INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA

Envelhecimento e espiritualidade: O papel do *coping* espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas

Mary Rute Gomes Esperandio
Fabiana Thiele Escudero
Lucille Fanini
Elaine Pinheiro Neves de Macedo

RESUMO

Embora o índice de envelhecimento da população mundial venha crescendo, isso não implica, necessariamente, longevidade saudável. Estudos que apontem as variáveis que interferem nos resultados em saúde de pessoas idosas são relevantes nesse contexto. Com base nos referenciais da Psicologia da Religião sobre envelhecimento e sobre coping espiritual/religioso, foi empreendido um estudo junto a essa população com o objetivo de evidenciar o funcionamento da espiritualidade/religiosidade (E/R) nesse contexto de saúde ameaçada. A metodologia utilizada foi de abordagem quantitativa, descritiva, de corte transversal. Os instrumentos utilizados foram: escala breve de coping espiritual/religioso (CER), escala da centralidade da religiosidade e um questionário para levantamento dos dados sociodemográficos. Participaram do estudo 51 pessoas, com média de idade de 71,76 anos, baixa renda econômica (86,3%), predominantemente católicos (68,6%); seguidos dos evangélicos (23,5%). Os idosos são altamente religiosos (M = 4,3) e 80,4% fazem utilização alta/altíssima de CER Positivo. A despeito da relevância da E/R, 87,3% deles nunca foram abordados sobre questões ligadas à E/R e 41,2% afirmam que gostariam de ter sido. Os resultados confirmam as teorias sobre o papel da E/R nessa fase da vida e indica ser essa uma dimensão relevante a ser integrada na terapêutica por toda a equipe de saúde.

Palavras-chave: *coping* espiritual/religioso; idosos hospitalizados; interdisciplinaridade; espiritualidade e saúde.

ABSTRACT

Although the rate of the world population aging is increasing, it does not imply healthy longevity. Studies that point out the variables that interfere in the health outcomes of the elderly are relevant in this context. Based on the framework of Psychology of Religion on aging and spiritual/religious coping, a study among elderly inpatients was carried out with the objective of showing the functioning of spirituality/religiosity (S/R) in the context of threatened health. The methodology used was quantitative in nature, descriptive and cross-sectional. The instruments used were: Brief Spiritual/Religious Coping Scale, Centrality of Religiosity Scale, and the Sociodemographic Questionnaire. Fifty-one elderly inpatients participated in the study, at an average age of 71,76 years old, low economic income (86.3%), predominantly Catholics (68.6%), followed by Evangelicals (23.5%). The elderly is highly religious (M = 4.3) and 80.4% make high/ higher use of Positive Spiritual Religious Coping. Despite the relevance of S/R, 87.3% of them were never asked about S/R issues and 41.2% said they would like to be approached with these issues. The results confirm the theories about the role of S/R in this phase of late life and indicate that this is a relevant dimension to be integrated in the practice of care by the multidisciplinary healthcare team.

Keywords:spiritual/religious coping; elderly inpatients; interdisciplinarity; spirituality and health.

Sobre os Autores

M. R. G. E.
orcid.org/0000-0001-8521-8794
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba, PR
mary.esperandio@pucpr.br

F. T. E.
orcid.org/0000-0001-6519-254X
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba, PR
fabiana.escudero@pucpr.br

L. F.
orcid.org/0000-0002-6129-7309
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba, PR
lufanini@hotmail.com

E. P. N. M.
orcid.org/0000-0002-4414-8117
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba, PR
elainemacedo@utfpr.edu.br

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.

O envelhecimento é uma etapa da vida com vários desafios ligados à questão da finitude humana. Dentre tais desafios, um dos que mais gera preocupação, angústia e afeta a percepção de bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa relaciona-se às questões de saúde.

No Brasil, os desafios dessa fase podem ser ainda mais marcantes, haja vista a realidade do envelhecimento populacional no país. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE –, em 2013 haviam 14,9 milhões de pessoas idosas (7,4% da população). Estima-se que em 2060 essa porcentagem seja quadruplicada, passando para 58,4 milhões (26,7% da população geral). Em relação à expectativa de vida, estima-se que salte para 84,4 anos de vida para as mulheres e 78,03 para os homens. Atualmente, a média de vida, de 75 anos, passará para 81 anos.

No que diz respeito à saúde, os dados apontam que 13 mil pessoas idosas morrem por ano vítimas de acidentes, tais como queda e complicações decorrentes, tornando-se as principais causas de morte na terceira idade. Outras causas são: infarto, labirintite, insuficiência cardíaca, doenças neurológicas, hipotensão postural (dificuldade de manter a pressão arterial ao levantar), AVCs, diabetes, entre outras (IBGE, 2000).

As pessoas idosas constituem o grupo populacional mais acometido pelas doenças crônicas: hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares que surgem e elevam-se com a idade. Registra-se, consequentemente, um aumento progressivo de pessoas idosas nos serviços de cuidados paliativos e também no aumento de Instituições de Longa Permanência (ILPI), nascidas com o objetivo de prover cuidado especializado a pessoas idosas.

Dentro, pois, do contexto do envelhecimento, geralmente com a saúde em progressivo declínio e uma conscientização mais acirrada da finitude da própria existência, comumente, nessa fase, o ser humano volta-se para o domínio da espiritualidade, em que as questões sobre o sentido da vida emergem com mais intensidade. Evidência disso são os dados do Instituto Gallup Internacional, reportados por Pereira (2012, p. 33), que em pesquisa realizada em 2005, com participação de 50.000 pessoas em 65 países do mundo, verificou-se que mais de 1/3 delas eram religiosas sendo que a população idosa compunha o grupo com maior grau de religiosidade. Na comparação com jovens, 70% das pessoas idosas declararam-se religiosas, em oposição a 60% de jovens. No Censo Demográfico brasileiro de 2000, encontra-se que apenas 3,6% do total de pessoas idosas declaram-se sem qualquer tipo de religião. Em relação a faixas etárias mais jovens, essa porcentagem chega a 8,0%. Sabe-se que a religião é uma das fontes principais de construção de sentido da vida. Assim, tornam-se relevantes estudos que investiguem de que modo as questões de sentido último, ligadas à espiritualidade/religiosidade, atuam na fase da velhice e têm impacto na saúde da pessoa idosa, sendo esse, pois, o objetivo deste estudo.

Antes da exposição da metodologia e dos resultados da pesquisa realizada, faz-se necessário explicitar alguns dos pressupostos teóricos que fundamentaram o desenho do estudo.

