

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**EWERTON NAVES DIAS**

**RELIGIOSIDADE E FATORES ASSOCIADOS:  
UM ESTUDO COM RESIDENTES NA CIDADE DE ITAJUBÁ, MINAS GERAIS**

**SÃO PAULO**

**2012**

**EWERTON NAVES DIAS**

**RELIGIOSIDADE E FATORES ASSOCIADOS:  
UM ESTUDO COM RESIDENTES NA CIDADE DE ITAJUBÁ, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miako Kimura

**SÃO PAULO**

**2012**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)**

**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**

**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Dias, Ewerton Naves

Religiosidade e fatores associados: Um estudo com residentes na cidade de Itajubá, Minas Gerais.  
Ewerton Naves Dias - São Paulo, 2012.

71 p.

Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miako Kimura

1. Religiosidade 2. Gênero Feminino 3. Idoso

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Ewerton Naves Dias

Título: Religiosidade e fatores associados: Um estudo com residentes na cidade de Itajubá, Minas Gerais.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miako Kimura, pela valiosa orientação, amizade e apoio ao longo desses dois anos de convívio e trabalho.

Ao Prof. Dr José Vitor da Silva, pela amizade e incentivo. Com toda certeza essa etapa da minha vida não teria se concretizado sem sua contribuição.

À CAPES pela concessão da bolsa de mestrado.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo apoio e solicitude.

A minha família pelo amor, carinho e incentivo.

A todos que contribuíram para realização deste trabalho.

Dias, EN. Religiosidade e fatores associados: um estudo com residentes na cidade de Itajubá, Minas Gerais. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

## **Resumo**

As relações entre religiosidade e saúde têm sido cada dia mais estudadas e as evidências têm apontado que as práticas religiosas e espirituais podem ser associadas com melhor saúde física, maior longevidade, melhor saúde mental e a um maior apoio social. Todavia, ainda são poucos os estudos que investigam esse fenômeno principalmente na realidade brasileira. Os objetivos deste estudo foram descrever sobre a religiosidade e analisar sua associação com as características sociodemográficas e de saúde das pessoas residentes na cidade de Itajubá-MG. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta de 600 residentes na cidade de Itajubá, Minas Gerais, de ambos os sexos, na faixa etária de 20 ou mais. O tipo de amostragem foi não-probabilístico, estratificado, proporcional por faixa etária e sexo dos residentes da cidade. As variáveis utilizadas para o estudo foram as características sociodemográficas e de saúde. Para a avaliação da religiosidade foi utilizado o instrumento Índice de Religiosidade da Universidade de Duke – DUREL (alfa de Cronbach 0,75). Os resultados apontaram que 90,8% dos entrevistados referiram praticar alguma religião. A filiação religiosa católica foi a mais frequente com (67,7%), evangélica (30,8%) e espírita (1,3%). As variáveis sexo feminino e maior idade se associaram a maiores índices de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca. Diante dos dados apresentados pode-se concluir que a população estudada apresenta bom índice de religiosidade e que esse fenômeno está diretamente associado ao gênero feminino e a pessoa idosa.

Palavras-chave: Religiosidade, Gênero feminino e Idoso.

Dias EN. Religiosity and associated factors: a study of residents in Itajubá, Minas Gerais. [Dissertation]. London: School of Nursing, University of São Paulo, 2012.

## **Abstract**

The relationship between religiosity and health have been increasingly studied, and, evidences have shown that religious and spiritual practices can be associated with better physical health, greater longevity, better mental health and greater social support. However, there are few studies investigating this phenomenon, especially in the Brazilian reality. The objective of this study was to describe and analyze religiosity on their association between religiosity and sociodemographic characteristics and health of the people living in the city of Itajubá/Minas Gerais (MG). This is an epidemiological, observational, cross-sectional study with a quantitative approach. The study population consisted of 600 residents of Itajubá (MG), both genders, aged 20 or more. The sampling of the residents was non-probabilistic, stratified, and proportional by age and sex. The variables studied were sociodemographic characteristics and health. The instrument used for assessing religiosity was the Index of Religiosity from Duke University – Durel (Cronbach's alpha 0.75). The results showed that 90.8% of respondents reported practicing some religion. Catholic religious was more frequent with 67.7%, Evangelical with 30.8% and finally Spiritualism/Kardecists with 1.3%. Female and older ages were associated with higher levels of organizational religiosity, non-organizational and intrinsic religiosity. From the data presented it can be concluded that this population has a good index of religiosity and that this phenomenon is directly associated with female gender and elderly.

Key words: Religion, Female Gender and Elderly.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorização das variáveis independentes.	24
----------	--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da população residente em Itajubá, segundo sexo e faixa etária. Itajubá, 2009.	19
Tabela 2	Distribuição da amostra de 600 habitantes de Itajubá, segundo faixa etária e sexo. Itajubá, 2010.	20
Tabela 3	Caracterização da amostra segundo a idade, sexo, situação conjugal, filhos, escolaridade, trabalho e renda familiar mensal. Itajubá, 2010.	28
Tabela 4	Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas à saúde. Itajubá, 2010.	29
Tabela 5	Caracterização da amostra segundo variáveis religiosas. Itajubá, 2010.	29
Tabela 6	Estatística descritiva dos escores dos domínios de religiosidade da escala DUREL. Itajubá, 2010.	31
Tabela 7	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com o sexo masculino e feminino. Itajubá, 2010.	32
Tabela 8	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a prática religiosa. Itajubá, 2010.	32
Tabela 9	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a situação conjugal. Itajubá, 2010.	33
Tabela 10	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as pessoas com ou sem filhos. Itajubá, 2010.	34
Tabela 11	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a situação de trabalho. Itajubá, 2010.	34
Tabela 12	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as pessoas com ou sem doença crônica. Itajubá, 2010.	35
Tabela 13	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a prática de atividade física. Itajubá, 2010.	36



Tabela 14	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com o tipo de religião. Itajubá, 2010.	37
Tabela 15	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre os níveis de escolaridade. Itajubá, 2010.	37
Tabela 16	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as diferentes faixas de renda mensal familiar. Itajubá, 2010.	38
Tabela 17	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre os diferentes estados de saúde. Itajubá, 2010.	39
Tabela 18	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as diferentes faixas etárias. Itajubá, 2010.	40
Tabela 19	Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre os diferentes tempos em anos de portar doença crônica. Itajubá, 2010.	40
Tabela 20	Variáveis e níveis de significância na análise multivariada. Itajubá, 2010.	41
Tabela 21	Razões de chance estimadas pelo modelo de Regressão Logística à maior Religiosidade Organizacional (RO). Itajubá, 2010.	43
Tabela 22	Razões de chance estimadas pelo modelo de Regressão Logística à maior Religiosidade Não Organizacional (RNO). Itajubá, 2010.	44
Tabela 23	Razões de chance estimadas pelo modelo de Regressão Logística à maior Religiosidade Intrínseca (RI). Itajubá, 2010.	44

## SUMÁRIO

1-	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2-	<b>OBJETIVOS</b> .....	14
3-	<b>RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE - ASPECTOS CONCEITUAIS</b> .....	15
4-	<b>MÉTODO</b> .....	18
4.1.	Tipo de estudo .....	18
4.2.	Cenário do estudo .....	18
4.3.	População .....	18
4.4.	Amostra, amostragem e critérios de inclusão .....	19
4.5.	Coletas de dados .....	20
4.5.1.	Instrumentos.....	20
4.5.2.	Procedimentos para coleta de dados .....	22
4.6.	Categorização das variáveis do estudo .....	24
4.6.1.	Variáveis dependentes .....	24
4.6.2.	Variáveis independentes .....	24
4.7.	Análise dos dados e tratamento estatístico .....	25
4.8.	Aspectos éticos da pesquisa .....	27
5-	<b>RESULTADOS</b> .....	28
5.1.	Características sociodemográficas e de saúde .....	28
5.2.	Avaliação do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke – Durel .....	31
5.3.	Análise comparativa da escala Durel em relação às diversas variáveis sociodemográficas e de saúde .....	31
5.3.1.	Comparação entre variáveis com duas categorias .....	31
5.3.2.	Variáveis com mais de duas categorias .....	36
5.4.	Análise de regressão logística .....	43
5.4.1.	Análise para o Domínio RO .....	43
5.4.2.	Análise para o Domínio RNO .....	44
5.4.3.	Análise para o Domínio RI .....	44
6-	<b>DISCUSSÃO</b> .....	46
7-	<b>CONCLUSÃO</b> .....	54
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55
	<b>APÊNDICES</b> .....	61
	<b>ANEXOS</b> .....	66

## 1- INTRODUÇÃO

A interligação entre a religiosidade e a saúde remonta aos primórdios da evolução do homem, onde os poderes da “cura” estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (sacerdotes, xamãs, etc.), a quem eram reconhecidos o “poder” para tratar dos males do corpo (Pinto; Pais-Ribeiro, 2007). Desde o início da formação da sociedade, o trabalho em saúde voltado para a cura e a prevenção das doenças se organizou estreitamente ligado às práticas religiosas (Vasconcelos, 2006). Entretanto, somente com o surgimento e avanço das ciências essa associação entre religiosidade, espiritualidade e saúde deixou de ser questionada empiricamente para ser discutida cientificamente (Santos, 2009).

Na atualidade, pesquisas têm sido publicadas investigando as relações entre envolvimento religioso e saúde física e mental (Moreira-Almeida, et al. 2010). Tais relações vêm sendo cada vez mais estudadas e as evidências têm apontado que as práticas religiosas e espirituais estão associadas à melhor saúde física e maior longevidade, bem como a uma melhor saúde mental e a um maior apoio social (Koenig et al., 2004; Moreira-Almeida, Neto, Koenig, 2006; Guimarães, Avezum, 2007).

Estudos epidemiológicos consistentes mostram que existe uma relação positiva entre religiosidade e a melhora dos indicadores de saúde (Stropa, Moreira-Almeida, 2008). Pessoas envolvidas em atividades como frequência a serviços religiosos, orações e leitura de textos religiosos, e que se consideram “mais religiosas” apresentam maior bem-estar psicológico e menor prevalência de depressão, menor uso, abuso ou dependência de substâncias e comportamentos suicidas (Dalgalarrodo, 2006; Alves et al, 2010).

Crenças e atividades religiosas têm sido ainda associadas com melhor função imunológica, menores taxas de mortalidade devido ao câncer e a doenças cardíacas, menores níveis de colesterol e pressão arterial, comportamentos saudáveis como (fumar menos, praticar mais exercícios e ter melhor qualidade de sono), redução das taxas de suicídio, menor ansiedade,

menor uso de substâncias proibidas, menor depressão e recuperação mais rápida da mesma, maior bem-estar, maior apoio social, maior estabilidade e satisfação conjugal, esperança, otimismo e mais propósito e significado para a vida (Koenig 1998; Koenig 2001; Koenig 2004).

Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos apontam para uma associação positiva entre envolvimento religioso e sexo feminino e maior idade (Krause, 2004). No Brasil, um levantamento realizado com amostra nacionalmente representativa também evidenciou que as mulheres e os mais idosos apresentavam níveis significativamente maiores de comprometimento com práticas religiosas individuais e coletivas, mesmo após controle para os outros fatores sociodemográficos (Moreira-Almeida et al., 2010).

Alguns autores propõem ainda que a religiosidade tende a ser maior entre indivíduos de camadas mais desfavorecidas economicamente. Todavia, em estudo desenvolvido recentemente com a população brasileira, indicadores de níveis socioeconômicos como renda, nível educacional, ocupação e estado civil não apresentaram associações significativas com a religiosidade (Moreira-Almeida et al. 2010).

Investigação sobre enfrentamento e sua relação com fatores sociodemográficos e aspectos clínicos de pessoas portadoras de HIV/AIDS, mostrou que pessoas com escolaridade até o ensino médio incompleto apresentaram médias mais elevadas, estatisticamente significativas, demonstrando maior utilização de busca de práticas religiosas como forma de enfrentamento para seus problemas (Seidl, 2005).

