

AVALIAÇÃO DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS EM SÃO JOÃO DEL-REI: ESTUDO TRANSVERSAL

Camila Francilaine Gouvêa*

Maíra Suelene Alves[†]

Raquel Auxiliadora Borges[‡]

Dayse Rodrigues de Souza Andrade[§]

Wagner Elias de Melo Moreira[¥]

Resumo: O envelhecimento populacional vem crescendo consideravelmente, e a Organização Mundial de Saúde relaciona a prática de exercício físico à busca pelo bem-estar biopsicossocial e espiritual, introduzindo e reconhecendo a religiosidade e a espiritualidade no conceito de saúde. Por isso, este estudo buscou avaliar as atitudes, conhecimentos e experiências de pessoas idosas praticantes e não praticantes de intervenções fisioterapêuticas frente ao tema religiosidade e espiritualidade. Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal, realizado na cidade de São João del-Rei em 2023. Os participantes foram divididos em dois grupos: GIF (Grupo Intervenção Fisioterapêutica) e GNI (Grupo Não Intervenção). A aplicação dos instrumentos SSRS e DUREL foram realizados por meio de entrevista e submetidos à análise de conteúdo pelo teste Mann-Whitney, Correlação de Pearson e o teste Qui-quadrado, avaliando a associação entre as variáveis SSRS e DUREL com os grupos, utilizando o programa *JASP-Stats*. A associação entre os grupos GIF e GNI nas dimensões DUREL e escala SSRS apresentaram associação pelo teste Qui-quadrado tabelado entre as dimensões RO ($X^2(4) = 6.517$, $p = 0.164$); RNO ($X^2(4) = 3.029$, $p = 0.553$); RI ($X^2(5) = 5.004$, $p = 0.415$); SSRS ($X^2(12) = 13.867$, $p = 0.309$). Desta forma, o nível de espiritualidade entre GIF e GNI são diferentes. As dimensões RO e RI do DUREL possuem uma correlação positiva, moderada e significativa, co-variando de maneira proporcional, enquanto a dimensão RNO não teve correlação. Houve associação entre os grupos com as dimensões de DUREL, e associação entre os grupos com a escala SSRS.

Palavras-chave: Religiosidade. Espiritualidade. Intervenções fisioterapêuticas. Exercício físico.

ABSTRACT: Population aging has been growing considerably, and the World Health Organization links the practice of physical exercise to the search for biopsychosocial and spiritual well-being, introducing and recognizing religiosity and spirituality in the concept of health. Therefore, this study sought to evaluate the attitudes, knowledge and experiences of elderly people practicing and not practicing physiotherapeutic interventions regarding the topic of religiosity and spirituality. This is an observational, analytical, cross-sectional study, carried out in the city of São João del-Rei in 2023. Participants were divided into two groups: GIF (Physiotherapy Intervention Group) and GNI (Non-Intervention Group). The application of the SRSS and DUREL instruments were carried out through interviews and submitted to content analysis using the Mann-Whitney test, Pearson Correlation and the Chi-square test, evaluating the association between the SRSS and DUREL variables with the groups, using the *JASP-Stats* program. The association between the GIF and GNI groups in the DUREL dimensions and SSRS scale showed an association by the Chi-square tabulated between the RO dimensions ($X^2(4) = 6.517$, $p = 0.164$); RNO ($X^2(4) = 3.029$, $p = 0.553$), RI ($X^2(5) = 5.004$, $p = 0.415$); SSRS ($X^2(12) = 13.867$, $p = 0.309$). In this way, the level of spirituality between GIF and RNB are different. The RO and RI dimensions of DUREL have a positive, moderate and significant luminosity, co-varying proportionally, while the RNO dimension had no brightness. There was an association between the groups with the DUREL dimensions, and an association between the groups with the SSRS scale.

Keywords: Religiosity. Spirituality. Physiotherapeutic interventions. Physical exercise.

*Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN). E-mail: camilagouvea6297@gmail.com

[†]Discente do Curso de Fisioterapia do UNIPTAN. E-mail: mairasuelene.0102@gmail.com

[‡]Docente do Curso de Fisioterapia do UNIPTAN. E-mail: raquel.borges@uniptan.edu.br

[§]Docente do Curso de Fisioterapia do UNIPTAN. E-mail: dayse.andrade@uniptan.edu.br

[¥]Docente do Curso de Fisioterapia do UNIPTAN. E-mail: wagner.moreira@uniptan.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional vem crescendo consideravelmente, se tornando significativo para estudos científicos das áreas da saúde voltadas para a Geriatria¹. Esse cenário nacional pode estar associado ao aumento da expectativa de vida, tendo essa população gradativamente adquirido longevidade por meio da associação de políticas públicas com os sistemas de saúde, buscando formar profissionais que compreendam o processo e as fases do envelhecimento, sendo possível avaliar e abordar as demandas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais².

