

MONIKA REGINA MALAVEZ BARROS LUZ

**O FENÔMENO DA ESPIRITUALIDADE COMO SUPORTE NO
PROCESSO SAÚDE DOENÇA DA PESSOA IDOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), sob orientação do Professor Lincoln Agudo Oliveira Benito.

Brasília – DF

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida e a oportunidade dessa existência para meu crescimento e evolução.

Agradeço a minha família, em especial minha mãe Nydia, que me tem apoio incondicional, que me passou princípios à base da doutrina espírita que me rege, a quem tenho como exemplo de força e dedicação. Aos meus filhos Raphael e Kevin, que compreenderam e me apoiaram nas diversas madrugadas de estudos, que iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

Agradeço as minhas amigas, Cíntia, Ketlen, Evilayne e Abigail, sempre prestativas, presentes, me apoiando e abraçando nos momentos difíceis. À minha amiga Kenya e Fernanda por virarem noites me ajudando com o TCC, e perder horas me ensinando estatísticas.

Agradeço aos meus professores que foram marcantes e fundamentais para minha trajetória, aos que tiveram paciência, atenção, carinho e se prontificaram a passar com grande valor o conhecimento. Em especial meu orientador Lincoln por me incentivar e acreditar em meu potencial durante essa jornada do TCC.

O Fenômeno Da Espiritualidade Como Suporte No Processo Saúde Doença Da Pessoa Idosa.

Monika Regina Malavez Barros Luz¹

Lincoln Agudo Oliveira Benito²

RESUMO: A Espiritualidade é um elemento de suma importância da qualidade de vida, é um recurso de enfrentamento do processo saúde-doença. O presente estudo tem por objetivo analisar o fenômeno da espiritualidade como suporte no processo de envelhecimento. A pesquisa de abordagem quantitativa, realizada por meio de um estudo transversal analítico, com única entrevista individual a cada participante, utilizando os questionários WHOQOL domínio SRPB e socioeconômico. Foram 108 participantes em idades de 60 a 105 anos, dentre 71,3% mulheres e 28,7% homens. Onde, prevaleceram 47,2% em idade de 60 a 69 anos e 70,4% se declararam bastante ou extremamente satisfeitos com sua Qualidade de Vida (QV). 72,2% afirmaram frequentar atos religiosos. Os resultados denotam o valor da positividade que acarreta a espiritualidade, no processo de envelhecimento saudável, onde a faceta admiração apresentou maior média aritmética, 16,51 pontos de 20 máximo, seguido de sentido na vida com 16,23 pontos, assim demonstrando uma busca para melhor QV.

Palavras Chave: “Espiritualidade”, “Idosos”, “Religiosidade Do Idoso”, “Processo Saúde-Doença”, “Envelhecimento Saudável”.

The Phenomenon Of Spirituality As Support In The Health Process Elderly Person's Illness.

ABSTRACT: Spirituality is an extremely important element of the quality of life. It is a resource for coping with the health-disease process. The present study aims to analyze the phenomenon of spirituality as a support in the aging process. The quantitative approach research, carried out through a cross-sectional analytical study, with a single individual interview with each participant, using the WHOQOL SRPB domain and social economic questionnaires. There were 108 participants aged 60 to 105 years, among which 71.3% women and 28.7% men. There where, 47.2% prevailed in the age of 60 to 69 years and 70.3% declared themselves to be quite or extremely satisfied with their quality of life (QoL). 72.2% reported attending religious acts. The results indicate that the positive value of spirituality, in the process of healthy aging, where the admiration facet presented a higher arithmetic mean, 16.51 points out of 20 maximum, followed by sense in life with 16.23 points, thus demonstrating a search for better QoL.

Keywords: "Spirituality", "Elderly", "Elderly Religiousness", "Health-Disease Process", "Healthy Aging".

¹ Acadêmica de enfermagem do UniCEUB

² Professor Mestre do curso de enfermagem do UniCEUB

1. INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta grande metamorfose na formação etária de toda a nação, pertinente a um rápido processo de envelhecimento. Além das alterações populacionais, no perfil epidemiológico, têm experimentado mudanças significativas relevantes ao quadro de morbimortalidade. Segundo IBGE, em menos de 50 anos, as doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas em meados do Século XX, hoje são responsáveis por menos de 10%, verificando-se o oposto com as doenças relacionadas a idade avançada como às doenças cardiovasculares, passando assim a um perfil caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas (BRASIL, 2009).

