



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

SCHEILA DA ROCHA ALEXANDRINO

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ASSOCIADO A FUNCIONALIDADE E  
DEPRESSÃO: ELSI-BRASIL**

Araranguá

2023

Scheila da Rocha Alexandrino

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ASSOCIADO A FUNCIONALIDADE E  
DEPRESSÃO: ELSI-BRASIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Profa. Ione Jayce Ceola Schneider,  
Dra

Araranguá

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Alexandrino, Scheila da Rocha  
Religiosidade e Espiritualidade Associado a  
Funcionalidade e Depressão: ELSI-BRASIL / Scheila da Rocha  
Alexandrino ; orientadora, Ione Jayce Ceola schneider,  
2023.  
87 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2023.

Inclui referências.

1. Ciências da Reabilitação. 2. Desenvolvimento humano.  
3. Depressão. 4. Funcionalidade. 5. Religiosidade /  
Espiritualidade. I. schneider, Ione Jayce Ceola. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Ciências da Reabilitação. III. Título.

Scheila da Rocha Alexandrino

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ASSOCIADO A FUNCIONALIDADE E  
DEPRESSÃO: ELSI-BRASIL**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Alessandro Haupenthal – membro interno

Susana Cararo Confortin – membro externo

Certificamos que está é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Ciências da Reabilitação pelo Programa de Pós graduação em Ciências da Reabilitação.

Coordenador do Programa de Pós-graduação

Profa. Ione Jayce Ceola Schneider, Dra.

Araranguá, 2023

## **APRESENTAÇÃO AOS LEITORES**

A Dissertação intitulada “Religiosidade e Espiritualidade associada a funcionalidade e depressão: ELSI-Brasil” foi desenvolvida no programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina, campus Araranguá. Está inserida na linha de pesquisa em Desempenho e Capacidade dos Sistemas Cardiorrespiratório e Neurológico.

Inicialmente, a dissertação contém introdução, objetivo geral e específicos. A segunda parte contextualiza a condição atual dos adultos mais velhos (50 anos ou mais), bem como alterações inerentes ao processo de envelhecimento. Também aborda sobre Transtornos Depressivos, sendo eles mais prevalentes nesta etapa do desenvolvimento humano e funcionalidade. Apresenta também Religiosidade/Espiritualidade como mecanismos que podem ser considerados fator de prevenção, proteção e promoção de saúde. Além disso a Revisão integrativa que traz a relação entre Religiosidade/Espiritualidade com a depressão e funcionalidade de adultos mais velhos, realizada através de uma busca metodológica na literatura, com síntese dos artigos selecionados sendo explanada em um quadro descritivo e o fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos.

A terceira parte é composta pelos métodos, desenho do estudo e os instrumentos de pesquisa. A quarta parte apresenta os resultados do estudo, com descrição dos achados e apresentação das tabelas resultantes da análise estatística. Na quinta parte se encontra a discussão dos resultados desta dissertação e conclusão.

Os apêndices são compostos pela chave de busca e aspectos éticos do ELSI-Brasil.

## AGRADECIMENTOS

Estou muito grata a todas as pessoas que participam da minha vida! Quando comecei a pensar em realizar um mestrado, minha família muito incentivou. Já fazia alguns anos que trabalhava como funcionária pública num programa de saúde mental e esta ideia foi se materializando.

Inicialmente como um desejo que foi instigado por profissionais da UFSC, como a professora Ione Jayce Ceola Schneider e depois com amigas que fiz em função da pesquisa e das aulas. Sou muito grata a professora Ione pela paciência, uma vez que sempre foi sensível às problemáticas humanas, desta forma, sendo sensível às minhas também. Agradeço às minhas parceiras do mestrado, Ana Maria, Patrícia Bruna e Vanessa que sempre me ajudaram diante das dificuldades e tornaram muito mais agradáveis as minhas tardes. Agradeço também aos meus pais Taylor e Beatriz pelo carinho e auxílio no cuidado com minha filha.

Agradeço também às adversidades, pois nos tornam mais fortes e flexíveis. Agradeço aos meus amigos do trabalho, que diante da exaustão, não me deixaram desistir. Principalmente a minha coordenadora Larissa Martins que não aceita desistência.

Agradeço também a Cláudio Marcon Francisco que em momentos decisivos foi um parceiro.

Agradeço ao meu irmão Pedro Paulo Alexandrino (*in memoriam*) por ser presença viva na minha história: te amo!

Enfim, agradeço e confio em Deus! Amém!

