



ORIENTAÇÃO RELIGIOSA/ESPIRITUAL, SAÚDE MENTAL E FRAGILIDADES: ENFOQUE NA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS

CLEBER SALES PEREIRA; FERNANDO JOSÉ GUEDES DA SILVA JÚNIOR

RESUMO

O presente trabalho compartilha uma pesquisa de mestrado em desenvolvimento na Universidade Federal do Piauí (UFPI) pelo Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde. Este estudo examina a relação entre religião/espiritualidade, fragilidade sociofamiliar e saúde mental em idosos atendidos na atenção primária de saúde (APS) em uma capital do Nordeste brasileiro. Diante do rápido envelhecimento populacional e do aumento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), cresce a necessidade de reorganizar o cuidado voltado aos idosos. A espiritualidade, reconhecida como um importante fator de enfrentamento e melhoria na qualidade de vida, pode oferecer suporte relevante para idosos enfrentando estressores e fragilidades, com impacto na saúde mental. A pesquisa, de abordagem quantitativa, inclui uma revisão bibliográfica e um levantamento de campo (survey) com idosos usuários da APS. Os dados serão coletados por meio de entrevistas estruturadas e de instrumentos validados, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação cognitiva, o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) para medir a religiosidade, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para rastrear Transtornos Mentais Comuns (TMC) e a Escala de Avaliação da Fragilidade Sociofamiliar para avaliar o suporte social e familiar. A coleta será realizada em unidades de saúde ou nas residências dos participantes, para garantir a inclusão dos idosos. Espera-se que o estudo demonstre uma relação positiva entre altos níveis de religiosidade/espiritualidade e melhor saúde mental entre idosos com maior fragilidade sociofamiliar. A pesquisa visa contribuir para práticas integrativas na APS, reforçando a importância do suporte espiritual e religioso no cuidado integral ao idoso, promovendo um envelhecimento mais saudável e com qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde mental; Espiritualidade; Fragilidade sociofamiliar; Idosos; Atenção primária de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O estudo explorará a relação entre religião, espiritualidade e saúde, considerando os achados brasileiros que reforçam a espiritualidade como um fator protetor frente a estressores e promotor de qualidade de vida (TAVARES, MORAIS, FARIA, 2019). Desde a década de 1960, a espiritualidade tem sido analisada como estratégia eficaz no enfrentamento de doenças e situações adversas, especialmente por meio do Coping Religioso/Espiritual (CRE), um mecanismo que fortalece a saúde física, mental e a qualidade de vida (FOCH, SILVA, ENUMO, 2017). Embora religião e espiritualidade muitas vezes sejam usadas de forma intercambiável, há distinções importantes: religião é um sistema estruturado de crenças e práticas (KOENIG, 2001), enquanto a espiritualidade é uma busca pessoal de sentido e propósito. No contexto da saúde, a unificação desses termos é sugerida para facilitar o apoio religioso/espiritual, principalmente na atenção integral ao idoso.

O Brasil, que está em transição demográfica, registra um aumento na população idosa, com projeção de crescimento até 2050 (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Esse envelhecimento está

associado ao aumento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e à perda gradual da capacidade funcional, exigindo uma reorganização dos cuidados à saúde do idoso (DANTAS ET AL., 2017; CAMARANO; FERNANDES, 2022). A Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), é apontada como essencial para a identificação precoce de fragilidades e prevenção de agravos à saúde dos idosos (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

É diante do contexto das fragilidades que este estudo se propõe a pensar na fragilidade sociofamiliar, que ajuda a refletir sobre os níveis de suporte social e familiar recebidos pela população estudada e sua interação com os demais construtos estudados. Dessa forma, será possível fazer associações entre a fragilidade sociofamiliar, a presença de religiosidade/espiritualidade e saúde mental. Ao associar esses fatores, busca-se compreender como o cuidado religioso/espiritual pode fortalecer o suporte ao idoso, promovendo um envelhecimento saudável e integral (BRASIL, 2006).

