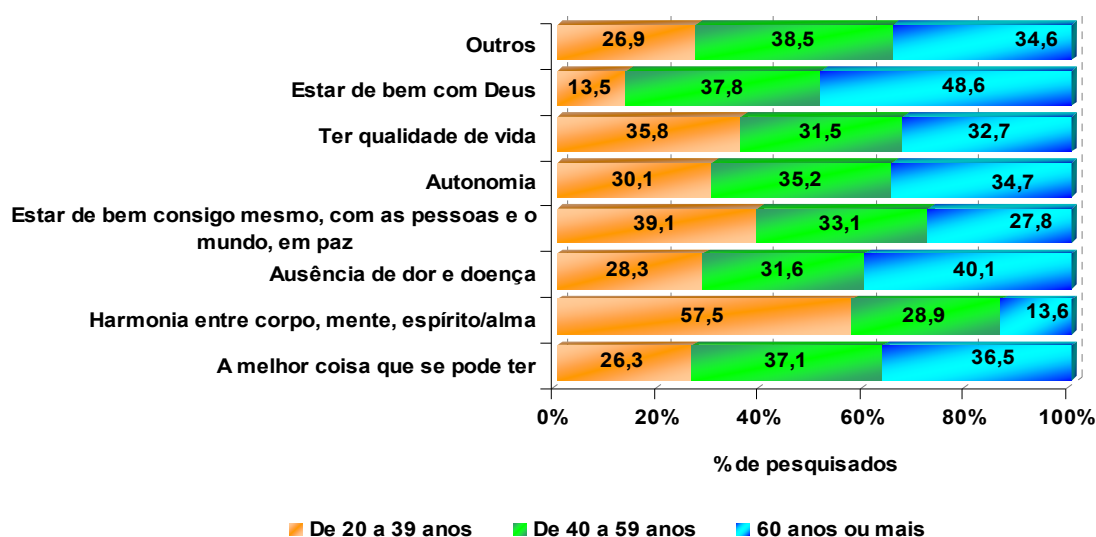


FIGURA 44: Distribuição relativa do que é ter saúde, segundo a faixa etária.

A palavra saúde provém da palavra latina “*salus*” que significa estado e salvação, incluindo corpo, espírito e matéria. A saúde tal como a doença atinge a pessoa na sua totalidade no seu corpo, espírito, nos seus sentimentos, no seu modo de ser, de ver e de relacionar-se com o mundo e com as pessoas a sua volta⁸⁰.

A saúde é um direito fundamental da pessoa, sendo reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social e pessoal, como também uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida³⁷⁹. Nesta perspectiva a Carta de Ottawa afirma que são recursos indispensáveis para se ter saúde: paz, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social³⁷⁸.

Capra³⁸¹ entende a saúde como um fenômeno multidimensional que envolve os aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. Para atingir esta compreensão, é preciso um novo direcionamento, buscar mudanças na recuperação da totalidade do ser, do ver e de compreender o mundo de forma mais ampla, onde possa haver uma coexistência plena entre a ciência, a arte, a filosofia e as tradições espirituais²⁴⁶.

Para Néri³⁸², a qualidade de vida é envelhecer de forma digna, o que envolve um frágil equilíbrio entre as potencialidades e as limitações do idoso, no

qual cada um demonstrará suas estratégias para lidar com as perdas inevitáveis que ocorrem no processo de viver envelhecendo. Complementando, a autora diz que ter qualidade de vida é ter saúde, alimentos adequados, realizar atividades recreativas e físicas, convívio familiar harmonioso, praticar uma religião, ter personalidade, honestidade e caráter. Saúde é restabelecer o equilíbrio e a harmonia do corpo, da mente e do espírito¹⁴³.

Vários fatores influenciam a perda da saúde: o sedentarismo, a hipertensão, fumo tem efeitos deletérios progressivos e os cuidados com a alimentação, exercícios físicos, controle do stress podem aumentar a expectativa de vida e promover uma vida mais saudável³⁸³. A saúde é um processo contínuo em que a fusão mente, corpo e sentimentos estão conectados, relacionando-se de forma harmônica continuamente. Cada um de nós tem a responsabilidade de buscar o aperfeiçoamento da capacidade em trabalhar forças e emoções positivas, ajudando na prevenção de doenças. O bem-estar envolve estar livre de dor, das doenças e de seus sintomas, manter-se ativo e estar bem espiritualmente³⁸⁴.

Brandão³⁸⁵ salienta que, ao longo do processo evolutivo, a saúde e a espiritualidade, ou saúde e salvação desabrocham em situações de dor e de doença. Estudos demonstram que a prática da religião e o exercício da fé são coadjuvantes para a manutenção e a melhora das condições de saúde e estão associados de forma positiva ao bem-estar e à saúde mental do homem^{386,387,388}.

Sob este prisma, todas as pessoas são diferentes e pode-se ter uma concepção diferenciada e própria de saúde. Neste estudo observou-se que a saúde é compreendida de maneira diferente pelos pesquisados, para os jovens a saúde é a harmonia entre corpo, mente e espírito. Os adultos já a relacionam com outros fatores e os idosos com estar de bem com Deus. Interessante salientar que quando mais avança a idade os pesquisados conceituam a saúde como algo de fundamental importância na vida e tem relação direta com a qualidade de vida. Diante desta afirmação não é possível conceber a saúde apenas como a adaptação do ser humano ao meio, nem apenas os sintomas ou comportamento evidenciados. Saúde é uma construção individual, concebida durante toda a vida. Dentro deste processo ocorre a realização como pessoa e como entidade social. Nessa forma de conceber saúde não é apenas uma questão física, mas engloba as dimensões social, psíquica e espiritual relacionadas entre si, influenciando nossos pensamentos e emoções,

interferindo diretamente na saúde. A saúde é um processo contínuo que releva o crescimento da pessoa interiormente e exteriormente.

Observado na aquisição de habilidades, de relacionamentos, na forma que cuidar das pessoas, dos animais e do planeta terra, de encarar as responsabilidades e as adversidades, da capacidade de fazer escolhas adequadas como hábitos saudáveis para manter nossa saúde e a qualidade de vida. Completando este pensamento, Leloup et al⁵⁶ destaca que a “saúde verdadeira é um estado no qual se leva em consideração que tudo depende de tudo”, para tanto indispensável se faz cuidar com ternura e carinho do corpo, da mente e do espírito, pois a saúde do interior reflete no todo.

Q 36 Na sua concepção, o que é necessário para ter saúde

Na concepção do que é necessária para ter saúde, 41,8% (n=893) dos pesquisados informaram que é preciso manter hábitos saudáveis (alimentação, higiene adequada e atividades físicas); 24,0% (n=512) relataram que é preciso cuidar do equilíbrio do corpo, da mente e do espírito. No que se refere à análise comparativa em relação à faixa etária, foi detectada a associação estatística significativa ($p < 0,001$), indicando que os pesquisados de 60 anos ou mais associaram saúde com à necessidade de acreditar em Deus/forças superiores e orar e de manter hábitos saudáveis, ter acesso aos serviços de saúde e não ter vícios. Na faixa 40 a 59 anos, a associação ocorreu com a qualidade de vida e acreditar em Deus/forças superiores e orar. Para a faixa etária de 20 a 39 anos, foram observadas associações com equilíbrio familiar, cuidados com equilíbrio do corpo, mente e espírito, bem como com a necessidade de viver bem, feliz e em paz.

Estratificando a faixa etária acima de 60 anos em outras três, também se verificou tendências de associações expressivas, em que a faixa etária de 60 a 69 anos apontou a necessidade de ter saúde ligada à ausência de vícios e acesso aos serviços de saúde. Entre os de 70 a 79 anos, pode estar ocorrendo associação com a necessidade de manter hábitos saudáveis e também, acesso aos serviços de saúde. Considerando os pesquisados acima de 80 anos, a tendência de associação se deu com a necessidade de acreditar em Deus/forças superiores e orar, bem como

o cuidado com o equilíbrio do corpo, mente e espírito.

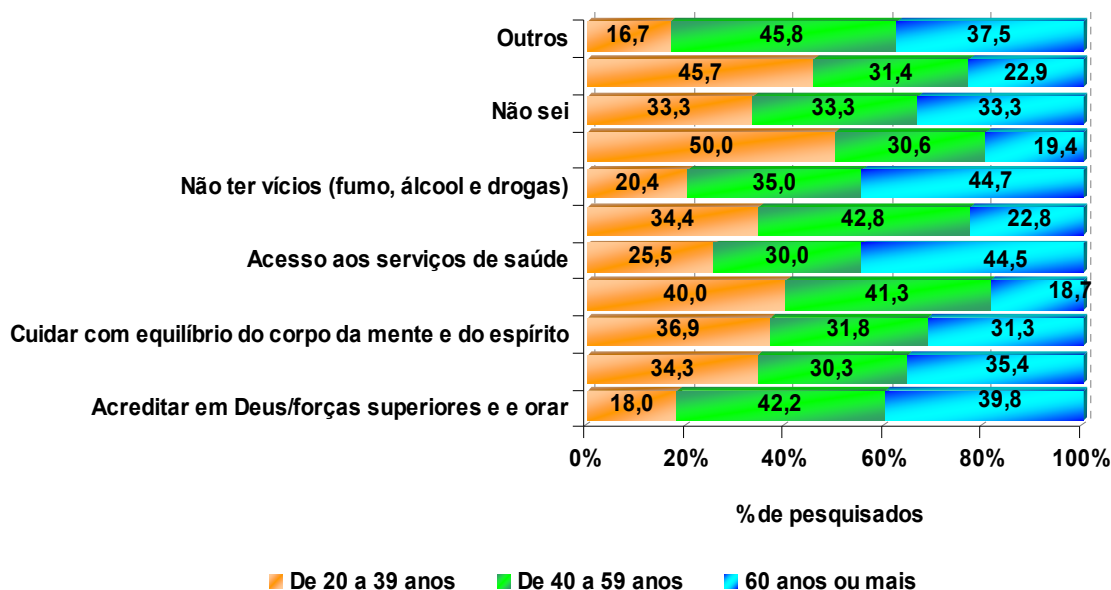


FIGURA 45: Distribuição relativa do que é necessário para ter saúde, segundo a faixa etária.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é conceituada como “estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”²⁷. A saúde é um processo dinâmico e sofre interferências biológicas, químicas, sociais e imateriais e depende de fatores não apenas da medicina, mas da sociedade¹⁰⁴. No olhar aguçado de Jotz¹⁴³, a saúde é o equilíbrio harmônico do corpo, da mente perispírito e espírito.

A Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 define a saúde e aponta os determinantes/ condicionantes necessários para obtê-la: à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, à educação, ao transporte, ao lazer e ao acesso a bens e serviços necessários à manutenção da vida^{389,390}. Para os idosos a concepção de saúde agrega uma diversidade de determinantes interligados incluindo a idade, sexo, construto familiar, estado civil, trabalho e renda, capacidade funcional, doenças associadas, estilo de vida. Outro estudo realizado pela equipe de Baron-Epel e Kaplan³⁹¹ identifica as variáveis demográficas e sócio-econômicas, acesso aos serviços de saúde, doenças crônicas

degenerativas e capacidade funcional avaliada pelas AVD's e AIVD's, como determinantes importantes de saúde para os idosos. Silva e Formigli³⁹² salientam que as relações entre o idoso e os profissionais de saúde, a infra-estrutura, qualidade do atendimento e disponibilidade de materiais (equipamentos e medicamentos) são determinantes do grau de satisfação ou insatisfação na utilização dos serviços de saúde.

Estudo envolvendo idosos gaúchos demonstrou que a qualidade de vida envolve diretamente hábitos saudáveis, alimentação saudável, trabalho, manutenção de habilidade funcional, estar de bem com a família, equilíbrio emocional, exercer a espiritualidade, manter uma atividade social, satisfação pessoal, manter perspectivas futuras e vida sexual ativa³⁹³. Importante salientar é que os idosos também correlacionam a saúde com comportamentos preventivos, como a alimentação e exercícios, demonstrando que os idosos têm ciência dos riscos e de como fazer a prevenção³⁹⁴.

Em estudo realizado por Penna e Espírito Santo¹⁸⁷ com um grupo de idosos de São Gonçalo-RJ, ter saúde foi associada a manutenção da independência, da autonomia para desenvolver diferentes atividades, comportamento de buscar novos conhecimentos e de viver plenamente. Outro ponto a destacar é a importância da família na manutenção da saúde, pois oferece ao idoso, companhia e o auxilia quando necessário, tornando-se central para as relações afetivas e emocionais³⁹⁵.

Olhando sob este prisma, a manutenção da saúde depende do comprometimento da pessoa em ser um ser saudável, mantendo bons hábitos de vida, um estado de equilíbrio e de harmonia, conservando bons pensamentos, cultivando um sentimento de agradecimento pela vida, pela sua criação e pelo Criador. Na concepção de Alvarez³⁸³, a saúde é uma meta indispensável à condição humana, que abrange todas as dimensões e não pode ser atendida de forma fragmentada. Segundo a autora necessita de comprometimento no cumprimento das obrigações, na busca pelos direitos e deveres para que ela possa ser alcançada. Nesta assertiva, saúde é questão ética, cabendo a cada um enfrentar as dificuldades com sapiência e fé, aprendendo a conviver com as limitações, vivendo cada momento com intensidade, sem perder o sentido de nossa existência e o aprendizado nas rugas pronunciadas no rosto e os cabelos brancos^{396,397}.

Q 37 Como a sua religião ou crença espiritual influencia o modo como você enxerga seus problemas de saúde e a forma como pensa sobre a sua saúde

Na avaliação da influência da religião ou crença espiritual na relação à saúde, 31,3% (n=624) dos pesquisados relataram que a religião fortalece e auxilia na superação dos problemas (saúde, pessoais, amorosos, financeiros); 30,9% (n=617) informaram que a religião não influencia na saúde/doença e 13,7% (n=274) relataram que a crença em Deus cura tudo. Considerando a análise comparativa com as faixas etárias, o teste Qui-quadrado apontou associação estatística significativa ($p < 0,001$), em que os pesquisados de 40 a 59 anos apontaram associação com a crença que Deus cura tudo verificou-se tendência de associação com o fato de não saber responder. Entre os de 20 a 39 anos, a associação ocorreu com a informação de que a religião não influencia na saúde e na doença.

Chama a atenção, que a faixa etária de 60 anos ou mais não se mostrou significativamente associada às categorias investigadas. No entanto, os dados sugerem que pode estar ocorrendo associação com a crença de que a religião motiva/influencia a maneira de cuidar do corpo e do espírito, bem como com a crença de que a oração é um suporte no auxílio e conforto nos problemas.

Considerando os pesquisados acima de 60 anos, quando esta faixa etária foi estratificada em outras três, foram observados resultados expressivamente mais relevantes que a análise inicial, informado que os pesquisados de 60 a 69 anos mostraram tendência de associação com a resposta “a religião motiva/influencia como cuidamos do corpo e do espírito”. Em relação à faixa etária de 70 a 79 anos, não foram identificadas associações estatisticamente significativas com a questão abordada. Já entre os pesquisados acima de 80 anos, observou-se tendência de associação com a resposta “a oração é um suporte no auxílio e conforto dos problemas”. Ou seja, resultados sugestivos de que os pesquisados acima de 60 anos estão se mostrando voltados a respostas vinculadas a religiosidade.

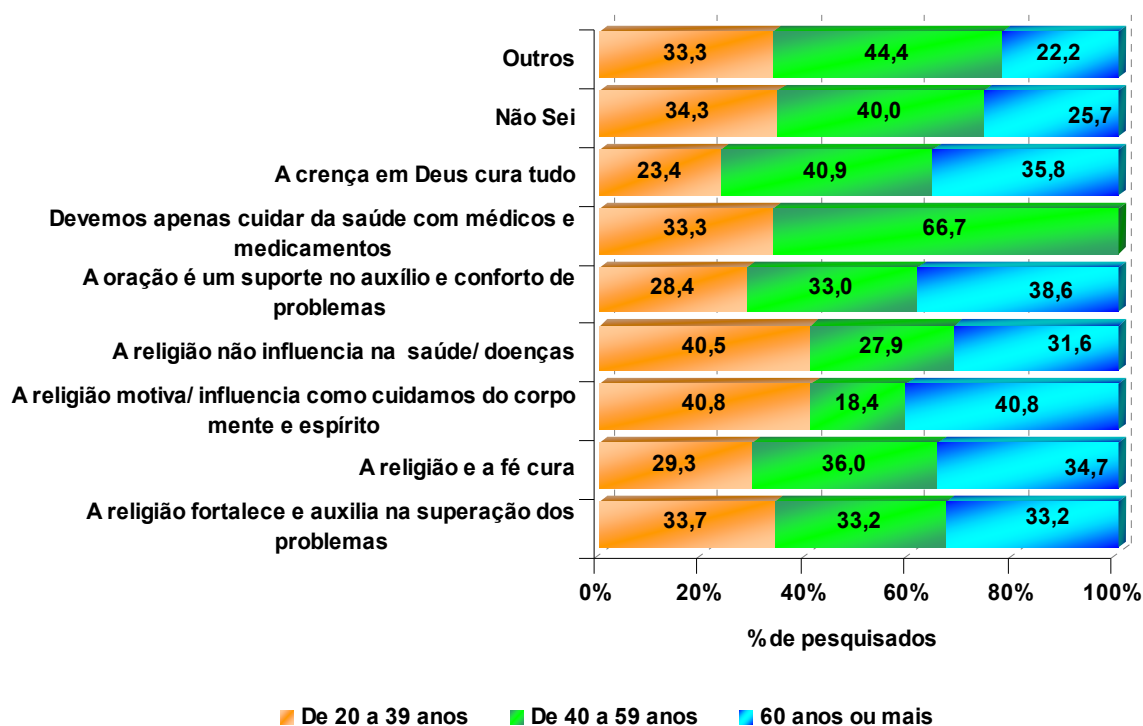


FIGURA 46: Distribuição relativa de como a religião ou crença influencia no modo como você enxerga seus problemas de saúde, segundo a faixa etária.

Levy²⁶¹ constatou que este é um assunto muito complexo e é difícil descobrir como a religião ou crença influencia no modo de ver os problemas de saúde. As práticas religiosas ou as crenças estão condicionadas principalmente a mudança de comportamentos e o seguimento das diretrizes presentes em todas as religiões que apontam ensinamentos a respeito da saúde, da cura, da doença e da morte. Portanto, ditam as práticas sociais, morais e alimentares, que tem por objetivo a manutenção da saúde, do equilíbrio. As crenças podem prevenir a doença e afastar o mal, se seguirem seus preceitos/ensinamentos de forma correta salienta³⁹⁸.

Vaux³⁹⁹ identificou que as religiões, de modo geral, promovem comportamentos saudáveis que são incentivados através de seus códigos morais, sendo estes: fazer/manter exercícios físicos, meditar, dormir o suficiente, realizar consultas e exames, fazer peregrinações em prol da saúde, verbalizar nossos sentimentos, manter a união familiar, manter a esperança, combater o estresse, realizar um exame genético e aconselhamento, ser capaz de lidar com a deficiência física e cuidar das crianças.

Jenkins⁴⁰⁰ salienta em seu estudo que os ambientes natural e cultural influenciam o desenvolvimento de doenças, e que os hábitos pessoais e os estilos de vida, como fumar, beber, usar drogas, escolha dos alimentos, e a prática regular de atividades esportivas, aumentam ou diminuem a possibilidade de doenças. Outro aspecto importante diz respeito a nossa personalidade de cada um, a maneira de interpretar seu papel no mundo e a influência destes na adoção de comportamentos saudáveis, de cuidar de nossa saúde, buscar assistência médica ou tomar os medicamentos necessários. A espiritualidade/ religiosidade interfere e reforça a disposição das pessoas em mudar seus hábitos em busca de uma vida mais saudável⁴⁰¹.

Resultados de um estudo com 70 mulheres afro-americanas com diabetes tipo 2, em sua maioria idosa desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte, clarearam a importância da religiosidade na adesão do tratamento, no controle da doença e na aquisição de hábitos para a manutenção da saúde física. O estudo demonstrou que a crença em Deus e na sua religião promove suporte/controla para o cuidado com a doença (comer doces, por exemplo), e emocional imprescindíveis para conviver com a doença²⁶⁴. Para os muçulmanos, a religião influencia no cuidado saúde preconizando o jejum, a postectomia, a higiene pessoal antes das orações, a realização de atividades físicas, a proibição de consumir carnes impuras e beber álcool. Os seguidores das Testemunhas de Jeová a religião fomenta a práticas de não fumar e não realizar excessos de qualquer natureza. Já os adeptos da religião dos Santos dos Últimos Dias são orientados para manutenção do jejum, evitar café, fumo e chá preto como hábitos que auxiliam na manutenção da saúde⁴⁰².

Estudo com 90 praticantes/usuários de drogas das religiões católica/os, protestantes e espíritas revela que os evangélicos utilizam o suporte religioso e não aceita a intervenção médica. Os espíritas buscam suporte na sua fé e na terapêutica medicamentosa; e os católicos a confissão, pedido de perdão e a realização de penitências. Vale destacar que a oração entendida como um diálogo com Deus esteve presente em todos os tratamentos e atuou como uma medicação ansiolítica e como protetora para não voltar ao mundo das drogas⁴⁰³.

A religião influencia diretamente na vida, na tomada de decisões, na adesão de tratamento, na prática de hábitos saudáveis e nas formas utilizadas no enfrentamento dos problemas de saúde/doença ou crises existenciais das pessoas.