A supressão das habilidades usualmente conexa ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente ligada com a idade cronológica das pessoas, não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque no ciclo da vida para se entender o processo de envelhecimento. Para abordar o envelhecimento da população favorável aos idosos, requer uma reforma dos sistemas de saúde, substituindo os modelos curativos baseados na doença, pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades da pessoa idosa (OMS, 2015).

Levando em consideração que o envelhecimento é entendido como um processo multidimensional dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas, comportamentais, cognitivos e sociais, essas variações provocam o medo do envelhecer. No contexto do cuidado à pessoa idosa, emerge a necessidade de grupos de trabalho multiprofissionais. Com uma abordagem na visão holística do paciente, acarretando uma investigação de maiores fatores de risco mais impactantes para a definição do estado de saúde e assim melhor qualidade da intervenção (ANDRADE, 2011).

Conceitua-se que o Envelhecimento Saudável é o processo de segmento e preservação da capacidade funcional e mental do indivíduo, permitindo o bem-estar em idade avançada. É uma percepção de que nem a capacidade intrínseca, e funcional permanecem constantes. Embora ocorra a diminuição, as escolhas de vida ou as intervenções e diligência em diferentes momentos, irão determinar o percurso de cada indivíduo. Portanto, não é definido por um ponto inicial específico e sim permanece pertinente a cada indivíduo, uma vez que sua experiência pode sempre se tornar mais ou menos positiva (OMS, 2015).

O progresso tecnológico nas ciências da saúde possibilita revoluções nas significações dos processos de saúde-doença, tanto aos pacientes quanto à profissionais de saúde, que estes

são levados a aprofundar seus conhecimentos. Uma vez que a construção da ciência do cuidar humano é orientada substancialmente pelos conceitos humanísticos. Atualmente, está inserida no conceito de saúde, o aspecto espiritual. Desde então, a OMS elaborou o Grupo de Qualidade de Vida, que inclui o domínio (VI) Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB), no seu instrumento de avaliação, o *World Health Organization's Quality of Life Measure* (WHOQOL), utilizado neste estudo para coleta de dados (PENHA, 2012).

Em si tratando de pessoas idosas, a espiritualidade é um fator significativo no defrontar da invalidez e morte próxima. Em vários estudos foi associada com uma melhor saúde física e mental. Estas observações denotam o crescente consenso sobre a necessidade de integrar melhor a dimensão espiritual em cuidados hospitalares. No entanto, essa integração exige uma avaliação adequada da espiritualidade do paciente, as condições definidas para terapêuticas e boas evidências de que a abordagem específica de intervenções espirituais irão melhorar assistência ao paciente (MONOD et al., 2012).

É dever do enfermeiro cuidar da pessoa idosa sem qualquer discriminação econômica, ideológica e espiritual, respeitando e fazendo respeitar a individualidade cultural, moral e religiosa do paciente, e criar condições para que esta possa exercer nestas áreas os direitos que lhe competem. Tendo em vista o enfermeiro tem a o compromisso ético de prestar assistência espiritual, como parte vital da holística da pessoa, o contrário disso, torna-se antiético (CALDEIRA et al., 2011).

A relevância da proporção espiritual nos processos de saúde-doença é reconhecida inclusive pelas associações nacionais e internacionais de enfermagem e demonstrada pela evidencia científica. A exemplo disso a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), identificou e instrumentalizou, diagnósticos de enfermagem referentes a espiritualidade e religiosidade (NANDA, 2015-2017).

Especificar os termos religiosidade e espiritualidade, se faz necessário, dada a sua variedade multiforme e o caráter subjetivo cultural que assume a questão. A palavra religião vem do Latin “religare”, que significa "unir". Uma religião organiza as experiências espirituais coletivas em um sistema de crenças e práticas. Espiritualidade vem da palavra “spiritualitas” do latin, que significa "respiração". É um conceito mais amplo, um processo dinâmico, pessoal e experiencial. Caracterizada pela busca por significado e propósito, transcendência, isto é, o ser humano é mais do que simples existência material, é a conexão com os outros, a natureza, ou o divino, e os valores como, o amor, a compaixão e justiça (PAUL, et al., 2001).