Embora a religiosidade e a espiritualidade estejam relacionadas e se complementarem, seus conceitos são diferentes³. A religiosidade faz referência às práticas e vivências pessoais advindas de valores, crenças e atitudes, podendo ser compartilhadas e/ou vivenciadas de forma individual⁴. Já a espiritualidade remete a uma questão universal, baseada em um propósito de vida, podendo estar vinculada ou não a uma crença em Deus, embora não pregue uma crença específica a determinada divindade².

Muitas pessoas quando estão com problemas de saúde buscam na religiosidade e na espiritualidade um apoio emocional para a sua recuperação durante o tratamento, sendo um deles o tratamento fisioterapêutico³. A intervenção fisioterapêutica utiliza como condutas em suas práticas a aplicação de exercícios físicos planejados de acordo com as necessidades de cada paciente, projetando estratégias de intervenções ideais, melhorando fatores psicológicos (cognição, humor), força muscular e desempenho físico⁵.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como forma de preservar e desenvolver a autonomia que a pessoa idosa possui, a prática regular de exercício físico é uma maneira eficaz de prevenir e tratar doenças crônicas não-transmissíveis² e, relacionando essa prática à busca do bem-estar biopsicossocial e espiritual, a OMS introduziu e reconheceu a religiosidade e a espiritualidade no conceito de saúde, influenciando na saúde do indivíduo³.

Relacionando os conceitos de religiosidade e espiritualidade aos pacientes idosos praticantes de exercícios físicos, tais crenças podem influenciar na saúde biopsicossocial desses pacientes². Embora muitos apresentem uma espiritualidade bem definida, não significa, necessariamente, que sua religiosidade também seja, podendo influenciar na presença ou ausência de sentimentos depressivos e de ansiedade, além da busca pela recuperação do bem-estar³.

Portanto, o objetivo do presente estudo é avaliar as atitudes, conhecimentos e experiências de pessoas idosas praticantes e não praticantes de intervenções fisioterapêuticas

frente ao tema religiosidade e espiritualidade.

2 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO

2.1 Espiritualidade

De acordo com a avaliação da qualidade de vida proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a espiritualidade é entendida como a percepção do indivíduo sobre sua posição no contexto de cultura e valores que vive, abrangendo a relação entre saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos e crenças pessoais⁶. Proporcionando o equilíbrio entre corpo, mente e espírito, a espiritualidade apresenta uma grande influência na qualidade de vida e saúde do indivíduo, sendo, no processo de adoecimento, uma busca completa pelo bem-estar físico, mental e social⁷.

Na presença de situações desagradáveis ou até mesmo em casos de doenças já instaladas, o que mantém a pessoa forte e com o pensamento positivo é a fé em forças superiores, que os fazem acreditar que tudo na sua vida acontece por um propósito⁸. A busca por motivos que possam justificar e dar sentido às situações delicadas de angústias, tristezas, abandonos, dores e doenças, a espiritualidade proporciona ao paciente a aceitação de situações difíceis que passam no decorrer de sua vida, diminuindo os sentimentos de angústia, ansiedade e depressão, tornando os acontecimentos imprevisíveis mais fáceis de aceitar e recuperar⁹.

Ressalta-se que a espiritualidade é um aspecto da pessoa humana, onde relaciona a busca de significados para a vida através de um estado de conexão do homem consigo mesmo (intrapessoal), com os outros (interpessoal), com a natureza e com o significado do sagrado (transpessoal)¹⁰. Para que se tenha um atendimento espiritual de qualidade, é necessário considerar os valores e as crenças pessoais de cada indivíduo, priorizando as vontades e os desejos dos pacientes, dando sentido ao trabalho dos profissionais da saúde, tornando-os mais sensíveis às necessidades dos paciente¹¹. Por esse motivo, se torna necessário que o profissional conheça e respeite as crenças de seus pacientes, a fim de ajudá-los e encorajá-los a seguir firmes e com esperanças em sua fé¹².

Embora esse atendimento seja um recurso terapêutico de grande relevância na assistência aos pacientes, é necessário considerar os valores e as crenças pessoais dos próprios profissionais de saúde, pois estes podem influenciar no cuidado prestado¹³. No entanto, os desejos dos pacientes necessitam ser atendidos, independentemente das crenças pessoais dos profissionais, tornando-se importante a compreensão que das diversas religiões têm

relacionadas à doença e a morte, possibilitando que tenham sensibilidade durante o atendimento espiritual do paciente¹⁴.

2.2 Religiosidade

Deriva do latim *religio*, a religião significa religar e constitui uma parte importante da cultura e da história das sociedades que sustentam ritos e celebrações, fazendo uma ligação com Deus ou com uma força poderosa compatível com a crença de cada um¹⁵. Dessa forma, a religiosidade revela-se como um tema discutido e relevante na existência das pessoas, nas situações de vida, de doença e morte¹⁶.