Dessa forma, o presente estudo terá como objetivo analisar as associações entre religião/espiritualidade, fragilidade sociofamiliar e saúde mental na população idosa atendida pela atenção primária em uma capital nordestina. Para isso, a pesquisa buscará identificar se a religião/espiritualidade se caracterizam enquanto preditoras de saúde mental na população idosa atendida pela atenção primária da cidade estudada, avaliará a saúde mental da população idosa atendida e identificará possíveis fatores associados, além de investigar a interação entre a orientação religiosa/espiritual, a saúde mental e a fragilidade social e familiar na população idosa atendida.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa que busca responder à seguinte questão de pesquisa: Existe relação entre saúde e fragilidade sociofamiliar, a presença de religiosidade/espiritualidade e saúde mental?

Para isso, primeiramente será realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os temas religiosidade, espiritualidade, saúde, envelhecimento e fragilidade sociofamiliar. Esse tipo de pesquisa é desenvolvido a partir de material já elaborado, seja por meio de livros ou artigos científicos (GIL, 2008). Ela é independente dos demais tipos de pesquisa, ou seja, pode ser realizada de maneira autônoma e serve de base para fundamentação e alcance dos objetivos dos outros tipos de pesquisa (LEITE, 2008).

A outra parte da pesquisa refere-se a um levantamento de campo (*survey*). Elas envolvem a coleta direta de informações das pessoas cujo comportamento se deseja compreender. Essencialmente, consistem na solicitação de dados a um grupo representativo de indivíduos sobre o problema em estudo, seguido por uma análise quantitativa dos dados coletados para extrair conclusões pertinentes (GIL, 2008).

Os levantamentos oferecem vantagens significativas, incluindo a obtenção de dados diretamente das pessoas, o que reduz o viés subjetivo dos pesquisadores. Eles também são econômicos e rápidos, especialmente quando utilizados questionários, e permitem a quantificação dos dados, possibilitando análises estatísticas. Essas características os tornam uma ferramenta valiosa para a pesquisa social e científica (GIL, 2008).

As limitações dos levantamentos são evidentes. Eles tendem a enfatizar a perspectiva subjetiva dos entrevistados, o que pode distorcer os dados. Além disso, oferecem pouca profundidade na análise social e proporcionam uma visão estática dos fenômenos, sem capturar mudanças ao longo do tempo (GIL, 2008).

A pesquisa será realizado na APS da capital de um estado da região nordeste do Brasil. A população será constituída pelos idosos atendidos nas UBS da cidade estudada. Será realizado cálculo amostral com base em critérios estatísticos para definir a quantidade de idosos que serão recrutados para participar do estudo.

Os critérios de inclusão adotados serão: ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, ausência de limitações físicas e/ou clínicas que impeçam a adequada coleta dos dados, observados no primeiro contato com o idoso e a partir de instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Como critérios de exclusão, adotou-se o idoso não estar presente após duas tentativas de agendamento da entrevista.

A coleta de dados tanto nas UBS quanto nos domicílios dos idosos, de acordo com a disponibilidade dos participantes da pesquisa. A estratégia de seleção dos participantes envolverá abordagem pessoal pelos pesquisadores aos idosos durante atendimento nas unidades de saúde, considerando os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente, ou por meio dos agentes comunitários de saúde. Os indivíduos que concordarem em participar do estudo serão orientados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorrerá por meio de uma entrevista clínica com duração aproximada de 20-30 minutos, em sala privativa. Será utilizado um formulário sobre os dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, renda) e condições de saúde (presença de comorbidades).

Para avaliação do estado cognitivo dos idosos e identificação da sua capacidade para participação do estudo, será utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Este é um teste amplamente usado para avaliar a função cognitiva de forma rápida e simples, levando cerca de 10 minutos, e não requer equipamento especial. Ele serve como um instrumento de triagem para identificar possíveis áreas de dificuldade cognitiva, mas não é um diagnóstico definitivo. O MEEM é um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2023).

Para avaliação da dimensão espiritual, será utilizado o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), desenvolvido por Koenig et al. (2010). A escala apresenta cinco itens, os quais mensuram três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde, a saber: religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade Intrínseca. A tradução dessa escala foi realizada por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com colaboradores (MOREIRA-ALMEIDA et al. 2008). Já a validação foi desenvolvida por estudiosos da Universidade Federal do Ceará e colaboradores, apontando para perspectivas do uso escala na investigação das dimensões da religiosidade em amostras brasileiras com características sociodemográficas diversas (TAUNAY, et al. 2012).

