

Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência



Vulnerabilities, depression, and religiosity in the elderly hospitalised in an emergency unit
Vulnerabilidades, depresión y religiosidad en ancianos internados en una unidad de emergencia

Bruno Leonardo Soares Nery^a
Keila Cristianne Trindade da Cruz^b
Andréa Mathes Faustino^b
Carla Targino Bruno dos Santos^b

Como citar este artigo:

Nery BLS, Cruz KCT, Faustino AM, Santos CTB. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0184. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0184>.

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0184>

RESUMO

Objetivos: Identificar vulnerabilidades e a associação entre religiosidade e a presença de sinais depressivos presentes em idosos internados em uma unidade de urgência e emergência.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 140 idosos internados em um hospital público do Distrito Federal, entre o mês de maio a outubro 2016, realizado por meio de questionário semiestruturado sobre dados de saúde, escala de religiosidade de DUREL e de depressão geriátrica.

Resultados: Os idosos estudados são vulneráveis em relação a escolaridade, local de residência, a hábitos de vida, 37,3% dos idosos apresentavam sinais depressivos, e que existe uma associação fraca de proteção entre religiosidade e desenvolvimento de sinais depressivos ($p \leq 0,00$ $r = 0,12$) e ($p = 0,02$ e $r = 0,06$).

Conclusão: Observou-se a religiosidade isolada não apresenta fator protetor eficaz, mas apresenta papel importante no desenvolvimento de resiliência diante da enfermidade e uma fonte construtora de rede de apoio ao idoso.

Palavras-chave: Idoso. Religião. Depressão. Vulnerabilidade em saúde. Espiritualidade.

ABSTRACT

Objectives: To identify vulnerabilities and the association between religiosity and depressive signs in the elderly hospitalised in an emergency unit.

Methods: This cross-sectional study was conducted with 140 elderly patients admitted to a public hospital in the Federal District, Brazil, between May and October 2016. Data were collected using a semi-structured health questionnaire, the Duke University Religion Scale (DUREL), and the Geriatric Depression Scale (GDS).

Results: The elderly patients were vulnerable in terms of schooling, place of residence, and life habits, and 37.3% exhibited signs of depression. A weak association was found between religiosity and the development of depressive signs ($p \leq 0$, $R = 0.12$; $p = 0.02$ and $r = 0.06$).

Conclusion: The results showed isolated religiosity is not an effective protective factor, but it strengthens resilience in the face of disease and serves as a support network for the elderly.

Keywords: Aged. Religion. Depression. Health vulnerability. Spirituality.

RESUMEN

Objetivos: Identificar vulnerabilidades y la asociación entre religiosidad y la presencia de signos depresivos presentes en ancianos internados en una unidad de urgencia y emergencia.

Métodos: Estudio transversal, realizado con 140 ancianos internados en un hospital público del Distrito Federal, entre el mes de mayo a octubre de 2016, realizado por medio de un cuestionario semiestruturado sobre datos de salud, escala de religiosidad de DUREL y de depresión geriátrica.

Resultados: Los ancianos estudiados son vulnerables en relación a la escolaridad, lugar de residencia, a hábitos de vida, el 37,3% de los ancianos presentaban signos depresivos, y que existe una asociación débil de protección entre religiosidad y desarrollo de signos depresivos ($p \leq 0,00$ $r = 0,12$) y ($p = 0,02$ e $r = 0,06$).

Conclusión: Se observó la religiosidad aislada no presenta un factor protector eficaz, pero presenta un papel importante en el desarrollo de resiliencia ante la enfermedad y una fuente constructora de red de apoyo al anciano.

Palabras clave: Anciano. Religión. Depresión. Vulnerabilidad en salud. Espiritualidad.

^a Escola Superior de Ciência da Saúde (ESCS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^b Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A população mundial assim como a brasileira apresentam um rápido processo de envelhecimento, e essa transição demográfica representa segundo projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), um salto populacional de pessoas idosas. Estima-se que a população de idosos com mais de 60 anos no mundo seja de 1, 2 bilhões de pessoas em 2025, e cerca de 2 bilhões em 2050⁽¹⁾.

A chegada da senescência geralmente vem acompanhada de uma série de modificações orgânicas, que podem levar ao declínio das capacidades funcionais e alterações no funcionamento fisiológico dos órgãos e sistemas. Desta forma, predispõem os idosos ao desenvolvimento de doenças crônicas, vulnerabilidades e conseqüentemente baixo desempenho dos sistemas orgânicos em desempenhar suas funções diante das alterações do meio interno. Com o passar dos anos o desgaste natural do organismo tenderia a apresentar falhas à medida que seu tempo de utilização aumenta⁽²⁾.