Entendida como crenças e práticas relativas a seres humanos, que influenciam de forma direta ou indireta o processo de tomada de decisões¹⁷, ela é subdividida em três dimensões. A religiosidade pode ser definida como organizacional, que está relacionada com a participação pública em serviços religiosos nos templos ou igrejas; a não organizacional, que envolve práticas de atividades fora de uma instituição religiosa; e a intrínseca, que se refere a crenças, aspectos psicológicos da religião, conhecimentos e atitudes relacionadas à experiência religiosa¹⁸.

A vivência e a prática de uma religião fortalecem os indivíduos na ocorrência de doenças e perdas e, com o avançar da idade, a religiosidade passa a representar uma importante fonte de suporte emocional¹⁹. O ato de rezar, cantar e ler textos religiosos provoca emoções positivas, como o amor, a autoestima e o perdão²⁰, trazendo benefícios para a melhoria da saúde, maiores possibilidades de sucesso em empreendimentos ou até mesmo, a cura de doenças²¹.

Com o avançar da idade, a religiosidade passa a representar uma importante fonte de suporte emocional que repercute de forma significativa na saúde física e mental, ajudando-o na integração social e psicológica, sendo uma fonte de conforto, significado e força²². Além de gerar uma atividade funcional, pertencer a uma religião e valorizá-la representa importante mecanismo de apoio para os idosos no enfrentamento de seus problemas diários, contribuindo para maior satisfação com a vida e menos sentimento de desamparo e desesperança²³.

2.3 Intervenções fisioterapêuticas

O envelhecimento é um processo contínuo e que promove um declínio progressivo das funções fisiológicas, cognitivas e motoras, o que diminui a capacidade orgânica, possibilita o desenvolvimento de doenças e culmina com o fim¹⁶. Durante o processo de senescência o idoso

passa por mudanças físicas e mentais, acarretando mudanças funcionais como a sarcopenia, alterações na audição, visão, diminuição da massa óssea, contribuindo para o declínio na performance motora e pela diminuição gradual do movimento, gerando o declínio da funcionalidade no idoso²⁴.

Embora o envelhecimento seja comum a todos os seres, a forma como esse processo de desgaste ocorre não é a mesma, sendo desencadeadas por fatores intrínsecos ou extrínsecos. Para aqueles que ocorrem de forma fisiológica ou patológica, acompanhando o processo natural de envelhecimento, determina-se como intrínseco; já os extrínsecos são representados pelos fatores ambientais onde o idoso vive²⁵. Estudos epidemiológicos têm demonstrado a importância da prática de exercícios físicos para a manutenção das capacidades funcionais e morfológicas dos idosos, influenciando na melhoria das atividades da vida diária, prevenção de futuros agravos e retardar os sintomas de doenças degenerativas²⁶.

Buscando melhorar a qualidade de vida desses pacientes, além de prevenir futuros agravos, as intervenções fisioterapêuticas promovem uma série de ações que retratam essas condições²⁷. Com base na realidade do paciente e no seu diagnóstico, o fisioterapeuta realiza uma análise do ambiente em que o indivíduo se encontra, identificando suas necessidades, de modo a favorecer a elaboração de um protocolo de tratamento onde haja uma interação com os familiares, possibilitando um tratamento de maior eficácia²⁸.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo primário observacional, analítico, de delineamento transversal. Os pesquisadores cumpriram com os termos contidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, zelando pela privacidade e sigilo das informações que foram obtidas e utilizadas, única e exclusivamente, no desenvolvimento do presente estudo.

A participação no estudo somente ocorreu após esclarecimentos, orientações e a assinatura/concordância do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN) através do parecer consubstanciado nº 6.025.993, CAAE nº 68685523.3.0000.9667.

O estudo foi desenvolvido com pessoas idosas praticantes de intervenções fisioterapêuticas da Associação de Apoio à Pessoa Oncológica e ao Idoso (AAPOI) denominado Grupo Intervenção Fisioterapêutica (GIF), e pessoas idosas não praticantes de intervenções

fisioterapêuticas do município de São João del-Rei/MG denominado Grupo Não Intervenção (GNI).

O cálculo amostral foi realizado através do procedimento pela correlação entre duas variáveis (Coeficiente de Correlação de Pearson), sendo utilizado a ferramenta estatística de cálculo da USP/UNESP (http://calculoamostral.bauru.usp.br/calculoamostral/ta_diferenca_media_dependente.php) no qual foram considerados os seguintes critérios: Coeficiente de correlação: 0,5; Alfa(%): 5; Beta(%): 20; População finita: 36 idosos; resultando na totalização de uma amostra mínima de 20 participantes em cada grupo, totalizando 40 participantes na amostra alvo.