Nessa assertiva a religião é uma bússola que aponta caminhos para cuidar de nós, dos animais, do planeta, de manter sentimentos amorosos em relação aos outros são condições predisponentes ao desenvolvimento das doenças ou na escolha de uma vida mais feliz, serena e saudável. Evidências desta influência estão nos trabalhos acima citados, onde constatamos que a saúde é a harmonização de todas as dimensões do ser humano. É fonte de obrigações, de direitos e práticas, sendo um dever ético e de responsabilidade pessoal e social. A preocupação com a saúde se faz presente em todas as culturas e religiões. A fé, as orações/preces, são pedidos indispensáveis nas situações de saúde e de doença²⁶¹.

6 CONCLUSÕES

O resultado deste estudo permite sugerir as seguintes conclusões:

Observou-se neste estudo que os indivíduos de diferentes faixas etárias vivenciam a espiritualidade no processo de viver envelhecendo de forma diferenciada, mas ela é apontada como uma dimensão importante e presente na vida de cada um.

As práticas espirituais mais evidenciadas foram: rezar em qualquer lugar, freqüentar atividades religiosas (missas, cultos), atividades em prol da comunidade, e a realização de leituras relacionadas com a sua religião.

A existência de elementos espirituais é aceita em todas as faixas etárias pesquisadas, e observou-se que quanto maior a faixa etária a crença na existência de elementos espirituais é mais sólida.

A maioria dos pesquisados pertencem à religião católica, entretanto mesmo em outras religiões observa-se a prática religiosa.

Observou-se que os pesquisados informam participar de outras atividades religiosas em prol da comunidade tais como: pastor, ministros, catequizador, grupos de oração, palestrantes e organizador de campanhas solidárias. Referem-se a estas atividades como gratificantes e que lhes proporciona sentido a vida. São exercidas pelos pesquisados em diferentes atividades e obedecem a sua condição física e disponibilidade de tempo.

Evidenciou-se que a prática religiosa mais comum entre todas as faixas etárias é a oração/reza para o enfrentamento das situações de tristeza e alegria, independente do local e posição, sendo que a mais praticada é orar/rezar na posição deitada.

As maiorias dos entrevistados rezam para agradecimento e fortalecimento pessoal. Pode-se observar que nos idosos a oração/reza como uma forma de remissão dos pecados e melhoria da saúde, é significativamente diferente das outras faixas etárias.

Em relação aos objetos de fé e de crença, a leitura da Bíblia é o elemento mais significativo, seguido da crença em santos que ocorre em maior proporção nos adultos jovens e adultos.

É possível observar diferenças importantes entre as faixas etárias no que se refere a espiritualidade. Observa-se que indivíduos de 40 a 59 anos se reconhecem mais espiritualizados do que os de 60 a 69 anos. Após esta idade verifica-se que o processo de envelhecer traz uma maior significância a dimensão espiritual, além disso, os mais idosos tendem a dar uma maior importância a esta dimensão do que indivíduos mais jovens. A espiritualidade para os mais idosos proporciona segurança nos momentos de insegurança de constância na fragilidade do envelhecimento.

Apartir dos resultados sugere-se que a prática da espiritualidade/religiosidade intimamente relacionada ao processo saúde/doença influenciando positivamente para a melhoria e aquisição de hábitos saudáveis, fortalecendo e auxiliando na superação dos problemas.

Constatou-se diferenças significativas entre os indivíduos de diferentes faixas etárias com relação à espiritualidade no processo de viver envelhecendo, sendo que pode-se evidenciar que o idoso torna mais valorizada a espiritualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Almeida Tde, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2007; 10(1).
- 2 Fardo VM, Creutzberg M, Silva MCS. Qualidade de vida de idosos hospitalizados: um estudo preliminar. **Nursing**. Rio de Janeiro, 2005; 86(8): 314-319.
- 3 DATASUS 2005. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsc.htm>>. Acesso em: 22 out. 2008.
- 4 Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**. 2003 maio/jun; 19(3):725-33.
- 5 Benedetti TB, Petroski EL, Gonçalves LT. **Perfil dos idosos do município de Florianópolis**. Florianópolis: Palotti; 2007.
- 6 Santos SSC. **Enfermagem gerontogeriatrica**: reflexão à ação cuidativa. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 8 Berger L, Mailloux PD. Saúde e envelhecimento. In: Berger L. **Pessoas idosas**: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta; 1995. p.107-21.
- 9 Puchalski CM. Spirituality and health. The art of compassionate medicine. **Hospital Physucuan**. 2001.
- 10 Oro OR. **Psicologia de la personalidad**. Buenos Aires: Fundacion Argentina de logoterapia. Viktor Frankl; 1993.
- 11 Horta WA. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária EPU; 1979.
- 12 Andrews GA. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: Encuentro Latino Americano Y Caribe sobre las personas de idade. 1999, Santiago. **Anais...** Santiago: CELADE; 2000. p. 247-256. (Seminarios y Conferencias - CEPAL).

13 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001. 2002 Jul 27; Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

14 Simões R. **Corporeidade e terceira idade-a marginalização do corpo idoso**. São Paulo: Unimep; 1998.

15 Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**. 2007; 23(10): 2464.

16 Kalache A et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev.Saúde públ.** São Paulo: 1987; 21: 200-10.

17 FIBGE Fundação IBGE. Censo demográfico 2000. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.

18 FIBGE-Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e pesquisas: Informações Demográficas e Socioeconômicas, n.9, 2002.

19 Araújo TCN, Alves MIC. Perfil da população idosa no Brasil. Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000; (3): 7-19. 1º sem.

20 Neiva P, Lima RA. As conseqüências da queda da fertilidade no Brasil. **Revista Veja**. São Paulo: 2008 jul; 41(30), 2071.

21 Papaleo Neto M, Brito FC. **Urgências em geriatria**: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e conduta terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2001.

22 Siqueira RLde, Botelho MI, Coelho JMContijo. A Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência Saúde Coletiva**. 2002 jan; 7(4): 899-906.

23 Barreto ML. **Admirável mundo velho, velhice, fantasia e realidade social**. São Paulo: Ática; 1992. 237 p.

24 Palma LTS. **Educação permanente e qualidade de vida**: indicativos para uma velhice bem sucedida. Passo Fundo: UPF; 2000. 143 p.

25 Salgado MA. Por uma pedagogia do adequado envelhecimento. **Revista A Terceira Idade**. São Paulo; 1999 maio; 10(16): 13-20.

26 Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. **Cad. Saúde Pública**. 2004; 20(5): 1141-1148.

27 OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde. Genebra; 2005

28 Boutique MC. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: Papaléo Neto M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2005. p.82-91.

29 Aragó JM. Aspectos psicosociales de la senectud. In: Carretero M, Palacios JA, Marchesi (Comp). **Psicología evolutiva 3 Adolescencia**. Madurez y senectud. Madrid: Alianza Editorial; 1995.

30 Duarte LRS. **Idade cronológica**: mera questão referencial no processo de envelhecimento. Estudos Interdisciplinares do envelhecimento. Porto Alegre: 1999; 2: 35-47.

31 Silva EM da. Religião, Diversidade e Valores Culturais: conceitos teóricos e a educação para a Cidadania. **Revista de Estudos de religião**. 2004; 2: 1-4.

32 Mishara BL, Riedel RG. **El proceso de envejecimiento**. Madrid: Morata; 1995.

33 Terra NL, Cunha RS. Geriatria preventiva e qualidade de vida. In: Terra NL. **Envelhecendo com qualidade de vida**: programa Geron da PUCRS. 2ª reimpressão. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 89-96.

34 Debert GGri. A antropologia e os estudos dos grupos e das categorias de idade. IN: **Velhice e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas, 1998.

35 Aromando J. Envejecimiento de la población y perspectivas socioeconomicas para el adulto mayor en la sociedad. Argentina. **Revista de la Escuela de Economía y Negocios**, UNSAN, San Martin, Provincia de Buenos Aires. 2000. p.55-78.

36 Neugarten BL Havighurst RL, E Tobin SS. Personality and patterns of aging. In: Neugarten BL. (Eds.). **Middle age and aging**. Chicago: University of Chicago Press; 1968.

37 Netto MP. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, SP: Atheneu; 2005.

38 IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. **Dados sobre População do Brasil**, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001. 2002 Jul. 27. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

39 Goldfarb DC. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.

40 Hayfflick L. **Como e porque envelhecemos**. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues e Priscilla Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus; 1996

41 SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA. Geriatria. **Vivendo mais e com mais qualidade em Portugal**. S&L / Junho 2001.

42 Neri LA, Yassuda MS, Cachioni M. (org.). **Velhice bem sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papirus; 2004.

43 Allard MA, Thibert-Daguet. **Longevidade**: como usar. São Paulo, SP: Ed. Jose Olimpyo; 2005.

44 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. 2003 Jun; 19(3): 793-797.

45 Rauter MR, Bulla LC. Os relacionamentos afetivos. In: Dornelles B, Costa JGC (Orgs). **Investindo no envelhecimento saudável**. Porto Alegre: EDIPURS; 2003. p.37-50.

46 Lapenta VHS. **A comunidade e o idoso**: uma pastoral para a terceira idade. São Paulo: Santuário; 1996.

47 Xavier FMF. **Saúde mental de octogenários residentes na comunidade**. Tese de Doutorado. São Paulo: UNIFESP. Escola Paulista de Medicina; 2001.

48 Schipperges H. **Sein Alter/Leben-Wege zun erfullten spaten Jahren**. Friburgo; 1986.

49 Mascaro SA. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense; 2004.

50 Garrido R, Menezes PR. O Brasil esta envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev.Brasileira Psiquiatria**. 2002 abril;24(supl.1), São Paulo.

51 Sefidvash F, Silva Robson S. Conceito de Espiritualidade no Olhar Bahá'í. Fórum Universidade e Espiritualidade. Olhares Transdisciplinares. 2007 23 a 26 Maio; FACED\URGS; Porto Alegre, RS.

52 Lyra JHB. **Espiritualidade**. A liberdade profética do Espírito. João Pessoa: Idéia; 2000. 138 p.

53 Fross AD. **Além de nós**: a enciclopédia do espírito. São Paulo: Marco Zero; 2007.

54 Boff L. **Dignitas térrea - ecologia**: grito da terra, grito dos pobres. São Paulo; 1995.

55 Dittrich MG. A arteterapia: a criatividade e espiritualidade ao sentido de viver. In: Noé SV (Org.). **Espiritualidade e saúde**: da cura d'alma ao cuidado integral. 2ª ed. São Leopoldo: Sinodal; 2005.

56 Leloup JY, Boff L, Weil P, Crema R, Lima LMA (Org.). **Espírito na saúde**. 6ª ed. Petropolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2002.

57 Schuler E. Conjecturas de Paradigmas para a Era Pos Moderna. Núcleo Interdisciplinar de Estudos Transdisciplinar sobre Espiritualidade NIETE). n.1 a. 1 Seminários Internos. **Epistemologias da Ciência e da Espiritualidade**, 2002 jul; Porto Alegre - RS.

58 Moriguchi Y, Nascimento NMR. A espiritualidade na prática clinica: reflexões. **Rev. Méd.** Porto Alegre: PUCRS; 13(4) out/dez, 2003.