A senilidade, associada a diversas doenças próprias do envelhecimento, podem provocar o aumento da frequência de incapacidades. Uma das doenças que podem acometer as pessoas idosas, é a depressão, cujo quadro depressivo quando instalado pode muitas vezes ser subdiagnosticado e subtratado⁽³⁻⁴⁾.

Os sintomas depressivos podem levar os idosos ao desenvolvimento de maior vulnerabilidade e agravamento de doenças crônicas, expondo-o ao risco aumentado de morbidade, e conseqüente necessidade de apoio de profissionais de saúde que efetivamente minimizem ou previnam os agravos decorrente da sua instalação⁽³⁾.

Diante de um processo de internação, os idosos podem encontrar-se mais sensíveis e vulneráveis, e muitas vezes, acabarem recorrendo a sua religiosidade para o enfrentamento da doença, procurando a busca da confiança de que estão protegidos e a cura para os males que lhe afetam⁽⁵⁾.

A religiosidade e espiritualidade são fenômenos presentes nas vidas dos brasileiros principalmente na velhice, onde ocupam um papel de destaque, explicando-lhes o significado da vida. Nos idosos a religiosidade e espiritualidade contribuem para a sensação de bem-estar, reduzem os níveis de angústia, inutilidade e proporciona o desenvolvimento de resiliências, as situações problemáticas e dificuldades encontradas inerentes ao envelhecimento, como perdas e limitações físicas e emocionais, levando ao entendimento que o processo de doença é algo positivo pelo qual eles deveriam passar, entendendo de forma mais consciente o significado da sua vida e os aspectos positivos vivenciados ao longo da sua existência⁽⁵⁻⁷⁾.

A espiritualidade é tida como um guia de cunho filosófico que resulta na produção de comportamentos e comissões, como a esperança, o amor e a fé, e que fornece um significado para sua existência e dá um sentido a vida das pessoas. Religião é o credo na existência de um poder superior que teria a capacidade sobrenatural de criar e controlar o Universo⁽⁵⁻⁶⁾. Ela serviria como veículo pelo qual o indivíduo expressaria sua espiritualidade, a partir de valores, crenças e práticas de rituais, permitindo ao homem a busca da transcendência, reflexões sobre si mesmo e suas relações existenciais para o além do mundo objetivo⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse sentido, a religião muitas vezes, acaba adotando um lugar de refúgio para o caos instalado pela doença, e conforto para os medos e inseguranças desencadeados pela sensação de morte. Por meio da religião os pacientes conferem sentido à situação de adoecimento, possibilita uma explicação a impossibilidade de controlar a situação. Assim, a religião assume um papel de controle ilusório sobre o imponderável, representado pela situação de adoecimento⁽⁷⁾.

Portanto, a presente pesquisa teve como hipótese que a presença de religiosidade contribuiu como um fator protetor que possibilite aos idosos serem mais resilientes. Está definida como capacidade de adequação a desafios estressores ou adversidades, possibilitando a pessoa lutar e interagir traços de personalidades com fatores ambientais para aumentar ou diminuir a resiliência por toda a vida, possibilitando o enfrentando das vulnerabilidades inerentes ao processo de envelhecimento e o contexto social ao qual está inserido⁽⁸⁾.

O estudo teve como objetivo identificar vulnerabilidades e a associação entre religiosidade e a presença de sinais depressivos presentes em idosos internados em uma unidade de urgência e emergência.

■ MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, transversal com abordagem quantitativa, realizada em um hospital público no Distrito Federal-DF.

A amostra foi de conveniência alcançada por meio de coleta de dados realizada num período de seis meses. Os critérios de inclusão foram constituídos por idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais, internados por um período superior a 24 horas na unidade de urgência e emergência da instituição, com grau cognitivo e de comunicação que possibilitou a compreensão e a participação no estudo, e que não estivesse em instabilidade clínica ou risco iminente de morte.

O estudo teve como local de pesquisa o Pronto Socorro (PS), por essa ser uma unidade de cuidados às urgências

e emergências com característica mista de observação: pronto atendimento e internação. Foram excluídas da pesquisa, pacientes com alterações cognitivas ou qualquer outra situação que o impedisse de responder à entrevista.