Para ambos os grupos foi adotado como critérios de inclusão pessoas idosas acima de 60 anos, de ambos os sexos, cadeirantes, com limitações funcionais e que possuem uma crença religiosa. No GNI foram excluídas as pessoas idosas que já passaram por intervenções fisioterapêuticas, e em ambos os grupos os que são acamados, com diagnóstico médico de Demência, ateístas e que apresentaram quaisquer condições que os impossibilitaram de realizar os procedimentos propostos. No GIF foi realizado o convite presencial às pessoas idosas que estavam sendo atendidas pelo serviço de Fisioterapia da AAPOI e, no GNI foram convidados a participar através de uma abordagem presencial dos pesquisadores em praças do município de São João del-Rei/MG.

O Instrumento *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS) de Gonçalves *et al.*⁶, foi utilizado para avaliar os aspectos da espiritualidade do indivíduo. O primeiro item do instrumento trata sobre a importância de passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações; o segundo, sobre o esforço para viver de acordo com as crenças religiosas; o terceiro, sobre a relevância que o indivíduo confere aos pensamentos espirituais que têm sozinho, ou então em reuniões religiosas ou espirituais; o quarto, sobre o interesse na leitura de assuntos relacionados à espiritualidade ou religião; o quinto, investiga se a espiritualidade ajuda a manter a estabilidade e o equilíbrio da vida; e o sexto, sobre a consideração que se dá à espiritualidade como base para a vida. Os respondentes devem marcar uma entre cinco opções que variam de “1 = concordo totalmente” a “5 = discordo totalmente” (Escala de Likert) e as respostas devem ser dadas de acordo com a percepção do indivíduo no momento do preenchimento das questões. Para sua utilização, é necessário fazer o somatório de pontos, que varia de 6 a 30. Para isso, deve-se, anteriormente, recodificar cada item do instrumento (por exemplo, escore de 5 torna-se 1; 2 torna-se 4; e assim por diante). As respostas recodificadas são somadas para produzir o escore total, e este, por sua vez, representa o nível de orientação espiritual⁶.

O Instrumento para avaliação da Religiosidade Duke Religion Index (DUREL) de Moreira-Almeida *et al.*,¹⁴ foi empregado para avaliar três dimensões da religiosidade: religiosidade organizacional (RO), frequência a centros e serviços religiosos; religiosidade não organizacional (RNO), frequência que se dedica a atividades religiosas provadas como reza, leitura religiosa, meditação religiosa; e religiosidade intrínseca (RI), é a busca da religiosidade como um bem maior, associados à personalidade e estado mental saudáveis. As pontuações estão dispostas em uma escala Likert com 5 (RI) ou 6 opções (RO e RNO), sendo analisadas separadamente. Para análise dos resultados, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total, sendo a RI com o escore mais alto (15) apresentando maior religiosidade e o escore mais baixo (3) uma menor religiosidade¹⁴.

Foi realizada as análises estatísticas descritivas, onde as variáveis foram relatadas como média, desvio padrão e porcentagem. O teste Mann-Whitney foi empregado para investigar as diferenças nos resultados do SRSS entre grupos, Correlação de Pearson entre as dimensões do DUREL, e o teste Qui-quadrado para estudar a associação entre as variáveis SSRS, dimensões do DUREL com os grupos. O nível de significância utilizado como critério de aceitação ou rejeição nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$), e as análises realizadas pelo programa JASP-Stats (Amsterdan, NL, versão 0.17.3).

4 RESULTADOS

Participaram deste estudo 40 pessoas idosas, com média de idade de 68,2 ($\pm 0,85$) anos no GNI ($n=20$), e média de idade de 69,4 ($\pm 0,80$) anos no GIF ($n=20$). Ao considerar as pessoas idosas, na Tabela 1 são apresentadas as medidas descritivas obtidas para a variável idade.

Tabela 1. Medidas de posição e dispersão para a variável idade para GIF e GNI. São João del-Rei, 2023

Grupo	Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação (%)	Mediana
GNI	Idade (anos)	60	78	68,2	6,212	0,091	67,5
GIF	Idade (anos)	61	83	69,4	5,113	0,074	69,5

Fonte: os autores.

A distribuição de frequência e percentuais para as variáveis sociodemográficas sexo, estado civil, anos de escolaridade, filhos, renda mensal, religião são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência e percentuais das variáveis sociodemográficas. São João del-Rei, 2023.