PSICOLOGIA DA RELIGIÃO E OS ESTUDOS SOBRE ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE (E/R) E SAÚDE NA VELHICE

O objetivo básico da Psicologia é, segundo os psicólogos da religião, Hood, Hill e Spilka (2009, p. 3), compreender o ser humano a partir das suas motivações, cognições e comportamento. Os autores observam que a Psicologia da Religião é uma das várias aplicações dessa definição ampla de psicologia. Assim, a tarefa dos psicólogos da religião é “compreender os vários modos pelos quais a fé de uma pessoa opera em seu mundo particular” (Hood, Hill & Spilka, 2009, p. 3). Nesse sentido, o campo de estudos sobre espiritualidade e saúde oferece um amplo espectro de temas de pesquisa a ser desenvolvido a partir da abordagem da Psicologia da Religião.

O volume de estudos sobre espiritualidade e saúde cresceu de tal modo nas duas últimas décadas (a partir de diferentes áreas, predominantemente nas áreas das Ciências da Saúde, mas também na Sociologia), que se assistiu, "literalmente, ao nascimento de um campo totalmente novo, o campo da religião, espiritualidade e saúde" (Koenig, King & Carson, 2012, p. 4). Assim, é fundamental estabelecer a diferença (e ao mesmo tempo aproximação) conceitual dos termos espiritualidade e religiosidade. Derivada do conceito de religião, a religiosidade configura-se a partir do envolvimento do indivíduo em atividades religiosas específicas, tais como orações, frequência a cultos, missas e os mais variados tipos de encontros promovidos por alguma forma de religião instituída. Como observado no trabalho de Esperandio (2014, p. 808), “em geral, o sujeito religioso assume certas crenças, práticas e valores ético-morais ligados a uma religião instituída”. Religião diz respeito a um conjunto de crenças, práticas e rituais relacionado a uma transcendência em seus mais variados e distintos nomes (Koenig et al, 2012, p. 45).

Espiritualidade, por sua vez, é um termo com sentido um pouco mais complexo e mais amplo que religiosidade. O dissenso em torno do seu significado não é de pouca monta. Tomando a palavra espiritualidade como originada no espírito (a fonte de energia vital do ser humano), tem-se que

espiritualidade não pode ser compreendida fora dos parâmetros da busca de significado e sentido último às perguntas existenciais. Nessa perspectiva, ambos os termos, espiritualidade e religiosidade, estão ligados à dimensão espiritual da subjetividade em que se origina a necessidade de produção de sentido. Entretanto, a noção de espiritualidade se diferencia de religiosidade em razão de que a busca por sentido e conexão (consigo, com o outro, com o que o indivíduo considera sagrado) pode ser experienciada fora dos parâmetros de uma instituição religiosa.

Dada a quantidade de estudos sobre espiritualidade e saúde, houve necessidade de se estabelecer um consenso em torno do termo espiritualidade. A definição alcançada na primeira "Conferência Nacional de Consenso", realizada nos Estados Unidos em 2009, foi discutida em 2010, pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care – EAPC), e após duas outras conferências internacionais de consenso, realizadas em 2012 e em 2013, chegou-se à seguinte definição:

> Espiritualidade é um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade através do qual as pessoas buscam sentido último, propósito, e transcendência, e experienciam a relação consigo mesmas, com a família, com outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e o significante ou sagrado. A espiritualidade é manifesta através de crenças, valores, tradições e práticas" (Puchalski, Vitillo, Casco & Reller 2014, p. 646).

A partir dessas considerações, assume-se neste estudo o uso do binômio espiritualidade/religiosidade (E/R) por entender que esse abarca, sobretudo, a busca de conexão e de sentido e propósito na vida, podendo essa busca ser dentro ou fora dos limites de uma religião instituída.

Destaca-se a importância de pesquisas empíricas sobre envelhecimento e espiritualidade/religiosidade, pois os estudos mostram que, com a aproximação da velhice, as pessoas tendem a dar importância a essa dimensão. Por exemplo, o estudo de Rodrigues, Nader, Silva,Tavares, Assunção, & Molina (2017), junto a 643 pessoas idosas no estado de Minas Gerais, demonstrou que quanto maior a idade mais espiritualizado/religioso a pessoa se considera (p. 435).

Quanto à investigação sobre espiritualidade/religiosidade, saúde e envelhecimento, há um volume significativo e consistente de pesquisas que não deixam dúvidas sobre a associação positiva entre participação religiosa e resultados psicossociais positivos relacionados à saúde de pessoas idosas (Levin, Chatters & Taylor, 2011; Koenig, et al., 2012; McFadden, 2008, 2012). A revisão de literatura de Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Nasri & Nacif (2011, p. 167) destaca que "o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade nos mais diferentes aspectos do envelhecimento, tendo impacto desde o envelhecimento bem-sucedido até os cuidados no fim da vida".

Ao apontar que as pesquisas têm documentado efeitos salutares das crenças e práticas religiosas sobre a saúde física de pessoas idosas, sobre a taxa de mortalidade e bem-estar psicológico, Levin et al. (2011, p. 390) fazem duas interessantes observações: a primeira é que uma das razões para tais resultados positivos relaciona-se ao fato de que as emoções religiosas afetam os sistemas nervoso, imunológico e endócrino. A segunda é que, dado esse número robusto de evidências bem documentadas a respeito da relação positiva entre espiritualidade/religiosidade e saúde da pessoa idosa, é tempo de avançar nas pesquisas para uma investigação sobre o porquê dessa relação positiva, o que esses resultados realmente significam. Isso indica a necessidade de uma teorização sobre E/R e envelhecimento (Levin et al., 2011; McFadden, 2008; 2012; George, 2018). Ou seja, embora seja volumosa a pesquisa sobre E/R e envelhecimento, ela não é embasada em teorias específicas sobre religião e idade tardia (George, 2018, Kindle, Posição 4344).

No Brasil, as pesquisas caminham no esforço de demostrar, a partir de evidências empíricas, a relação entre E/R e saúde de pessoas idosas, a exemplo dos estudos de Vitorino e Vianna (2012, 2018) sobre coping espiritual religioso.

A espiritualidade/religiosidade apresenta-se na vida adulta tardia como um importante recurso no enfrentamento dos desafios que surgem nesse contexto, tais como o declínio das condições de saúde; gastos financeiros consideráveis em tratamentos de saúde; mudança de status econômico resultante, principalmente, de aposentadorias indignas; perdas pessoais diversas e também perda de pessoas significativas no curso da vida; isolamento social e por vezes familiar. Essas mudanças fazem com que a pessoa idosa se depare com a finitude da vida. Renova-se, assim, a necessidade de sentido e propósito da vida. Tal busca de sentido pode emergir de forma distinta daquelas experienciadas em outras fases da vida. No contexto da velhice, a saúde mental pode ser significativamente afetada, podendo surgir sintomas de ansiedade, depressão, estresse, e mesmo o suicídio, como expressões de sofrimento que não são incomuns nessa fase. Nesse sentido, estudos sobre o envelhecimento, espiritualidade/religiosidade e saúde, teoricamente embasados, são fundamentais para o levantamento de elementos que contribuam para um melhor atendimento à pessoa idosa e na proposição de políticas públicas voltadas para uma melhor qualidade de vida para esse grupo, notadamente, com índice mais alto de vulnerabilidade.