Foi realizada uma entrevista com idosos entre maio a outubro de 2016, após concordância dos mesmos e assinaturas de consentimento de livre esclarecido. O roteiro semiestruturado era composto por variáveis sociodemográficas (nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, local de residência) e dados de saúde (classificação de Manchester, consumo de fumo, bebida alcoólica, práticas de atividade física, e medicamentos de uso habitual ou contínuo).

O rastreamento dos sintomas depressivos foi realizado por meio da Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida (EDG-15). A escala foi validada para a população brasileira em 1999(9). Apresenta questões com respostas dicotômicas (sim ou não), com a pontuação total máxima de 15,

sendo que “0 a 5 pontos” significa ausência de depressão, “6 a 10 pontos” representam depressão leve a moderada e “11 a 15 pontos” indicam quadro de depressão grave⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O instrumento escolhido para avaliar o índice de religiosidade dos pacientes idosos foi a Escala de Religiosidade DUREL (*Duke Religious Index*) que foi validada para a população brasileira. A escala compreende três dimensões de religiosidade: a religiosidade organizacional (RO) com uma pergunta, a religiosidade não organizacional (RNO) com uma pergunta, e religiosidade intrínseca (RI) com três perguntas em três níveis^(6,11).

A fim de possibilitar associações e correlações entre a escala de religiosidade de DUREL com a escala de depressão geriátrica EDG, os itens da escala de religiosidade foram divididos em itens com associação positivas a religiosidade e itens com baixa associação seguindo o modelo do fluxograma apresentado a seguir (Figura 1).

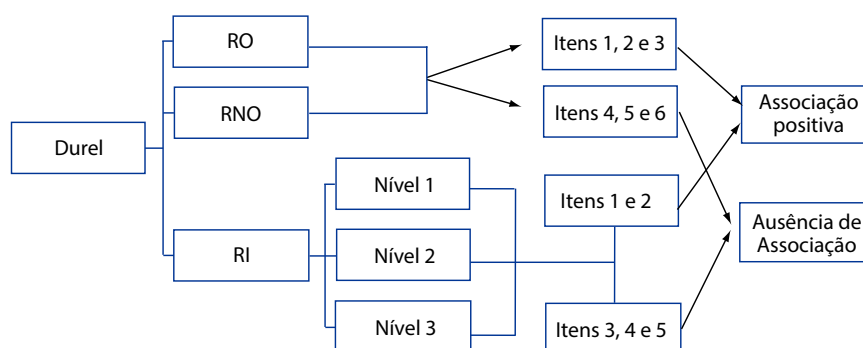


Figura 1 - Fluxograma de associação positiva e negativa entre religiosidade e depressão

Fonte: Os autores.

RO: Religião organizacional, RNO; Religião não organizacional, RI: Religião intrínseca

A religiosidade organizacional diz respeito a frequência que a pessoa se desloca para uma atividade religiosa desenvolvidas em templos, igrejas, e outras repartições, a qual foi associada as respostas dos itens um, dois e três da religiosidade organizacional classificados como associação positiva, já as respostas nos itens quatro, cinco e seis da escala significaram ausência ou baixa associação.

A religiosidade não organizacional se refere a dedicação da pessoa as atividades religiosas e também foi classificada como positivas as respostas um, dois e três e para as respostas dos itens quatro, cinco e seis, ausência de associação.

A dimensão da religiosidade intrínseca é dividida em três níveis, que foram analisados individualmente e separadamente, o primeiro nível avalia a sensação da presença de Deus na vida, o segundo como as crenças que regem em

sua maneira de viver e o último, o esforço dedicado para viver a religião em todos seus aspectos. Dessa forma os itens com resposta um e dois foram classificados como uma associação positiva a religiosidade, e as respostas aos itens três, quatro e cinco para baixa ou ausência de associação.

Para análise estatística foi utilizado o *Microsoft Excel* versão 2013 para apresentação dos dados sociodemográficos e dados de saúde, descritivamente por meio de distribuição de frequências absoluta e porcentagem. O *software STATA* versão 12, foi utilizado para análise de associação entre sinais depressivos e religiosidade. A escala de depressão geriátrica foi sumarizada por meio da frequência absoluta, porcentagem, média, e desvio padrão. A medida de associação utilizada foi a razão de prevalência (RP), e teste do qui-quadrado, para análise das variáveis dicotômicas

entre Escala de Religiosidade de DUREL e Escala de Depressão Geriátrica, onde se adotou como nível de significância ($p=0,05$) e intervalo de confiança de 95%, e adotou-se a correlação de Pearson (r) (quanto mais perto de um, maior a associação entre as variáveis, quanto mais perto de zero menor a associação) para análise entre os resultados do rastreamento de sinais depressivos e o grau de religiosidade dos participantes⁽¹²⁾.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) do Distrito Federal e aprovada sob o número protocolo CAAE 54603216.3.0000.5553.