Segundo Jung, a pessoa religiosa tem vantagens no enfrentamento das vicissitudes da vida e o indivíduo que não se apoia em uma fé superior não alcança recursos para resistir às

tentações físicas e morais do mundo. Até pouco tempo o contexto espiritual era pouco valorizado no meio científico, porém vem sendo admitido como parte integrante no bem-estar do paciente, valorizando uma visão holística do indivíduo, passando a ser um dos elementos de análise do estado de saúde, reconhecendo a importância de fundamentos como fé, esperança e compaixão no processo de cura (DUARTE et al., 2008).

O fenômeno da espiritualidade é reconhecido pela enfermagem quando surge como necessidade do paciente, é um fator intrínseco ao ser humano, quer se apresente vinculado a uma religião convencional ou não, podendo ser vivenciada em múltiplas vertentes e não só a religiosa. É notório o crescimento exponencial da investigação científica desse fenômeno, que desta forma, propicia maior visibilidade da questão, acarretando progressiva credibilidade, conhecimento e integração as práticas do enfermeiro (CALDEIRA et al., 2011).

Na Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, a promoção e recuperação da saúde, é praticada pela enfermagem de forma interpessoal, através do cuidado holístico, ou seja, o ser como um todo, com um enfoque humanístico no cuidado. Constatando as visões transpessoal do ser como mente-corpo-espírito, consciência e intencionalidade para cuidar e promover a cura, através da energia ambiental, consciência fenomenológica e modalidades avançadas de cuidado. É compreendido como uma elevada consideração pela pessoa e seu bem-estar no mundo. Sendo, a teoria de Watson, se faz necessária para orientar os enfermeiros em suas condutas e bases teóricas (JESUS et al., 2013).

A base filosófica do Cuidado Transpessoal propõe-se possibilitar aos profissionais de saúde, instrumentos intelectivos e de sensibilidade para que se estabeleça uma conexão espiritual, dando outro significado ao materialismo, para o verdadeiro sentido das interações humanas, que é o ser espiritual (PENHA, 2012).

No que engloba o ciclo vital, envelhecer é uma etapa normal que deve ser vivida de forma útil e benéfica. É um período de mudanças, ganhos e perdas. A forma de lidar com as situações depende dos valores e atitudes assumidas durante a vida. O discurso gerontológico destaca a atenção dada aos aspectos biopsicossociais da pessoa idosa. Sendo assim, os profissionais de saúde para desenvolver tal área devem integrar as questões espirituais em suas análises, entender e respeitar como qualquer outra questão. Essa análise é tangida mediante exame de variáveis como bem-estar, ajustamento pessoal e social, estresse percebido e satisfação com a qualidade de vida. Alguns resultados apontam para uma relação protetora à saúde, pois algumas religiões defendem um estilo de vida mais saudável (DUARTE et al., 2008).

Assim sendo, o objetivo do presente estudo é analisar o fenômeno da espiritualidade como suporte no processo saúde-doença da pessoa idosa.

2. METODOLOGIA

Ao aceder a dimensão espiritual de um paciente, retrata uma compreensão mais profunda de suas crenças e valores, proporcionando ao profissional de saúde um plano de assistência melhor às necessidades do cliente. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, que é recomendado quando se pretende descrever um fenômeno de acordo com o ponto de vista do sujeito. A metodologia de pesquisa foi realizada por meio de um estudo transversal com única entrevista individual a cada participante. Para fins organizacionais, a presente pesquisa considera enquanto pessoa idosa, aquela que se encontra na faixa etária igual ou superior a sessenta (60) anos.

Foi utilizado como referencial a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, por atribuir uma importância fundamental a visão holística do paciente. Watson defende a promoção e restauração da saúde através do uso de energias ambientais para uma vida de qualidade, que estabeleça uma conexão espiritual, dando outro significado ao materialismo, praticado de forma interpessoal, com um enfoque humanístico no cuidado. Entre outros aspectos com visões expandidas da pessoa por completo, mente-corpo-espírito.