A PSICOLOGIA DA RELIGIÃO E OS ESTUDOS SOBRE *COPING* ESPIRITUAL RELIGIOSO

Um dos psicólogos da religião mais conhecidos na contemporaneidade é o norte-americano Kenneth Pargament. A teoria desenvolvida por ele, sobre coping espiritual/religioso (CER), não apenas marcou um grande impulso nos estudos em psicologia da religião, como também tornou-se um campo próprio de pesquisa com um considerável volume de estudos publicados (Pargament, 1997). No Brasil, os estudos sobre coping espiritual/religioso tiveram início com Panzini (2004) e Panzini e Bandeira (2007), com a validação brasileira da escala de coping espiritual/religioso, desenvolvida por Pargament, Koenig & Perez (2000).

Coping é uma palavra em inglês que significa "enfrentamento", "lidar com". Por não ter uma palavra em português que traduza o seu sentido exato, os estudos sobre coping no Brasil têm utilizado a palavra em sua forma original. Os psicólogos que teorizaram sobre coping, Lazarus e Folkman (1984), demonstraram que é a forma como o indivíduo percebe um estímulo estressor que vai determinar suas respostas de enfrentamento (coping). Assim, em uma primeira avaliação de um evento estressor, o indivíduo pode caracterizar tal situação como potencialmente de "desafio", "ameaça" ou "perda". Consequentemente, suas escolhas de enfrentamento terão por base essa avaliação inicial (Folkman & Lazarus, 1980). Os autores demonstraram que as formas mais comuns de resposta de coping ao estresse podem ser com "foco na resolução do problema". Nesse caso, os esforços de enfrentamento voltam-se para a resolução da situação estressora em si; ou então com "foco nas emoções". Nesse caso, os esforços de lidar com o estresse voltam-se para a tentativa de eliminar ou minimizar as consequências emocionais negativas do estressor. Pargament percebeu uma terceira via de coping, que ele caracterizou como coping religioso.

Partindo dos estudos de Folkman e Lazarus (1980) e Lazarus e Folkman (1984), Pargament (1997) desenvolveu sua teoria do "coping religioso", como foi inicialmente chamado. Para o autor, coping religioso pode ser definido como a utilização de estratégias de caráter religioso/espiritual para lidar com as situações de estresse e sofrimento (Pargament, 1997; Cummings & Pargament, 2010). Mais tarde, afinado com as discussões sobre o conceito de espiritualidade e religiosidade, e por compreender que "a função mais crítica da religião é de natureza espiritual" (Pargament, 2011, p. 31), Pargament passou a usar a expressão "coping espiritual/religioso" (CER).

Os estudos sobre coping espiritual/religioso marcam um importante momento na área da psicologia da religião, especialmente em razão dos resultados levantados nas pesquisas baseadas em evidência ("evidence-based-research") e apontam a necessidade de uma escala de medida mais breve do que as originalmente construídas. Assim, Pargament (1997) desenvolveu uma versão breve, com 14 itens, tendo sido validada no Brasil por Esperandio, Escudero, Fernandes & Pargament (2018). A escala solicita ao respondente que este indique até que ponto utiliza os métodos específicos de enfrentamento espiritual/religioso expressos nas afirmações de 1 a 14 com base na escala Likert de cinco pontos, variando entre 1 ("Nem um pouco/Não se aplica") a 5 ("muitíssimo"). As respostas devem ter como referência uma situação de estresse e sofrimento reportada em poucas palavras em espaço próprio na escala, antes da apresentação dos 14 métodos de coping espiritual/religioso.

A escala breve de coping espiritual/religioso (CER-14) mede dois tipos de coping: O CER Positivo (com 7 itens) e o CER Negativo (também com 7 itens). De acordo com Pargament, Smith, Koenig & Perez (1998, p. 712), o coping espiritual/religioso positivo refere-se ao sentido de espiritualidade, a um relacionamento seguro com Deus, à crença de que existe um sentido na vida para ser buscado e senso de conexão com outros. Os métodos de enfrentamento que caracterizam o CER Positivo podem ser exemplificados com as seguintes estratégias: busca de maior proximidade com Deus (na forma como a pessoa o compreende); busca de suporte espiritual; ressignificação e transformação da vida etc. Já o CER Negativo expressa-se por meio de um relacionamento menos seguro com Deus; uma visão de mundo frágil e ameaçadora e indica a presença de conflitos espirituais no processo de busca por significado. O enfrentamento do sofrimento a partir da lente do CER Negativo leva a pessoa a experimentar sentimentos tais como raiva de Deus, abandono, punição, distanciamento de Deus e do grupo religioso, entre outros (Pargament et al., 1998, p. 712; Esperandio, 2016, pp. 251-253).

Os estudos sobre CER têm impacto importante na medida em que seus resultados podem ser associados à centralidade da religião na vida de um indivíduo. Conforme observa Huber, as crenças religiosas terão influência decisiva no comportamento de um indivíduo somente nos casos em que o sistema religioso ocupa posição central no sistema global de significado do indivíduo (Huber, 2007, p. 209). Por isso a importância de verificar o lugar que a religiosidade ocupa no sistema de sentido de um indivíduo.

Construída sobre uma base teórica interdisciplinar, na interface entre Teologia/Estudos da Religião, Sociologia e Psicologia, a escala da centralidade da religiosidade (ECR) faz uma distinção entre cinco dimensões centrais da religião: intelectual (indicada pela frequência com que a pessoa pensa sobre questões religiosas), ideológica (indicada pela pela

plausabilidade da existência da realidade transcendente), prática pública (indicada pela frequência com que o indivíduo participa em atividades religiosas), prática privada (indicada pela intensidade com a qual o indivíduo realiza práticas como oração e meditação) e a dimensão da experiência religiosa (indicada pela intensidade com que o indivíduo se confronta com questões acerca da realidade última). A escala também mede os três níveis de religiosidade: altamente religioso, religioso e não religioso (Huber & Huber, 2012). A ECR foi aplicada em 25 países, entre eles o Brasil, e os resultados indicaram que a população brasileira é "altamente religiosa" (média = 4.18; DP = 0.7). Huber argumenta que em indivíduos categorizados como "altamente religiosos", o sistema religioso ocupa uma posição central, ou seja, os conteúdos e crenças religiosas exercem forte influência no sistema psicológico e nas tomadas de decisão na vida diária.

Quanto às investigações sobre coping espiritual/religioso entre pessoas idosas no Brasil, constata-se que há pouca publicação sobre essa temática. Destacam-se os trabalhos de Cardoso e Ferreira (2009); Duarte e Wanderley (2011), Vitorino e Vianna (2012); Figueiredo, Silva, Vieira, Mangas, Sousa, Freitas, Conte e Sougey, (2015); Rodrigues et al. (2017). Os estudos são unânimes na constatação do papel positivo da E/R no enfrentamento das adversidades próprias dessa fase, na promoção da qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida.