■ RESULTADOS

Foram entrevistados 140 idosos internados que demonstraram possuir perfil sociodemográfico homogêneo em relação ao sexo, com 50% dos participantes do sexo masculino e outros 50% do sexo feminino. A distribuição por faixa etária apresentou maior concentração de idosos com idades entre 60-64 anos (25,7%), ressaltando um número considerável de idosos octogenários, o que representou 20% da amostra (Tabela 1).

Em relação ao estado civil, (34,3%) eram de casados, seguidos pelos viúvos (28,6%). A maior parte dos idosos apresentou grau de escolaridade de até quatro anos de estudo (80,7%), sendo que destes 36,4% eram analfabetos. Apenas nove (6,4%) deles apresentaram oito ou mais anos de estudo, o que representa ter cursado no mínimo o ensino fundamental (Tabela 1).

Quanto a situação previdenciária a maioria 82,9% eram de aposentados, com renda familiar de um salário mínimo (54,3%), sendo em muitos casos a renda proveniente da aposentadoria, a única fonte de sustento para o núcleo familiar (Tabela 1).

Quanto ao local de residência desses idosos, observou-se que 76,4% eram procedentes da região de abrangência da cobertura hospitalar já definida pelo governo do Distrito Federal, e 14,3% deles eram procedentes de outros estados fora da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno RIDE-DF, como por exemplo provenientes do sudeste da Bahia e o nordeste do estado de Goiás.

Quanto aos dados relacionados à saúde dos idosos participantes da pesquisa foi possível verificar que 48,6% dos idosos atendidos na unidade de emergência não haviam realizado classificação de risco para atendimento; 24,2% apresentaram classificação de risco na cor laranja, o que caracteriza situação de muita urgência de atendimento e risco significativo de evoluir para morte. A clínica médica apresentou o maior índice de internação após a avaliação

no PS, com 68,6% dos casos, caracterizado principalmente pelos quadros de agudizações de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Tabela 2).

Em relação aos hábitos dos idosos, 47,1% relataram o hábito de fumar, sendo que 16,4% não faziam o uso do fumo atualmente. Dentre os fumantes, 17,1% indivíduos fumam há mais de 40 anos, e 30% fumavam uma média de 10 cigarros por dia. O consumo de bebida alcoólica foi relatado por 35% dos idosos, 9,3% bebiam há mais de 40 anos, sendo as bebidas fermentadas a de maior preferência 10,7% (Tabela 2).

Cerca de 55,7% dos idosos apresentavam alguma dificuldade para dormir, sendo que 35,7% relatou demorar para adormecer e 19,3% referiu acordar pelo menos uma vez durante a noite. Destaca-se que 26,6% dos idosos faziam uso de cinco ou mais medicamentos por dia e 12,8% não faziam uso de medicamentos diariamente (Tabela 2).

O hábito de praticar atividade física foi relatado por 14,3% dos idosos, sendo a caminhada a prática mais relatada. A dificuldade de locomoção foi declarada por 48,6% dos idosos, sendo que 26,5%, não necessitavam de auxílio para deambular (Tabela 2).

Em relação aos sinais e sintomas depressivos analisados por meio da Escala de Depressão Geriátrica foi possível verificar que 62,7% dos idosos apresentaram ausência de sinais depressivos, com uma média de pontuação de 3,09 pontos, já 33,6% deles apresentaram sintomas depressivos leves, com uma média de 7,51 pontos, 3,6%, sintomas depressivos severos, com média de 11,2 pontos (Tabela 3).

Destaca-se que a relação de prevalência da religiosidade organizacional foi de 0,31 e intervalo de confiança (IC95% 0,05-1,80). Não foi possível realizar associações com as outras variáveis da escala de religiosidade em idosos com sinais e sintomas de depressão severa devido não ter havido controle positivo na amostra para essa variável (Tabela 3).