Variável	Frequência (n)		Prevalência (%)	
	GNI	GIF	GNI	GIF
Sexo				
Feminino	13	14	65	70
Masculino	7	6	35	30
Estado civil				
Casado	13	10	65	50
Não casado (solteiro, divorciado, desquitado, viúvo)	7	10	35	50
Anos de escolaridade				
Maior ou igual a quatro anos	11	13	55	65
Menor que quatro anos	9	7	45	35
Filhos				
Entre um a três	15	14	75	70
Igual a quatro ou mais	5	3	25	15
Não possui	0	3	0	15
Renda mensal				
Maior ou igual a um salário mínimo	18	20	90	100
Menor que um salário mínimo	2	0	10	0
Religião				
Católica	20	16	100	80
Evangélica e/ou outra	0	4	0	20

Legenda: GNI (Grupo Não Intervenção), GIF (Grupo Intervenção Fisioterapêutica). Fonte: os autores.

A partir da observação da Tabela 2, nota-se que no GNI 65% são do sexo feminino, a maioria são casados (65%), têm escolaridade maior ou igual a quatro anos (55%), possui entre um e três filhos (75%), possui uma renda mensal maior ou igual a um salário mínimo (90%) e religião católica (100%). Com relação ao GIF, 70% são do sexo feminino, 50% casados a maioria tem escolaridade maior ou igual a quatro anos (65%), possui entre um e três filhos (70%), uma renda mensal maior ou igual a um salário mínimo (100%) e religião católica (80%).

Na Tabela 3 são apresentadas as distribuições percentuais para as variáveis clínicas relacionadas às doenças crônicas.

Tabela 3. Variáveis clínicas relacionadas às doenças crônicas. São João del-Rei, 2023

Grupo	Variáveis do estudo	SIM %	NÃO %
GNI	Doença cardiovascular	90	10
	Neoplasia	0	100
	Doença respiratória	15	85
	Diabete Mellitus	30	70
GIF	Doença cardiovascular	90	10
	Neoplasia	10	90
	Doença respiratória	10	90
	Diabete Mellitus	40	60

Legenda: GNI (Grupo Não Intervenção), GIF (Grupo Intervenção Fisioterapêutica), % (prevalência). Fonte: os autores

Observa-se que para a amostra analisada, a doença cardiovascular está presente na maioria das pessoas idosas (90%) de ambos os grupos, seguida do Diabetes mellitus (GNI 30% e GIF 40%). A neoplasia e a doença respiratória são as que apresentam menor prevalência no GIF (10%), enquanto que no GNI não há casos de neoplasia e doença respiratória presente em 15%.

A resposta dos questionários SSRS e Duke (DUREL) foram investigadas por um Teste Qui-quadrado de independência e são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Avaliação das dimensões do DUREL e SSRS entre os grupos. São João del-Rei, 2023

Variáveis	Valor	gl	V de Cramer	p
Dimensão RO do Durel	6.517	4	0.404	0.164*
Dimensão RNO do Durel	3.029	4	0.275	0.553*
Dimensão RI do Durel	5.004	5	0.354	0.415*
SSRS	13.867	12	0.589	0.309*

Legenda: gl (graus de liberdade), V de Cramer (poder do efeito), * $p < 0,05$ pelo teste Qui-quadrado tabelado.
Fonte: os autores

Os dados foram analisados pelo teste Mann-Whitney para investigar as diferenças nos resultados da espiritualidade entre GIF (Mdn = 27, IQR = 3.2, M = 26.55, DP = 3.20) e GNI (Mdn = 24, IQR = 5.7, M = 23.65, DP = 4.28). Os resultados indicaram que os valores foram significativos ($W = 110.000$, $p = 0.015$).

Com relação a escala de religiosidade de Duke (DUREL), a correlação entre a dimensão religiosidade organizacional (RO) e a dimensão religiosidade intrínseca (RI) foi calculada pelo Coeficiente de Pearson. Os resultados concluíram que existe uma correlação positiva, moderada e significativa entre ambas as variáveis ($r = 0.517$, $p < 0.001$), indicando que as duas variáveis co-variam de maneira proporcional. A variável religiosidade não organizacional (RNO) não teve correlação.

A associação entre os grupos e as dimensões do DUREL foram investigadas por um Teste Qui-quadrado de independência, que mostrou associações em todas as dimensões, sendo verificado os efeitos pelo V de Cramer. Os resultados indicaram: RO ($X^2(4) = 6.517$, $p = 0.164$), V de Cramer de 0.4 moderado; RNO ($X^2(4) = 3.029$, $p = 0.553$), V de Cramer de 0.2 moderado; RI ($X^2(5) = 5.004$, $p = 0.415$), V de Cramer de 0.3 moderado.

A associação entre os grupos e a escala SSRS também mostrou associação ($X^2(12) = 13.867$, $p = 0.309$), V de Cramer de 0.5 moderado.