Considerando a natureza deste estudo e acreditando em sua importância em analisar os fenômenos na perspectiva dos próprios indivíduos em seu contexto de crença e vida, foi eleito a entrevista individual com o uso dos questionários validados, Mini Mental para critério de exclusão como avaliação de orientação e consciência do entrevistado, um socioeconômico escolhido de uma junção do WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) abreviado com o BOAS do Centro de Referência e Documentação sobre o Envelhecimento da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e WHOQOL-SRPB Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) – Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB).

Nas entrevistas, os sujeitos são encorajados a contarem suas histórias e responderem de forma o mais profunda possível à questão, de acordo com o que acredita. As respostas foram usadas variáveis polinômica nominal numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a nada, 2 muito pouco, 3 mais ou menos, 4 bastante, 5 extremamente.

Para a realização de coleta dados necessários a edificação do presente estudo, foi solicitado prévia autorização junto ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de

Brasília (UNICEUB) com o número da CAAE 65443917.8.0000.0023. Foram realizadas entrevista no âmbito individual em Instituições De Longa Permanência (ILPs) e Centros De Convívio De Idosos.

Posterior ao processo de coleta, organização e análise dos dados, os elementos de estudo adquiridos foram estruturados junto ao um banco de dados, utilizando o software Microsoft Excel 2013®.

3. RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a realização das entrevistas foram contatados 115 (cento e quinze) atores sociais idosos. Sendo concluídas de fato entrevistas com 108 (cento e oito) = 94% atores sociais participantes, sendo que 6 (seis) = 5,2% destes se negaram a responder o instrumento de pesquisa, e 1 (um) = 0,8% veio a óbito durante o processo de liberação pelo Comitê De Ética E Pesquisa Do UniCEUB. Para análise dos dados serão considerados os 108 atores participantes de fato. Entre os participantes observou-se que 71,3% eram do sexo feminino e 28,7% do sexo masculino.

Segundo a classificação Brasileira, pessoa idosa consiste em idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo assim no presente estudo participaram pessoas idosas com a idade mínima de 60 (sessenta) anos sendo o mais velho alcançado com 105 (cento e cinco) anos de idade.

Durante o processo de entrevistas dos atores sociais participantes, foi verificado a dificuldade no processo de leitura e interpretação das perguntas contidas junto ao instrumento de coleta de dados, devido à dificuldade de visão, audição e baixa ou nenhuma escolaridade. Para tal dificuldade o entrevistador repetia a pergunta.

Tabela 01 – Perfil socioeconômico dos idosos participantes da pesquisa, Brasília, Distrito Federal (D.F.), Brasil, por categorias, F=frequência e percentual, (n=108):

Categorias	Total		Feminino		Masculino	
	F	%	F	%	F	%
	108	100	77	71,3	31	28,7
Idade						
60 a 69	51	47,2	38	49,4	13	41,9
70 a 79	35	32,4	21	27,3	14	45,2
80 a 89	16	14,8	14	18,2	2	6,5
90 a 99	5	4,6	3	3,9	2	6,5
100 anos ou mais	1	0,9	1	1,3	-	-
Estado civil						

Casado (a)	60	55,6	39	50,6	21	67,7
Viúvo (a)	22	20,4	18	23,4	4	12,9
Divorciado (a)	15	13,9	9	11,7	6	19,4
Solteiro (a)	9	8,3	9	11,7	-	-
Amasiado (a)	2	1,9	2	2,6	-	-
Escolaridade (*)						
EFC	18	16,7	11	14,3	7	22,6
EFI	14	13,0	13	16,9	1	3,2
EMC	11	10,2	8	10,4	3	9,7
EMI	3	2,8	2	2,6	1	3,2
AF	6	5,6	3	3,9	3	9,7
PG	7	6,5	5	6,4	2	6,4
D	2	1,9	1	1,3	1	3,2
ESC	44	40,7	31	40,3	13	41,9
ESI	2	1,9	2	2,6	-	-
ET	1	0,9	1	1,3	-	-
Religião						
Católica	59	54,6	44	57,1	15	48,4
Espírita	25	23,1	18	23,4	7	22,6
Evangélica	9	8,3	8	10,4	1	3,2
Metodista	2	1,9	2	2,6	-	-
Não	13	12	5	6,5	8	25,8
Frequenta atos religiosos						
Sim	78	72,2	59	76,6	19	61,3
Não	30	27,8	18	23,4	12	38,7
Com quem mora						
Familiar (es)	86	79,6	65	84,4	21	67,7
Sozinha (o)	19	17,6	12	15,6	7	22,6
Não familiar (es)	3	2,8	-	-	3	9,7
Total	108	100				
Participantes			77	71,3	31	28,7

Fonte: Produção dos autores, 2017. * Legenda: EFC: Ensino fundamental completo; EFI: Ensino fundamental incompleto; EMC: Ensino médio completo; EMI: Ensino médio completo; AF: Analfabeto funcional; PG: Pós-graduação; D: Doutorado; ESC: Ensino superior completo; ESI: Ensino superior completo; ET: Ensino técnico.