Todavia, em contraste com esses estudos, que indicam a influência benéfica dos fatores religiosos sobre a saúde de indivíduos e populações, há outros que mostram resultados opostos, associando a religião e a religiosidade com pior estado de saúde mental e física, com comportamentos negativos de enfrentamento e com o uso inadequado dos serviços de saúde (Ellison, Levin 1998). Maton, citado por Chatters (2000) menciona que certas doutrinas religiosas podem gerar estados emocionais (por exemplo, culpa, vergonha e ansiedade) e atitudes e crenças que reforçam a visão negativa da natureza humana. Os usos impróprios da religião, que levam ao fanatismo, asceticismo,

mortificações e tradicionalismo opressivo, também podem ter consequências negativas sobre a saúde das pessoas e comunidades (Alves et al, 2010).

Dessa forma os potenciais efeitos positivos ou negativos da religiosidade sobre a saúde física e mental de indivíduos e populações justificam o interesse e a importância de se investigar esse fenômeno presente na cultura brasileira e mundial.

Ao observar a literatura atual, no entanto, percebe-se que ainda são poucos os estudos de base populacional, principalmente no que se refere à realidade brasileira. Em sua grande maioria os estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos e Europa, havendo ainda uma grande lacuna de conhecimento sobre esse tema no Brasil (Peres; Simão; Nasello, 2007; Bezerra et al. 2009; Moreira-Almeida et al. 2010). Dados oficiais revelem que mais de 90% da população brasileira se declara praticante de alguma religião (Brasil, 2000). Outro levantamento também recente, realizado com uma amostra probabilística da população brasileira, evidenciou altos níveis de religiosidade. Nesta pesquisa, 83% dos participantes informaram ser a religião muito importante na sua vida e 37% disseram frequentar um serviço religioso pelo menos uma vez por semana (Moreira-Almeida et al., 2010).

Portanto, considera-se que estudos como este, que pretende analisar a relação da religiosidade com características pessoais e de saúde de uma população são de relevância, uma vez que visa à investigação de um fenômeno tradicional da cultura humana que, apesar de conhecido desde a antiguidade, ainda tem sido pouco estudado e explorado cientificamente, sobretudo na realidade brasileira.

## 2- OBJETIVOS

- Descrever aspectos da religiosidade de pessoas residentes em Itajubá, Minas Gerais.
- Analisar a associação entre religiosidade e características sociodemográficas (sexo, idade, religião, situação conjugal, escolaridade, situação de trabalho, renda familiar) e relacionadas à saúde (prática de atividade física, estado de saúde percebido e presença de doença crônica) de pessoas residentes na cidade de Itajubá.

### 3- RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE – ASPECTOS CONCEITUAIS

O termo religião “procede do étimo latino *religio*, formado pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e pelo verbo *ligare* (ligar, unir, vincular)” (Sanchez; Nappo, 2007). As religiões são sistemas de crenças, com tradições acumuladas envolvendo símbolos, rituais, cerimônias e trazem explicações sobre a vida e a morte. A religião pode ser entendida ainda como uma dimensão da vida social e cultural e elemento de expressão individual e coletiva, capaz de organizar modos de sentir e lidar com o sofrimento (Baltazar, 2003). A religião possui importante papel na formação cultural e na construção dos sentidos no âmbito social, assim como no individual, aponta as vivências intersubjetivas e é nessa fronteira que a pessoa se situa, elaborando sua experiência e atribuindo significados, transformando a si e ao mundo (Luczinski, 2005).

A religião é um fenômeno humano complexo e subjetivo, que envolve diversas áreas da ciência como a psicologia, sociologia, antropologia, história, política, teologia e filosofia. A religião é uma das dimensões mais importantes e significativas da experiência humana (Gonçalves, 2011).

Espiritualidade é um conceito mais amplo que religião, podendo esta ser entendida como uma expressão da espiritualidade. Espiritualidade é um sentimento mais individual ou subjetivo de experiência do sagrado, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos de culpa, raiva e ansiedade (Xavier, 2006; Saad, Masiero, Battistella, 2001). Pode ser definida como experiência pessoal que busca a autotranscendência, o sentido e o propósito da vida através da conexão com os outros, a natureza, o sagrado ou um ser superior, que pode ou não envolver práticas ou a formação de comunidades religiosas (Lucchetti et al, 2010).

A espiritualidade pode ser significativa para as pessoas independente de suas religiões, bem como para as pessoas com crenças pessoais que não se encaixam em uma religião formal. No sentido oposto, uma pessoa pode se apresentar extremamente religiosa, mas ter uma espiritualidade pouco

desenvolvida por não vivenciar estes aspectos em seu interior (Saad; Medeiros, 2008).

A espiritualidade pode abranger comportamentos, emoções, experiências e pensamentos, a busca por envolvimento ou a percepção da existência de Deus, poder superior, realidade última. Dessa forma, ela pode ser definida como a relação com o sagrado ou o transcendente (Koenig, 2001; Dedert, 2004).

Os termos relacionados à religiosidade são complexos e numerosos. Alguns autores definem religiosidade como atributos relativos a uma religião específica, diferenciando-a de espiritualidade (Faria; Seidl, 2005). Religiosidade é entendida como “extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional (participação no templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão)” (Lucchetti, et al 2010).

O termo religiosidade envolve comportamentos, emoções e pensamentos derivados de crenças sobre o sagrado, associados a uma determinada tradição ou denominação religiosa, e pode incluir tanto comportamento aberto (por exemplo, frequencia a cultos de adoração), como experiências pessoais: oração, meditação (Dedert, 2004).

A religiosidade tende a denotar um sentido mais estrito, vinculado à religião. Porém, isso não significa necessariamente a opção por uma crença religiosa, mas sim, uma das possíveis maneiras de o homem encontrar sentido para a vida (Xavier, 2006; Aquino et al 2009).

A religiosidade integra as experiências de vida humana e, por isso, é a constituinte da maneira como a pessoa se coloca no mundo, da forma como vê as situações em sua vida e como as enfrenta. Ela tem a capacidade de agir profundamente na vida das pessoas que a ela recorrem, cumprindo um papel significativo de suporte social. A religiosidade permite a construção de um mundo possível, dando um sentido ao caos fenomênico da experiência. Além disso, permite aos homens que o seu sofrimento tenha uma forma e sentidos determinados (Donatelli, 2005; Baltazar, 2003).



A religiosidade pode ainda ser definida como um “sistema organizado de crenças, práticas e símbolos desenvolvidos para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente” (Koenig, 2001).

Estudiosos do assunto (Koenig, Büssing, 2010; Moreira-Almeida et al., 2010) consideram que a religiosidade compreende três dimensões descritas a seguir:

- Religiosidade organizacional (RO): relacionada à frequência a templos ou atividades religiosas que ocorrem no contexto de uma instituição religiosa (frequência às atividades religiosas formais).
- Religiosidade não-organizacional (RNO): envolve comportamentos informais, ou privados, ou seja, que acontecem fora do contexto da organização religiosa, podendo manifestar-se individualmente ou em pequenos grupos. Exemplo: leitura da bíblia, ouvir ou assistir programas religiosos.
- Religiosidade intrínseca (RI) ou subjetiva: relacionada ao quanto a pessoa se considera religiosa. Associa-se aos aspectos psicológicos da religiosidade, ou seja, referem-se às crenças, conhecimentos e atitudes relativos à experiência religiosa, bem como aos auto-relatos de tais experiências e ao significado pessoal atribuído à religião.

Apesar de todo arcabouço teórico já existente sobre o assunto, vale ressaltar que ainda continuam existindo diferenças significativas quanto à compreensão do que sejam a religião, espiritualidade e religiosidade, o que favorece um uso intercambiável desses termos, gerando sinonímia e pouca clareza (Sanchez; Nappo, 2007). Tais fatos têm dificultado a abordagem e a realização de estudos que investigam os temas mencionados (Faria; Seidl, 2005).

## **4- MÉTODO**

### **4.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Este estudo é parte integrante da pesquisa desenvolvida por Silva (2012) sobre as medidas psicométricas do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke – DUREL, aplicado aos residentes da cidade de Itajubá-MG.

### **4.2. Cenário do estudo**

O estudo foi realizado em Itajubá, cidade do sul de Minas Gerais, onde o autor do presente estudo desenvolve suas atividades profissionais enquanto docente e pesquisador da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.

### **4.3. População**

A população de Itajubá, em 2009, era constituída de 90.225 habitantes (DATASUS, 2009). A população alvo deste estudo foi composta pelos residentes da cidade de Itajubá, de ambos os sexos, nas faixas etárias a partir de 20 anos, considerando o critério adotado pelo DATASUS para classificação etária. Segundo a contagem de 2009, o número de habitantes com estas características era de 61.858 indivíduos, correspondendo a 68,5% do total da população de Itajubá.

A distribuição da população residente na cidade no ano de 2009, segundo sexo e faixas etárias está apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição da população residente em Itajubá, segundo sexo e faixa etária. Itajubá, 2009.**

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>Masculino n (%)</b>	<b>Feminino n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
20 a 29	8.084 (13,1)	7.771 (12,5)	15.855 (25,6)
30 a 39	6.583 (10,6)	6.452 (10,4)	13.035 (21,0)
40 a 49	5.817 (9,4)	6.542 (10,6)	12.359 (19,9)
50 a 59	4.632 (7,4)	5.042 (8,2)	9.674 (15,6)
60 a 69	2.602 (4,3)	3.081 (4,9)	5.683 (9,2)
70 a 79	1.448 (2,3)	2.014 (3,3)	3.462 (5,5)
80 anos e mais	686 (1,2)	1.104 (1,8)	1.790 (2,8)
<b>Total</b>	<b>29.852 (48,3)</b>	<b>32.006 (51,7)</b>	<b>61.858 (100,0)</b>

FONTE: Datasus (2009).

#### **4.4. Amostra, amostragem e critérios de inclusão**

O tamanho da amostra foi calculado admitindo-se um erro amostral máximo de 4%, com nível de confiança de 95%. O resultado inferiu amostra de, no mínimo, 595 pessoas. Dessa forma, a amostra do estudo foi composta por 600 pessoas.

O método de amostragem não-probabilística por cota foi utilizado para seleção da amostra. Neste método, são inicialmente identificados estratos da população com base em suas características e, a seguir, são estabelecidas cotas para cada estrato, visando aumentar a representatividade de segmentos da população na amostra (Polit, Beck, Hungler, 2011). A amostra foi distribuída em estratos, tendo como referência as variáveis faixa etária e sexo. Em cada um dos estratos foram mantidas cotas de participantes em proporções correspondentes à distribuição da população alvo nos diferentes estratos.

Para serem incluídos no estudo, os participantes atenderam os seguintes critérios:

- ser residente nas zonas urbana ou rural da cidade de Itajubá;
- ter idade mínima de 20 anos;
- manifestar concordância em participar do estudo.
- apresentar condições físicas, cognitivas e mentais para responder aos instrumentos de pesquisa. No caso de dúvida em relação à capacidade cognitiva e mental do entrevistado foi aplicado o questionário de avaliação mental (Ventura, Bortino, 1986).

A distribuição da amostra de 600 habitantes, segundo faixa etária e sexo, está representada na Tabela 2.