5 DISCUSSÃO

A análise dos dados evidenciou que a idade média das pessoas idosas que participaram do estudo foi de 68,2 anos para o grupo GNI e 69,4 anos para o GIF. Atualmente, com o avanço tecnológico e científico, as pessoas passaram a ter uma vida mais longa, sendo em 2021 a estimativa de vida dos brasileiros ao nascer de 77 anos, para ambos os sexos²⁹.

Em relação ao sexo dos entrevistados, o feminino foi o mais prevalente, tanto no GNI (65%) quanto o GIF (70%). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁹, as pessoas com mais de 60 anos passaram de 11,3% para 14,7%, sendo o grupo feminino responsável por 51,1% dessa população. A proporção total de mulheres idosas é mais elevada, sendo fundamentada a ideia da feminização da velhice³⁰, tendo a expectativa de vida um crescimento de 7,4 anos em relação a pessoa idosa do sexo masculino³¹.

Com relação ao estado civil, a opção casada foi apontada por cerca de 65% para o grupo GNI e 50% para o GIF. A presença do companheiro ou companheira gera, na pessoa idosa, o conforto de ter suas necessidades e cuidados assistidos, bem como as atividades domiciliares serem divididas entre os membros³². Além disso, a presença do cônjuge para as atividades diárias e de relações sociais próximas, como grupos comunitários e vizinhos, é de grande importância para a saúde física e mental da pessoa idosa, contribuindo para a auto-estima e autonomia³¹.

O nível de escolaridade dos sujeitos do estudo foi maior ou igual a quatro anos, sendo no GNI de 55% e no GIF de 65%. No Brasil, em 2000, o percentual de analfabetos entre as pessoas idosas era de 35,2%, sendo 32,2% entre os homens e 37,4% entre as mulheres³¹. Segundo um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) em 2007, o analfabetismo funcional atinge 49% das pessoas idosas brasileiras acima dos 60 anos, sendo 18% aqueles que não receberam educação formal e 89% não concluíram o ensino fundamental³³. O nível de escolaridade de uma população é um indicador importante das suas condições de vida e afeta tanto as condições de saúde quanto a participação no mercado de trabalho e os rendimentos percebidos³⁴.

A maioria dos participantes deste estudo referiu possuir uma renda mensal maior ou igual a um salário mínimo. Segundo Cardoso A, et al.³⁵, a fonte mais importante de rendimentos para as pessoas idosas advém das aposentadorias e pensões, sendo 85% da população idosa beneficiada como sua única fonte de renda ou combinada com outras fontes, como por exemplo o trabalho. Essa renda é caracterizada como um indicador de status socioeconômico, assumindo

um papel primordial na aquisição de bens e serviços necessários para a satisfação das necessidades básicas, proporcionando acesso dessa população a serviços básicos de saúde.

Quanto às doenças crônicas não transmissíveis, a doença cardiovascular está presente na maioria das pessoas idosas (90%) de ambos os grupos, seguida do Diabetes mellitus (GNP 30% e GP 40%). Ao longo do envelhecimento, as pessoas idosas vão experimentar o surgimento de doenças crônicas, podendo levar à redução da qualidade de vida³⁶. Configurando como a principal causa de mortalidade, responsável por 29,8% dos óbitos, as doenças cardiovasculares estão entre as principais doenças crônicas que acometem as pessoas idosas no Brasil³⁷, sendo a hipertensão a mais prevalente, atingindo cerca de 63% dessa população³⁴.

A maioria dos idosos afirmaram que praticam a religião católica. De acordo com Santos et al³⁸, o censo de 2010 apresentou 64,99% da população que se refere católico; 22,16% evangélicos e 8,04% sem religião. À medida que a idade avança e aumenta as doenças da senilidade, a pessoa idosa recorre a religiosidade e espiritualidade para superar essas adversidades³⁴. Dessa forma, essas práticas passam a representar na vida da pessoa idosa um importante instrumento de suporte emocional, que interfere de forma significativa em sua saúde física e mental¹⁶.

Com relação a escala de religiosidade de Duke (DUREL), os resultados concluíram que existe uma correlação positiva entre a dimensão religiosidade organizacional (RO) e a dimensão religiosidade intrínseca (RI). De acordo com outros estudos realizados, a RO refere-se à participação e frequência em igrejas, templos e encontros religiosos, enquanto a RI avalia o quanto a religião pode influenciar nos comportamentos, decisões e na vida do sujeito³⁹.

Isso sugere que, para o RO, com a progressão da idade e o surgimento de limitações físicas decorrentes das doenças crônicas, muitas pessoas idosas tendem a diminuir sua participação em reuniões religiosas formais⁴⁰. No entanto, com a redução dessas atividades, há um aumento na realização de atividades individuais, como orações e leitura da Bíblia ou outros textos religiosos, sugerindo uma importância para a realização de uma ou ambas as práticas³⁹.