Em todas as dimensões da escala da religiosidade, a Razão de Prevalência (RP) foi relativamente baixa, o que demonstrou baixo fator protetor entre os idosos que possuíam forte associação com a religião em relação aos que tinham baixa ou ausência de religiosidade (Tabela 3).

A associação entre sinais depressivos e religiosidade foi realizada por meio da análise estatística da distribuição de qui-quadrado (χ^2) para um nível descritivo de valor- p significativo de $\leq 0,05$ onde foram verificadas diferenças significativas em relação a depressão e o nível de religiosidade em duas associações, entre a ausência de sinais depressivos e a presença de religiosidade intrínseca em seu segundo nível ($p=0,02$) e a presença de sinais depressivos e a ausência de religiosidade intrínseca no seu primeiro nível ($p = 0,00$) (Tabela 4).

Tabela 1 - Frequência absoluta e percentual dos dados sociodemográficos dos pacientes idosos participantes da pesquisa, Distrito Federal, 2016 (n=140)

Perfil Sociodemográfico	n	%
Sexo		
Masculino	70	50
Feminino	70	50
Faixa etária		
60-64	36	25,7
65-69	35	25
70-74	21	15
75-79	16	11,4
80-84	20	14,3
85-89	8	5,7
90-95	4	2,9
Estado cível		
Casado	48	34,3
Solteiro	17	12,1
Viúvo	40	28,6
Separado	21	15
Outros	14	10
Escolaridade		
Analfabeto	51	36,4
Até 4 anos de estudo	62	44,3
4 a 8 anos de estudo	18	12,9
8 anos ou mais de estudo	9	6,4
Aposentados		
Não	24	17,1
Sim	116	82,9
Renda Familiar		
1 salário mínimo	76	54,3
2 salários mínimos	40	28,6
3 salários mínimos	16	11,3
4 salários mínimos	4	2,9
5 ou mais salário mínimo	4	2,9
Local de Residência		
Planaltina-DF	107	76,4
RIDE-DF*	13	9,3
Outros	20	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*RIDE-DF: Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, É constituída pelo Distrito Federal, pelos municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa, no Estado de Goiás, e de Unai, Buritis e Cabeceira Grande, no Estado de Minas Gerais.

A correlação de Pearson (r) demonstrou uma correlação ínfima positiva ($r=0,06$) em relação ao segundo questionamento da Religiosidade Intrínseca, e ausência de sinais depressivos, e uma correlação fraca positiva ($r=0,12$) para a presença de sinais depressivos leves e religiosidade intrínseca em seu primeiro questionamento, os dados corroboram com os resultados obtidos com as Razões de Prevalência

(RP) apresentadas na Tabela 3, nas mesmas associações onde o valor-p foi significativo, apresentaram razões de associação fracas (RP 0,43 IC 0,31-0,59) e (RP 0,65 IC 0,53 a 0,81) demonstrando que a religiosidade dos idosos tem baixo efeito benéfico sobre o aparecimento de sinais depressivos nos idosos que fizeram parte da presente pesquisa.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos dados relacionados a saúde dos idosos participantes do estudo. Distrito Federal. 2016 (n=140)

Perfil dos Dados de Saúde	n	%
Manchester*		
Não realizado	68	48,6
Azul	0	0
Verde	4	2,9
Amarelo	29	20,7
Laranja	34	24,2
Vermelho	5	3,6
Fuma		
Não	74	52,9
Sim	66	47,1
Frequentemente	29	20,7
Raramente	14	10
Parou de Fumar	23	16,4
Bebida alcoólica		
Não	91	65
Sim	49	35
Frequentemente	19	13,6
Raramente	13	9,3
Parou de beber	17	12,1
Dificuldades em dormir		
Não	62	44,3
Sim	78	55,7
Demora	50	35,7
Acorda a noite	27	19,3
Acorda cedo	0	0
Sonolento	1	0,7
Dificuldades de locomoção		
Não	72	51,4
Sim	68	48,6
Auxílio de ajuda humano	8	5,7
Bengalas ou muletas	11	7,9
Andador	1	0,7
Cadeiras de Rodas	3	2,1
Mais de uma opção	8	5,7
Não necessita	37	26,5
Atividades Físicas		
Não	120	85,7
Sim	20	14,3
Clínica de internação		
Clínica médica	96	68,6
Clínica Cirúrgica	26	18,6
Clínica ortopédica	18	12,8

continua...