**Tabela 2 – Distribuição da amostra de 600 habitantes de Itajubá, segundo faixa etária e sexo. Itajubá, 2010.**

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>Masculino n (%)</b>	<b>Feminino n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
20 a 29 anos	79 (13,2)	75 (12,5)	154 (25,7)
30 a 39 anos	64 (10,6)	62 (10,3)	126 (21,0)
40 a 49 anos	56 (9,3)	64 (10,6)	120 (20,0)
50 a 59 anos	45 (7,5)	49 (8,1)	94 (15,6)
60 a 69 anos	25 (4,16)	30 (5,0)	55 (9,1)
70 a 79 anos	14 (2,3)	19 (3,1)	33 (5,5)
80 anos e mais	8 (1,3)	10 (1,6)	18 (3,0)
<b>Total</b>	<b>290 (48,3%)</b>	<b>310 (51,7%)</b>	<b>600 (100%)</b>

#### **4.5. Coleta de dados**

##### **4.5.1. Instrumentos**

Para realização deste estudo utilizou-se três instrumentos:

1- Caracterização sociodemográfica e de saúde (Apêndice A). Este instrumento destinou-se à obtenção de dados de identificação pessoal, familiar, econômica e de saúde do entrevistado, tais como: idade, sexo, religião, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, situação de trabalho, renda

mensal familiar, percepção atual de saúde, doenças crônicas e realização de atividade física.

2- Índice de Religiosidade da Universidade Duke – DUREL (Anexo A). Foi construído por Koenig, Meador e Parkerson (1997), traduzido para o português por Moreira-Almeida et al. (2008) e validado por Lucchetti et al. (2010) em amostra brasileira de 383 adultos de uma comunidade de baixa renda.

O instrumento DUREL é uma medida breve de religiosidade, desenvolvido para uso em grandes estudos epidemiológicos. É composto por cinco itens destinados à avaliação de três dimensões de religiosidade: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (Koenig; Büssing, 2010).

A RO é avaliada por meio de um item a respeito da frequência à igreja, templo ou outro encontro religioso. A RNO refere-se à frequência dedicada a atividades religiosas privativas, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos e é também avaliada por um item. As respostas a estes dois primeiros itens são do tipo Likert com pontuação de 1 para “mais de uma vez por semana” a 6 para “raramente ou nunca”. Já os itens de 3 a 5 avaliam a RI por meio de frases a respeito de crenças e experiências religiosas, com respostas variando de 1 a 5 (“totalmente verdade para mim” a “não é verdade”). Neste estudo as pontuações dos cinco itens são invertidas, de tal forma que quanto menor a pontuação, maior a religiosidade.

Não se recomenda a soma das pontuações dos cinco itens para a obtenção de um escore total. As três dimensões (RO, RNO E RI) devem ser analisadas separadamente (Moreira-Almeida et al, 2008; Koenig, Büssing, 2010).

Quanto às propriedades psicométricas, no estudo original realizado com idosos internados do Hospital Duke, os três itens da dimensão RI apresentaram um alfa de Cronbach de 0,75, uma forte correlação com os 10 itens de RI da escala Hoge ( $r = 0,85$ ) e uma correlação moderada com a dimensão RO ( $r = 0,40$ ) e RNO ( $r = 0,42$ ). Resultados de outros estudos demonstraram também alta confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclasse de 0,91),

alta consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,78 e 0,91) e que confirmam a estrutura fatorial do DUREL (Koenig, Büssing, 2010).

O DUREL já foi traduzido para diversos idiomas, entre eles o espanhol, português, chinês, romeno, japonês, tailandês, persa/árabe, alemão, norueguês, holandês e dinamarquês (Koenig; Büssing, 2010).

Na validação da versão brasileira do DUREL obteve-se boa consistência interna dos cinco itens e da dimensão RI, com valores do alfa de Cronbach de 0,73 e 0,76, respectivamente (Lucchetti et al. 2010).

3- Questionário de avaliação mental (Ventura, Bortino, 1986), (Anexo B). Consiste de 10 perguntas que analisam basicamente a orientação têmporo-espacial e a memória para os fatos tardios, possibilitando avaliar se a pessoa sofre ou não de uma síndrome mental. O respondente deve acertar no mínimo sete do total das 10 perguntas.

#### **4.5.2. Procedimentos para coleta de dados**

Para a coleta de dados, o pesquisador contou com a colaboração de três alunos de graduação em enfermagem que foram previamente capacitados.

O treinamento foi baseado nos procedimentos de Yamada (2006), conforme descrito a seguir:

- explicação dos objetivos da pesquisa e a forma de realização da coleta dos dados;
- explicação sobre os instrumentos pelo pesquisador e auto-preenchimento pelo aluno colaborador, para melhor entendimento das questões;
- discussão e esclarecimentos acerca das questões de maior dificuldade de entendimento;
- demonstração da aplicação dos instrumentos por entrevista, seguida de discussão com o aluno colaborador;
- demonstração de uma segunda entrevista para reforço de aprendizagem, com discussão a seguir;

- realização de uma entrevista pelo aluno colaborador para verificação de desempenho pelo pesquisador;
- discussão da entrevista realizada, pontuando-se a(s) questão(ões) abordadas pelo pesquisador;
- realização de mais duas entrevistas pelo aluno em capacitação, sob supervisão do pesquisador;
- repetição de entrevistas sob supervisão, até que o aluno demonstrasse habilidade e segurança.

Foi realizado um pré-teste com 50 residentes de Itajubá, de ambos os sexos, com idade a partir de 20 anos e que não fizeram parte da amostra definitiva. Observou-se com o pré-teste que não houve necessidade de realizar alterações no estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista em locais como (ruas, praças, Igrejas e domicílios) nos bairros da cidade de Itajubá.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de modo a incluir o número de casos definido no plano de amostragem por cota, considerando-se a faixa etária e o sexo (Tabela 2). Antes do início da entrevista, o participante tomou ciência do objetivo do estudo, dos instrumentos a serem aplicados e da garantia do anonimato e sigilo dos dados. Após anuência, obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelo respondente em duas vias. A primeira via foi entregue ao entrevistado e a segunda ficou sob a posse do pesquisador.

Os instrumentos da pesquisa foram preenchidos pelo pesquisador ou pelos entrevistadores capacitados, após leitura dos itens e das opções de resposta.

## 4.6. Categorização das variáveis do estudo

### 4.6.1. Variáveis dependentes

As variáveis dependentes do estudo foram os domínios do DUREL: Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca.

### 4.6.2. Variáveis independentes

O Quadro 1 descreve como as variáveis independentes foram analisadas no estudo.

**Quadro 1 - Categorização das variáveis independentes.**

<b>VARIÁVEL INDEPENDENTE</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>
<b>Sexo</b>	1- Masculino 2- Feminino	Qualitativa nominal
<b>Idade</b>	1- De 20 a 39 anos 2- De 40 a 59 anos 3- 60 e mais anos	Qualitativa ordinal
<b>Religião</b>	1- Sim 2- Não	Variável dicotômica
<b>Escolaridade</b>	1- Sem escolaridade 2- Ensino fundamental 3- Ensino médio 4- Ensino superior	Qualitativa ordinal
<b>Situação Conjugal</b>	1- Com conjugue ou companheiro 2- Sem conjugue ou companheiro	Variável dicotômica
<b>Número de filhos</b>	Número	Quantitativa discreta
<b>Tem trabalho</b>	1- Sim 2- Não	Variável dicotômica
<b>Renda mensal familiar</b> (em salários mínimos-SM)	1- Até um salário mínimo 2- Mais de 1 a 2 salários mínimos 3- Mais de 2 a 3 salários mínimos 4- Mais de 3 a 5 salários mínimos 5- Mais de 5 salários mínimos	Qualitativa ordinal
<b>Avaliação do estado de saúde</b>	1- Muito boa 2- Boa 3- Regular	Qualitativa



	4- Ruim	nominal
<b>Presença de doença crônica</b>	1- Sim 2- Não	Variável dicotômica
<b>Tempo de doença crônica</b>	Tempo em anos	Quantitativa discreta
<b>Atividade física</b>	1- Sim 2- Não	Variável dicotômica

#### 4.7. Análise dos dados e tratamento estatístico

Para a construção do banco de dados utilizou-se o programa Microsoft Excel. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 17).

Para descrição das características da amostra, as variáveis qualitativas foram apresentadas às frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas a média, desvio-padrão e a mediana como medidas-resumo e valores mínimo e máximo para apontar a variabilidade.

Para a comparação dos escores médios dos domínios RO E RNO entre dois grupos de interesse (por exemplo, homens e mulheres), foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e para comparação entre variáveis com mais de duas categorias, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Quando houve diferença significativa entre os grupos, para a identificação de quais grupos apresentam diferenças entre si, foram feitas comparações múltiplas (dois a dois grupos) utilizando o teste de Dunn, adequado para a abordagem não paramétrica.

Já para a comparação do escore médio do domínio RI entre dois grupos de interesse, por se tratar de um escore formado pela média de três itens, o teste utilizado foi o t-Student. Para a comparação do domínio RI entre variáveis com mais de duas categorias, o teste utilizado foi a Análise de Variância (ANOVA). Para utilização deste teste foi verificado se, para cada variável, as variâncias eram homogêneas entre os grupos (suposição para a utilização). Quando não foi verificada homogeneidade das variâncias, foi feito o ajuste através do teste de Brown-Forsythe (BF). Quando houve diferença significativa

entre os grupos, para a identificação de quais grupos apresentam diferenças entre si, foram feitas comparações múltiplas, utilizando o teste de Dunnett ou o teste de Bonferroni, este último quando não houve o ajuste de Brown-Forsythe, ou seja, houve igualdade das variâncias.

Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%.

A Regressão Logística foi utilizada para identificar os fatores que influenciam uma maior religiosidade de acordo com os três domínios da escala DUREL. Para essa análise, as categorias de resposta dos três domínios foram dicotomizadas conforme demonstrado a seguir:

- Religiosidade Organizacional (RO)

Q.1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
“Uma vez por semana” a “mais do que uma vez por semana” (maior RO)	329	54,8
“Duas a três vezes por mês” a “nunca” (menor RO)	271	45,2
Total	600	100,0

- Religiosidade Não Organizacional (RNO)

Q.2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?

<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
“Diariamente” a “mais do que uma vez ao dia” (maior RNO)	431	71,8
“Duas ou mais vezes por semana” a “raramente ou nunca” (menor RNO)	169	28,2
Total	600	100,0

- Religiosidade Intrínseca (RI)

Q.3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

Q.4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

Q.5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Média maior que 2 (maior RI)	494	82,3
Média menor ou igual a 2 (menor RI)	106	17,7
Total	600	100,0

Para a análise de Regressão Logística foram inseridas no modelo inicial todas as variáveis que na etapa anterior (análise univariada), apresentaram nível de significância  $p \leq 0,20$ .

O método de Regressão Logística utilizado foi o Stepwise forward. Desta forma, das variáveis inicialmente inseridas no modelo apenas entraram no modelo final aquelas que apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ) ou com alguma tendência ( $0,05 < p < 0,10$ ).

A confiabilidade do instrumento DUREL e da dimensão RI foram analisadas pela consistência interna dos itens, utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach. Valores iguais ou maiores que 0,70 foram aceitos como critério de consistência interna (Nunnally, Bernstein, 1994).

#### **4.8. Aspectos éticos da pesquisa**

Este estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução 196/96, de 16/10/1996, do Ministério da Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado por todos os participantes, oficializou a concordância em participar da pesquisa, assegurando também o direito de desistência a qualquer momento.

Foram respeitados a confidencialidade e o anonimato das informações, assim como a privacidade dos informantes, garantindo-lhes que as informações obtidas não seriam utilizadas em prejuízo de qualquer natureza para eles.

A coleta de dados teve início após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá, MG. O parecer emitido encontra-se no (Anexo C).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Características sociodemográficas e de saúde

A seguir são apresentadas as estatísticas descritivas, caracterizando os participantes do estudo.

**Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo idade, sexo, situação conjugal, filhos, escolaridade, trabalho e renda familiar mensal. Itajubá, 2010.**

Variáveis	n	%
<b>Idade</b>		
20 a 39 anos	280	46,7
40 a 59 anos	214	35,7
60 e mais anos	106	17,7
<b>Sexo</b>		
Masculino	290	48,3
Feminino	310	51,7
<b>Situação conjugal</b>		
Com cônjuge ou companheiro	363	60,5
Sem cônjuge ou companheiro	237	39,5
<b>Filhos</b>		
Sim	443	73,8
Não	157	26,2
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	22	3,7
Ensino fundamental	261	43,5
Ensino médio	196	32,7
Ensino superior	121	20,2
<b>Trabalho</b>		
Sim	418	69,7
Não	182	30,3
<b>Renda mensal familiar (n=530)</b>		
Até um salário mínimo	52	8,7
Mais de 1 a 2 salários mínimos	145	24,5
Mais de 2 a 3 salários mínimos	134	23,8
Mais de 3 a 5 salários mínimos	111	17,2
Mais de 5 salários mínimos	88	14,2

A média de idade foi de 43 anos. Quanto às faixas de idade, 46,7% referiram pertencer a de 20 a 39 anos. Mais da metade dos participantes 51,7% eram do sexo feminino. Informaram ter “cônjuge ou companheiro” 60,5%. Com

relação à opção ter ou não filhos, 73,8% dos entrevistados informaram que possuem. A opção “ensino fundamental” foi a mais apontada 43,5%. Afirmaram ter um trabalho 69,7%. A maior parte da amostra tinha uma renda mensal familiar menor que 3 salários mínimos. O valor do salário mínimo nesse período era de 510,00 reais.

**Tabela 4 – Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas à saúde. Itajubá, 2010.**

Variáveis	n	%
<b>Avaliação do estado de saúde</b>		
Ótima/Muito boa	278	46,0
Boa	207	35,0
Regular	103	17,0
Ruim/Péssimo	12	2,0
<b>Presença de doença crônica</b>		
Sim	190	31,7
Não	410	68,3
<b>Prática de atividade física</b>		
Sim	262	43,7
Não	338	56,3

Avaliaram sua saúde como ótima, muito boa ou boa 81% dos entrevistados. Referiu não ter doença crônica 68,3% e entre os que responderam possuir, 70,5% tinham a doença há pelo menos 10 anos. Quanto a prática de atividade física, 56,3% referiram não ter esse hábito.

**Tabela 5 – Caracterização da amostra segundo variáveis religiosas. Itajubá, 2010.**

Características religiosas	n	(%)
<b>Religião</b>		
Sim	545	90,8
Não	55	9,2
<b>Filiação religiosa</b>		
Católica	369	67,7
Evangélica	168	30,8
Espírita	7	1,3
Mórmon	1	0,2
<b>RO-Q1. Com que freqüência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?</b>		
Mais do que uma vez por semana	155	25,8
Uma vez por semana	173	28,8
Duas a três vezes por mês	95	15,8
Algumas vezes por ano	113	18,8

	Uma vez por ano ou menos	37	6,1
	Nunca	27	4,5
<b>RNO-Q2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?</b>			
	Mais do que uma vez ao dia	179	29,8
	Diariamente	253	42,1
	Duas ou mais vezes por semana	44	7,3
	Uma vez por semana	31	5,1
	Poucas vezes por mês	41	6,8
	Raramente ou nunca	52	8,6
<b>RI-Q3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)</b>			
	Totalmente verdade para mim	444	74,0
	Em geral é verdade	128	21,3
	Não estou certo	18	3,0
	Em geral não é verdade	1	0,1
	Não é verdade	9	1,5
<b>RI-Q4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.</b>			
	Totalmente verdade para mim	342	57,0
	Em geral é verdade	179	29,8
	Não estou certo	46	7,6
	Em geral não é verdade	17	2,8
	Não é verdade	16	2,6
<b>RI-Q5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.</b>			
	Totalmente verdade para mim	303	50,5
	Em geral é verdade	173	28,8
	Não estou certo	68	11,3
	Em geral não é verdade	26	4,3
	Não é verdade	30	5

A maior parte dos entrevistados, 90,8% afirmaram praticar alguma religião. O catolicismo foi o mais apontado com 67,7%. Quanto à frequência a uma igreja, templo ou outro encontro religioso as opções “mais do que uma vez por semana” 25,8% e “uma vez por semana” 28,8% sobressairam. Quanto ao tempo que dedica a atividades religiosas individuais 42,16% indicaram a opção “diariamente”. Mencionaram “sentir a presença de Deus (ou do Espírito Santo)” 74% dos respondentes, 57% informaram que as crenças religiosas estão realmente por trás da maneira como vivem e 50,5% disseram esforçar-se muito para viver religião em todos os aspectos da vida.

## 5.2. Avaliação do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke - DUREL

O valor do alfa de Cronbach encontrado para todos os itens foi de 0,75, sendo o mesmo para o domínio RI.

Na Tabela 6 a seguir estão apresentados os dados descritivos dos escores obtidos nos domínios do DUREL.

**Tabela 6. Estatística descritiva dos escores dos domínios de religiosidade da escala DUREL, Itajubá, 2010.**

Domínios DUREL	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Religiosidade Organizacional	2,6	2	1,4	1	6
Religiosidade Não Organizacional	2,4	2	1,5	1	6
Religiosidade Intrínseca	4,8	2,2	4	3	15

Os dados revelam que, de uma variação possível de 0 a 6, os domínios RO e RNO apresentaram escore médio de 2,6 e 2,4 respectivamente. Já o domínio RI apresentou um escore médio de 4,8 numa variação possível de 0 a 15. Vale ressaltar que quanto menor a pontuação obtida melhor será o índice de religiosidade.

## 5.3. Análise comparativa dos escores do DUREL entre categorias das variáveis sociodemográficas e de saúde

### 5.3.1 Comparação entre variáveis com duas categorias

Na Tabela 7, apresenta a comparação dos escores médios dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com o sexo masculino e feminino.

**Tabela 7. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com o sexo masculino e feminino. Itajubá, 2010.**

Domínios		Sexo		p-valor
		Masculino (n=290)	Feminino (n=310)	
Religiosidade Organizacional	Média	2,84	2,45	<b>0,002</b>
	Desvio padrão	1,51	1,32	
	Mediana	3	2	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	Média	2,7	2,19	<b>&lt;0,001</b>
	Desvio padrão	1,66	1,39	
	Mediana	2	2	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	
Religiosidade Intrínseca	Média	1,73	1,5	<b>&lt;0,001</b>
	Desvio padrão	0,84	0,64	
	Mediana	1,67	1,33	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	5	5	

Observa-se na Tabela 7 que as mulheres apresentaram índices significativamente maiores do que os homens nos três domínios de religiosidade.

**Tabela 8. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a prática religiosa. Itajubá, 2010.**

Domínios		Religião		p-valor
		Sim (n=545)	Não (n=55)	
Religiosidade Organizacional	<b>Média</b>	2,42	4,78	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Desvio padrão</b>	1,27	1,03	
	<b>Mediana</b>	2	5	
	<b>Mínimo</b>	1	2	
	<b>Máximo</b>	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	<b>Média</b>	2,3	3,78	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Desvio padrão</b>	1,44	1,9	
	<b>Mediana</b>	2	3	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	
<b>Religiosidade</b>	<b>Média</b>	1,52	2,52	<b>&lt;0,001</b>



<b>Intrínseca</b>	<b>Mediana</b>	1,33	2,33
	<b>Desvio padrão</b>	64	1,12
	<b>Mínimo</b>	1	1
	<b>Máximo</b>	5	5

As pessoas que têm alguma religião apresentam maior religiosidade nos três domínios da escala DUREL comparada as que não têm religião.

**Tabela 9. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a situação conjugal. Itajubá, 2010.**

<b>Domínios</b>		<b>Situação conjugal</b>		<b>p-valor</b>
		<b>Com cônjuge ou companheiro (n=363)</b>	<b>Sem cônjuge ou companheiro (n=237)</b>	
<b>Religiosidade Organizacional</b>	<b>Média</b>	2,6	2,7	0,388
	<b>Desvio padrão</b>	1,42	1,43	
	<b>Mediana</b>	2	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	
<b>Religiosidade Não Organizacional</b>	<b>Média</b>	2,34	2,58	0,145
	<b>Desvio padrão</b>	1,48	1,65	
	<b>Mediana</b>	2	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	
<b>Religiosidade Intrínseca</b>	<b>Média</b>	1,54	1,72	<b>0,005</b>
	<b>Desvio padrão</b>	0,69	0,83	
	<b>Mediana</b>	1,33	1,33	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	5	5	

Houve diferença significativa entre as diferentes situações conjugais (ter ou não cônjuge ou companheiro) em relação ao domínio RI, ou seja, pessoas com companheiro apresentam, em média, maior RI do que as pessoas sem companheiro.

Tabela 10. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as pessoas com ou sem filhos. Itajubá, 2010.

Domínios		Filhos		p-valor
		Sim (n=443)	Não (n=157)	
Religiosidade Organizacional	Média	2,56	2,86	<b>0,031</b>
	Desvio padrão	1,39	1,5	
	Mediana	2	3	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	Média	2,26	2,95	<b>&lt; 0,001</b>
	Desvio padrão	1,44	1,73	
	Mediana	2	2	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	
Religiosidade Intrínseca	Média	1,53	1,83	<b>&lt;0,001</b>
	Desvio padrão	0,7	0,85	
	Mediana	1,33	1,67	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	5	5	

Houve diferença significativa, indicando que pessoas que possuem filhos têm maior religiosidade nos três domínios da escala Durel do que as que não possuem filhos.

Tabela 11. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a situação de trabalho. Itajubá, 2010.

Domínios		Trabalho		p-valor
		Sim (n=418)	Não (n=182)	
Religiosidade Organizacional	Média	2,74	2,4	<b>0,002</b>
	Desvio padrão	1,42	1,42	
	Mediana	2	2	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	Média	2,57	2,14	<b>&lt; 0,001</b>
	Desvio padrão	1,54	1,52	
	Mediana	2	2	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	

<b>Religiosidade Intrínseca</b>	<b>Média</b>	1,65	1,51	<b>0,027</b>
	<b>Desvio padrão</b>	0,77	0,7	
	<b>Mediana</b>	1,33	1	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	5	5	

Houve diferença significativa entre quem tem ou não trabalho em relação aos três domínios da escala Durel, mostrando que pessoas sem trabalho apresentam maiores índices de RO, RNO e RI do que as pessoas com trabalho.

**Tabela 12. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as pessoas com ou sem doença crônica. Itajubá, 2010.**

<b>Domínios</b>	<b>Presença de doença crônica</b>			<b>p-valor</b>
	<b>Sim (n=190)</b>	<b>Não (n=410)</b>		
<b>Religiosidade Organizacional</b>	<b>Média</b>	2,52	2,69	<b>0,19</b>
	<b>Desvio padrão</b>	1,38	1,45	
	<b>Mediana</b>	2	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	
<b>Religiosidade Não Organizacional</b>	<b>Média</b>	2,08	2,6	<b>&lt; 0,001</b>
	<b>Desvio padrão</b>	1,33	1,61	
	<b>Mediana</b>	2	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	
<b>Religiosidade Intrínseca</b>	<b>Média</b>	1,45	1,68	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Desvio padrão</b>	0,64	0,79	
	<b>Mediana</b>	1,33	1,33	
	<b>Mínimo</b>	1	1	
	<b>Máximo</b>	5	5	

Na Tabela 12, observa-se diferença significativa entre quem tem ou não presença de doença crônica em relação aos domínios RNO e RI. Pessoas com doença crônica apresentam maior religiosidade “não organizacional” e “intrínseca” do que aquelas que não têm doença.

**Tabela 13. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com a prática de atividade física. Itajubá, 2010.**

Domínios		Prática de atividade física		
		Sim (n=262)	Não (n=338)	p-valor
Religiosidade Organizacional	Média	2,44	2,79	<b>0,002</b>
	Mediana	2	3	
	Desvio padrão	1,38	1,44	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	Média	2,4	2,47	0,19
	Mediana	2	2	
	Desvio padrão	1,59	1,52	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	6	6	
Religiosidade Intrínseca	Média	1,62	1,6	0,788
	Mediana	1,33	1,33	
	Desvio padrão	0,8	0,72	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	5	5	

A Tabela 13 demonstra que houve diferença significativa entre quem pratica ou não atividade física em relação ao domínio RO. Pessoas que praticam atividade física apresentam maior “religiosidade organizacional” do que aquelas que não praticam.