Com base nesse quadro de referência teórico foi desenvolvido um estudo com o objetivo de avaliar a utilização do coping espiritual/religioso no contexto da saúde junto a pessoas idosas hospitalizadas.

MÉTODO

A pesquisa é de natureza quantitativa, de tipo survey, de corte transversal (a coleta de dados ocorre em um só momento), com amostragem feita por conveniência e é classificada como descritiva e exploratória.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram do estudo 51 pessoas idosas internadas em um hospital geral da cidade de Curitiba – PR. Os dados foram coletados entre o período de fevereiro a junho de 2017.

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: questionário estruturado para levantamento dos dados sociodemográficos; escala breve de coping espiritual/religioso (CER) – 14 itens; e a escala da centralidade da religiosidade.

Quanto ao questionário para levantamento dos dados sociodemográficos, além das perguntas próprias para a caracterização da amostra (como, idade, sexo, nível de escolaridade, religiosidade etc.), foram incluídas outras questões para melhor compreender o estado geral da pessoa idosa, como, por exemplo, questões ligadas à satisfação com a vida, medidas pela escala Diener (1985), e também questões sobre a relação da E/R com a saúde. Quanto a esse último aspecto, quis-se levantar a percepção desse grupo acerca da integração da E/R na prática de cuidado.

Os critérios de seleção foram: participação voluntária, ter idade igual ou acima de 65 anos, ser capaz de compreender as questões e estar em condições físicas e mentais para participar do estudo. Este último critério liga-se ao modo como os participantes foram recrutados. Contou-se com a colaboração do pessoal de enfermagem do hospital para indicação de potenciais participantes de acordo com os critérios expostos.

Para a coleta de dados, uma pesquisadora (estudante de Psicologia) foi devidamente treinada e o processo foi acompanhado em detalhes pela pesquisadora/coordenadora do projeto.

A pesquisa foi realizada nas unidades de tratamento e nos quartos do hospital onde os pacientes estavam internados. Os instrumentos foram aplicados na forma de entrevista pessoal, método no qual o pesquisador preenche o questionário com as respostas às perguntas que vai realizando junto ao colaborador por meio de um contato pessoal e direto. Os dados foram hospedados na Plataforma Qualtrics, da PUCPR.

RESULTADOS

PERFIL DA AMOSTRA

Foram validadas todas as aplicações das 51 pessoas participantes do estudo. A média de idade foi de 71,76 anos (65 a 84 anos; DP = 4,91), sendo 58,8% do sexo masculino e 41,2% do sexo feminino. Pouco mais da metade da amostra, 54,9% é casada, 21,6% são viúvos/as, 23,5% divorciados/as e/ou solteiros/as. As que estão aposentadas totalizam 60,8% e 5,9% encontram-se afastadas, com benefício do INSS para tratamento de saúde; 31,4% ainda estão empregadas, sendo que apenas um participante relatou estar desempregado.

A maioria das pessoas idosas tem baixo poder econômico, 86,3%, com renda entre um a três salários mínimos. Entre quatro e oito salários mínimos classificam-se 9,8% e apenas 2% informaram uma renda superior a oito salários mínimos.

Quanto ao perfil religioso, 100% da amostra afirma acreditar em Deus. A afiliação religiosa é predominantemente

católica, 68,6%; seguida de evangélicos, 23,5% (pentecostais e protestantes); espíritas, 2%; e "evangélico sem pertença", 3,9%. As pessoas idosas que se autoidentificam como religiosas perfazem 43,1%, e 49% autoidentificam-se como espiritualizadas e religiosas.

A escolaridade predominante foi de ensino fundamental incompleto, 54,9%, ou completo, 19,6%; ensino médio, 13,7% e curso superior, 9,8%.

O diagnóstico prevalente das pessoas participantes dessa amostra foi cardiopatia, 64,7%. O restante distribui-se em diferentes diagnósticos como doença renal, câncer, ortopedia, pneumonia, cirurgia de vesícula, ginecologia, diabetes e outros.

CENTRALIDADE DA RELIGIOSIDADE E COPING ESPIRITUAL/ RELIGIOSO

De acordo com os parâmetros de valores da escala, as pessoas podem ser caracterizadas do seguinte modo: Altamente religiosa: escore total entre 4,0 e 5,0; religiosa: 2,1 a 3,9; não religiosa: escore total entre 1,0 a 2,0. A média total da centralidade da religiosidade foi de 4,03 (DP = 0,67), portanto "altamente religiosas". Na distribuição da amostra total, 68,6% das pessoas são consideradas altamente religiosas, 29,4% são apenas religiosas e 2,0% não religiosas. A análise estatística descritiva indicou que a dimensão central da religiosidade mais prevalente foi a "prática privada" (média = 4,78; DP = 0,64), que se relaciona à importância dada à prática e frequência da oração pessoal na vida diária (Figura 1).

Quanto aos resultados levantados a partir da escala CER-14, as pessoas idosas hospitalizadas reportam as seguintes situações de estresse: a própria enfermidade: 39,2% (n = 20); falecimento de pessoas próximas (cônjuge, sobrinho, neto, irmão, filho): 21,5% (n = 11); problemas de relacionamento familiar: 17,6% (n = 9); enfermidade de pessoas próximas: 9,8% (n = 5); divórcio: 3,9% (n = 2); problemas no trabalho: 3,9% (n = 2); desemprego: 1,9% (n = 1); contexto socioeconômico e político: 1,9% (n = 1).

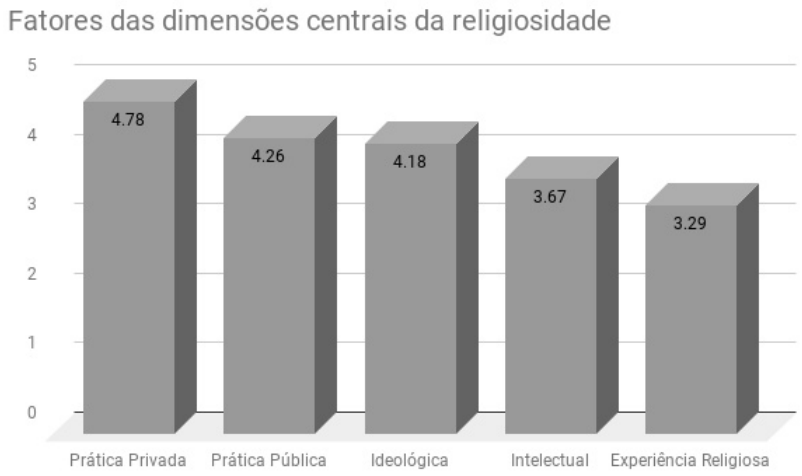

Figura 1: *Fatores das dimensões centrais e médias da centralidade da religiosidade. Fonte: Dados da Pesquisa*

Os parâmetros de valores da escala CER-14 são os seguintes: nenhum ou irrisório: 1,00 a 1,50; baixo: 1,51 a 2,50; médio: 2,51 a 3,50; alto: 3,51 a 4,50; altíssimo: 4,51 a 5,00. A média total do coping espiritual/religioso foi de 3,78 (DP = 0,34), considerada "alta". A média do CER Positivo foi de 3,43 (DP = 0,81) (Tabela 1).