59 Hatcher WS. Economy and moral values. Stelkov Mathematical Institute of the Russian Academy of Sciences -St.Petersburg - Russia, 1987. Disponível em: <www.rcgg.ufgs.br>.

60 Massonetto JC. Bioetica e Espiritualidade. **Bioethicos**. Centro Universitário São Camilo; 2007: 1(1): 105-112.

61 Rocha NS, Fleck MPA. **Religiosidade, saúde e qualidade de vida**: uma revisão da literatura, espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: Eipuc; 2004. p.165-177.

62 Quinn A. Spirituality and the family: what religions should I be. **Saced Journey**, 2002 August; 53(4): 12-17.

63 Houaiss A, Villar MS. Franco. FMM. **Dicionário houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

64 Saad M, Massiero D. Espiritualidade baseada em evidencias. **Acta Fisiátrica**, 8(3): 107-12, 2001.

65 Celich KLS. **Domínios de qualidade de vida e capacidade de tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade**. Tese de Doutorado. Porto Alegre-RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.

66 Puchalski C, Rommer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J. palliate med.** 2000; 3: 129-137.

67 Reed P. Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. **Fam. Community Health.** 1991; 14(2): 14-25.

68 Burghardt M, Nadal-Jacobson MG. Spirituality and healing. In. Dossey BM (Ed). **Core curriculum for holistic health nursing.** New York: Aspen Publishers; 1997.

69 Boff L. **Tempo de transcendência:** o ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

70 Zenevicz, LT. Novos olhares em busca da educação transformadora para os profissionais da saúde. **Revista Nursing.** 2007; 10(112): 432-4.

71 Volcan SMA, Souza PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: um estudo transversal. **Rev.Saúde Publica.** São Paulo: 2003 Ago; 37(4).

72 Lama D, Cutler H. **A arte da felicidade.** São Paulo: Martins Fontes; 2000.

73 Boff L. **Sabercuidar:** ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.

74 Capra F. **Holismo e saúde.** O ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1992.

75 Luster L, Hines B. Debate question: should physicians incorporate spirituality into the care of patients? **South Med Jô.** 2005; p. 1242.

76 Durgante CEA. **Ponto fé na ciência.** Porto Alegre: Dora Luzzatto; 2005.

77 Dunne T. Spiritual care at th end of life. **Hastings cent rep.** 2001 Apr; 31(2): 22-24.

78 Allen EA. Integrating spirituality in the training of medical students. Needs, possibilites and experiences. **West Indian Medid Journal.** 2003; 52(2):151-4.

79 Morente MG. **Fundamentos de filosofia.** São Paulo: Mestre Ju; 1976.

80 Corbellini VL, Comiotto MS. Hoje eu me sinto em paz, eu deito agradecendo a Deus, se nós não temos fé, nós não somos ninguém. **Mundo Saúde.** 2000 nov./dez; 24(6).

81 Pessini L, Bertachini L. Humanização nos cuidados e na saúde: o desafio de cuidar do Ser com competência humana e científica. In: Pessini L, Bertachini, L (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola; 2004. p.1-7.

82 Salgueiro JB, Goldim JR. As múltiplas Interfaces da Bioética com a Religião e a Espiritualidade. In. Goldim J.R. (Org.). **Bioética e espiritualidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007. 318p.

83 Angerami-Cameron VA. **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Thomson; 2004.

84 Baptista AL. Espiritualidade na prática clínica. In. Arte Terapia Coleções e Imagens da Transformação. **Revista Pomar**. Rio de Janeiro: 2003; 10(8): 18-23.

85 Belzen J. A Spirituality, culture and mental health: prospects and risk for contemporary psychology of religion. **Journal of Religion and Health**. 2004 dec; 43(4): 291-316.

86 Santana RF, Santos I. Transcender com a natureza: A espiritualidade para os idosos. **Revista eletrônica de enfermagem**. 2005; 07(2): 148-158.

87 Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM: IV psychoreligious and psychospiritual problems. **Journal of nervous e mental diseases**. Baltimore: 1992; 80: 673-682.

88 Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e de doença: uma revisão de literatura. **Psicol.Reflex.Crit**. Porto Alegre: 2005 sept/dec; 18(3).

89 Worthington JREL, Kurusu TA, McCullough ME. Empirical research on psychotherapeutic processes and outcomes: A -10 year review and research prospectus. **Psychological Bulletin**. 1996; 119: 448-487.

90 Dalai Lama. **Ética do terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Sextante; 2003.

91 Thomas JR, Nelson JK. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. 280 p.

92 Goldim JR. **O consentimento informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos**. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Medicina. Clínica Médica/UFRGS; 1999. 119 p.

93 Almeida-Moreira A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke-DUREL. **Revista de Psiquiatria Clinicavol**. São Paulo: 2008; 35(1).

94 Panzini R. Escala de Coping Religioso Espiritual (Escala de CRE). Tradução, Adaptação e Validação da Escala RCOPE. Abordando relações com Saúde e Qualidade de Vida. 2004.

95 Koenig HG. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: por quê, como, quando e o quê. São Paulo, SP: FE Editora Jornalística; 2005.

96 Bardin I. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.

97 BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 2ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; 1998. 284 p.

98 McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University; 1996.

99 Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. New York: Oxford Medical; 1995.

100 Pasquali L. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília; 1997.

101 Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**. 1977; 33:159-75.

102 Marcolan JF. Análise comparativa das escalas psicométricas de depressão: um subsídio para a avaliação clínica do enfermeiro psiquiátrico. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2002. 163 p.

103 ALVES, JC. Determinantes da Autopercepção dos Idosos do Município de São Paulo 1999/2000. Tese de Mestrado. Belo Horizonte. Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional / Cedeplar; 2004.

104 Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos envelhecimento**. Rio de Janeiro: 2005; 8(1).

105 Baptista ASD. **Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental dos idosos**: um estudo na comunidade. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2004

106 Garrido R, Menezes, PR. O Brasil esta envelhecendo: boas e más noticias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo: 2002 abr; 24(supl. 1).

107 Camarano, A A.(Orgs.). **Muito além dos 60**: os novos ídolos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.

108 Neri AL. **Desenvolvimento e envelhecimento**: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001.

109 Floriano P.deJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um programa de Saúde da Família. **J.Bras. Psiquiatr**. Rio de Janeiro: 2007; 56(3).

110 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Pesquisa Nacional de Domicílios. Síntese dos indicadores sociais 2006.

111 Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status e saúde dos idosos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002; 7(4):p.777-94.

112 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e Pesquisas: informação Demográfica e Socioeconômica, n.9, 2002.

113 Dowbor L. Brasil: Um retrato sócio econômico. IBGE- Síntese dos indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. São Paulo, 2007

114 Pinto JMR, Brant LLNdeAO, Sampaio CEM, Pascom ARP. **Um olhar sobre os indicadores de analfabetismo no Brasil**. 2001.

115 Paskulin LM, Molzahan A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. **West J Nurs Res**. 2007; 29(1):10-26.

116 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE (OPAS) - Saúde das Américas 2007.

117 Anzola-Perez E, Wallace R, Restrepo H, Colsher P. Analisis comparativo del envejecimiento em Brasil, Colômbia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. **Cuaderno Técnico n38**. Washington: OPAS; 1993.

118 Berquó E. Algumas considerações sobre o envelhecimento populacional. **Anais ... Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século**. Brasília, Brasil: 1996.

119 Veras RP. **País jovem de cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

120 Battes PB. The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age. **Psychological Medicine**. 1997; (21):837-854.

121 Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidencia de pesquisa. In: Neri AL. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 1993. p.9-55.

122 Abramowicz A. **Trabalhando a diferença na educação infantil**. São Paulo: Modena; 2006.

123 Unanga K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus Identidade negra. Petrópolis: Vozes; 1999.

124 Auch C, Vasconcellos N. **Os alemães no sul do Brasil**. Canoas: Editora da Ulbra; 1994.

125 Renk A. **Sociodicéia as avessas**. Chapecó SC: Grifos; 2000.

126 Shulmann KA, Rubenstein E, Chesley FD, Eisenberg JM. The role of race and socioeconomic factors in health services research. **Health Services Research**. Chicago: 1995; 30(1-2):179-95.

127 Laguardia, J. O Uso da variável “raça” na pesquisa em Saúde. **Phisis Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2004; 14(2): 197-234.

128 IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: 1997.

129 FIBGE - Fundação Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e pesquisas: Informações Demográfica e Socioeconômica n.9. 2002.

130 Costa RC. **As pessoas idosas em evidencia na contemporaneidade**: desafios cotidianos no trabalho, na família e na vida social. Tese Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2005.

131 Soares C. Em que você acredita? **Revista Seleções**. Janeiro/2008.

132 Batista MdeA. **Presença do sagrado em um momento crítico**: internação em unidade de terapia intensiva. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás. 2001.

- 133 Zenevicz LT. **Práxis educativa**: a espiritualidade como uma dimensão a ser incorporada pelos professores e cuidadores da saúde. Monografia Pós em Educação Superior. Universidade Comunitária Regional de Chapecó – Unochapecó. Chapecó: 2008.
- 134 Cupertino APFB, Novaes CO. Espiritualidade e envelhecimento. In: Saldanha ALCC (Org.). A saúde do idoso. Unidade VII-Aspectos Psicológicos e Espirituais. **Interciência**. 2003; p 358-367.
- 135 Almeida R, Monteiro P. Trânsito Religioso no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: 2001 july/sept; 15(3).
- 136 Ellison CG. Religion, the life stress paradigm, and the study of depression. In: Levin J.S (Org.). Religion in aging and health. **Thousand Oaks**. CA: Sage. 1991; p.78-121.
- 137 Bourdieu P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: DIFEL; 1989. p.7-15.
- 138 Grüm A. **A sublime arte de envelhecer**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
- 139 McIntosh DN, Silver RC, Wortman B. Religion's role in adjustment to a negative life event coping with the loss of a child. **J.Pers.Soc Psychol**, 1993; 65:812-21.
- 140 Koenig HG, et al. Disease prevention, disease detection and treatment compliance. **Handbook of religion and Health**. 2001; 297-408.
- 141 Guimarães HP, Avvezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 34(supl. 1) São Paulo; 2007.
- 142 Levin JS, Chatters LM. Religion, Health and Psychological Well-Being in Older Adults: Findings From Three National Surveys. **Journal of Aging and Health**. 10: 504-531. 2003.
- 143 Jotz JCP. **Espírito saudável**: mente sã, corpo sã. Porto Alegre: Ed.Autor; 2008.160p.
- 144 Levin JS, Vanderpool HY. Is frequent religious attendance really conducive to better health. Toward an epidemiology of religion. **Social, Science and Medicine**. 24(7): 589-600, 1987.
- 145 Koenig H. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. **Msjama-Jama**. 284(13): 1708, 2000.
- 146 Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GAK. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. **Am J Public Health**. 87:957-61, 1997.