### 5.3.2 Variáveis com mais de duas categorias

A seguir são apresentados os resultados das análises das variáveis com mais de duas categorias:

Tabela 14. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL de acordo com o tipo de religião. Itajubá, 2010.

Domínios		Religião			p-valor
		Católico (n=369)	Evangélico (n=168)	Espírita (n=7)	
Religiosidade Organizacional	Média	2,66	1,86	3,43	<b>&lt;0,001</b>
	Desvio padrão	1,27	1,07	1,62	
	Mediana	2	2	4	
	Mínimo	1	1	1	
	Máximo	6	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	Média	2,35	2,18	2,71	0,261
	Desvio padrão	1,47	1,39	1,38	
	Mediana	2	2	2	
	Mínimo	1	1	1	
	Máximo	6	6	5	
Religiosidade Intrínseca	Média	1,5	1,54	1,95	0,219
	Desvio padrão	0,62	0,68	0,71	
	Mediana	1,33	1,33	2	
	Mínimo	1	1	1	
	Máximo	5	5	2,67	

\*1 mórmon não considerado na análise

Observa-se que houve diferença significativa entre os tipos de religião em relação ao domínio RO. Pelos resultados das comparações múltiplas pode-se observar que as pessoas evangélicas apresentam maior religiosidade organizacional do que as das religiões católica e espírita.

Tabela 15. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre os níveis de escolaridade. Itajubá, 2010.

Domínios		Escolaridade				p-valor
		Nenhuma (n=22)	Ensino fundamental (n=261)	Ensino médio (n=196)	Ensino superior (n=121)	
Religiosidade Organizacional	Média	2,41	2,55	2,74	2,7	0,439
	Desvio padrão	1,14	1,43	1,44	1,45	
	Mediana	2	2	2	2	
	Mínimo	1	1	1	1	

	<b>Máximo</b>	5	6	6	6	
<b>Religiosidade Não Organizacional</b>	<b>Média</b>	1,86	2,18	2,65	2,77	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Desvio padrão</b>	1,28	1,39	1,66	1,61	
	<b>Mediana</b>	1	2	2	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	6	6	
<b>Religiosidade Intrínseca</b>	<b>Média</b>	1,41	1,49	1,66	1,81	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Desvio padrão</b>	0,46	0,65	0,78	0,9	
	<b>Mediana</b>	1,33	1,33	1,33	1,67	
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	2,67	5	5	5	

A Tabela 15 aponta que houve diferença significativa entre os níveis de escolaridade em relação aos domínios RNO e RI. Pelos resultados das comparações múltiplas, pode-se observar que pessoas com ensino fundamental apresentam maior RNO do que os com ensino médio e ensino superior e também que pessoas com ensino fundamental apresentam menores valores da dimensão RI do que os com ensino médio e ensino superior.

**Tabela 16. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as diferentes faixas de renda mensal familiar. Itajubá, 2010.**

Domínios	Renda mensal familiar em salários mínimos					p-valor	
	Até 1 salário mínimo (SM) (n=52)	Mais de 1 a 2 (SM) (n=147)	Mais de 2 a 3 (SM) (n=143)	Mais de 3 a 5 (SM) (n=103)	Mais de 5 (SM) (n=85)		
<b>Religiosidade Organizacional</b>	<b>Média</b>	2,58	2,5	2,64	2,58	2,6	0,905
	<b>Desvio padrão</b>	1,43	1,41	1,39	1,38	1,57	
	<b>Mediana</b>	2	2	2	2	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6	
<b>Religiosidade Não Organizacional</b>	<b>Média</b>	2,38	2,27	2,34	2,29	2,55	0,735
	<b>Desvio padrão</b>	1,61	1,44	1,46	1,47	1,62	
	<b>Mediana</b>	2	2	2	2	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6	
<b>Religiosidade Intrínseca</b>	<b>Média</b>	1,55	1,54	1,55	1,58	1,64	0,852
	<b>Desvio padrão</b>	0,77	0,64	0,68	0,74	0,86	

<b>Mediana</b>	1,33	1,33	1,33	1,33	1,33
<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	1
<b>Máximo</b>	4	4,33	3,67	5	5

Pelos resultados apresentados na Tabela 16, pode-se notar que não houve diferença entre as diferentes faixas de renda em relação aos domínios do DUREL.

**Tabela 17. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre os diferentes estados de saúde. Itajubá, 2010.**

Domínios		Estado de saúde				p-valor
		Ótima/ Muito boa (n=278)	Boa (n=207)	Regular (n=103)	Ruim/ Péssimo (n=10)	
Religiosidade Organizacional	<b>Média</b>	2,59	2,63	2,73	3,2	0,550
	<b>Desvio padrão</b>	1,43	1,44	1,35	1,87	
	<b>Mediana</b>	2	2	3	2	
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	<b>Média</b>	2,57	2,46	2,03	1,8	0,010
	<b>Desvio padrão</b>	1,6	1,56	1,25	1,23	
	<b>Mediana</b>	2	2	2	1	
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	6	4	
Religiosidade Intrínseca	<b>Média</b>	1,6	1,65	1,57	1,33	0,530
	<b>Desvio padrão</b>	0,77	0,75	0,75	0,44	
	<b>Mediana</b>	1,33	1,33	1,33	1	
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	5	5	5	2	

Houve diferença significativa entre os diferentes estados de saúde em relação ao domínio RNO. Pelos resultados das comparações múltiplas, pode-se observar que as pessoas com estado de saúde regular apresentam maior RNO do que os com estado de saúde ótima/muito boa ou boa.

**Tabela 18. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre as diferentes faixas etárias. Itajubá, 2010.**

Domínios		Idade			p-valor
		20 a 39 anos (n=280)	40 a 59 anos (n=214)	60 anos ou mais (n=106)	
Religiosidade Organizacional	Média	2,88	2,54	2,21	<b>&lt;0,001</b>
	Desvio padrão	1,45	1,4	1,31	
	Mediana	3	2	2	
	Mínimo	1	1	1	
	Máximo	6	6	6	
Religiosidade Não Organizacional	Média	2,88	2,24	1,67	<b>&lt;0,001</b>
	Desvio padrão	1,71	1,35	1,01	
	Mediana	2	2	1	
	Mínimo	1	1	1	
	Máximo	6	6	6	
Religiosidade Intrínseca	Média	1,8	1,51	1,29	<b>&lt;0,001</b>
	Desvio padrão	0,84	0,67	0,49	
	Mediana	1,67	1,33	1	
	Mínimo	1	1	1	
	Máximo	5	5	3,33	

A Tabela 18 mostra que houve diferença significativa entre as faixas de idade em relação a todos os domínios. Pelos resultados das comparações múltiplas apresentadas, pode-se observar que quanto maior a faixa etária maior será o índice de religiosidade nos três domínios da escala DUREL.

**Tabela 19. Comparação dos escores dos domínios de religiosidade do DUREL entre os diferentes tempos em anos com doença crônica, Itajubá, 2010.**

Domínios		Tempo de portar a doença (Em anos)				p-valor
		Menos de 5 (n=68)	De 5 a menos de 10 (n=66)	De 10 a menos de 25 (n=30)	25 ou mais (n=26)	
Religiosidade Organizacional	Média	2,35	3	2,1	2,23	<b>0,002</b>
	Desvio padrão	1,41	1,35	1,24	1,24	
	Mediana	2	3	2	2	
	Mínimo	1	1	1	1	



	<b>Máximo</b>	6	6	5	6	
<b>Religiosidade Não Organizacional</b>	<b>Média</b>	2,1	2,29	1,83	1,81	
	<b>Desvio padrão</b>	1,26	1,56	1,05	1,13	
	<b>Mediana</b>	2	2	2	2	0,377
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	6	6	5	6	
<b>Religiosidade Intrínseca</b>	<b>Média</b>	1,41	1,51	1,44	1,44	
	<b>Desvio padrão</b>	0,56	0,68	0,69	0,67	
	<b>Mediana</b>	1	1,33	1,17	1	0,277
	<b>Mínimo</b>	1	1	1	1	
	<b>Máximo</b>	3,33	5	3,67	3,33	

A Tabela 19 nos mostra que houve diferença entre os diferentes tempos de portar a doença em relação ao domínio RO. Pelos resultados das comparações múltiplas, pode-se observar que as pessoas com tempo de doença de 5 a menos de 10 anos apresentam maiores valores da dimensão RO do que os demais pacientes.

A seguir é apresentada na Tabela 20 a síntese da análise multivariada:

**Tabela 20. Variáveis e níveis de significância na análise multivariada, Itajubá. 2010.**

	(p valor)			
	RO	RNO	RI	
<b>Sexo</b>				
Masculino				Mulheres têm maior religiosidade do que homens
Feminino	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>Religião</b>				
Sim	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	Quem tem uma religião, tem maior religiosidade do que quem não tem
Não				
<b>Situação conjugal</b>				
Com cônjuge				Quem tem cônjuge ou companheiro tem maior religiosidade intrínseca do que quem não tem.
Sem cônjuge	0,388	0,145	<b>0,005</b>	
<b>Filhos</b>				
Sim	<b>0,031</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	Quem tem filhos tem maior religiosidade do que quem não tem
Não				

<b>Trabalho</b>				
Sim	<b>0,002</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,027</b>	Quem não tem trabalho tem maior religiosidade do que quem tem
Não				
<b>Doença Crônica</b>				
Sim	0,19	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	Quem tem doença crônica tem maior RNO E RI do que quem não tem
Não				
<b>Atividade Física</b>				
Sim	<b>0,002</b>	0,19	0,788	Quem pratica atividade física tem maior RO do que não pratica
Não				
<b>Religião</b>				
Católico				Os evangélicos apresentam maior RO do que os católicos e espíritas.
Evangélicos	<b>&lt;0,001</b>	0,261	0,219	
Espíritas				
<b>Escolaridade</b>				
Sem escolaridade				Pessoas com ensino fundamental apresentam maior RNO e RI do que pessoas com ensino médio e superior.
Ensino fundamental	0,439	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	
Ensino médio				
Ensino superior				
<b>Percepção de saúde</b>				
Muito boa				Pessoas com estado de saúde regular apresentam maior religiosidade na dimensão RNO do que os pacientes com estado de saúde bom ou ótima.
Boa				
Regular	0,55	<b>0,01</b>	0,53	
Ruím				
<b>Idade</b>				
20 a 39 anos				Quanto maior a idade dos entrevistados, maior a sua religiosidade em todas as dimensões
40 a 59 anos	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	
60 e mais anos				

## 5.4. Análise de Regressão Logística

### 5.4.1. Análise para o Domínio RO

**Tabela 21. Razões de chance estimadas pelo modelo de Regressão Logística à maior Religiosidade Organizacional (RO). Itajubá, 2010.**

Variável	Nível descritivo (p-valor)	Odds ratio (OR)	IC 95%
Sexo (feminino)	<b>&lt;0,001</b>	2,19	1,51 – 3,18
Atividade física (sim)	<b>0,024</b>	1,54	1,06 – 2,25
Idade (de 20 a 39 anos)			
De 40 a 59 anos	0,158	1,33	0,89 – 1,98
60 e mais anos	<b>0,007</b>	2,14	1,25 – 3,81

Os resultados da Tabela 21 mostram que:

- pessoas do sexo feminino têm 2,19 vezes mais chances de “freqüentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso” do que as do sexo masculino;
- pessoas que praticam atividade física têm 1,54 vezes mais chances de “freqüentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso” do que as que não praticam;
- pessoas com idade entre 40 e 59 anos têm 1,33 vezes mais chances de “freqüentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso” do que as mais novas (idade de 20 a 39 anos);
- pessoas com idade acima de 60 anos têm 2,14 vezes mais chances de freqüentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso do que as mais novas (idade de 20 a 39 anos);