Para a avaliação da saúde mental, será utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), uma escala de rastreio utilizada em serviços de atenção básica para avaliar indicadores de Transtornos Mentais Comuns (TMC). É um instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilizado em vários países (OMS, 1993).

Para avaliação da fragilidade sociofamiliar será utilizada a Escala de Avaliação da Fragilidade Sociofamiliar do Ministério da Saúde (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019). O instrumento contém 13 itens projetados para mensurar a intensidade do suporte fornecido pela rede social e familiar. A pontuação atribuída varia de zero, indicando a inexistência de gravidade, a um valor igual ou superior a 10 pontos, sinalizando uma situação de considerável fragilidade. Quanto maior a pontuação, mais acentuada é a fragilidade no contexto sociofamiliar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de uma pesquisa em desenvolvimento, os resultados e discussões apresentados são preliminares, fundamentados em literatura relevante e nas expectativas teóricas delineadas. Com base no levantamento bibliográfico realizado até o momento, observa-se que os estudos nacionais e internacionais destacam a importância da espiritualidade e religiosidade na saúde mental, especialmente entre populações idosas. Esses fatores funcionam

como componentes de apoio emocional e psicológico, servindo para aumentar a resiliência e melhorar a qualidade de vida em situações de vulnerabilidade.

3.1 Potenciais Resultados Esperados e Análises Propostas

Espera-se que os dados empíricos colhidos possam confirmar que a orientação religiosa/espiritual tem um papel significativo na saúde mental dos idosos e que sua presença pode estar associada a menores índices de sintomas de transtornos mentais comuns (TMC), como ansiedade e depressão. A utilização do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) poderá permitir a identificação de níveis específicos de religiosidade organizacional e não organizacional, bem como religiosidade intrínseca, o que ajudará a aprofundar a compreensão sobre quais dimensões da religiosidade têm mais impacto na saúde mental.

Outro ponto a ser investigado é a relação entre fragilidade sociofamiliar e a presença de suporte espiritual/religioso. A partir da Escala de Avaliação da Fragilidade Sociofamiliar, pretende-se identificar como o suporte social e familiar interage com a saúde mental e os indicadores de religiosidade/espiritualidade nos idosos. Com base nas discussões da literatura, espera-se que idosos com maior fragilidade sociofamiliar, mas com níveis elevados de religiosidade intrínseca, possam apresentar melhor bem-estar subjetivo e capacidade de enfrentamento.

3.2 Contribuições da Pesquisa ao Contexto da Atenção Primária à Saúde

A pesquisa pretende fornecer insights valiosos para a atenção primária à saúde (APS), em especial no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao identificar como a religiosidade/espiritualidade pode funcionar como um fator de proteção para a saúde mental dos idosos, será possível subsidiar a criação de práticas de cuidado integrativas na APS. Essas práticas podem incluir parcerias com líderes religiosos e capacitação de profissionais de saúde para oferecer suporte espiritual e religioso adequado, promovendo assim um envelhecimento saudável e integral.

Além disso, é possível que os resultados indiquem a importância de uma abordagem de cuidado que integre a espiritualidade e os vínculos familiares. A identificação da fragilidade sociofamiliar permitirá uma atenção mais focada em idosos que possam estar em situação de isolamento social e emocional, ampliando as ações de suporte comunitário e prevenção de agravos à saúde mental.

3.3 Reflexões sobre a Multidimensionalidade do Cuidado ao Idoso

O estudo reflete a importância de uma visão holística do cuidado ao idoso, que vá além das intervenções clínicas tradicionais e inclua aspectos emocionais, espirituais e sociais. O levantamento bibliográfico evidencia que a espiritualidade contribui para a construção de um cuidado ético e estético, voltado ao respeito e à compreensão da individualidade e das necessidades subjetivas dos idosos. Por outro lado, a heterogeneidade das vivências religiosas e espirituais entre os idosos aponta que a abordagem deve ser personalizada, respeitando as especificidades e os diferentes níveis de envolvimento religioso ou espiritual.