147 Moreira Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Reeligiousness and Mental Health. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 28(3):242-50, 2006.

148 Koenig HG, Hays JC, Larson DB, George LK, Cohen HJ, McCullough ME, et al. Does religious attendance prolong survival? A six years follow up study of 3.968 older adults. *J. Gerontol.* **A Biol. Sci Med. Sci**; 54(7):370-376, 1999

149 Newport F. **Mormons, evangelical protestants, baptists top church attendance lis gallup news service**. Princeton, New Jersey: 2006.

150 Santos ES, Mandarino CM. Juventude e religião: cenários no âmbito do lazer. **Revista de Estudos da Religião**. 3:161-77, 2005.

151 Agnelo DGM. **Cadernos da Juventude**. Saúde e Desenvolvimento. Brasília. Ministério da Saúde. 1999 ago; p.57-62.

152 Bucher R. A abordagem preventiva. In. Bucher R (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: EPU; 1988. p. 55-67.

153 Marques LF. **A saúde e o bem estar espiritual em adultos portoalegrenses**. Tese Doutorado. Porto Alegre; 2000.

154 Jacob CR, Hees DR, Waniez P, Brustlein V. **Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil**. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

155 Pierucci AF, Prandi R. Religiões e voto: a eleição presidencial de 1994. **Opinião pública**. Campinas: 3(1):20-44, 1995.

156 Silva CG, Santos AO, Licciardi DC, Paiva V. Religiosidad, juventud y sexualidad: entre la autonomia y la rigidez. **Psicologia em Estudos**. 13(4):683-692 out/dez. 2008.

157 Ferraro KF, Kelley-Moore JA. Religious consolation among men end womem: do health problems spu seeking? **Sci Stud Religion**. 39:220-34, 2000.

158 Levin JS, Chatters LM. Religious, health and psychocological well-being in older adults. Findings from national surveys. **Journal of Aging and Health**. 10(4): 504-31, 1998.

159 Levin JS, Preston LS. Is There a religious factor in health. **Journal of Religion and Health**, 26:9-36, 1987.

- 160 Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de Vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo; 8(3). Sept. 2005.
- 161 Howse K. Religion, spirituality and older people. **Centre for Policity on Ageing**; London: 1999.
- 162 Savioli R. **Depressão: onde esta Deus?** Editora Ágape, 2003.
- 163 Benson H, Stark M. **Medicina espiritual - o poder essencial da cura**. Rio de Janeiro: Campos; 1998.
- 164 Freud S. **El porvenir de las religions**. Trad.Buenos Aires. Obras Completas. XIV, 1962.
- 165 Jung CG.**The undiscovered self**. Nova York: Mentor Books; 1957.
- 166 Maslow AH. **The farther reaches of human nature**. Harmondsworth: Penguin; 1973.
- 167 Allport GW. **The individual and his religion**. Londres: Macmillan; 1950.
- 168 Adler A. Religion and individual psychology. **Individual Psychology**. 43(4):522-26, 1987.
- 169 Bergin AE. Psychoterapy and religious values. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 48:95-105. 1980.
- 170 Braam AW, Eeden ATF, Prince MJ, Breekman ATF, Kivelä SL, Lawlor BA et al. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Eropeans: results from the EUROP collaboration. **Psychol Med**. 31:803-14, 2001.
- 171 Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, Foli V, Dipasquale R. Religious coping and depression in enderly hospitalized medically ill men. **American Journal of Psychiatry**. 149:1693-1700. 1992.
- 172 Koenig HG. The Handbook of religion and Health: a century of Research Reviewed. **Oxford University Press**. 2001.
- 173 Hummer RA, Rodgers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**. 36(2): 273-85, 1999.

174 Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. **American Psychologist**. 58(1):36-52, 2003.

175 Goldstein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e Velhice. In: Freitas EV et al, organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002, p.950-55.

176 Thomas LE, Eisenhandler AS. A human science perspective on aging and the religious dimension. In: Thomas EL, Eisenhandler AS. **Aging and the religious dimension**. London: Auburn House; 1994.

177 Myers D. The funds, friends, and faith of happy people. **Am Psychologist**. 55:56-7. 2000.

178 Hintikka J, Koskela K, Kontula O, Viinamäki H. Gender differences in associations between religious attendance and mental health in Finland. **J.Ner Met Dis**. 2000; 188(11):772-776.

179 Goldstein LL. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: Neri AL (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3ª ed. Campinas: Papirus; 2000 p.83-108.

180 Levin JS, Chatters LM, Ellison CG, Taylor RJ. Religious involvement, Health Outcomes, and Public Health Practice. **Current Issues in Public Health**. 2: 220-225, 1996.

181 Chaimowicz F. **A saúde dos idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998, 92p.

182 Barreto SM. et al. Gênero e desigualdades em saúde entre os idosos brasileiros. In. Oficina de Trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos do Brasil. 1, 2000. Ouro Preto. Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil - Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil. Ouro Preto: NESPE; 2002, p.59-69.

183 Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. **Social Science and Medicine**. 448(1): 61-76. Jan. 1999.

184 Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde publica. **Gerontologia**. 1(1):3-8, 1993.

185 Goldstein LL, Neri AL. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e Satisfação na Maturidade e na Velhice. In. Neri AL (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas SP: Papirus; 1993.

186 Ellison CG, Levin JS. The religion Health Connection: Evidence, Theory and future directions. **Health Education and Behavior**. 25:700-20, 1998.

187 Penna FB, Espirito Santo FH. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo de terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia; 8(1). Abr. 2006.

188 Lima Costa MF, Barreto SM, Gatti L. Condições de Saúde, capacidade funcional, uso dos serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 19(3). jun. 2003.

189 Levin JS, Markides KS. Religion and Health in Mexican Americans. **Journal of Religion and Health**. 24:60-9, 1996.

190 Willits FK, Crider DM. Religion and Well Being. **Journal of Health and Social Behavior**. 32:80-9.1988.

191 Goldstein LL, Sommerhalkder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002 p.950-55.

192 Mac Fadden SH, Levy JS. Religion, Emotions and Health. In: Magai C, Mac Fadden S.H (Org.). **Handbook of Emotion, adult development, and aging**. San Diego, Califórnia: Academic Press; p.349-65, 1996.

193 Hanson S, Hanson P. The geography of everyday life. In: Garling T, Colledge RC (Eds.). **Behavior and environment psychological and geographical approaches**. Oxford: Elsevier Science; p.249-69, 1993.

194 Marin, MJS, Cecilio LCdeO. Necessidades de saúde de idosos de uma unidade de Saúde da Família. **Rev.Brasil. Geriatria e Gerontologia**. 12(1), Rio de Janeiro: 2009.

195 Rodrigues NC. Situação social do velho em diferentes épocas e sociedades. IN: Shons CM, Palma LT (Org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. Passo Fundo, RS: UPF Editora; 2000.

196 Lawton MP, Moss M, Fulcomer M. Objective and subjective uses of time by older people. **Internacional Journal of Aging and Human Development**. 24: 171-88, 1986.

- 197 Branch LG, Horowitz A, Carr C. The implication for everyday of self reported visual decline among people over age 65 living in the community. **The Gerontology**, 29: 350-65, 1989.
- 198 Hendricks J, Cuther SJ. The effects of membership in church-related associations and labor unions on age differences in voluntary association affiliations. **Gerontologist**. 2001, 41(2):250-56.
- 199 Lopes AL, Cianciarullo TS. Compreendendo o significado de qualidade de vida nos idosos. Texto e Contexto. **Enfermagem**. Florianópolis: 1999, 8(3): 233-49.
- 200 Deps VL. Atividade e bem estar psicológico na maturidade. In. Neri AL, **Qualidade de vida e vida madura**. 5ª ed. São Paulo: Papirus; 2003.
- 201 Nahas MV, Barros MVG, Francalacci V. O pentáculo do bem estar - base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. 2000; 5(2):48-59.
- 202 Levin JS, Chatters L, Taylor RJ. Religious effects on Health status and life satisfaction among Black Americans. **Journal of Gerontology: Social Sciences**. 50B: S154-S163, 1995.
- 203 Wong PT. Personal meaning and successful aging. **Canadian Psychology**. 1989. 30(3):516-25.
- 204 Van Den Homberg CE, Schouten EG, Van Staveren WA, Van Amelsvoort LG, Kok FJ. Physical activities of noninstitutionalized Dutch elderly and characteristics of inactive elderly. **Med.Sci.Sports Exerc**. 1995; 23(3):334-39.
- 205 Doimo LA, Dernti AM. Uso do tempo no cotidiano dos idosos: um método indicador de estilo e modo de vida na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2006; 9(1): 37-54.
- 206 Campos APMde, Castro Junior AL. Avaliação de necessidades psicossociais de Idosos: Um estudo exploratório. **Psicologia argumento**. Curitiba: 2004 jan/mar; 22(36):19-24.
- 207 Reker G.T, Peacock EJ, Wong PTP. Meaning and purpose in life and well being: a life japan perspective. **Journal of Gerontology**. 1987; 42(1):44-49.
- 208 Thoits PA. Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as Buffer Against Life Stress. **Journal of Health and Social Behavior**. 1992; 23:145-159.

- 209 Okuma SS. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papyrus; 1998.
- 210 Moraes Rde. Espiritualidade e Saúde: uma visão de filósofo. In: Vasconcellos EM (Org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006; 391 p.
- 211 Manelli RC. Older Adults, leisure, and wellness. **Journal of Laisurability**. 1999; 26(2):1-6.
- 212 Goldstein L, Siqueira MEC. Heterogeneidade e diversidade nas experiências da velhice. In: Neri AL, Freire SA (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus; 2000; p. 113-24.
- 213 Breslow L. Da prevenção das doenças à promoção da saúde. **JAMA Brasil**. Rio de Janeiro: 1999; 3(7):22522261.
- 214 Papaleo Neto M. **Gerontologia**. São Paulo, SP: Atheneu; 1996.
- 215 Koenig HG. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê. Trad. de Giovana Campos. São Paulo: Fé Ed.Jornalística; 2005.
- 216 Valente NMdeLdeM, Bachion MM, Munari DB. A religiosidade dos Idosos: Significados, Relevância e Operacionalização na Percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2004; 12:11-7.
- 217 Zimerman GI. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: ArtMed; 2000.
- 218 Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal** 2003; 97(12):1194-200.
- 219 Neumann JK, Peeples B. Religious faith and nicotine cessation. **Mil Med**. 2001; 166(5).
- 220 Hudson T. Measuring the results of faith. **Hosp Health Netw**. 1996; 70:22-8.
- 221 Cassirer E. O Mito e a Religião: In: Cassirer E. **Ensaio sobre o homem**. São Paulo, SP: Martins Fontes; 1994, p 121-179.
- 222 Heller A. **O cotidiano e a historia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1985.
- 223 Campos R. **Espiritualidade na terceira idade**. Petrópolis: Vozes; 2000.
- 224 Puchalski CM. The role of spirituality in health care. **Baylor University Medical Center Proceedings**. 2001; 14(4): 352-57.