#### 5.4.2. Análise para o Domínio RNO

**Tabela 22. Razões de chance estimadas pelo modelo de Regressão Logística à maior Religiosidade Não Organizacional (RNO). Itajubá, 2010.**

Variável	Nível descritivo (p-valor)	Odds ratio (OR)	IC 95%
Sexo (feminino)	<b>&lt;0,001</b>	2,01	1,37 - 3,18
Idade (de 20 a 39 anos)			
De 40 a 59 anos	<b>&lt;0,001</b>	2,6	1,68 - 4,25
60 e mais anos	<b>&lt;0,001</b>	7,41	3,37 - 19,61

De acordo com os dados apresentados na Tabela 22, observa-se que:

- pessoas do sexo feminino têm 2, vezes mais chances de dedicar seu tempo a atividades religiosas do que as do sexo masculino;
- pessoas com idade entre 40 e 59 anos têm 2,6 vezes mais chances dedicar o seu tempo a atividades religiosas do que as mais novas (idade de 20 a 39 anos);
- As pessoas com idade acima de 60 anos têm 7,4 vezes mais chances dedicar o seu tempo a atividades religiosas do que as mais novas (idade de 20 a 39 anos);

#### 5.4.3. Análise para o Domínio RI

**Tabela 23. Razões de chance estimadas pelo modelo de Regressão Logística à maior Religiosidade Intrínseca (RI). Itajubá, 2010.**

Variável	Nível descritivo (p-valor)	Odds ratio (OR)	IC 95%
Sexo (feminino)	<b>0,001</b>	2,11	1,36 - 3,29
Situação conjugal (com companheiro)	<b>0,036</b>	1,62	1,03 - 2,54
Idade (de 20 a 39 anos)			
De 40 a 59 anos	0,212	1,36	0,84 - 2,19
60 e mais anos	<b>&lt;0,001</b>	5,75	2,23 - 14,78

Os dados da tabela 23 nos mostram que:

- Pessoas do sexo feminino têm 2,11 vezes mais chances de ter maior religiosidade intrínseca do que as do sexo masculino;
- Pessoas com cônjuge/companheiro(a) têm 1,62 vezes mais chances de ter maior religiosidade intrínseca do que as sem cônjuge/companheiro (a);
- Pessoas com idade acima de 60 anos têm 5,75 vezes mais chances de ter maior religiosidade intrínseca do que as mais novas (idade de 20 a 39 anos);

## 6- DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever a religiosidade e analisar a sua associação com características sociodemográficas e de saúde de pessoas residentes em uma cidade do sul de Minas Gerais.

No que tange a avaliação da religiosidade os resultados mostraram que as médias de pontuação dos participantes foram boas, e que a grande maioria praticava alguma religião, apontando a católica como a mais praticada seguida pela filiação evangélica e espírita respectivamente.

Sabe-se, que o povo brasileiro é extremamente religioso, e tal característica pode estar relacionada ao fato do Brasil ter sido influenciado pela Igreja católica desde a época do seu descobrimento.

No período colonial, a principal preocupação do governo português foi de perpetuar a fé cristã nas colônias conquistadas. A formação de uma sociedade cristã, nos moldes da sociedade portuguesa da época, era uma das metas do projeto colonizador de Portugal. Por isso a catequização dos indígenas e dos escravos era concebida como uma tarefa fundamental para a criação de uma sociedade cristã (Ranquetat, 2008).

O catolicismo mantém-se como o maior grupo religioso no Brasil. Sua maior concentração encontra-se nas regiões Norte e Nordeste, sendo mais confesso por pessoas com idade superior a 41 anos e jovens com menos de 25 anos. Em parte, este último dado se explica pelo fato de as pessoas herdarem a religião dos pais e iniciarem um processo de mudança religiosa quando mais velhas. Mantida esta tendência, muito provavelmente essa geração que se encontra entre 26 e 40 anos produzirá, em alguns anos, uma população menos católica, devido ao crescimento de outras religiões. Em contrapartida a esta projeção, a consolidação do movimento carismático pode ser um mecanismo capaz de inverter esse comportamento ao promover a “readesão” ao catolicismo (Almeida; Monteiro, 2001).

Da mesma forma dados do IBGE (2000) revelam que a maioria da população brasileira é cristã e praticante da religião católica. O censo

demográfico realizado em 2000, apontou que 73,8% dos brasileiros declaram-se católicos; 15,4% declaram-se evangélicos (evangélicos tradicionais, pentecostais e neopentecostais); 7,4%) declaram-se sem religião, podendo ser agnósticos, ateus ou deístas; 1,3% declaram-se espíritas; 0,3% declaram-se seguidores de religiões tradicionais africanas tais como o candomblé, o tambor-de-mina, além da umbanda; 1,8% declaram-se seguidores de outras religiões, tais como: as testemunhas de Jeová, os budistas, os mórmons, os messiânicos, os judeus, os esotéricos, os muçulmanos e os espiritualistas.

Outra pesquisa sobre religiosidade desenvolvida recentemente com a população brasileira indicou que 95% dos mesmos declaram ter religião, indicando uma população altamente religiosa. Nesse estudo 61,7% dos participantes declararam pertencer a filiação religiosa católica (Moreira-Almeida, 2010).

No que tange aos domínios da escala Durel o domínio (RI) foi o que alcançou maior pontuação seguido respectivamente pelos domínios (RNO) e (RO). Gordon Allport, conhecido psicólogo de Harvard refere que a orientação religiosa de uma pessoa pode ser Extrínseca ou Intrínseca. A religiosidade extrínseca está associada a comportamentos religiosos que visam a benefícios exteriores, de status, segurança e distração, em que a pessoa se volta ao sagrado ou a Deus, mas sem desapegar-se do self (Alminhana, 2009).

Allport, citado por Alminhana (2009) refere ainda que a religiosidade extrínseca está associada a comportamentos religiosos que visam a benefícios exteriores, de *status*, segurança e distração, em que a pessoa se volta ao sagrado ou a Deus, mas sem desapegar-se do *self*. Por outro lado, a religiosidade intrínseca está associada a um sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente. Podemos estabelecer uma comparação entre as duas orientações: “os extrínsecos usam sua religião enquanto os intrínsecos a vivenciam”.

No que tange aos resultados sobre a associação da religiosidade com os fatores sociodemográficos e de saúde, dados da análise de regressão logística apontaram que o fenômeno religiosidade está diretamente associado ao gênero feminino e as pessoas idosas, ou seja, pessoas do sexo feminino e

as idosas apresentaram mais chances de ter maior religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca.

Quanto ao gênero, outras pesquisas encontradas na literatura também mencionam essa associação em relação à religiosidade e o sexo feminino. Esses estudos demonstram que as mulheres são mais religiosas do que os homens em todas as dimensões da religiosidade, ressaltando o maior envolvimento e participação das mesmas em atividades religiosas (Gonçalves 2011; Idler et al, 2009; Lawler-Row, Elliott, 2009).

Todavia, é importante ressaltar que a maior religiosidade feminina não deve ser entendida como uma propensão “natural” da mulher à religião e, sim, como influencia de diversos fatores socioculturais que as motivam na busca religiosa (Souza, 2006).

Assim, o fato de as mulheres apresentarem melhores resultados em relação à religiosidade pode estar relacionado a aspectos culturais, em que o homem tradicionalmente esteve mais envolvido com questões relacionadas ao contexto do trabalho, enquanto a mulher as atividades relacionadas ao seu papel de mãe e esposa. Assim, espera-se que os homens tenham uma orientação religiosa menor em comparação com as mulheres (Silva, 2010).

Machado (2005) refere que enquanto os homens procuram a comunidade religiosa em situações que ameaçam a identidade masculina na sociedade, as mulheres se colocam como “guardiãs das almas” de todos que integram a família, buscando os grupos confessionais sempre que um dos seus familiares se mostre em dificuldades.

Resultados de outro estudo apontaram que para a população masculina os principais motivadores para busca religiosa foram (o desemprego, outros problemas econômicos e doença pessoal). Com relação às mulheres os principais fatores motivadores estavam relacionados à família (doença e morte de filho e cônjuge e preocupação com o casamento) (Souza, 2006).

Souza, (2006) refere ainda em seu estudo um dado importante também referido por parte das mulheres como um dos fatores que as motivam na busca religiosa e, que não encontrou eco na população masculina: a solidão. Parte dessas mulheres declarou como motivo de sua busca religiosa a fuga da



solidão. Esse dado indica que a participação religiosa das mulheres se dá também por fatores relacionados à sua sociabilidade. Infelizmente ainda hoje o contexto patriarcal de nossa sociedade situa o feminino no espaço privado. Assim, o espaço público é considerado como espaço de constituição das identidades masculinas, enquanto o feminino é determinado pelo privado. Dessa forma a religião passa a ser considerada por essas mulheres uma extensão da sua casa. Portanto, os espaços religiosos apresentam-se como um espaço possível e permitido onde é possível a sociabilidade das mulheres.

Assim, as representações sociais acerca da mulher como cuidadora se confirmam. Ela é, em última instância, a responsável pelo bem-estar da família, portanto, os problemas correspondentes a sua prole são transformados imediatamente em motivos de busca religiosa, forçando o sagrado a uma necessária adequação às suas demandas. Diante disso é importante compreendermos que as mulheres de maneira geral se situam como sujeitos heterônomos, isto é, sujeitos que possuem uma identidade definida por outros (Souza, 2006).

Desse modo as mulheres continuam buscando conforto na religião seja por necessidade de reconhecimento social ou até mesmo de escuta, em um contexto representado pelas adversidades materiais; seja pela manifestação das inquietudes da alma e do espírito, ou pela necessidade do exercício da crença e ou da busca pela salvação (Scavone, 2008).

Nesse sentido, as representações masculinas na sociedade parecem distanciar os homens de uma forma geral das prescrições religiosas, enquanto que os atributos femininos favorecem as experiências das mulheres com o sagrado e os vínculos com as comunidades religiosas (Machado, 2005).

Como vimos até o momento, as mulheres compõem, de fato, a maioria da população de fiéis. “Em nome de Deus”, tornam-se ativistas, freiras, obreiras, pastoras e outras. Na sombra ou nos palcos e altares, grande parte das fiéis carrega para a igreja o marido, os filhos, a família, o círculo social e profissional onde atuam. Contudo, sua presença continua silenciosa e suas razões ainda não ditas (Rosado-Nunes, 2005).

No entanto, a realidade é que as religiões sempre foram um campo de investimento masculino. Historicamente, os homens dominam a produção do que é “sagrado” nas mais diversas culturas e sociedades. Discursos e práticas religiosas têm a marca dessa dominação. Normas, regras, doutrinas são definidas pelos homens. Quanto às mulheres, essas continuam ausentes dos espaços definidores das crenças e das políticas pastorais e organizacionais das instituições religiosas. A presença feminina nas religiões concentra-se principalmente no campo da prática religiosa e nos rituais (Rosado-Nunes, 2005).

Busin (2011) refere que as religiões de uma maneira geral são fundamentalmente patriarcais, pois se baseiam “na ideia de um Deus-pai todo poderoso e um filho-homem carismático que vem salvar a humanidade do pecado original, cometido por obra de “incontinência moral” de uma mulher”. O autor cita como exemplo a passagem bíblica do Genesis, que discorre sobre como a humanidade foi expulsa do Paraíso. Deus após criar o mundo e os seres humanos, ordenou a Adão e Eva que não comessem o fruto da árvore do conhecimento. Eva, que foi criada por Deus a partir de uma costela de Adão, não resiste à tentação e induz também o homem desobedecer à ordem dada pelo criador. A ira de Deus se expressou em maldições para ambos e todos os seus descendentes, a partir de então, a mulher pariria com dor e sofrimento, e seria dominada pelo homem que, por sua vez, teria de trabalhar arduamente para obter o alimento que o sustentaria. Dessa forma ao colocar a mulher como responsável pelo pecado original e, a partir daí, submetida ao homem, essa passagem demonstra que não há equidade entre os gêneros desde a criação do mundo e define que a submissão da mulher se deu por culpa dela e, portanto, merecida, colocando-as conseqüentemente como as responsáveis supostamente por todos os sofrimentos e males da humanidade.