Analisando o perfil socioeconômico demográfico dos atores sociais participantes da presente pesquisa, foi percebido que a maior frequência se constitui de pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos correspondente a 47,2% que equivalem a 51 indivíduos. Já na categoria estado civil a maior frequência foi de casados (as) com 55,6% correspondente a 60 atores. Na categoria escolaridade a maioria declarou ensino superior completo, efetivando 40,7% proporcional a 44 pessoas. Na categoria religião a prevalência foi registrada no catolicismo com 54,6% correspondentes a 59 entrevistados. Quanto a frequência em cultos ou atos religiosos 72,2% declararam participar o que equivale a 78 entrevistados. No quesito com quem mora, a maior parte das respostas, 86 pessoas, foi com familiares com 79,6%.

Ainda no questionário socioeconômico foi realizada uma pergunta direta sobre a satisfação pessoal com a qualidade de vida. E 70,4% (57,4 + 13,0) se declararam bastante ou extremamente satisfeitos com sua qualidade de vida. Um dado relevante à análise de QV, principalmente se comparado ao número que se declara frequentador de culto ou atos religiosos, 72,2%.

Tabela 02 – Percepção pessoal com qualidade de vida dos idosos participantes da pesquisa, Brasília, Distrito Federal (D.F.), Brasil, respostas por quantitativo e percentual (n=108):

Percepção com a Qualidade de Vida		
1 Nada	1	0,9%
2 Muito Pouco	14	13,0%
3 Mais/Menos	17	15,7%
4 Bastante	62	57,4%
5 Extremamente	14	13,0%
Total	108	100,0%

Fonte: Produção dos autores, 2017.

A OMS coloca que ao analisar o questionário WHOQOL módulo SRPB - Espiritualidade, Religiosidade E Crenças Pessoais, as questões se dividem em oito (8) facetas que avaliam aspectos de qualidade de vida relacionados à espiritualidade. Esses subitens se classificam em Conexão com o ser ou força espiritual; Sentido na vida; Admiração; Totalidade e integração; Força espiritual; Paz interior; Esperança e otimismo; Fé. Cada faceta consiste de quatro perguntas avaliativas. Onde em uma faceta, se tudo for respondido 1 o mínimo possível são 4 pontos e se tudo for 5 o máximo possível são 20 pontos. Logo a média aritmética apresentada, é a média das respostas da correspondente faceta.

O sigma na tabela 2 representa o desvio padrão entre as respostas da correspondente faceta. Quando esse desvio padrão se apresenta assim pequeno, como neste caso, significa que houve uma menos disparidade entre as respostas dos indivíduos. Onde o desvio padrão é um pouco mais alto nota-se que o coeficiente de variação também aumenta. A amplitude mostra a diferença entre o mínimo e o máximo.

Os itens individuais são avaliados em uma escala de 5 pontos, onde 1 indica percepções negativas baixas e 5 indica percepções altas e positivas. Como tal, os escores das facetas são dimensionados em uma direção positiva, onde os índices mais altos indicam maior qualidade de vida. Os resultados obtidos com o instrumento de pesquisa WHOQOL em planilha do Excel, nos mostra que a presente pesquisa é coerente com a afirmação que identifica que a

espiritualidade é de grande importância na QV, cada faceta pode alcançar um máximo de 20 pontos, com isso constatando o valor positivo de média aritmética de 16,51 pontos, na faceta admiração, seguida pela faceta sentido na vida com 16,23 pontos.