Os resultados indicam um posicionamento positivo frente a Deus, evidenciado na pontuação alta em afirmações do tipo: "Procurei uma ligação maior com Deus", com média de 4,41 (DP = 1,13); "Procurei o amor e a proteção de Deus", com média de 4,41 (DP = 1,13); "Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus", com média de 4,22 (DP = 1,22) (Figura 2).

O uso positivo de CER indica também a tentativa de transformação de si e de sua vida, observada pelo uso do método de coping em que a amostra aponta uma média alta no fator "Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação", com média de 4,31 (DP = 1,22).

O uso de CER Negativo é baixo, com média de 1,87 (DP = 0,64) (Figura 3).

Tabela 1. *Médias da Escala de* Coping *Espiritual/Religioso (CER Positivo: 1 a 7 e CER Negativo: 8 a 14); N=51*

Estratégias de *Coping* Positivo e Negativo	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão
1. Procurei uma ligação maior com Deus	1	5	4,41	1,134
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	1	5	4,41	1,134
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva	1	5	3.80	1,732
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus.	1	5	4,22	1,222
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação.	1	5	4,31	1,225
6. Pedi perdão pelos meus erros (ou pecados)	1	5	4,20	1,429
7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.	1	5	3,39	1,686
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	1	5	1,67	1,337
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé	1	5	1,67	1,211
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar	1	5	1,94	1,448
11. Questionei o amor de Deus por mim	1	5	2,02	1,421
12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado.	1	5	1,37	1,019
13. Cheguei à conclusão de que forças do mal atuaram para isso acontecer	1	5	1,86	1,484
14. Questionei o poder de Deus	1	5	1,75	1,383

PERCEPÇÃO GERAL DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE E/R E SAÚDE

Dos participantes, 15% reportaram ter sido perguntados por algum membro da equipe de saúde sobre assuntos relacionados à E/R e 41,2% afirmaram que gostariam que esse tema fosse abordado no tratamento. Grande parte das pessoas idosas que responderam negativamente à pergunta sobre se gostariam de trazer questões da E/R para o tratamento justificaram sua resposta afirmando: "não precisa trazer essas questões para os médicos, eles sempre estão correndo, têm pouco tempo e muita gente para atender, eles não têm tempo para escutar sobre isso". Dentre as oito pessoas respondentes que afirmaram ter sido perguntadas sobre questões relacionadas à E/R, uma não soube identificar quem teria sido o profissional que abordou a questão. As

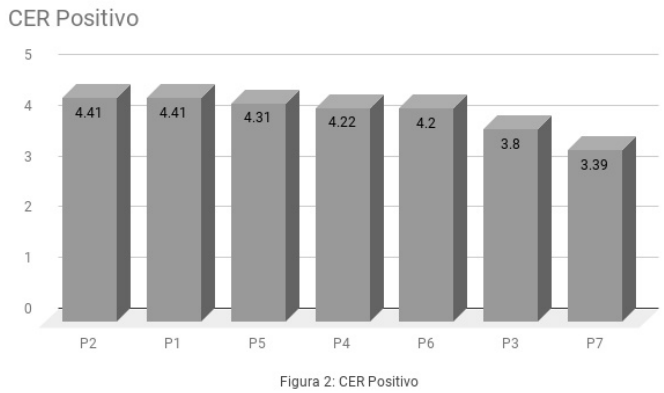

Figura 2: *CER Positivo. Fonte: Dados da Pesquisa*

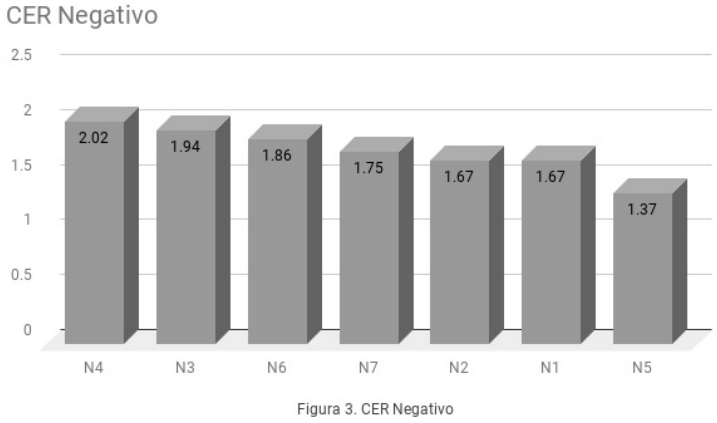

Figura 3. *CER Negativo. Fonte: Dados da Pesquisa*

outras sete respondentes identificaram profissionais da medicina, enfermagem e pessoal da pastoral. Embora 15% da amostra tenha sido abordada com essas questões, 29,4% trouxe-as espontaneamente durante o tratamento.

Em relação à satisfação com a vida, mensurada pela escala Likert, que vai de 1 a 7 pontos, a média total de satisfação das pessoas idosas foi de 29,25 (DP = 6,79), índice este que evidencia que elas estão "muito satisfeitas" com suas vidas.

DISCUSSÃO – IMPLICAÇÕES E APLICAÇÕES DOS RESULTADOS PARA A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA INTERFACE DA PSICOLOGIA DA RELIGIÃO, BIOÉTICA E TEOLOGIA

Os resultados confirmam a observação de outros pesquisadores (Duarte & Wanderley, 2011; Vitorino & Vianna, 2012; Vitorino, Low & Vianna, 2018) acerca do papel da espiritualidade/religiosidade na fase adulta tardia no enfrentamento do sofrimento originado por perdas diversas e pela sensação de vulnerabilidade própria desse período existencial.

Das pessoas idosas participantes da pesquisa, 67% relatam que a situação de maior sofrimento vivida nos últimos três anos relaciona-se a perdas diversas: morte do cônjuge, divórcio, morte de familiares próximos, perda do trabalho e da própria saúde. Os outros 33% da amostra apontam como sofrimento a sensação de vulnerabilidade, em razão de preocupações ligadas à instabilidade do contexto socioeconômico político, ao medo de perda do trabalho e de pessoas próximas que enfrentam alguma enfermidade, adicionadas às tensões causadas por problemas de relacionamentos interpessoais na família.