- 225 Betto F. **Filde e a religião**. Conversas com Frei Betto. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense; 1986.
- 226 Greeley AM. **Denominations**. Religious Change in America. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1989; p.21-41.
- 227 Idler EL, Stanislav VK, Hays JC. Patterns of religious practice and belief in the last year of life. **Journal of Gerontology**. 2001; 56b(6); S:326-34.
- 228 Maia MCdeMT. **Auto estima da mulher idosa**: uma proposta de intervenção de Enfermagem a luz da teoria de Roy. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem do Rio de Janeiro; 2006.
- 229 Huff DD. A assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética da luz da análise existencial de Viktor Frankl. Dissertação. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, 1999.
- 230 Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. **South Med J**. 1988; 81(7):826-29.
- 231 Tosta CE. Prece e Cura. In: Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDTda (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
- 232 Drucker C. **Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos**: em um serviço de saúde mental de São Paulo, Brasil. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2005.
- 233 Teixeira JJV, Lefreve F. Humanização nos cuidados de Saúde e a Importância da Espiritualidade: o discurso do sujeito coletivo. **O Mundo da Saúde**. 27(3) 2003 jul/set; São Paulo.
- 234 Dossey L. **As palavras curam**. São Paulo: Cultrix; 1993.
- 235 Dossey L. **Medicine, meaning and prayer**. San Francisco: Harper; 1996.
- 236 Sciadini P. **Revista Carmelitana Orar**. Edição Loyola; 2008; (9).
- 237 BIBLIA SAGRADA. Novo Testamento. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 238 Zilles U. **Significação dos símbolos cristãos**. 5ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001.

- 239 BIBLIA SAGRADA. Novo Testamento. Evangelho de Marcos. Cap.11, Vers. 25. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 240 BIBLIA SAGRADA. Novo Testamento. Apocalipse. Cap.7, Vers.9, 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 241 BIBLIA SAGRADA. Novo Testamento. Epistola de São Paulo aos Filipenses. Cap.2, Ver.10, 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 242 BIBLIA SAGRADA. Novo Testamento primeira epistola de São Paulo a Timóteo. Cap. 2, vers. 8. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 243 Huf DD. **A face oculta do cuidar**: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian; 2002.
- 244 Meslin M. **A experiência humana do divino**: fundamentos de uma antropologia religiosa. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.
- 245 Durkheim E. **As formas elementares da vida religiosa**: o sistema totêmico na Austrália. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- 246 Cavalcanti R. O retorno do conceito do sagrado na ciência. In: Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDT (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
- 247 Jung CG. **Estudos psicologia analítica**. Obras completas vol.VII. Petrópolis: Vozes; 1990.
- 248 Vicente RB. Bíblia: reconciliação como caminho para a individualização. **Psicologia Argumento**. Curitiba: 2001 out; 19(29):p 7-25.
- 249 Eliade M. **O sagrado e o profano**. Trad. Rogério Fernandes Fontes. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
- 250 Peres J. Psicoterapia e Espiritualidade: convergência possível e necessária. In: Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDT (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: Edipuc; 2004 p.139-49.
- 251 Penha RM. **A Expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem na UTI**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo-USP. São Paulo: 2008.

- 252 Matos APde. Os símbolos e a simbologia religiosa: O papel da igreja Católica. Anais do II Encontro do GT Historio das Religiões e das religiosidades. **Revista Brasileira de Historia das Religiões - ANPUH**. Maringá, PR: 1(3), 2009.
- 253 Mauss, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU; v. I, 1974, p.121-68.
- 254 Paleari G. **Religiões do povo**: um estudo sobre a inculturação. São Paulo. Edições; 1991.
- 255 Roberto GL. Espiritualidade e Saúde. In. Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDT (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
- 256 Soares MdoS, Nobrega MMLda. Cuidados de Enfermagem a uma Paciente com AIDS a luz da variável espiritual do Modelo Teórico de Betty Neumann. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, PR: 2004; 3(2):187-94.
- 257 BÍBLIA SAGRADA. Novo Testamento Hebreus. Capítulo 11, vers. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 258 Stanworth R. Spirituality, language and depth of reality. **International Journal of Palliative Nursing**, 1997; 3(1):19-22.
- 259 Jung CG. **Psicologia da religião ocidental e oriental**. Obras completas. Vol.XI Petrópolis: Vozes; 1988, 698 p.
- 260 Challaye F. **Pequena historia das grandes religiões**. 2ª ed. Trad.Alcantara Silveira. São Paulo: IBRASA; 1967.
- 261 Levin J. **Deus, fé e saúde**: explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Ed Cultrix; 2001.
- 262 Mascáro J. (Trad.). **The dhammapada**: the part of perfection. Harmondsworth, Inglaterra: Penguin Boss: 1973.
- 263 Newport F. Who believes in God and who doesn't? **Gallup News Service. Princeton**. New Jersey: 2006a.
- 264 Samuel-Hodge CD, Headen SW, Skelly AH, Ingram AF, Keyserling TC, Jackson EJ, Ammerman, AS, Elasy TA. Influences on day-today self management of type 2 diabetes among African-american women: spiritually, the multi caregiver role, and other social context factors. **Diabetes Care**. 2000; 23(7):928-33.
- 265 Koenig H, Kvale JN, Ferrel C. Religion, and Well Being in Later Life. **The Gerontologist**. 1988; 28:18-28.

266 Koenig HG, George LK, Meador KG, Blazer DG, Ford SM. Religious practices and alcoholism in Southern adult population. **Hospital and Community Psychiatry**. 1994; 54(3):225-231.

267 Barbato MG, Koizumi MS, Engel EM. Problemas Psissocio Espirituais dos Coronariopatas Internados em Unidades Coronarianas. **Rev.Brasil Enf**. DF: 1982; 36:7-16.

268 Carson V, Huss K. Prayer: and effective therapeutic and teaching tool. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental health services**. 1979; 17:34-37.

269 Swinney JS, Anson-Wonkk AC, Maki E, Corneau J. Community assessment: a church community and the Parish nurse. **Public Health Nurs**. 2001; 18(1): 40-1.

270 Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Rev.Psiquiatria Clinica**, 2007: 34(supl.1):95-104.

271 Eliopoulos C. **Enfermagem gerontológica**. Porto Alegre: Artmed; 2005.

272 Cajazeiras F. **O valor terapêutico do perdão**. 7ed. Capivari-SP: Edt. EME; 2007.

273 Theilhard de Chardim P. **L´avenir de l´homme**. Paris: Seuil; 1959.

274 Jung CG, Wilhelm R. **O segredo da flor de ouro**. Petropólis: Vozes; 1988, p.142.

275 Botelho JB. **Medicina e religião**: conflito de competências. Manaus: Metro Cúbico; 1991.

276 Boff L. **Experimentar Deus** - a transparência de todas as coisas. Campinas: Verus; 2002.

277 BÍBLIA SAGRADA. Novo Testamento Sermão de Santo Agostinho. 8ª ed. Petropólis: Vozes; n. 16, p. 52. 1999.

278 Hoge DR. Religion in America: the demographics of belief and affiliation. In: Shafranske EP (Org.). **Religion and the clinical practice of psychology**. Washington: APA; 1996.

279 Klintowitz J. Um povo que acredita. **Veja**. 2001 19 dez; p124-33.

280 Larson DB, Koenig HG. Is God good for your health? The role of spirituality in medical care. **Cleve Clin J Med**. 2000; 67(2):80-4.

281 Newport F. Twenty-eighth percent believe Bible is actual word of God. Princeton, New Jersey: Gallup News Service; 2006b.

282 Facure NOF. **Ciência e espiritualidade**. 2008. Disponível em: <<http://www.ipepe.com.br>>.

283 Kennedy JE, Kanthamani H, Palmer J. An Exploratory Study of the Effects of Paranormal and Spiritual Experience on People's Lives and Well-Being. **Journal of the American Society for Psychical Research**. 1995; 89:249-64.

284 Pollner M. Divine Relations, Social relations and Well-Being. **Journal of Health and Social Behavior**. 1989; 30:92-104.

285 Bearon LB, Koenig HG. Religious cognitions and use of prayer in health and illness. **He Gerontologist**. 1990; 30:249-253.

286 Collinge AM. **Courting the Spirit**: subtle energies in prayer, meditation, and healing. subtle energy: awakening to the unseen forces in our lives. Nova York: Warner Books; p.225-71, 1998.

287 Greeley AM. Hallucinations among the Widowed. **Social Science Research**. 1987; 71:258-76.

288 Spilka B, Brown GA, Cassidy SA. The Structure of Religious Mystical Experience in Relation to Pre and Postexperience Lifestyles. **International Journal for the Psychology of Religion**. 1992; 2:241-57.

289 Papathanassoglou EDE, Patiraki EL. Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experiences of survivors of critical illness. **Nurs Crit Care**. 2003; 8(1): 13-21.

290 Neri AL. (Org.). **Qualidade de vida e vida madura**. 3ª ed. Campinas, SP: Papirus; 2003. Coleção Viva idade.

291 Jorge JS. **Cultura religiosa**: o homem e o fenômeno religioso. São Paulo: Loyola; 1998; p 29-42.

292 Kubler Ross E. **Sobre a morte e o morrer**. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

293 Souza M.de et al. Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo: 1985 abr/jun; 5(2):77-9.

294 Waal Ade. **Introducción a la antropología religiosa**. Estella, Navarra: Verbo Divino; 1975, p.11-28.

295 Frankl V. **A presença ignorada de Deus**. Porto Alegre: Sinodal; 1985.

296 Benko MA, Silva MAP. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**. Ribeirão Preto: 1996 jan; 4:71-85.

297 Charuri C. **Como vai sua mente?** 3ª ed. São Paulo: 2001.

298 Greely AM. Ethnic variations in religious Commitment. In: Wuthnow R (org.). **The religious dimension: new directions in quantitative research**. Nova York: Academic Press; 1979; p.113-14.

299 Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDT (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.

300 BÍBLIA SAGRADA. Novo Testamento. Gênesis. Cap.02, vers. 07. 1999.

301 Berkman LF, Breslow L. **Health and ways of living: the alameda country study**. Nova York: Oxford University Press; 1983.

302 Platão F. São Paulo: Abril Cultural; 1983 (Coleção os Pensadores).

303 BÍBLIA SAGRADA. Novo Testamento Epístola de São Paulo aos Tessalonicenses. Cap. 05, vers. 23. Petrópolis RJ: Editora Vozes; 1999.

304 Dalbosco CA. Corpo e alma na velhice: significação ético- pedagógica do cuidado de si mesmo. **Revista Brasileira De Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo: jan/jun. 2006; p.22-37.