Tabela 03 – Resultado estatístico do questionário WHOQOL – SRPB realizado com os idosos participantes da pesquisa, Brasília, Distrito Federal (D.F.), Brasil, por facetas, (n=108):

FACETA	MÉDIA	σ	CV	MÍNIMO	MÁXIMO	R
Conexão com o ser ou força espiritual	15,72	4,02	25,57	4	20	16
Sentido na vida	16,23	3,26	20,07	4	20	16
Admiração	16,51	3,11	18,86	6	20	14
Totalidade e integração	15,63	3,02	19,34	7	20	13
Força espiritual	15,87	3,73	23,49	4	20	16
Paz interior	15,66	2,95	18,87	8	20	12
Esperança e otimismo	15,44	3,17	20,53	8	20	12
Fé	15,79	4,02	25,44	4	20	16

Fonte: Produção dos autores, 2017. *Legenda: Média aritmética por respostas; σ : Desvio padrão entre as respostas; CV: Coeficiente de variação; Mínimo possível de pontuação das respostas; Máximo possível de pontuação das respostas; R: Amplitude.

Para construção o resultado foi utilizado uma ferramenta, uma planilha específica, a partir do software Microsoft Excel 2013. Para a realização do cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL- SRPB, o pesquisador encarregou-se de somente tabular os dados, sendo que o restante dos cálculos é realizado de forma automatizada pelo software.

Participaram 108 participantes em uma faixa etária de 60 a 105 anos, onde prevaleceram 47,2% em idade de 60 a 69 anos correspondendo a 51 indivíduos. Ao alcançar idades mais avançadas, Remor (2011) argumenta que a longevidade se tornou uma questão mais instigante, e rotineira, tornando-se de grande desafio para a saúde pública e particular, havendo necessidade que os serviços de saúde e os profissionais buscarem características especiais para a abordagem à saúde da pessoa idosa.

O universo de 108 pessoas idosas alcançado na presente pesquisa, com a pequena recusa de apenas 6 pessoas, indica coesão com o artigo, onde Tostes et al., (2013) coloca que as informações coletadas com a história espiritual do paciente ajudarão a determinar a abordagem terapêutica seja apoiadora, neutra ou desafiadora. Neste sentido, Tostes et al., (2013) afirma que, vários estudos também apontam que a maior parte dos pacientes deseja que em seu atendimento abordem temas relacionados à espiritualidade. Em estudo brasileiro realizado com 110 idosos, 87% gostariam que seu atendimento questionasse sua espiritualidade durante os cuidados clínicos, mas apenas 8% relataram terem sido questionados quanto a sua espiritualidade. Tendo em vista os dados já apresentados, a espiritualidade deve ser abordada em atendimento, independente da visão pessoal do profissional. O essencial é que a abordagem seja centrada no indivíduo, importando-se apenas com os valores, crenças e bem-estar dos pacientes.

O papel que a espiritualidade desempenha na vida dos pacientes foi despertando cada vez mais a atenção para pesquisa científica. Cada vez mais, estudos mostram resultados benéficos alcançados na associação entre a religião ou espiritualidade e saúde, como em recuperações de cirurgias, lidar com doenças, e a vontade de viver. Tais observações trazem a tona o consenso de que, do ponto de vista ético, a vontade e capacidade para abordar questões espirituais dos pacientes, à medida que surgem no contexto dos cuidados de saúde, é essencial. E que esta atenção à espiritualidade dos pacientes é uma necessidade, não uma amenidade (PUCHALSKI, 2005).

Lucchetti et al. (2011) afirma que a melhor qualidade de vida foi correlacionada com uma maior religiosidade, afirmação com grande apoio na literatura, que tal questão se explica em que o indivíduo religioso encontra maior apoio social, esperança, otimismo, significado da vida e autocontrole. Analisando com o presente estudo, a percepção pessoal dos entrevistados quanto a qualidade de vida resultou em 70,4%, que se declararam bastante ou extremamente satisfeitos com sua QV. Resultado que demonstra concordância quanto ao quesito frequência e participação em cultos ou atos religiosos que foi de 72,2%.

No que diz respeito a religião, o catolicismo se mostra predominante com 54,6% correspondentes a 59 entrevistados, tal dado encontra-se em consonância ao último censo demográfico realizado no Brasil, no ano de 2010, que mostra um quantitativo de que 65% da população brasileira se declaram católicos (IBGE, 2012).