Já a RI associa-se de aspectos psicológicos da religiosidade, atribuindo um significado pessoal às crenças, conhecimentos e atitudes relacionados à religião⁴¹. Esse envolvimento religioso tem mostrado um efeito significativo para o bem-estar físico, uma vez que a relação da religiosidade com esse enfrentamento das situações dolorosas é importante para o bem estar⁴², colocando suas crenças como uma atitude de comprometimento e busca de sentido na vida⁴¹.

A associação entre os grupos e a escala SSRS também mostrou correlação ($p = 0.309$), sendo importante passar um tempo com pensamentos espirituais privados ou meditações⁴⁰.

Buscando na literatura, as práticas espirituais podem ajudar a focar a esperança, tendo como uma estratégia individual o enfrentamento das doenças crônicas através das orações⁴³.

No entanto, ainda que foi evidenciado associação entre as dimensões referentes à religiosidade e espiritualidade, não há evidências encontradas que descrevam sua relação com as intervenções fisioterapêuticas em pessoas idosas. Nesse sentido, a hipótese para esse acontecimento pode ser explicada devido à falta de estudos abordando o tema, sendo fundamental a realização de novos estudos com amostras maiores para validar os achados aqui descritos, a fim de proporcionar uma melhor compreensão da relação entre religiosidade e espiritualidade em pessoas idosas praticantes e não praticantes de intervenções fisioterapêuticas e o que podem proporcionar de melhora ao paciente.

6 CONCLUSÃO

O nível de espiritualidade entre GIF e GNI são diferentes. As dimensões RO e RI do DUREL possuem uma correlação positiva, moderada e significativa, co-variando de maneira proporcional, enquanto a dimensão RNO não teve correlação. Essa relação é percebida pelo aumento da frequência da ida de pessoas idosas às igrejas ou centros religiosos, proporcionando experiências na vida dessas pessoas, sem influenciar em sua busca individual. Houve associação entre os grupos com as dimensões de DUREL e associação entre os grupos com a escala SSRS, podendo ser observado que, quando as pessoas estão passando por dificuldades, elas buscam encontrar força e esperança através de orações, mostrando associação entre a religiosidade e espiritualidade.

REFERÊNCIAS

1. Souza NFSS, Barros MBA. Level of active aging: Influence of environmental, social and health-related factors. Arch Gerontol Geriatr. 2020; 90:104094. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32485497/>.
2. Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, Mendonça SS. Long-lived elderly: assessment of quality of life in the field of spirituality, religiousness and personal beliefs. Saúde Debate. 2017;41(115):1002-1115. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tnJvCQZWHxBQkj4zmYrf3cf/>.
3. Moreira WC, Nóbrega MPSS, Lima FPS, Lago EC, Lima MO. Effects of the association between spirituality, religiosity and physical activity on health/mental health: a sistematic review. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03631. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012903631>.

4. Vasconcelos APLS. Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente à prática clínica e à formação médica. Programa de Pós-Graduação em saúde Brasileira. 2021;126. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/ufjf/te/2021/00041>.
5. Zhang Y, Zou L, Chen ST, Bae JH, Kim DY, Liu X, Song W. Effects and Moderators of Exercise on Sarcopenic Components in Sarcopenic Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 19;8:649748. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34095166/>.
6. Carmo KB. Espiritualidade aplicada à medicina. *Revista Bioética* [online]. 2022; 30(4):870-82. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304577PT>.
7. Puchalski CM. The spiritual dimension: the healing force for body and mind. *Cons-Ciências: actas do Fórum Internacional Ciência, Religião e Consciência*. Porto. 2005;173-95. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/777>.
8. Trentini M et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2005;13(1):38-45. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100007>.
9. Guerrero GP et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2011;64(1):53-9. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>.
10. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliat* [Internet]. 2011;18(1):20-40. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://medes.com/publication/69654>
11. Coughlin K, Mackley A, Kwadu R, Shanks V, Sturtz W, Munson D, et al. Characterization of spirituality in maternal-child caregivers. *J Palliat Med*. 2017; 20(9):994-7. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28060549/>.
12. Arrieira ICO et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [internet]. 2018; 52:e03312. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>.
13. Pilger C, Macedo JQ, Zanelatto R, Soares LG, Kusumota L. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. *Ciência Cuidado Saúde* [Internet]. 2014;13(3):479-86. [Acesso em: 23 out 2023]. Disponível em: <http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19788>.
14. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(3):554-63. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>.