305 Bueno J. **A dor da alma e os milagres da cura**. Porto Alegre: BesouroBox; 2008, 128p.

306 Maturana H. **Emoções e e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG; 2001.

307 Ferraz RB, Tavares H, Zilberman M. **Revista Psiquiátria Clínica**. São Paulo: 2007; 34(5).

308 Luft L. **Perdas e ganhos**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.

- 309 Sullivan HS. **The interpersonal theory of psychiatry**. New York: Norton; 1953.
- 310 Wei-Ming T. The confusian perception of adult hood. In: Erickson E. **Adulthood**. Nova York: Norton; 1978.
- 311 Diener E, Seligman MEP. Very happy people. **Psychol Sci**. 2002; 13(1):81-4.
- 312 Mello JL, Camarano AA. Transição para a vida adulta: os jovens da região metropolitana do Rio de Janeiro. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais ABEP. Caxambu, MG: 18 a 22 Set. 2006.
- 313 Bourdieu P. **Outline of a theory of practice**. Cambridge: University of Cambridge Press; 1977.
- 314 Pimenta MdeM. **Trajetórias juvenis**. Texto apresentado para exame de qualificação, Mimeo, 2004.
- 315 Valliant G. **Adaptation to life**. Boston: Little Brown; 1977; 120.
- 316 Oliveira BHD, Cupertino APFB. Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade-Estudo PENSA. **Textos sobre Envelhecimento**. Rio de Janeiro: 2005; 8(2).
- 317 Guardini R. **Die Lebensalter**. Mainz; 1986.
- 318 Zinn GR, Gutierrez BAO. Processo de Envelhecimento e sua Relação com a Morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados semi-intensivos. *Estud. Interdiscip. Envelhec*. Porto Alegre: 2008; 13(1):79-93.
- 319 CONFERENCIA Nacional Bispos do Brasil-CNBB. Vida, dignidade e esperança. Fraternidade e pessoas idosas. Campanha da fraternidade. Texto Base Campanha da Fraternidade de 2003. São Paulo: Editora Salesiana; 2002.
- 320 Atkinson R, Atkinson RC, Smith EE, Bem D. Tradução Dayse Batista. 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 321 Trzesniewski KH, Donnellan MB, Robins RW. Stability of self esteem across the life span. **Journal of personality and social psychology**. 2003; 84(1): 205-220.
- 322 Trentini M, Silva SHda, Valle ML, Hammer S. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas em condições crônicas de saúde. **Rev.Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: 2005 jan/fev; 13(1).

- 323 Neri AL. **Envelhecer num país de jovens**: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas: Unicamp; 1991.
- 324 Silva IRda, Gunther IdeA. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília: 2000 jan/abr; 16(1).
- 325 Oliveira PdeS. **Vidas compartilhadas**: cultura e co-educação d gerações na vida cotidiana. São Paulo: Hucitec, Fapesp; 1999 (Coleção Linguagem e Cultura).
- 326 Lopes ESdeL, Neri AL, Park MB. Ser avós ou ser pais: os papeis dos avós na sociedade contemporânea. **Textos de envelhecimento**. Rio de Janeiro: 2005; 8(2).
- 327 Diener E. Subjective well-being. **Psychol Bull**. 1984, 92:410-433.
- 328 Myers DG, Diener E. Who is happy? **Psychol.Sci**. 1995; 6:09-10.
- 329 Buber M. **Die erzählungen der chassidim**. Zurique: 1949.
- 330 Koestler A. **O fantasma da maquina**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 331 Saad I. Revisão de vida: autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. In: Néri AL. **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 2001.
- 332 Viorts J. **Perdas necessárias**. São Paulo: Ed.Melhoramentos; 1988. 335p.
- 333 Ventegodt S, Kandel I, Neikrug S, Merrick J. Clinical Holistic Medicine: The Existential Crisis-Life Crisis, Stress and Burnout. **The Scientific World Journal**. 2005; 5:300-12.
- 334 Cupertino APFB, Domingos BH. Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade. Estudo Pensa. **Textos sobre envelhecimento**. Rio de Janeiro: 2005; 8(2).
- 335 Schiemann S, Vand-Gundy K, Taylkor J. Status, role, and resource explanations for age patterns in psychological distress. **J.Health Soc Behav**. 2001;42:90-6.
- 336 Pessini L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (Orgs.). **Geriatría**: fundamentos, clinica e terapêutica. São Paulo SP: Atheneu; 1994, p.427-35.

337 De Vries H, Gallanger-Thompson D. Idosos. In: Dattilio FM, Freeman A (Orgs.). **Estratégias cognitivo-comportamentais para a intervenção em crise**. Campinas: Psy; 1995, p. 255-76.

338 Cheng YH et al. Self-rated economic condition and health of elderly persons in Hong Kong. **Social Science and Medicine**. 2002 Oct; 55(8):1424-51.

339 Monteiro PP. **Envelhecer**: histórias, encontros e transformações. Belo Horizonte MG: Autentica; 2001.

340 Adwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro III A. Age differences in stress, coping, and appraisal: "Findings from the normative aging study". **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. 1996; 51B(4):179-88.

341 Gleber J, Ribeiro R. **Além da matéria**. Ed.Casa dos Espíritos; 2003.

342 Martins JM. **A lógica das emoções**: na ciência e na vida. Petrópolis: Vozes; 2004.

343 Izquierdo I. **Memória**. Porto Alegre, RS: Ed.Artmed; 2001.

344 Damasio AR. **O erro de descartes, emoção, razão e cérebro humano**. 4ª ed. Portugal: Europa-América Edit; 1995.

345 Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, De Lngis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**. 1986; 50: 571-79.

346 Van Praag J. **Em busca da espiritualidade**. Tradução de Maria Claudia Coelho e Pedro Luiz Vasques Ribeiro. Rio de Janeiro: Sextante; 2008.

347 Siege K, Schrimshaw EW. The peceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. **Journal for the Scientific Study of Religion**. 2002; 41:91-102.

348 Potter PA, Perry AG. Saúde espiritual. In: **Fundamentos de enfermagem. Conceitos, processo e prática**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 1999 p.404-18.

349 Aldwin CM, Gilmer DF. **Health, illness and optimal aging**: biological and psychological perspectives. California: Sage Publications; 2003, 384 p.

350 Lazaeta CB. Aspectos sociales del envejecimiento. In: Peres EA, Galinsky D, Martinez FM, Salas AR, Ayendez MS (Org.). **La atención de los ancianos: um desafio para los anos noventa**. Washington: DC. Organização Panamericana de Saúde; 1994, p.57-66.

351 Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. Natal: 1998; 3:1-15.

352 Pargament KI. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York, USA: The Guilford; 1997.

353 Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2001; 17: 225-34.

354 Vitalino PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**. 1985; 20:3-26.

355 Johnson SC, Spilka B. Coping with breast cancer: the roles of ciergy and falth. **J. Religion Health**. 1991; 30:21-33.

356 Aldwin CM. **Stress, coping and development: and integrative perspective**. New York: Guilford; 1994, 321p.

357 Pargament KI et al. God help me(I) religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative live events. **J. Sci Study Relig**. 1990; 18(6):504-13.

358 Pargament KL, Park CL. Merely a defense? The variety of religious means and ends. **J. Soc. Issues**. 1995; 51(2):13-32.

359 Tix AP, Frazier PA The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. **Journal for Consulting & Clinical Psychology**. 1998; 66: 411-22.

360 Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N, Newman J, Jones W. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **J.Sci Study Relig** 1988; 27(1):94-104.

361 Faria JB, Seidl EM. (no prelo). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicologia em Estudo**, 2005.

362 Guedea MTD, Albuquerque FJBde, Troccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Revista de Psicologia. Reflex. Crit**. Porto Alegre: 2006; 19(2).

- 363 Wrosch C, Heckhausen J, Lachman M. Primary and secondary control strategies for managing health and financial stress across adulthood. **Psychology and Aging**. 2000; 15:387-99.
- 364 Hanson KM, Mintz LB. Psychological health and problem-solving self-appraisal in older adults. **Journal of Counseling Psychology**. 1997; 44: 433-41.
- 365 Robinson MR, Thiel MM, Meyer EC. Matters of spirituality at end-of-life in the pediatric intensive care unit. **Pediatric**. 2006; 118(3):719-29.
- 366 Leshan L. **O câncer como ponto de mutação**. São Paulo: Summus; 1992.
- 367 Weil P. **A mudança do sentido e o sentido da mudança**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2000.
- 368 Simonton O et al. **Com a vida de novo**. São Paulo: Summus Editorial; 1987.
- 369 Silva RM, Mamede MV. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC; 1998.
- 370 O'conner AP, Whinckler CA, Germino BB. Understanding the cancer patient's search for meaning. **Cancer Nursing**. 1990; 13:167-75.
- 371 Roberts JA, Brown D, Elkinst, Larson DB. Factors influencing the views of patient's with gynecologic cancer about en-of-life decisions. **Am.J.Obstetri Gynecol**. 1997; 176:166-72.
- 372 Taylor SE, Kememy ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. **Am Psychol**. 2000; 55(1):99-109.
- 373 Teixeira JJV, Lefreve F. O capelão e o paciente idoso com câncer: a busca do conforto e da esperança na religião. **Mundo da Saúde**. São Paulo, SP: 2003jan/mar.; 27(1).
- 374 Mazo GZ, Benedetti TB, Vasconcelos EMR, Portella M, Silva ML, Gonçalves LHT. O processo de viver envelhecendo no novo milênio. **Texto e Contexto de Enfermagem**. 2003 Jul/Set; 12(3):361-69.
- 375 Sherrill KA, Kaplan BH, Larson BD. Adult burns patients, religious coping and recovery. Paper presented at World Psychiatric Association conference. Toronto: 1988.
- 376 Benedet SA, Bub MBC. **Manual de diagnostico de enfermagem: uma abordagem baseada nas teorias das necessidade humanas básicas e na sua classificação diagnostica da NANDA**. Florianópolis SC: Edt.Renuncia; 2001.

377 Markides KS, Levin JS, Ray LA. Religion, Aging and life satisfaction: an eight year, three-wave Longitudinal Study. **The Gerontologist**. 1987 27:660-665, 1987.

378 Kass JD, Friedeman JL, Zuttermeister PC, Benson H. Health Outcomes and a New Index of Spiritual Experience. **Journal for the scientific Study of religion**. 1991; 30:203-11.

379 Buss PM. Saúde, Sociedade e qualidade de vida. Fiocruz 2003. Disponível em: <<http://fiocruz.com.br>>. Acesso em: 22 Jun 2009.

380 BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: 1996; p48.

381 Capra F. Holismo e saúde. In: **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix; 1992.

382 Neri AL, Freire SA (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus; 2000.

383 Alvarez BR. **Qualidade de vida relacionada a saúde de trabalhadores**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado-Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 1996.

384 Edlin G, Golanty E. **Health and wellness, a holistic approach**. 4ª ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers. 1992.

385 Brandão MLR. Saúde é Fé: um ensaio ético-teológico. **Revista o Mundo da Saúde**. São Paulo: 2000 nov/dez; 24, 24(6): 515-21.

386 Moreira Almeida AL, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. **R.Psiquiatr**. 2006; 28(3):242-50.

387 George LK, Ellison CG, Larson BD. Explaining the relationship between religious involvement and health. **Psychological Inquiry**. 2002; 13(3):190-200.