Em relação a tal contexto de vulnerabilidade, de perdas diversas e de enfrentamento da finitude, a alta utilização do CER Positivo pelas pessoas idosas dessa amostra confirma resultados semelhantes ao estudo de Vitoriano e Vianna (2012), no qual os autores encontraram que as pessoas idosas que declaram ter uma religião tiveram média alta na utilização de estratégia de coping espiritual/religioso positivo no enfrentamento das adversidades vivenciadas no processo de institucionalização.

Apesar dos sofrimentos reportados, verifica-se que as pessoas idosas alcançaram o escore de "muito satisfeitas" com a vida. Diener, Larsen e Griffin (1985) observam que indivíduos categorizados como "muito satisfeitos" com a vida indicam que gostam de suas vidas e sentem que as coisas estão indo bem, ainda que nem tudo possa estar perfeito. Para os autores, a maioria das pessoas que afirma estar "muito satisfeita" com a vida tem-na como agradável, e os principais domínios da vida estão indo bem: trabalho ou escola, família, amigos, lazer e desenvolvimento pessoal. Entretanto a pessoa pode extrair motivação das áreas de insatisfação (Diener et al., 1985).

Os dados mostram que a religião é central na vida das pessoas idosas participantes desse estudo, tal como indicou a ECR. A categorização de "altamente religiosas" comprova as observações de Huber e Huber (2012) de que para as pessoas cuja religiosidade é central, suas crenças religiosas serão determinantes em seu comportamento e decisões. Ainda que essa religiosidade seja vivida mais na prática privada (conforme mostram os resultados), possivelmente pelas limitações de saúde das pessoas idosas ou por outras razões, os resultados sugerem também que se trata de uma religiosidade do tipo intrínseca, própria daqueles/as que são altamente religiosos/as. Segundo Allport e Ross (1967), a religiosidade intrínseca é constante, genuína e internalizada.

Isso é comprovado com a associação positiva constatada pelo alto uso do CER Positivo e a baixa utilização de CER Negativo.

Chama a atenção o modelo biomédico internalizado pelas pessoas idosas participantes da pesquisa. No modelo biomédico, a interdisciplinaridade não tem lugar e o foco se volta para os aspectos físicos e biológicos da doença, para os sintomas e diagnóstico, com ênfase no método científico e na objetividade. Isso é evidenciado na justificativa expressa pelas pessoas idosas quando afirmam que "os médicos sempre estão correndo, têm pouco tempo e muita gente para atender, eles não têm tempo para escutar sobre isso [sobre questões espirituais/religiosas]". Apesar disso, muitos/as deles/as trazem essas questões espontaneamente. O contrário, sobretudo, não acontece, pois apenas 15% foram perguntados sobre essas questões. As pessoas idosas hospitalizadas integram as questões E/R no processo de enfrentamento da situação, principalmente por meio do emprego do CER Positivo, conforme os resultados indicam. Eles fazem-no por si mesmos, sem ajuda de um profissional da saúde e sem ajuda de um assistente espiritual especializado. Quando as pessoas idosas respondem que os profissionais não têm tempo para essas questões e apesar disso 33,33% afirmam que gostariam que essa dimensão fosse integrada, esse dado revela que, de certa forma, também o/a paciente tem uma visão desintegrada sobre os cuidados, separando essa dimensão fundante da vida, ignorando a relação que a E/R tem com os resultados em saúde. Indica também a internalização do modelo biomédico, voltado ao diagnóstico, com ênfase nos sintomas físicos de forma alienada da dimensão da E/R. Os resultados desse estudo evidenciam que a E/R auxilia os pacientes no enfrentamento da doença e muito possivelmente suas crenças E/R servirão de apoio e justificativa para as tomadas de decisões em saúde que em breve devem surgir, sobretudo em razão da fase da vida pela qual a pessoa idosa se encontra.

Constata-se, portanto, que a não integração da E/R no tratamento, pelos profissionais, "será realizada pelos pacientes, a seu próprio modo e com seus próprios recursos, já que a E/R é um traço da subjetividade dos brasileiros" (Esperandio e Machado, 2018, p. 13). Um dos riscos é que "os médicos podem sequer perceber a falta de adesão ao tratamento por razões religiosas" (p. 13). A Bioética tem chamado a atenção para a integração da espiritualidade no cuidado (Schramm, 2007, p. 165), destacando que o conteúdo da espiritualidade "pertence à reflexão das éticas aplicadas". Schramm defende que a espiritualidade é conteúdo da Bioética Aplicada, pois expressa a ética do "cuidar dos vulnerados" (Schramm, 2007) e "do proteger", como sublinha a Bioética de Proteção, ao aplicar a proteção em propostas de políticas públicas que possam ser consideradas justas e moralmente legítimas, como acentua Schramm (2006). Alguns estudos empíricos sobre bioética, saúde e espiritualidade encontraram que a E/R (expressa nas crenças religiosas e nos valores assumidos por pacientes e familiares) relaciona-se com tomadas de decisão em saúde. Tais estudos apontam que a E/R pode atuar como um facilitador na tomada de decisão pela eutanásia, suicídio assistido e sedação paliativa, nos casos de pacientes com menor nível de religiosidade (Maessen, Veldink, Onwuteaka-Philipsen, Vries, Wokke & Wal, 2009); pode ser usada para justificar as tomadas de decisão de médicos religiosos islâmicos (Mobasher, Aramesh, Zahedi, Nakhaee, Tahmasebi & Larijani, 2014); pode ser fundamento para a tomada de decisão em continuar ou interromper determinados tipos de tratamento (Elliott, 2012), e pode ser, também, fator determinante das preferências dos pacientes sobre os cuidados paliativos e os cuidados em final de vida (Johnson, Hayden, True, Simkin, Colbert, Thompson, Stewart & Martin, 2016).

Em relação aos estudos, no campo da Psicologia da Religião, sobre envelhecimento, espiritualidade e saúde, McFadden observa que poucos deles "examinam o modo como a E/R modela as formas pelas quais as pessoas idosas adquirem, processam e retêm informações, tomam decisões, resolvem problemas, empregam pensamento de ordem superior que muitas vezes é chamado de 'sabedoria' ou até mesmo como eles recordam e reconstroem as histórias de suas vidas através da memória autobiográfica" (McFadden, 2008, p. 80). Os resultados desse estudo somados a outros sobre CER no Brasil (Duarte e Wanderley, 2011; Vitorino e Viana, 2012; Vitorino et al., 2018) apontam a necessidade de uma reflexão mais ampliada e aprofundada da Psicologia sobre esse tema, tal como já apontado por Levin et al. (2011), McFadden (2008, 2012) e George (2018).