## RESUMO

**Introdução:** A Espiritualidade/ Religiosidade pode ser considerado fator de proteção para todos os problemas de saúde, bem como, pode promover maior rapidez na recuperação de quadros depressivos quando instalados. Evidências apontam que adultos mais velhos religiosos apresentaram diminuição da capacidade funcional tardiamente quando comparado aos não religiosos. **Objetivo:** Investigar a relação da Espiritualidade/Religiosidade com o estado funcional e depressivo de indivíduos brasileiros com 50 anos ou mais. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com dados do Estudo Longitudinal Brasileiro de Envelhecimento – ELSI-Brasil. As variáveis de desfecho foram depressão e funcionalidade, no qual foram utilizados para depressão, o *Center for Epidemiological Scale Depression* – CESD 8, para as atividades básicas de vida diária (AVD), o Índice de Katz, e para as instrumentais (AIVD), Escala de Lawton. As variáveis de exposição foram Espiritualidade/Religiosidade, utilizando o *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSRFQ). Foi realizada análise dos casos completos, com frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e dispersão. A associação da Espiritualidade/Religiosidade com a depressão e a funcionalidade foi investigada por meio de regressão logística bruta e ajustada para os fatores de confusão, sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda por tercil, tabagismo, consumo de álcool, consumo de frutas, verduras e legumes, atividade física, orientação temporal, escore de memória e score de fluência verbal por tercil. Todas as análises foram realizadas no *Stata SE 16*. **Resultados:** Foram incluídos 6.858 participantes. A prevalência da depressão foi de 33,3%, dificuldade em AVD 13,5% e AIVD 45,3%. Quando combinados depressão e dificuldade em AVD 7,9% e combinado depressão e dificuldade em AIVD 21,1%. A maioria era católico 67,7% e frequentavam a igreja mais de uma vez por semana 42,1%. Na análise ajustada, pertencer a outras religiões apresentou 2,62 (OR:2,62; IC95%: 1,51-4,56) vezes mais chance de depressão e dificuldade em AVD quando comparados aos católicos e na variável hábitos religiosos, frequentar mais que uma vez por semana, 27% (OR:0,73; IC95%: 0,58-0,93) quando comparado aos que frequentam mais que uma vez por semana. Para a combinação de AIVD e depressão, houve aumento na chance para os que se consideram evangélico (OR:1,32; IC95%:1,10-1,59) e para aqueles com pouca ou nenhuma fé e força espiritual aumentou em 45% (OR:1,45; IC95%: 1,01-

2,08) a chance do desfecho quando comparados àqueles com muita fé e força espiritual. **Conclusão:** A Religião/Espiritualidade foram associadas a maiores chances de depressão e dificuldade nas AVD e AIVD. Apesar dos achados, considera-se que as estratégias de prevenção e promoção devem considerar a singularidade do cuidado e às crenças dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Espiritualidade / Religiosidade. Funcionalidade. Depressão.



## ABSTRACT

**Background:** Spirituality/ Religiosity can be considered a protection factor for all health problems, as well as it can promote faster recovery from depressive conditions. Evidence shows that religious older adults showed a decrease in functional capacity later in life when compared to non-religious adults. **Objective:** To investigate the relationship between Spirituality/Religiosity and the functional and depressive status of Brazilian individuals aged 50 years or more. **Methods:** This is a cross-sectional study with data from the Brazilian Longitudinal Study of Aging - ELSI-Brazil. The outcome variables were depression and functionality, in which the Center for Epidemiological Scale Depression - CESD 8 was used for depression, the Katz Index for basic activities of daily living (ADL), and the Lawton Scale for instrumental activities of daily living (IADL). The exposure variables were Spirituality/Religiosity, using the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (SCSRFQ). Full case analysis was performed, with absolute and relative frequencies and measures of central tendency and dispersion. The association of Spirituality/Religiosity with depression and functioning was investigated using crude logistic regression and adjusted for confounding factors, sex, age group, marital status, education, income by tertile, smoking, alcohol consumption, fruit, vegetable and fruit consumption, physical activity, temporal orientation, memory score and verbal fluency score by tertile. All analyses were performed in Stata SE 16. **Results:** 6,858 participants were included. The prevalence of depression was 33.3%, difficulty in ADL 13.5% and IADL 45.3%. When depression and ADL difficulty were combined 7.9% and depression and ADL difficulty 21.1%. Most were catholic 67.7% and attended church more than once a week 42.1%. In the adjusted analysis, belonging to other religions showed 2.62 (OR:2.62; 95%CI: 1.51-4.56) times more chance of depression and difficulty in ADL when compared to Catholics and in the variable religious habits, attending more than once a week, 27% (OR:0.73; 95%CI: 0.58-0.93) when compared to those who attend more than once a week. For the combination of IADL and depression, there was an increased chance for those who consider themselves evangelical (OR:1.32; 95%CI:1.10-1.59) and for those with little or no faith and spiritual strength increased by 45% (OR:1.45; 95%CI: 1.01-2.08) the chance of the outcome when compared to those with much faith and spiritual strength. **Conclusion:** Religion/Spirituality were associated with higher chances of depression and difficulty in ADL and IADL. Despite the findings, it is considered that

*prevention and promotion strategies should consider the singularity of care and the beliefs of individuals.*