...continuação

Perfil dos Dados de Saúde		n	%
Número de medicamentos uso contínuos			
Nenhum		18	12,8
Um medicamento		17	12,1
Dois medicamentos		25	17,8
Três medicamentos		23	16,4
Quatro medicamentos		20	14,3
Cinco ou mais medicamentos		37	26,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

* Classificação de Risco - Protocolo de Manchester.

Tabela 3 - Relação entre a média, desvio padrão e razão de prevalência entre escala de depressão geriátrica EDG e escala de religiosidade de DUREL. Distrito Federal, 2016 (n=140)

EDG	n(%)	M	DP	Escala de Religiosidade de DUREL				
				RO	RNO	RI	RP	
				RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Normal	88 (62,7%)	3,09	1,26	0,93 (0,71-1,21)	0,75 (0,55-1,02)	0,61 (0,54-0,70)	0,65 (0,53-0,81)	0,93 (0,63-1,37)
Leve	47 (33,7%)	7,51	1,47	0,75 (0,55-1,02)	1,91 (0,53-6,87)	0,43 (0,31-0,59)	1,74 (0,61- 4,93)	1,00 (0,47 a 2,14)
Severa	5 (3,6%)	11,2	0,44	0,31 (0,05-1,80)	x	x	x	x

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dados: EDG - Escala de Depressão Geriátrica, DUREL- *Duke Religious Index*, RO- Religiosidade organizacional, RNO- Religiosidade não organizacional, RI- Religiosidade intrínseca, n(%) número de participantes e porcentagem, M- média, DP-Desvio padrão, RP- Razão de Prevalência, IC- Intervalo de confiança.

Tabela 4 - P-valor (Qui-quadrado) e coeficiente de correlação de Pearson (r) entre escala de depressão geriátrica EDG e escala de religiosidade de DUREL, Distrito Federal, 2016 (n=140)

Nível	Escala de Religiosidade de DUREL Questões	Escala de depressão geriátrica EDG-15					
		Normal		Leve		Severa	
		p*	r**	p*	r**	p**	r**
RO	Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	0,62	0,13	0,18	0,13	0,50	0,12
RNO	Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	0,18	0,00	0,26	0,01	0,50	0,00
RI-1	Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)?	0,11	0,11	≤0,00	0,12	0,69	0,12
RI-2	As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver?	0,02	0,06	0,24	0,05	0,43	0,07
RI-3	Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida?	0,74	0,02	0,98	0,05	x	0,03

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dados: DUREL - *Duke Religious Index*, RO - Religiosidade organizacional, RNO- Religiosidade não organizacional, RI-1 - Religiosidade intrínseca nível 1, RI-2 - Religiosidade intrínseca nível 2, RI-3 - Religiosidade intrínseca nível 3.

*valor_p= Teste do X² (Qui- Quadrado).

** r= Correlação de Pearson.

■ DISCUSSÃO

O resultado do estudo demonstrou que aproximadamente 50% dos idosos atendidos na unidade, não realizaram classificação de risco, muito em virtude da não realização do protocolo no período das 24 às 7 horas, salientando que os pacientes com guia de atendimento em unidades de ortopedia e cirurgia usualmente não passam pela classificação de risco, pela característica da instituição em que foi realizada a pesquisa.

A classificação de risco surgiu a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde para que os hospitais implantassem o sistema de acolhimento com classificação de risco, direcionando sua atenção ao grau de gravidade do caso e não a lógica de ordem de chegada⁽¹³⁾. Desta forma o estudo demonstrou concordância entre a classificação, e o desfecho de internação do paciente, demonstrando a eficácia do protocolo.

A clínica médica da unidade de emergência é caracterizada como a clínica com maior número de idosos internados, principalmente pelos quadros de agudizações de doenças crônicas não transmissíveis. Dados semelhantes foram apresentados por outras pesquisas que revelaram, que idade, o grau de escolaridade e as multimorbidades crônicas, além do local de residência longe dos centros urbanos, aumenta o grau de vulnerabilidade dessa população que acaba acarretando aumento da prevalência de internações e reinternações hospitalares⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Internações e reinternações podem estar associadas ao processo de senilidade, que leva a diminuição ou perda de mobilidade, conseqüentemente baixa aptidão física, e o desenvolvimento de sarcopenia e síndromes de fragilidades, que tornam esses idosos, mais vulneráveis a problemas de agudizações de doenças crônicas, conseqüentemente a internações, muitas dessas sensíveis a intervenções de enfermagem na atenção primária⁽¹⁵⁾.