Diante desse cenário, estudos desenvolvidos nos últimos anos pelo grupo de pesquisa Gênero e Religião, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tornaram mais clara a consciência da necessidade de se interrogar o universo das religiões a partir de uma perspectiva feminista.

Portanto, pode-se dizer que se por um lado, na atualidade, existe certo consenso nas Ciências Sociais acerca da importância do fenômeno religioso como dinamizador da sociedade, no que tange a relação entre gênero e religião, as iniciativas de estudo sobre essa temática são ainda bastante escassas (Souza, 2004).

Diante dessa realidade, novos estudos sobre gênero e religiosidade devem ser desenvolvidos de forma a avançar nessa temática já conhecida, mas ainda pouco elucidada. Nesse tocante, valeria explorar questões tais como as sugeridas por Rosado-Alves (2005): “por que há tantas mulheres em busca de Deus? O que as religiões dão às mulheres e o que elas dão às religiões? Como explicar o forte apelo que o âmbito religioso provoca nas mulheres? Sua presença modifica o projeto religioso no qual se inserem? E de que forma isso ocorre?”

Com relação à associação entre religiosidade e a maior idade as análises mostraram que as pessoas idosas apresentaram maior religiosidade em todas as suas dimensões do que as pessoas mais novas. Os idosos apresentaram mais chances de frequentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso e também a dedicar seu tempo a atividades religiosas.

Pesquisa desenvolvida com idosos no município de São Paulo sobre o tema religiosidade evidenciou que os idosos longevos são mais religiosos que os idosos mais jovens e que para a maioria dessa população a religião é algo importante. Verificou-se ainda que a importância atribuída à religião aumenta com o avançar da idade (Duarte et al. 2008).

Outro estudo realizado com amostra de 2.143 idosos residentes na área urbana do município de São Paulo mostrou que 97,6% dos mesmos referiram ter uma religião e que 88,6% a consideravam como algo importante na sua vida. Maior religiosidade e maior importância a mesma foram observadas em idades mais avançadas para ambos os sexos e entre os idosos com menor escolaridade (Tuono, Oliveira, 2005).

Araújo et al. (2008) considerando as vivências espirituais das pessoas idosas, observou em seu trabalho, independentemente da fé professada, que a

maioria dos idosos entrevistados costumava rezar/orar: 94,9% e que mais de 70% realizava essa prática diariamente.

Esses achados nos revelam que as pessoas mais idosas têm níveis mais elevados de envolvimento religioso e congregacional, assim como em atividades devocionais diárias. Além disso, os idosos conferem ainda maior importância às práticas religiosas (Idler et al., 2009).

Com a chegada da idade madura as pessoas começam a dar mais atenção aos aspectos internos do seu *self*, abrindo caminhos aos sentimentos e comportamentos religiosos (Carvalho, Fernandez; 1996).

Assim, o aumento da religiosidade na terceira idade acontece por um movimento natural, pois a proximidade da morte faz com que idosos se aproximem de temas existenciais ou transcendentais. Outro ponto que pode ser evidenciado é que por temerem a morte, os idosos passariam a acreditar mais em Deus e a dedicar mais o seu tempo as práticas e atividades religiosas. Outra possibilidade é que a religiosidade se apresenta como um fenômeno cultural que se manifesta de formas diferentes nas distintas etapas de vida, o que explicaria o fato de que as pessoas idosas são mais religiosas do que as mais jovens, já que teriam se desenvolvido em um contexto em que a expressão da religiosidade era mais normativa do que é na atualidade (Maldaun, et al. 2008).

Provavelmente com a chegada da terceira idade o ser humano passa por seu maior período de enfrentamento. É na velhice que o indivíduo encontra-se, de certa forma, obrigado a lidar com perdas, além de apresentar um declínio gradual de suas funções e tornando-o cada vez mais vulnerável a doenças, complicações físicas e psicológicas que remetem sempre às suas individualidades e vivências, o que demonstra a importância da religiosidade para os idosos quando em situações de enfrentamento (Dendena et al. 2011).

O enfrentamento religioso na pessoa idosa pode surgir por meio de mecanismos cognitivos capazes de auxiliar na adaptação e a evitar sentimentos negativos ou ainda pelo suporte social propiciado pela frequência aos rituais coletivos e a práticas públicas. Dessa forma, a religiosidade pode desempenhar na vida das pessoas idosas um papel importante no

enfrentamento de eventos estressantes durante essa etapa da vida (Maldaun et al. 2008).

Pesquisa desenvolvida sobre religiosidade e envelhecimento bem-sucedido com idosos apontou que a maior parte dos participantes relataram que a religiosidade influencia positivamente no processo de envelhecimento, resultando, assim, em um dos aspectos fundamentais e determinantes para o envelhecimento bem-sucedido. “Os idosos revelam encontrar na religiosidade um subsídio para enfrentar positivamente eventos estressores vivenciados por eles, como as modificações fisiológicas e as frequentes perdas. A religiosidade é vista, também, como forma de assegurar que o envelhecimento não seja caracterizado como etapa de abandono e solidão, vulnerabilidade para transtornos depressivos, e da perda dos papéis sociais” (Dendena et al. 2011).

À religião passa a ser então na vida da pessoa idosa um referencial pessoal, pois ao frequentar a Igreja o idoso encontra à possibilidade de fazer laços de amizade e participar de atividades sociais. Portanto, pode-se concluir que a religiosidade pode exercer influência benéfica como o suporte social, amparo e redução de estresse (Carvalho, Fernandez; 1996).

Diante disso a religiosidade surge como um fator significativo e vital para a vida de muitas pessoas, especialmente as pessoas idosas. Esses fatores têm um importante papel na saúde das pessoas. Os indivíduos em geral, em especial os idosos, têm necessidades espirituais que devem ser identificadas e respondidas (Duarte et al. 2008). Isso evidencia de modo claro que a religiosidade é um fator importante para um envelhecimento saudável e, principalmente, para que o idoso lide melhor com a chegada da finitude (Araújo et al. 2008).

Em síntese, os estudos de uma forma geral mostram que a religiosidade tem se destacado como uma variável capaz de contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos sejam por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece (Cardoso; Ferreira, 2009).

## 7- CONCLUSÃO

Este estudo descreveu sobre a religiosidade e sua associação com as características sociodemográficas e de saúde das pessoas residentes na cidade de Itajubá-MG.

Os resultados obtidos permitiram chegar às seguintes conclusões apresentadas a seguir.

De maneira geral a população estudada apresentou um nível de religiosidade bom, com predominância da filiação religiosa católica, seguida pela evangélica e espírita respectivamente.

Por meio da análise de regressão logística foi possível constatar que o fenômeno religiosidade se associou ao gênero feminino e as pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS

Almeida R, Monteiro P. Transito religioso no Brasil. São Paulo Perspec. 2001;15(3):92-101.

Alminhana LO, Moreira-Almeida A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). Rev Psiquiatr Clín. 2009;36(4):153-61.

Aquino TAAC, Correia APM, Marques ALC, Souza CG, Freitas HCA, Araújo IF, Dias PS, Araújo WF. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. Psicol cienc prof. 2009;29(2):228-43.

Araújo MFM et al. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. RBPS. 2008;21(3):201-208.

Alves RRN, Alves HN, Barboza RRD, Souto WMS. The influence of religiosity on health. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4):2105-2111, 2010.

Baltazar DVS. Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

Bezerra J, Barros MVG, Tenório MCM, Tassitano RM, Barros SSH, Hallal PC. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(5):440-6.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Características gerais da população: população residente, por sexo e situação do domicílio, segundo a religião [Internet]. Brasília; 2000 [citado em 2012 Jan 5]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/religiao\\_Censo2000.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/religiao_Censo2000.pdf)

Busin VM. Religião, sexualidade e gênero. Rever. 2011;(1):105-124.

- Cardoso MCS, Ferreira MC. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2009;29(2):380-393.
- Carvalho VFC, Fernandez, MED. Depressão no Idoso. In: Netto, Matheus Papaléo (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- Chatters L. Religion and health: public health research and practice. *Rev. Public Health*, 2000, 21:335-367.
- Dalgalarrodo P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):177-8.
- Dedert EA, Studts JL, Weissbecker I, Salmon PG, Banis PL, Sephton SE Religiosity may help preserve the cortisol rhythm in women with stress-related illness. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(1):61-77.
- Dendena A, Dallazen CC, Lyra LR, Tosi PCS. Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido. *Unoesc & Ciência*. 2011, 2(2):184-196.
- Donatelli MF. A compreensão da religiosidade no psicodiagnóstico interventivo fenomenológico-existencial [doutorado]. São Paulo: Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
- Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2008;5(24):173-177.
- Ellison CG, Levin JS. 1998. The religionhealth connection: evidence, theory and future directions. *Health Educ. Behav*.25:700-720.
- Faria JB, Siedl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18(3):381-9.
- Gonçalves FP. Avaliação da religiosidade e variáveis correlatas em pacientes com epilepsia do lobo temporal [dissertação]. Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
- Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34(supl.1):88-94.



Idler EL, Boulifard DA, Labouvie E, Chen YY, Krause TJ, Contrada RJ. Looking Inside the Black Box of "Attendance at Services": New Measures for Exploring an Old Dimension in Religion and Health Research. *Int J Psychol Relig.* 2009;19(1):1-20.

Yamada BFA. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers: construção e validação da versão ferida [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Krause N. Religion, aging, and health: exploring new frontiers in medical care. *South Med J.* 2004;97(12):1215-22.

Koenig H, Meador K, Parkerson G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item measure for use in health outcome studies. *Am J Psychiatry.* 1997;154(6):885-6.

Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998;13(4):213-24.

Koenig H. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. Oxford: University Press; 2001.

Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J.* 2004;97(12):1194-200.

Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions.* 2010;1(1):78-85.

Lawler-Row KA, Elliott J. The Role of Religious Activity and Spirituality in the Health and Well-being of Older Adults. *Journal of Health Psychology.* 2009;14(1):43-52.

Lucchetti G, Lucchetti ALGL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health.* 2010 Nov 24. [Epub ahead of print]

Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol.* 2010;32(1):128-32.

Luczinski GF. O psicólogo clínico e a religiosidade do cliente: impactos na relação terapêutica [dissertação]. São Paulo: Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.

Machado MDC. Representações e relações de gênero nos grupos pentecostais. *Estudos feministas*. 2005;13(2):386-396.

Maldaun D. et al. Espiritualidade/Religiosidade. In Neri AL. (Org.). *Palavras-Chaves em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 2008.

Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):31-2.

Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(1):12-5.

Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. *Rev. Bras. Religiosidade e saúde mental: uma revisão*. *Ver.Psiquiatr*. 2006 ,28(3).

Nunnaly JC, Bernstein IH. *Pschometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1994.

Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34(suppl.1):136-45.

Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade no contexto de saúde. *ArquiMed* 2007, 21(2):47-53.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

População residente em Minas gerais [Internet]. Brasília: Departamento de Informática do SUS (DATASUS). C2008 – [citado em 2009 Jul 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>.

Ranquetat Jr C. Educação e religião: o novo modelo de ensino religioso nas escolas públicas do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Debates do NER; 2008.

Rosado-Nunes MJ. Gênero e Religião. Rev Estud Fem. 2005;13(2):363-5.

Saad M, Medeiros R. Espiritualidade e saúde. Einstein: Educ Contin Saúde. 2008, 6(3 Pt 2):135-6.

Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. Acta Fisiátrica. 2001;8(3):107-12.

Sanchez ZVDM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev Psiquiatr Clín. 2007;34(supl.1):73-81.

Santos FS. Espiritualidade e Saúde Mental Espiritualidade na prática clínica. Esp saúde mental. 2009.

Scavone L. Religiões, gênero e feminismo. Revista de Estudos da Religião, 2008, 1-8.

Seidl EMF. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Psicologia em Estudo 2005,10(3):421-429.

Silva DL. Traços de personalidade e religião: meio rural versus meio urbano [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias; 2010.

Silva JV. Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). Trabalho de Pesquisa (pós-doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Souza SD. Revista Mandrágora: gênero e religião nos estudos feministas. Rev Estud Fem. 2004;12(SPE.):122-30.

Souza SD. Trânsito religioso e reinvenções femininas do sagrado na modernidade. Horizonte. 2006, 5(9):21-29.

Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e saúde. In: Salgado MI, Freire G, organizadores. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: INEDE; 2008. p. 427-443.

Tuono VL, Oliveira YAD. A religiosidade entre idosos do Município de São Paulo. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação 2005. Escola de Enfermagem da USP. Disponível em <http://www.ee.usp.br/ensino/monografias.asp?flag=2005#>. Acesso 14/10/2011.

Vasconcelos EM, organizador. A Espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 28-51.

Ventura MM, Bortino CMC. Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos. In: Papaleo Neto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1986.

Xavier M. O conceito de religiosidade em C. G. Jung. *Psico*. 2006;37(2):183-9.

**APENDICES**

## APÊNDICE A

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

INSTRUÇÃO: Leia cada uma das perguntas ao (à) entrevistado (a) e faça um círculo no número da opção identificada por ele (a).

Data de realização da entrevista: \_\_\_\_\_

#### I – INFORMAÇÕES GERAIS

##### 1 – Sexo do entrevistado.

- 1- Masculino ( )
- 2- Feminino ( )

##### 2– Quantos anos o (a) Sr. (a) tem?

\_\_\_\_\_ anos

##### 3– O (a) Sr. (a) pratica alguma religião?

- 1- Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_
- 2- Não ( )

##### 4– Qual é sua escolaridade?

- 1- Sem escolaridade ( )
- 2- Ensino fundamental ( )
- 3- Ensino médio ( )
- 4- Ensino superior ( )

##### 5– Atualmente, qual é a sua situação conjugal?

- 1- Sem Conjugue ou companheiro (a)
- 2- Com Conjugue ou companheiro (a)

##### 6– O (a) Sr. (a) tem filhos?

- 1- Sim ( ) Quantos: \_\_\_\_\_
- 2- Não ( )

##### 7– O (a) Sr. (a) tem algum trabalho?

- 1- Sim ( )
- 2- Não ( )

##### 8– Qual é o total mensal de rendimentos das pessoas que vivem na sua residência?

- 1- até um salário mínimo ( )
- 2- mais de 1 a 2 salários mínimo ( )
- 3- mais de 2 a 3 salários mínimo ( )
- 4- mais de 3 a 5 salários mínimo ( )
- 5- mais de 5 salários mínimo ( )
- 6- N.S/N.R.

**9– Quantas pessoas, incluindo o (a) Sr. (a), vivem com esse rendimento familiar?**

\_\_\_\_\_ pessoas

## **II – SAÚDE FÍSICA**

**10– Em geral o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:**

- 1- Muito boa ( )
- 2- Boa ( )
- 3- Regular ( )
- 4- Ruim ( )
- 5- N.S/N.R ( )

**11– O (a) Sr. (a) tem alguma doença crônica diagnosticada?**

- 1- Sim ( ) Há Quanto tempo: \_\_\_\_\_
- 2- Não ( )

**12– Há quanto tempo o (a) Sr. (a) tem a doença?**

\_\_\_\_\_ anos

**13 – O (a) Sr. (a) faz algum tipo de exercício físico?**

- 1- Sim ( )
- 2- Não ( )

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ewerton Naves Dias, mestrando em enfermagem pela Universidade de São Paulo, estou realizando uma pesquisa com a população da cidade Itajubá, MG, sobre a religiosidade das pessoas.

Os objetivos deste estudo são:

- Conhecer como está a religiosidade dos habitantes desta cidade e associar a religiosidade dessas pessoas com suas características pessoais.

A realização deste trabalho será importante para que as pessoas sejam atendidas nas suas necessidades religiosas, principalmente quando se encontrarem com algum problema pessoal, familiar, de saúde. É importante esclarecer que esta pesquisa não tem a ver com religião alguma, pois trata de um estudo científico que pretende mostrar às pessoas como se encontra a sua situação religiosa. Este tipo de informação poderá não só despertar nelas a importância de conhecer um pouco mais sobre a religiosidade, mas também de solicitar ajuda para si e sua família, nos momentos de necessidade.

Para isso, preciso que você concorde em participar de uma entrevista respondendo a dois questionários, sendo o primeiro a respeito de suas informações pessoais como idade, estado civil, escolaridade, religião e outros; o segundo está relacionado com a religiosidade.

Esclareço que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e que você, em momento algum, será identificado(a) pelo nome. Todas as informações obtidas ficarão sob minha responsabilidade e trabalharei com os dados de forma global, isto é, reunindo as informações de todos os participantes do estudo. É importante lembrar que a sua participação é estritamente voluntária, e que poderá desistir a qualquer momento, se assim o desejar.



Este termo de consentimento é o documento que comprova a sua permissão. Preciso da sua assinatura para oficializar ou seu consentimento.

Para outras informações e retirar dúvidas, você poderá utilizar o telefone: (35) 3622-0930, que é do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.

Agradeço desde já sua valiosa colaboração e coloco-me à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

### **DECLARAÇÃO**

Declaro para devidos fins, que entendi tudo que me foi explicado a respeito desta pesquisa, estou ciente dos seus objetivos, assim como do seu desenvolvimento e da entrevista à qual serei submetido(a).

Diante disso, confirmo minha participação nesta pesquisa e, para isto, lavro a minha assinatura abaixo ou coloco minha impressão digital do polegar direito.

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

Itajubá, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auxiliar de Pesquisa

**ANEXOS**

## ANEXO A

### ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE (DUREL)

**1- Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

- 1- Mais do que uma vez por semana
- 2- Uma vez por semana
- 3- Duas a três vezes por mês
- 4- Algumas vezes por ano
- 5- Uma vez por ano ou menos
- 6- Nunca

**2- Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?**

- 1- Mais do que uma vez ao dia
- 2- Diariamente
- 3- Duas ou mais vezes por semana
- 4- Uma vez por semana
- 5- Poucas vezes por mês
- 6- Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

**3- Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).**

- 1- Totalmente verdade para mim
- 2- Em geral é verdade
- 3- Não estou certo
- 4- Em geral não é verdade
- 5- Não é verdade

**4- As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.**

- 1- Totalmente verdade para mim
- 2- Em geral é verdade
- 3- Não estou certo
- 4- Em geral não é verdade
- 5- Não é verdade

**5- Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.**

- 1- Totalmente verdade para mim
- 2- Em geral é verdade
- 3- Não estou certo
- 4- Em geral não é verdade
- 5- Não é verdade

**ANEXO B****QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO MENTAL**

<b>Itens</b>	<b>Avaliação</b>	
	<b>CERTO</b>	<b>ERRADO</b>
1. Qual o nome deste lugar?	( )	( )
2. Onde está localizado (endereço)?	( )	( )
3. Que dia é hoje (dia do mês)?	( )	( )
4. Em que mês estamos	( )	( )
5. Em que ano estamos?	( )	( )
6. Qual é a sua idade?	( )	( )
7. Qual é o dia de seu nascimento?	( )	( )
8. Qual é o ano de seu nascimento?	( )	( )
9. Quem é o presidente do Brasil	( )	( )
10. Quem era o presidente antes dele?	( )	( )

## ANEXO C

### Parecer Consubstanciado

*Associação de Educação, Saúde e Cultura  
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz*

Av. Cesário Alvim, 566 - Centro - Tel.: (35) 3622-0930 - Fax: (35) 3622-1043  
e-mail: eewb@eewb.br - http://www.eewb.br - CEP 37501-059 - Itajubá / MG

#### PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 369/2009

**Número:** Protocolo 266/2009

**Título:** VALIDAÇÃO À CULTURA BRASILEIRA DO DUKE – UNIVERSITY RELIGIOUS INDEX (DUREL)

**Autor:** José Vitor da Silva.

**Supervisores:** Prof. Dr. Irineu Velasco  
Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida  
Prof. Dr. Flanklin Santana Santos  
Prof. Dr. Harold G. Koenig

#### 1- ITENS OBRIGATÓRIOS:

- a-  Corpo do Projeto                      b-  Currículo do autor  
c-  Currículo dos supervisores              d-  Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### OBJETIVO(S) DO PROJETO

- Avaliar a religiosidade das pessoas residentes em Itajubá, MG;
- Analisar a confiabilidade, a estabilidade e a consistência interna – do Duke Religious Index (DUREL);
- Analisar a validade de critérios concorrentes do *Duke Religious Index (DUREL)*;
- Analisar a validade de construto, do tipo convergente e discriminante do *Duke Religious Index (DUREL)*.

#### 2- PROJETO:

a- Introdução: Trata-se de um projeto de pesquisa a ser apresentado à USP, Escola de Enfermagem, como um dos pré-requisitos a obtenção do título de Pós-Doutorado.

b- Objetivo: factível

c- Justificativa: relevância social e relevância científica.

d- Métodos:

- Tipo de estudo: Estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e metodológico.

- Sujeitos da pesquisa: os sujeitos da pesquisa serão 600 pessoas residentes em Itajubá. Suas idades serão acima de 20 anos até 80 ou mais.

- Critérios de amostragem: será não probabilístico por cotas.

- Critérios de inclusão:

- 1- Concordem em participar do estudo;
- 2- Pessoas lúcidas e que possam responder verbalmente;
- 3- Residentes em Itajubá na zona urbana ou rural.

- Critérios de exclusão: Não consta.

- Instrumentos: 1- Caracterização biossocial, familiar, econômica e de Saúde; 2- Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP); 3- Índice de Religiosidade da Universidade

*Associação de Educação, Saúde e Cultura  
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz*

Av. Cesário Alvim, 566 - Centro - Tel.: (35) 3622-0930 - Fax: (35) 3622-1043  
e-mail: eewb@eewb.br - http://www.eewb.br - CEP 37501-059 - Itajubá / MG

DUKE – DUREL; 4- Escala para Medida do Sentimento de Religiosidade. Se necessário será aplicado um quinto instrumento, de Avaliação Mental.

- Procedimento: o estudo será realizado pelo pesquisador auxiliar e principal.
- Procedimentos para análise de dados: Será realizado um pré-teste constituído por 60 pessoas. Será utilizado o programa S.P.S.S. para o processamento estatístico.
- Procedimentos Éticos: Estão em conformidade com a Resolução 196/96.
- Cronograma: completo e correto
- Orçamento: completo
- Referências: completas
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: em conformidade.

3- PROBLEMAS ÉTICOS (CONTRARIANDO A RESOLUÇÃO 196/96): não há.

4- PROBLEMAS METODOLÓGICOS: não há.

**CONCLUSÃO**

a- ( X ) APROVADO

b- ( ) PENDENTE

c- ( ) NÃO APROVADO

Sendo assim, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, constituído em conformidade com o ofício 691, de 20 de Novembro de 2001, da CONEP/CNS/MS, e nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com autorização renovada em 10/06/08, em reunião ordinária de 29 de julho de 2009, decidiu enquadrá-lo na categoria “APROVADO”.

O pesquisador responsável deverá enviar a este CEP dois relatórios, sendo um parcial em dezembro de 2009 e outro final em maio de 2010.

Itajubá, 12 de agosto de 2009.

  
Lidiana da Silva Ribeiro  
Coordenadora CEP/EEWB