No Brasil, bem como nos EUA, a religião é uma vertente importante na vida das pessoas, e está geralmente associada a qualificações cristãs. É possível que em outros países esses resultados seriam divergentes. Pressupõem-se, pois em alguns países o nível de religiosidade é

menor, e também as diferentes afiliações religiosas em outras culturas. Mesmo assim, estudos recentes mostram que mesmo em diferentes culturas, como a Austrália ou os países muçulmanos, os resultados são similares (LUCCHETTI et al., 2011).

Os resultados obtidos com o somatório da escolaridade de nível mais alto como superior, pós-graduação e doutorado, 49,0% dos atores sociais participantes desta pesquisa, denota que a qualidade de vida e a busca por sentido na vida e admiração do todo, harmoniza com maior instrução cultural, acesso ao conhecimento científico. Em conformidade com a literatura, onde Seybold (2007), afirma que a espiritualidade encontra respaldo científico comprovado, na realização de efeitos positivos na saúde da pessoa. Através da ação neurotransmissora em nível celular. Por intermédio do sistema nervoso simpático e parassimpático que acarreta na diminuição da frequência cardíaca, da pressão sanguínea e dos níveis de cortisol ativando, assim, as funções de defesa e diminuindo os níveis de ansiedade (PINTO, 2011).

Já com os valores relacionado ao estado civil, 56,6% dos entrevistados são casados, e com quem mora 79,6% com familiares. Estes valores correlacionados aos valores positivos do WHOQOL, apresenta que maioria das pessoas que buscam sua espiritualidade também vivem em integração com os outros. Caracterizando melhor qualidade de vida para o idoso que vive no âmbito familiar. Freitas (2010), reitera que a qualidade de vida em idosos que vivem em instituições de longa permanência, tenciona a ser pior, particularmente em instituições que não proporciona interação com os outros, o meio e atividades sociais como recreação, terapias, fisioterapia entre outras.

Em um estudo discorre, que a espiritualidade é uma força viva no interior de cada um de nós, a qual nos leva a uma maior plenitude de vida. É o que nos mostra esta pesquisa ao identificar o valor de média aritmética de 16,23 pontos na faceta sentido na vida, 15,72 na faceta conexão com ser ou força espiritual, 15,66 na faceta paz interior e 15,79 na faceta fé. Segundo Magalhães, é a resposta única e pessoal aos apelos da veracidade e à ultrapassagem da banalidade. A espiritualidade é a situação de toda pessoa humana que procura autenticidade face a si própria, aos outros e à vida, é o sentido profundo dos acontecimentos da sua vida pessoal, da vida dos outros e da história. Esta procura de autenticidade é a força interior que permite unificar e dar sentido definitivo à existência (MAGALHÃES et al., 2015).

As facetas força espiritual e fé apresentaram respectivamente uma média aritmética de 15,87 e 15,79 pontos, o que denota a necessidade dos indivíduos em ter sua espiritualidade para se sentir bem, como apresentado na literatura onde pesquisas indicam que grandes números de indivíduos necessitam discutir indagações espirituais em atendimento, e que procedimentos citados habituais são mais eficazes com uma abordagem com itens espirituais. Entre tais

abordagens benéficas encontra-se a meditação com evidências científicas (TOSTES et al., 2013).

4. CONCLUSÃO

Após a análise e discussão sobre os resultados obtidos, observa-se que a busca por espiritualidade ou uma positividade nas questões diárias de existência humana, demonstram uma maior satisfação com a qualidade de vida e melhor enfrentamento as vicissitudes do dia a dia no processo de envelhecimento, conseqüentemente a saúde. Tornando o processo do envelhecimento mais positivo e satisfatório.

É possível ressaltar que a conexão com uma força superior, seja como ou qual for a crença, é de vital importância para a saúde física, mental, emocional, social e espiritual dos indivíduos. O otimismo empregado por quem exerce algum tipo de fé, trabalha beneficentemente em tudo na vida do ser humano. Todo o funcionamento do organismo melhora com o pensamento positivo, e com isso acelera o processo de cura.

O cuidado com o ser humano a partir de uma integralidade, levando em consideração a escolha e crença de cada um respeitando à individualidade são aspectos fundamentais na atuação do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F.M. et al. As Características Do Cuidar Em Gerontologia Na Ótica Da Equipe Multiprofissional Do Centro De Referência À Assistência Social Do Idoso (CRASI) Do Município De Montes Claros (MG), Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 53-71, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**, 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 70 p.