Outro aspecto que o estudo pretende discutir são as práticas e ações que os profissionais da APS podem adotar para acolher e fortalecer a espiritualidade dos idosos em situação de fragilidade. Esse cuidado exige habilidades específicas, não apenas para lidar com o sofrimento e a vulnerabilidade, mas também para fortalecer redes de apoio e fomentar uma atenção integral que se baseie na dignidade e no respeito à individualidade dos idosos.

3.4 Considerações sobre Limitações e Perspectivas Futuras

As limitações do método de levantamento, como o viés subjetivo e a natureza estática dos dados coletados, indicam a necessidade de abordagens complementares para obter uma

visão mais profunda das experiências dos idosos. Estudos longitudinais poderiam capturar melhor a dinâmica entre religiosidade, suporte sociofamiliar e saúde mental ao longo do tempo, oferecendo perspectivas adicionais para futuras intervenções na APS.

Em resumo, espera-se que este estudo contribua para a formulação de práticas de cuidado na APS que valorizem a espiritualidade como um recurso de enfrentamento e promotor de qualidade de vida. Os resultados poderão abrir caminhos para novas políticas de saúde pública voltadas para o envelhecimento ativo e a promoção do bem-estar, consolidando a espiritualidade e a religiosidade como componentes essenciais no cuidado integral ao idoso.

4 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como proposta a apresentação de um estudo em andamento sobre a saúde da população idoso, mais diretamente a relação entre saúde mental, fragilidade sociofamiliar e religião espiritualidade. Buscou-se, para isso, apresentar a comunidade científica a proposta de estudo que está sendo desenvolvida, com especial atenção aos aspectos metodológicos, levando em consideração a importância do compartilhamento desses delineamentos para o avanço científico.

Este estudo se propõe a analisar as associações entre religião/espiritualidade, fragilidade sociofamiliar e saúde mental na população idosa atendida pela atenção primária em uma capital nordestina. Ao investigar a interação entre a orientação religiosa/espiritual, a saúde mental e o suporte sociofamiliar, o trabalho busca uma compreensão ampliada e multidimensional do cuidado integral ao idoso.

Os dados obtidos ao longo deste estudo poderão servir como base para novas estratégias no campo da saúde pública, especialmente na Atenção Primária à Saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao fornecer subsídios para profissionais de saúde sobre o valor e a prática do cuidado religioso/espiritual, espera-se fortalecer a atenção integral aos idosos, reconhecendo suas múltiplas dimensões e as especificidades do envelhecimento no contexto brasileiro.

Em conclusão, a pesquisa reafirma a importância de uma abordagem holística que considere não apenas os aspectos biológicos, mas também os fatores sociofamiliar e espiritual no cuidado ao idoso. Esses elementos contribuem para um envelhecimento saudável, especialmente em populações vulneráveis, e ressaltam a necessidade de que a prática religiosa/espiritual seja incorporada eticamente ao campo da saúde como um componente potencialmente benéfico e cientificamente respaldado.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>. Acesso em: 2 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. O envelhecimento da população brasileira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 25, n. 1, p. e210256, 2022.

DANTAS, I. C.; RODRIGUES, L. M.; SILVA, T. R.; et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017.

FOCH, F. L. G.; SILVA, M. B.; ENUMO, S. R. F. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 53-71, 2017.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. KOENIG, H. G. *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press, 2001. KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. *Handbook of Religion and Health*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2010.

LEITE, F. T. *Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros*. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Tradução e adaptação transcultural do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*. Geneva: WHO, 1993.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. *Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Pessoa Idosa*. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2023.

TAUNAY, T. C. D.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GORENSTEIN, C.; et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

TAVARES, K. A.; MORAIS, K.; FARIA, M. R. G. V. Espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão sistemática de estudos brasileiros. In: *Seminário de Produção Científica do Curso de Psicologia da Unievangélica*, I, II. Anápolis, 2019. Anais eletrônicos [...]. Anápolis: Repositório Institucional AEE. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/8135>. Acesso em: 6 fev. 2022.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecimento no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.