15. Skaba MF. Humanização e cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2005;10(3):782-84. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300035>.
16. Zenevycz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2013;47(2):433–9. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200023>.
17. Salgueiro JB, Goldim JR. As múltiplas interfaces da bioética com a religião e a espiritualidade. In: Goldim JR, organizador. *Bioética e espiritualidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007; 11-27. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/155560/a1.pdf>
18. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;16:278730. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671693/>.
19. Moreira AA, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):242-50. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/v6WPG8DFL5ND3gc4bmhsPRF/?lang=en>
20. Volcan SMA. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):440-5. [Acesso em: 14 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/BVT5vHcbtCyFHDXNQ9ks3Tf/>.
21. Jotz JCP. *Espírito saudável: mente sã, corpo são*. Porto Alegre: Editora do Autor; 2008.
22. Lucchetti G, Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(1):159-67. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbpg/a/hM9JF33HFKKJ36xnbYQY9gP/>.
23. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *Health Sci Inst*. 2017; 35(2):127-30. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V35_n2_2017_p127a130.pdf.
24. Moura DS, Andrade IS, Hora BBS, Prado APS, Pereira AJ, Facchinetti JB, Andrade AGF. Fisioterapia no Atendimento Domiciliar: Enfrentamento e Desafios dos Profissionais. *Id on Line Revista multidisciplinar e de Psicologia*. 2018; 12(39): 71-83. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/937>.
25. Silva L. *História da Atenção Domiciliar: revisão narrativa*. Pontifícia universidade católica de Goiás escola de ciências sociais e da saúde curso de enfermagem, 2020. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/704>.
26. Silva DS, Souza KM de, Oliveira LA de, Santos WJR dos, Lira JJ, Benati MAFN de O. Intervenções fisioterapêuticas no atendimento domiciliar em idosos. *Revista Dissertar*. 2022;1(37). [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://revistadissertar.adesa.com.br/index.php/revistadissertar/article/view/328>.
27. Alencar PVN, Pinheiro YT, dos Santos AA, Nonato MGFS, Moreira DCRT, Freitas GDM. Fatores de risco associados às quedas em idosos e reflexões acerca de sua

prevenção: um estudo de revisão. Arch Health Invest. 2017; 6 (1). [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1784>.

28. Jesus KC, Oliveira WPM. Os exercícios resistidos na melhora do equilíbrio de idosos frágeis: uma revisão bibliográfica. 2019. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/380>.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2021. [Acesso em: 20 out 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/todos-os-produtos-estatisticas/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html>.
30. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso no Brasil? In: Camarano, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.
31. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Brasil envelhece antes e pós-PNI. 2016. [Acesso em: 20 out 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9082>
32. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões, Rio de Janeiro: Ipea. [Acesso: em 15 out 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9082>.
33. Cachioni M, Todaro MA. Política Nacional do Idoso: reflexão acerca das intenções direcionadas à educação formal. 2016. No prelo. [Acesso em: 15 out 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9085>.
34. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. Espiritualidade e qualidade de vida em pessoas idosas: um estudo relacional. Psicologia, Saúde e Doenças. 2018;19(3):591-04. [Acesso em: 20 out 2023]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190310>.
35. Cardoso E, Dietrich TP, Souza AP. Envelhecimento da população e desigualdade. Revista de Economia Política. 2021; 41(1):23-43. [Acesso em: 16 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/vFv4GTBxXwbp4jkRScDWCQQ/abstract/?lang=pt>.
36. Somrongthong R, Hongthong D, Wongchalee S, Wongtongkam N. The Influence of Chronic Illness and Lifestyle Behaviors on Quality of Life among Older Thais. Biomed Res Int. 2016. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27022604/>.
37. Von Flach MRT et al. Espiritualidade, Ganho Funcional e Qualidade de Vida em Reabilitação Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [internet]. 2023;120(3):e20220452. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20220452>.
38. Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [internet]. 2014; 17(4): 795-05. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166>.
39. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2011; 27(1): 49-53. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007>.

40. Brito GPL et al. Spirituality, Religiosity and Quality of Life of Hypertensive and Diabetic Patients in a Referral Hospital in Pernambuco. *International Journal of Cardiovascular Sciences* [internet]. 2021; 34(5):95-104. [Acesso em: 27 out 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/ijcs.20200218>.
41. Santos NC, Abdala GN. Religiosidade e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos Idosos em um Município da Bahia. *Rev Brás Geriatr Gerontol*. 2014; 17(4):795-805. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/BZhzkZwbxZdKwq4Mddccstp/abstract/?lang=pt>.
42. Da Costa CC, De Bastiani M, Geyer JG, Calvetti PU, Muller MC, De Moraes MLA. Qualidade de vida e bem estar espiritual em universitários de psicologia. *Psicol estud* 2008; 13(2):249-55. [Acesso em: 15 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/5dXzdySFSNX9QrLfn7NJCpz/abstract/?lang=pt>.
43. Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bousso RS, Santos AS. Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais de Adolescentes com Câncer. *Rev Brás Enferm*. 2015; 68(5):791-6. [Acesso em: 23 set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BptmFK5RwPLtYJfrSF7ywsr/?format=pdf&lang=pt>.