CALDEIRA, S.; CASTELO BRANCO, Z.; VIEIRA, M. A Espiritualidade Nos Cuidados De Enfermagem: Revisão Da Divulgação Científica Em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v. III, n.5, p.145-152, dez. 2011.

DUARTE, Y.A.O. et al. Religiosidade E Envelhecimento: Uma Análise Do Perfil De Idosos Do Município De São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 05, n. 24, p. 173-177, s.m. 2008.

FREITAS, M. A. V.; SCHEICHER, M. E. Qualidade De Vida De Idosos Institucionalizados. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395-401. Dez. 2010 .

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O Impacto Da Espiritualidade Na Saúde Física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94. Jan. 2007.

HAGEN, S. I. **Políticas Públicas Para O Envelhecimento: Atuação Dos Conselhos De Direito Da Pessoa Idosa**. 2011. 157 f. Dissertação (Mestrado) da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico. Florianópolis, SC. 2011.

IBGE, **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_De_fi_ciencia/caracteristicas_religiao_defi_ciencia.pdf>.

JESUS, P.B.R. et al. A Teoria Do Cuidado Transpessoal De Jean Watson: Evidências Científicas Na Literatura De Enfermagem. O clássico e o emergente: desafio da pesquisa em enfermagem. **Aben eventos. 17º SENPE** – 3 a 5 de junho de 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness Affects Mental Health, Pain and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, New York, v. 43, n. 4, p. 316-322. Mar. 2011.

MAGALHÃES, S.R. et al. Influência Da Espiritualidade, Religião E Crenças Na Qualidade De Vida De Pessoas Com Lesão Medular. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 792-800, Jul./Set. 2015.

MONOD, S. et al. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients. **BioMed Central Geriatrics**. v. 12, p.13, Mar. 2012. doi: 10.1186/1471-2318-12-13.

NETTO, S. M.; ALMEIDA, A. M. Metodologia De Pesquisa Para Estudos Em Espiritualidade e Saúde. In: SANTOS, F. S. (org). **Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação**. Bragança Paulista, São Paulo, cap. 11, p. 182-196. 2010.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2017.

PAUL S. et al. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Religion, Spirituality, and Medicine*. **Mayo Clinic Proceedings**, Maryland, USA, v. 76, n. 12, p. 1225-1235. Dec. 2001.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Significado de Espiritualidade Para A Enfermagem Em Cuidados Intensivos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, p.260-268. Abr.-Jun. 2012.

PINTO, S. M. O. **A Espiritualidade e a Esperança Da Pessoa Com Doença Oncológica Estudo Numa População De Doentes Em Quimioterapia**. 2011. 127f. Dissertação (Mestrado) do Curso De Mestrado Em Cuidados Paliativos, da Faculdade De Medicina Da Universidade Do Porto. Porto, Portugal. 2011.

PUCHALSKI, C. Spirituality In Health: The Role Of Spirituality In Critical Care, MD, FACP Department of Medicine, The George Washington University, 2131 K Street NW, 5th Floor, Washington, DC 20052, USA. **Critical Care Clinics**, Washington, DC, USA, v.20, p.487-504. Jul. 2004.

PUTTINI, R. F. **Medicina é Religião no Espaço Hospitalar**. 2004. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP. 2004.

REMOR, C.B. et al. Ambulatório Multiprofissional De Geriatria: Uma Perspectiva De Assistência À Saúde Do Idoso Na Busca Da Interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano (RBCEH)**, Passo Fundo, MG, v. 8, n. 3, p. 392-399. Set. /Dec. 2011.

RIGHETTI, S. Pode A Fé Curar? Biblioteca Virtual de Espiritualidade e Saúde - BVES. **Revista Com Ciência**, Campinas, SP: SBPC/Labjor Brasil maio de 2005. Disponível em: http://www.comciencia.br/reportagens/2005/05/06_impr.shtml. Acesso em: 7 jul. 2017.

TOSTES, J.S.R.M.; PINTO, A.R.; ALMEIDA, A.M. Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: O que o psiquiatra pode fazer? **Revista debates em psiquiatria**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 20-26. Abr. 2013.