Quanto à Teologia, os resultados fornecem material para colaborar com sua reflexão sobre o caráter público do pensar teológico. A Teologia Pública e a Teologia Prática encontram aqui um campo relevante para pensar com profundidade e a partir de evidências empíricas, sobre o cuidado da espiritualidade nos espaços públicos onde o ser humano sofre e busca pelo sentido e pelo entendimento do papel de Deus no sofrimento humano. Essa reflexão, entretanto, não pode ser alheia à perspectiva interdisciplinar. Por exemplo, capelães (como chamados tradicionalmente), ou teólogas e teólogos com a devida formação para atuar na prática do cuidado espiritual interdisciplinar, podem contribuir significativamente na implementação de uma prática de cuidado que integre a E/R de forma que beneficie paciente,

familiares e equipe de saúde (Hefti & Esperandio, 2016). Especialmente considerando que as pessoas idosas formam uma população potencial para ser assistida por equipes de cuidados paliativos, faz-se necessária a formação de assistentes espirituais especializados que façam parte de equipes multidisciplinares, responsabilizando-se pelo cuidado espiritual interdisciplinar e pela formação de profissionais com relação à integração do E/R na prática do cuidado. Essa necessidade de assistência espiritual especializada já havia sido constada no estudo empírico de Esperandio (2014) no qual a autora apontou a necessidade de preparo adequado para prover efetivo cuidado e aconselhamento espiritual no contexto hospitalar. Na realidade brasileira, dá-se pouca importância à participação desse profissional em equipes multidisciplinares e há pouca valorização de seu trabalho, a despeito da evidente necessidade de cuidado espiritual interdisciplinar no contexto hospitalar, sobretudo quando se constata a presença de coping espiritual/religioso negativo, ou conflitos espirituais, os quais impactam negativamente os resultados em saúde. Em relação a pessoas idosas com demência, por exemplo, faz-se necessário o acompanhamento de outras pessoas cuidadoras que se mostrem competentes para ativar as emoções religiosas, a fim de prover oportunidade de oração e meditação e criar experiências de rituais de conexão com o sagrado, tal como sugere McFadden (2008, p. 80). Entretanto são escassos os assistentes espirituais especializados com formação adequada, apontando uma importante contribuição que pode ser trazida pela Teologia. Como observa a teóloga Nancey Murphy (1998), a Teologia tem uma contribuição importante ao chamar a atenção para a necessidade de não reduzir o ser humano à sua dimensão física, mas também sem reduzir o divino (ou o que o sujeito considera sagrado) a um fenômeno natural.

CONCLUSÃO

A maioria das pessoas idosas participantes deste estudo caracteriza-se como religiosa, predominantemente católica, com baixo nível de escolaridade e de renda econômica. A E/R é um recurso importante no enfrentamento da doença da qual essas pessoas sofrem, com elevada utilização de CER Positivo.

Em relação à integração da dimensão espiritual no processo de tratamento, os dados apontam que essa não é uma prática dos profissionais da saúde.

Os recursos espirituais/religiosos empregados por pessoas idosas no contexto de hospitalização mostram-se como aspectos relevantes a serem examinados para uma melhor provisão de cuidado. Os dados atestam que a espiritualidade/religiosidade do povo brasileiro tem impacto importante no comportamento das pessoas, e, a exemplo desta amostra, especialmente em situações de vulnerabilidade quando a saúde é ameaçada, os indivíduos voltam-se para essa dimensão, sobretudo quando ela ocupa centralidade em suas vidas. Assim, evidencia-se como uma importante dimensão a ser integrada nas práticas de cuidado.

Ressalta-se, entretanto, a necessidade de formação apropriada de todos os profissionais de saúde, bem como de assistentes espirituais especializados para uma adequada integração dessa dimensão no cuidado. Conforme apontaram Hefti e Esperandio (2016) acerca do cuidado espiritual interdisciplinar, faz-se necessário que conhecimentos básicos para uma avaliação inicial (triagem) da E/R sejam uma competência de toda a equipe multidisciplinar, embora o cuidado espiritual especializado deva ser de responsabilidade do/a assistente espiritual especializado/a (conhecido/a como "capelão/capelã" em boa parte da literatura). Tal assistente deve apresentar formação adequada para assumir a função de cuidador/a espiritual no contexto hospitalar. Assim, recomenda-se que esta temática relativa à espiritualidade/religiosidade, envelhecimento e saúde seja abordada nas grades curriculares dos cursos de formação profissional para trabalhadores em saúde, bem como uma especialidade nos cursos de Teologia. Recomenda-se, ainda, que seja integrada nas equipes multidisciplinares de cuidados paliativos a assistência espiritual especializada, sobretudo por reconhecer que o cuidado espiritual é um componente essencial dos cuidados paliativos.

Uma limitação desse estudo foi o tamanho da amostra, não permitindo generalização de seus resultados. Contudo pesquisas com desenhos semelhantes, desenvolvidas no Brasil, confirmam os resultados aqui apresentados (Vitorino & Vianna, 2012; Vitorino et al., 2016).

Considerando o volume ainda pequeno de estudos sobre E/R entre pessoas idosas, a constatação da importância dessa dimensão nessa fase da vida, o interesse expresso pelas pessoas idosas de que essa dimensão seja integrada nas práticas de cuidado e o impacto que tal dimensão pode ter nas tomadas de decisão em saúde, outras pesquisas deverão ser desenvolvidas, levantando subsídios que contribuam tanto para a proposição de políticas públicas, quanto para a construção de um corpo teórico sobre envelhecimento, E/R e saúde. Mas, sobretudo, que contribuam na promoção do atendimento integral e humanizado a pessoas idosas com doenças crônicas e/ou em cuidados paliativos.

DECLARAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Certificamos que as autoras participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autora pode ser atribuída como se segue:

M. R. G. E. contribuiu com a concepção da pesquisa, coordenação da coleta de dados e redação do texto; F. T. E. contribuiu com as análises estatísticas descritivas; L. F. contribuiu com a revisão geral do texto e com o levantamento da literatura sobre a relação entre espiritualidade/ religiosidade e tomadas de decisão de pacientes e familiares; E. P. N. M. contribuiu com a revisão geral do texto, formatação e revisão das referências.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Ana Paula Fonsaca pelo apoio na coleta de dados. Agradecem, ainda, aos avaliadores, por suas importantes observações que, sem dúvida, contribuíram para a melhoria do texto.

REFERÊNCIAS

Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*(4), 432-443. doi: 10.1037/h0021212.

Cardoso, M. C. S., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão, 29*(2), 380-393. doi: 10.1590/S1414-98932009000200013.

Cummings, J. P., & Pargament, K. I. (2010). Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions. *Religions, 1*(1), 28-53. doi: 10.3390/ rel1010028.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75. doi: 10.1207/ s15327752jpa4901_13.

Duarte, F. M., & Wanderley, K. S. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 27*(1), 49-53. doi: 10.1590/ S0102-37722011000100007.