A enfermagem desenvolve papel importante na prevenção das reinternações hospitalares, ao ser disseminadora de cuidados em saúde e possibilitar uma educação em saúde que oriente o paciente em seu tratamento e acompanhamento ambulatorial.

Estudos apontam que o aumento da religiosidade está associado com o número de morbidades incapacitantes presentes nos idosos, que podem estar impulsionadas pela necessidade de conforto e compensação religiosa⁽¹⁶⁾. Esta associação positiva entre a presença de religiosidade demonstrou em estudos, que leva os idosos a ter melhor bem estar físico, mental e conseqüentemente diminuições de agudizações de morbidades⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No presente estudo 47,14% dos idosos foram expostos aos efeitos deletérios do fumo e 35%, foram expostos a ál-

cool. Em geral os estudos demonstram quem as crenças religiosas agenciam a adoção de um estilo de vida saudável, com regras rígidas sobre o uso de álcool, tabaco, drogas, dieta e comportamentos sexuais, levando ao desencorajamento os comportamentos de risco, que são fatores de risco importantes para a morbidade e a mortalidade, e que na ausência de religiosidade pode os torna as pessoas mais propícias a práticas nocivas à saúde⁽¹⁶⁾.

Um fator relevante entre os idosos em situação de vulnerabilidades é a presença de sinais depressivos, que muitas vezes estão associadas a idade avançada, baixa escolaridade, uso de tóxicos, insônia e a presença de DCNT. Essas vulnerabilidades mostram elevado grau deletério na vida desses idosos, também visível nos dados encontrados na presente pesquisa que revelou uma prevalência de sinais depressivos em 37,57% dos idosos com sintomas leves e 4,79% com sinais severos, totalizando 42.36% de prevalência de sintoma depressivos na amostra.

Esses dados são divergentes de outras pesquisas, nas quais foram utilizados o mesmo instrumento para rastreio de depressão. As prevalências observadas no estudo realizado no município de Bagé, Rio Grande do Sul, foi 18%, já no estudo da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, demonstrou uma prevalência de 34,8% para pessoas muito idosas e 26,3% para a população na faixa etária de 60 a 79 anos. Já no outro estudo realizado na cidade de Alfenas, Minas Gerais foi observado que 88% dos idosos apresentavam sinais depressivos leves e 5% sinais depressivos severos, porém os três estudos foram realizados com idosos da comunidade, o que pode explicar essa divergência com a presente pesquisa, que teve como amostra, idosos hospitalizados e fragilizados pelo processo de doença⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Quanto aos aspectos religiosos, o presente estudo demonstrou valores de associação significativas ($p=0,02$) entre a Religiosidade Intrínseca no seu segundo nível que infere uma busca da internalização da crença religiosidade como objetivo pleno em sua vida e a ausência de sintomas depressivos, os índices apresentaram associação positiva de religiosidade com uma correlação de Pearson infimamente associada.

Nos idosos que apresentaram grau de religiosidade elevado, a religiosidade não se mostrou fortemente ligada a ausência de sinais depressivos, a associação foi positiva, mais a correlação de Pearson foi fraca na religiosidade intrínseca, e a sensação da presença de Deus. Em estudos semelhantes no qual foi utilizada a escala de Religiosidade de DUREL, foram demonstrados a ausência de associação entre a presença de religiosidade e ausências de sinais depressivos ($p=0,522$)⁽²⁰⁾.

O estudo apresenta limitações no que tangencia a percepção da espiritualidade pelos idosos, a escala de reli-

giosidade não engloba aspectos importantes do domínio existencial e a essência do ser humano, a fraca associação entre religiosidade e ausência de sinais depressivos podem estar correlacionadas ao entendimento de religiosidade pelos idosos, alguns autores afirmam que esperança e espiritualidade são fatores mais fortes constituintes de um eu resiliente, e engloba significados mais amplos que religiosidade⁽⁸⁾. As limitações inerentes ao próprio levantamento dos dados, como a real percepção de religiosidade relatada com a praticada, além do ambiente hospitalar, do processo de hospitalização, e os processos de complicações de enfermidades como fatores potencializadores dos sinais depressivos ou de despertar uma percepção de finitude e aproximação com Deus.

A espiritualidade é algo inato que promove bem-estar, saúde e estabilidade, e uma percepção individual do indivíduo que desperta sentimentos de esperança amor e fé, possibilita a transcendência e explicações de fatos pessoais, abrindo a possibilidade de reestruturação da vida⁽²⁰⁾.