388 Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion and health: an emerging research field. **American Psychologist**. 2003; 58(1):24-35.

389 BRASIL - Lei Orgânica da Saúde, n.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre condições para o funcionamento, promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

390 Portraia TF, Lindeboom M, Deeg D. Life Expectancies in specific health states: results from joint model of health status and mortality of older persons. **Demography**, 2001, nov; 38(4):525-36.

391 Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? **Social Science and Medicine**. 2001 nov; 53(9):1373-81.

392 Silva LMVda, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. 1994 jan/maj; 10(1): 80-91.

393 Scarton A, Bos AJG, Stobaus CD. A frequência de atividade física dos idosos do Rio Grande do Sul, relacionada com longevidade valores com a vida e percepção da saúde. *Revista de Medicina PUCRS*. Porto Alegre: 2003; out.dez. 13(4).

394 Cupertino APF, Rosa FHM, Ribeiro PCCR. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre: 2007; 20(1).

395 Ruiperez I, Llorent P. **Geriatrics**. Guias Práticos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Mc.GrawHill; 1996.

396 Sgreccia E. **Bioetica**. Manuale per medici e biologi. Milão: Vita e Pensiero; 1986.

397 Cohen KBH. Native American Medicine. In: Jonas WB, Levin JS. **Essentials of complementary and alternative medicine**. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999; p. 233-51.

398 Spector RE. **Cultural diversity in health and illness**. Nova York: Appleton and Lange; 1979; p. 114-23.

399 Vaux K. **Religioun and Health Preventine Medicine**. 1976; 5:522-36.

400 Jerkins DC. New Horizons of Psychosomatic medicine. **Psychosomatic Medicine**. 1985; 47: 3-25.

401 Hummer RA, Rodgers RG, Ellison CG. **Religioun involvement and U.S adult mortality Demography**. 1999; 36(2):273-85.

402 Goldin JR (Org.), Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Boer APKde. Bioetica e Espiritualidade. **Coleção Bioetica 1**, Porto Alegre, RS: EDIPUCRS; 2007.

403 Sanchez ZVDM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clinica**. São Paulo: 2007; 34(supl.1).

APÊNDICE

APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUC
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
POS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA.

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**A dimensão espiritual no Processo de Viver Envelhecendo**”, que será realizada no Município de Chapecó SC pela doutoranda Leoni Terezinha Zenevicz sob orientação do Prof^o. Dr^o. Yukio Moriguchi e co-orientação da Prof^a. Dr^a. Valéria Silvana Faganello Madureira. O objetivo desta pesquisa é conhecer como os indivíduos de faixas etárias diferentes vivenciam a espiritualidade no processo de seu envelhecimento. A sua participação no projeto consiste em responder a um questionário com perguntas abertas e fechadas, realizadas pela pesquisadora. A assinatura neste consentimento pelo pesquisado jovem, adulto e idoso ou responsável, autoriza a utilização de todos os materiais (fotos, conversas e resultados desta pesquisa) para a publicação de artigos, textos em revistas nacionais e internacionais, mas garantindo o anonimato dos participantes. Para esclarecimentos/informações adicionais ou não queira participar mais desta pesquisa favor explicitar/falar ou entrar em contato pelos telefones (49)33236150 ou 88323516. Esta pesquisa obedece as normas da Resolução 10/196 de Outubro de 1996 e Resolução 251/97 de Agosto de 1997 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e, que regulamenta a pesquisa e suas complementares e somente será iniciada após o recebimento da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC. Para maiores informações entrar em contato pelo telefone (51)33203345. Igualmente, a pesquisadora declara-se ciente destas normas e aceita a publicação dos resultados sejam eles positivos ou negativos.

Chapecó SC.....

Assinatura do participante Identidade ou CPF

APÊNDICE B: Ofício do Comitê de Ética



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP 640/08

Porto Alegre, 21 de julho de 2008.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04149, intitulado: **"A dimensão espiritual no processo de viver envelhecendo"**.

Salientamos que sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Os relatórios do andamento do protocolo devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Yukio Moriguchi
IGG
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

QUESTIONÁRIO.

Este questionário será aplicado nas residências de diferentes bairros do Município de Chapecó-SC, e servirá como base de dados de uma tese de Doutorado em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC. Nosso objetivo centra-se em **“Conhecer como os indivíduos de diferentes faixas etárias vivenciam a espiritualidade no processo de viver envelhecendo”** Neste questionário, não precisa identificar-se e suas respostas serão guardadas com sigilo. Procure responder com a maior sinceridade possível.

Sua participação é muito importante para nós.

Desde já agradecemos a sua valiosa colaboração.

1.Sexo (1) Masculino (2) Feminino.

2.Idade em anos completos

3.Estado Civil

- (a) Solteiro(a)
- (b) Casado(a)
- (c) Separado(a)
- (d) Desquitado(a)
- (e) Divorciado(a)
- (f) Viúvo(a)
- (g) Amasiado(a)

4.Qual é a sua escolaridade?

- (a) Analfabeto
- (b) Primário completo
- (c) Primário incompleto
- (d) Secundário completo
- (f) Secundário incompleto
- (g) Universitário completo
- (h) Universitário incompleto
- (i) Mestrado
- (j) Doutorado

5. Qual é a sua etnia?

6. Qual é a sua condição socioeconômica

- (a) 1 a 4 salários mínimos.
- (b) 5 a 9 salários mínimos
- (c) Acima de 10 salários mínimos?

7. Você já teve alguma experiência que o(a) tenha convencido da existência de Deus?

- (a) Não
- (b) Sim
- (c) Talvez
- (d) Eu não sei

8. Se sua resposta for afirmativa, qual foi essa experiência?

.....

.....

.....

9. Existem coisas espirituais para você?

.....

.....

.....

10. Elas o ajudam?

.....

.....

.....

11. Com que frequência você participa de atividades religiosas?

- (a) Uma vez por dia
- (b) Várias vezes por dia
- (c) Toda a semana
- (d) Várias vezes por semana
- (e) Aproximadamente uma vez por mês
- (f) Menos de uma vez por ano
- (g) Várias vezes por ano
- Outro.....

12. Você professa alguma das religiões ou doutrinas/seitas abaixo?

- (a) Católico
- (b) Protestante
- (c) Judeu
- (d) Muçulmano
- (e) Budista
- (f) Xintoísta
- (g) Hinduísta
- (h) Taoísta
- (i) Religião afro-brasileiras
- (j) Masson
- (l) Outro.....

13. Se você escolheu as alternativas A ou B, responda a seguir:

- () Católico romano
- () Ortodoxo
- () Espírita Kardecista
- () Luterano
- () Metodista
- () Adventista
- () Batista
- () Anglicano
- () Evangélico - Assembléia de Deus
- () Evangélico - Igreja Universal Reino de Deus
- () Outro _____

14. Você pratica a sua religião? (1) Sim (2) Não

15. Com que frequência você participa de outras atividades religiosas, como estudos bíblicos, estudos de outras doutrinas religiosas ou de grupos de oração?

- (a) Uma vez por dia
- (b) Várias vezes por dia
- (c) Toda a semana
- (d) Várias vezes por semana
- (e) Aproximadamente uma vez por mês
- (f) Menos de uma vez por ano
- (g) Várias vezes por ano
- (h) Não participo
- Outro.....

16. Em caso de resposta afirmativa, que atividade é essa?

.....
.....
.....

17) Que papel você desempenha nesta atividade?

.....
.....
.....

18) Que importância essa atividade tem para você?

.....
.....
.....

19) Com que frequência você reza em outros lugares que não seja uma igreja, em templos, sinagoga, centro espírita, mesquitas?

- (a) Uma vez por dia
- (b) Várias vezes por dia
- (c) Toda a semana
- (d) Várias vezes por semana
- (e) Aproximadamente uma vez por mês
- (f) Menos de uma vez por ano
- (g) Várias vezes por ano
- Outro.....

20). Como você reza?

- (a) Sentada(o)
- (b) Sentada(o) e com as mãos postas
- (c) Em pé
- (d) Em pé com as mãos postas
- (e) Ajoelhada(o)
- (f) Ajoelhada(o) e com as mãos postas.
- Outro.....

21).Em que coisas você acredita ou tem fé?

- (a) Bíblia
- (b) Rosário
- (c) Amuletos
- (d) Figuras de Santos
- (e) Imagens de Santos
- Outra.....

22) Com que frequência você ouve ou assiste a programas religiosos no rádio ou na televisão?

- (a) Uma vez por dia.
- (b) Várias vezes por dia.
- (c) Toda a semana
- (d) Várias vezes por semana.
- (e) Aproximadamente uma vez por mês
- (f) Menos de uma vez por ano.
- (g) Várias vezes por ano.
- Outro.....

23) Com que frequência você lê a Bíblia, o Tora, Alcorão, o Evangelho Segundo o Espiritismo ou outras obras literárias religiosas ou espirituais.

- (a) Uma vez por dia
- (b) Várias vezes por dia.
- (c) Toda a semana
- (d) Uma vez na semana
- (e) Várias vezes por semana
- (e) Aproximadamente uma vez por mês.
- (f) Menos de uma vez por mês
- Outro.....

24) Para você, o homem é ser espiritual? () Sim () Não.

25) Você se considera:

- () Nada espiritual () Não muito espiritual
- () Relativamente espiritual () Muito espiritual.

26) Como você cuida de sua alma (parte espiritual)?

.....

.....

.....

27) Por que você reza?

- Fortalecimento pessoal.
- Pedido de uma bênção em caso problemas.
- Remissão dos pecados.
- Agradecimento.
- Amenizar dor ou sofrimento.
- Conseguir um emprego.
- Melhorar a saúde.
- Outro.....

28) Você acredita no sobrenatural?

- Sim Não.

29) Durante a sua vida, qual foi a sua maior alegria e qual foi sua atitude perante esta alegria?

.....
.....
.....

30) Qual foi a maior tristeza de sua vida e que atitude tomou?

.....
.....
.....

31) O que você faz para superar as dificuldades com que se depara?

.....
.....
.....

32) O que você faria se recebesse um diagnóstico médico de uma doença grave, de piora de sua saúde ou soubesse que tem pouco tempo de vida?

.....
.....
.....

Use sua própria definição e imagem de Deus quando responder as seguintes questões.

33) Com que proximidade você sente a presença de Deus?

- (a) Eu não acredito em Deus.
- (b) Não muito próximo.
- (c) Relativamente próximo.
- (d) Muito próximo.

34) Qual o grau de importância que você atribui à espiritualidade na sua vida?

- (a) Acho muito importante.
- (b) Não acho importante.
- (c) Sou indiferente a este tema.

35) O que é ter saúde para você?

.....
.....
.....

36) Na sua concepção, o que é necessário para ter saúde?

.....
.....
.....

37) Como a sua religião ou crença espiritual influencia o modo como você enxerga seus problemas de saúde e a forma como pensa sobre a sua saúde.

.....
.....
.....