Elliott, B. A., Gessert, C. E., Larson, P., & Russ, T. E. (2012). Religious beliefs and practices in end-stage renal disease: Implications for clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management, 44*(3), 400-409. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.09.019

Esperandio, M. R. G. (2014). Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte, 12*(35), 805-832. doi: 10.5752/P.2175-5841.2014v12n35p805-832.

Esperandio, M. R. G. (2016). Espiritualidade em Cuidados Paliativos: Contribuição do Coping Religioso Espiritual. In: C. C. Perini, M. R. G. Esperandio, & W. Souza (Org.). *BIOETHICS*: Bioética e Cuidados Paliativos. Curitiba: Prisma (pp. 241-258).

Esperandio, M. R. G., Escudero, F., Fernandes, M. L., & Pargament, K. (2018). Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping-SRCOPE-14. *Religions, 9*(31), 1-12. doi: 10.3390/rel9010031.

Esperandio, M. R. G., & Machado, G. A. S. (2018). Brazilian Physicians Beliefs and Attitudes Toward Patients' Spirituality: Implications for Clinical Practice. *Journal of Religion & Health, 57*, 1-16. doi:10.1007/s10943-018-0707-y.

Figueiredo, A. E. B.; Silva, R. M.; Vieira, L. J. S.; Mangas, R. M. N.; Sousa, G. S.; Freitas, J. S.; Conte, M.; & Sougey, E. B. (2015). É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 1711-1719. doi: 10.1590/1413-81232015206.02102015.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-239. doi: 10.2307/2136617.

George, L. K. (2018). Religion and social gerontology. In: J. Levin (Ed.). *Religion and the social sciences*: basic and applied research perspectives. United States of America, USA: Templeton Press (pp. 209–234).

Hefti, R., & Esperandio, M. R. G. (2016). O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual – Uma Abordagem Holística de Cuidado ao Paciente. *Horizonte, 14*(41), 13-47. doi: 10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p13-47.

Hood Jr., R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *A psicologia da religião*: uma abordagem empírica (4a ed.). Nova York, NY: Guilford Press.

Huber, S. (2007). Are religious beliefs relevant in daily life? In: H. Streib (Ed.). *Religion Inside and Outside Traditional Institutions*. Leiden: Brill Academic Publishers (Vol. 15, pp. 211–230).

Huber, S; Huber, O. W. The Centrality of Religiosity Scale (CRS) (2012). *Religions, 3*, 710–724. doi:10.3390/rel3030710

Instituto Brasileiro Geografia e Estatísticas - IBGE (2000). *Censo Demográfico 2000*: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Recuperado em 19 fevereiro, 2019, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000.

Instituto Brasileiro Geografia e Estatísticas - IBGE (2013) *Perfil dos Idosos responsáveis* Recuperado em 19 fevereiro, 2019, de https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm

Johnson, J., Hayden. T., True, J., Simkin, D., Colbert, L., Thompson, B., Stewart, D., & Martin, L. (2016). The Impact of Faith Beliefs on Perceptions of End-of-Life Care and Decision Making. *Journal of Palliative Medicine, 19*(2), 143–148. doi: 10.1089/jpm.2015.0238.

Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.

Levin, J., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (2011). Theory in Religion, Aging, and Health: An Overview. *Journal of Religion and Health, 50*(2), 389–406. doi: 10.1007/s10943-009-9319-x.

Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Bassi, R. M., Nasri, F., & Nacif, S. A. P. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 14*(1), 159-167. doi: . 1590/S1809-98232011000100016.

Maessen, M., Veldink, Onwuteaka-Philipsen, B. D., Vries, J. M., Wokke, J. H., van der Wal, G., & van den Berg (2009), L. H. Trends and determinants of end-of-life practices in ALS in the Netherlands. *Neurology, 73*(12), 954-961. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181b87983.

McFadden, S. H. (2008). The "Persistent Problems" in the Psychology of Religion and Aging: A View of the Past and a Look to the Future. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 20*(2), 77–94. doi: 10.1080/15528030801922020.

McFadden, S. H. (2012). Old Persons, Old Age, Aging, and Religion. In: H. G. Koenig, D. E. King, & V. B. Carson (Ed.). *Handbook of religion and health*. New York, NY: Oxford University Press (2nd ed, pp. 198-212).

Mobasher, M., Aramesh, K., Zahedi, F., Nakhaee, N., Tahmasebi, M., & Larijani, B. (2014). End-of-life care ethical decision-making: Shiite scholars' views. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 7*(2), 1–11.

Murphy, N. (1998). Nonreductive physicalism: Philosophical issues. In: W. S. Brown, N. Murphy, & H. N. Malony (Ed.). *Whatever happened to the soul*: Scientific and theological portraits of human nature. Minneapolis: Fortress Press (2nd ed., pp. 127–148).

Panzini, R. G. (2004). Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. *Dissertação de mestrado*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. Revista de Psiquiatria Clínica, 34(1), 126-135. doi: 10.1590/S0101-60832007000700016.

Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*: Theory, Research, Practice. New York, NY: Guilford Press.

Pargament, K. I. (2011). *Spirituality Integrated Psychotherapy*: Understanding and Addressing the Sacred. New York, NY: Guilford Press.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519-543. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519:AID-JCLP6>3.0.CO;2-1.

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(4), 710-724. doi: 10.2307/1388152.

Pereira, R. C. F. (2012). O enfrentamento das doenças crônicas em idosos institucionalizados na perspectiva da espiritualidade. *Dissertação de mestrado*, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Casco, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine, 17*(6), 642-56. doi: 10.1089/jpm.2014.9427.

Rodrigues, L. R., Nader, I. D., Silva, A. T. M., Tavares, D. M. S., Assunção, L. M., & Molina, N. P. F. M. (2017). Spirituality and religiosity related to socio-demographic data of the elderly population. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 18*(4), 429-436. doi: 10.15253/2175-6783.2017000400002.

Schramm, F. R. (2006). A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética, 2*(2), 187-200.

Schramm, F. R. (2007). Espiritualidade e Bioética: o lugar da transcendência horizontal do ponto de vista de um bioeticista laico e agnóstico. *O mundo da saúde, 31*(2), 161-166.

Vitorino, L. M., Low, G., & Vianna, L. A. C. (2016). Linking Spiritual and Religious Coping With the Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults and Nursing Home Residents. *Gerontology and Geriatric Medicine, 2*, 1-9. doi: 10.1177/2333721416658140.

Vitorino, L. M., Low, G., & Vianna, L. A. C. (2018). Assessing the BRIEF spiritual/religious coping scale among older Brazilians. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 30*(4), 1-17. doi: 10.1080/15528030.2018.1474835

Vitorino, L. M., & Vianna, L. A. C. (2012). *Coping* religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(1), 136-142. doi: 10.1590/S0103-21002012000800021.

Data de submissão: 11/03/2019
Primeira decisão editorial: 26/04/2019
Aceite em 05/05/2019