■ CONCLUSÃO

Constatamos com este estudo que as vulnerabilidades inerentes ao processo de envelhecimento levam os idosos a fragilidade e muitas vezes ao desenvolvimento de sintomas depressivos.

Observou-se que a religiosidade, contribuiu para a bem-estar social e pessoal, contudo não se observa uma associação entre os níveis de religiosidade e ausências de sinais depressivos na população estudada, apesar disso, a religiosidade deve ser estimulada uma vez que idosos tendenciam ao isolamento, e o processo de internalização de sua religiosidade podem proporcionar maior resiliência ao enfrentamento das adversidades da vida.

Dentre os benefícios da pesquisa para a enfermagem, incluem estratégias de adesão a religiosidade dos idosos, como ferramenta de construção de redes de apoio, bem como desenvolver estratégias de otimização do atendimento e melhora de protocolos internos de acolhimento do paciente idoso, e diminuição das vulnerabilidades nos idosos, possibilitando os profissionais de saúde a intervir em determinantes de saúde sensíveis a medidas educativas de saúde.

Nesse contexto a pesquisa serve como subsídios para enfermagem entender os aspectos de vulnerabilidades nas pessoas idosas e o contexto da religiosidade como ferramenta de apoio, despertando o interesse para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre aspectos de religiosidade e espiritualidade no contexto de saúde da pessoa idosa.

■ REFERÊNCIAS

1. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. A perspective overview of dementia in Brazil: a demographic approach. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2949-56.
2. Van Ancum JM, Scheerman K, Jonkman NH, Smeenk HE, Kruizinga RC, Meskers CGM et al. Change in muscle strength and muscle mass in older hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol*. 2017 Jun;92:34-41.
3. Leal MCC, Apóstolo JLA, Mendes AMOC, Marques APO. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):208-14.
4. Von Faber M, Van der Geest G, Van der Weele GM, Blom, JW, Van der Mast RC, Reis R, et al. Older people coping with low mood: a qualitative study. *Int Psychogeriatr*. 2016 Apr 28(4):603-12.
5. Duarte FM, Wanderley KS. [Religion and spirituality of elderly living in a geriatrics ward]. *Psic Teor Pesq*. 2011;27(1):49-53. Portuguese.
6. Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bouso RS, Santos AS. Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2015 Oct;68(5):791-6.
7. Wottrich SH, Quintana AM, Camargo VP, Quadros COP, Naujorks AA. [Meanings and experiences following the surgical indication for cardiac patients]. *Psicol Estud*. 2013;18(4):609-19. Portuguese.
8. Solano JPC, da Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliative Care*, 2016;15:70.
9. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999 jun;7(2):421-6.
10. Cohen R, Paskulin LMG, Prieb RG. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015 jun;18(2):307-17.
11. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. [Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL]. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):31-2. Portuguese.
12. Mukaka MM. Statistics corner: a guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. 2012 Sep;24(3):69-71.
13. Bellucci Júnior JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya OS, Vidor RC, Matsuda LM et al. [Hospital emergency service patient reception with triage: evaluation of the care process]. *Rev Enferm UERJ*. 2015 Jan-Feb;23(1):82-7. Portuguese.
14. Graham KL, Wilker EH, Howell MD, Davis RB, Marcantonio E R. Differences between early and late readmissions among medical patients: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2015;162(11):741-9.
15. Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman, GC. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2015 Aug;35(6):87-94.
16. Sowa A, Golinowska S, Deeg D, Principi A, Casanova G, Schulmann K, et al. Predictors of religious participation of older Europeans in good and poor health. *Eur J Ageing*. 2016 Jun;13(2):145-7.
17. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Mar;18(1):1-12.
18. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. [Prevalence of depressive symptoms and associated factors among elderly in northern Minas Gerais: a population-based study]. *J Bras Psiquiatr*. 2015 Jun;64(2):122-31. Portuguese.

19. Chaves ECL, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: a cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(3):648-55.
20. Nascimento LC, Santos TFM, Oliveira FCS, Pan R, Flória MS, Semirmis MM. Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Texto contexto Enferm.* 2013 May;22(1):52-60.

■ **Autor correspondente:**

Bruno Leonardo Soares Nery
E-mail: brunoneryenfermagem@gmail.com

Recebido: 07.09.2017
Aprovado: 27.02.2018