**Keywords:** *Spirituality / Religiosity. Functionality. Depression.*

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.....  | 35 |
| Figura 2. Municípios selecionados, ELSI-Brasil, 2015 .....  | 46 |
| Figura 3 Fluxograma de seleção da amostra considerando os critérios de inclusão deste estudo, ELSI-Brasil, 2015-16..... | 48 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 Síntese dos artigos inclusos na revisão integrativa ..... | 39 |
| Quadro 2 Variáveis de estudo .....                                 | 48 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 Análise descritiva das características sociodemográficas, de saúde e hábitos religiosos, .....                                   | 56 |
| Tabela 2 Análise bivariada entre dificuldade de AVD, AIVD, depressão e religiosidade / espiritualidade .....                              | 59 |
| Tabela 3 Análise ajustada entre a combinação de depressão, dificuldade em AVD e religiosidade/espiritualidade, ELSI-Brasil, 2015-16 ..... | 62 |
| Tabela 4 Análise ajustada entre a combinação de depressão dificuldade em AIVD e religiosidade/espiritualidade, ELSI-Brasil, 2015-16 ..... | 65 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |  |
|-------------|--|
| AAVD        | Atividades avançadas de vida diária  |
| AVD         | Atividades básicas de vida diária  |
| AIVD        | Atividades instrumentais de vida diária  |
| BDI         | Inventário de Depressão de Beck  |
| BMMRS       | Escala <i>Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality</i> |
| CES-D       | Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos                       |
| CRE         | Escala de <i>Coping</i> Religioso Espiritual                                   |
| DSEs        | Escala de Experiência Espiritual Diária  |
| DSM-V       | Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais                       |
| ELSI-Brasil | Estudo Longitudinal Brasileiro de Envelhecimento                               |
| FIDS        | Escala de Independência e Dificuldades Funcional                               |
| FSH         | hormônio folículo-estimulante  |
| HAM-D       | Escala de Depressão de Hamilton  |
| IBGE        | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                |
| LH          | Hormônio luteinizante  |
| MADRS       | Escala de Depressão de Montgomery – Asberg                                     |
| OMS         | Organização Mundial de Saúde   |
| ONU         | Organização das Nações Unidas  |
| SCSRFQ      | Questionário de Força e Fé Religiosa de Santa Clara                            |
| T3          | Tri-iodotironina   |
| T4          | Tirotoxina Sérica  |
| TM          | Transtorno Mental  |
| TSH         | Hormônio Estimulante Da Tireoide   |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>11</b> |
| 1.1 OBJETIVOS .....  | 13        |
| 1.1.1 <b>Objetivo Geral</b> .....  | <b>13</b> |
| 1.1.2 <b>Objetivos Específicos</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | <b>14</b> |
| 2.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO.....  | 14        |
| <b>2.1.1 Mudanças Biológicas Associadas ao Processo de Envelhecimento</b> .....  | <b>16</b> |
| <b>2.1.2 Aspectos Psicossociais do Envelhecimento</b> .....  | <b>18</b> |
| 2.2 DEPRESSÃO .....  | 19        |
| <b>2.2.1 Escalas de avaliação de quadros depressivos</b> .....   | <b>21</b> |
| 2.2.1.1 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).....  | 22        |
| 2.3 FUNCIONALIDADE.....  | 23        |
| <b>2.3.1 Escalas de avaliação da funcionalidade</b> .....  | <b>25</b> |
| 2.4 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE .....  | 27        |
| <b>2.4.1 Escalas de avaliação de religiosidade e espiritualidade</b> .....   | <b>30</b> |
| 2.4.1.1 Índice de Religiosidade de DUKE – P DUREL .....  | 30        |
| 2.4.1.2 Escala de Coping Religioso Espiritual – CRE .....  | 31        |
| 2.4.1.3 WHOQOL-SRPB.....   | 31        |
| 2.4.1.4 WHOQOL-100-SRPB .....  | 32        |
| 2.4.1.5 Escala de Experiencia Espiritual Diária – DSEs .....   | 32        |
| 2.4.1.6 Inventário de Religiosidade Intrínseca - IRI.....  | 32        |
| 2.4.1.7 Escala Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality – BMMRS-p .....                          | 33        |
| 2.4.1.8 Questionário de Força e Fé Religiosa de Santa Clara – SCSRFQ.....  | 33        |
| 2.5 RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COM A DEPRESSÃO E A FUNCIONALIDADE .....                                  | 33        |
| <b>3. MÉTODOS</b> .....  | <b>45</b> |
| 3.1 FONTE DE DADOS .....   | 45        |
| 3.2 ESTUDO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE ASSOCIADO DA FUNCIONALIDADE E DEPRESSÃO DE ADULTOS MAIS VELHOS – ELSI-BRASIL |           |
| 47   |           |
| <b>3.2.1 População em estudo</b> .....   | <b>47</b> |

|                |   |           |
|----------------|---|-----------|
| <b>3.2.2</b>   | <b>Variáveis .....</b>                                      | <b>48</b> |
| <b>3.2.3</b>   | <b>Instrumentos de pesquisa.....</b>                        | <b>50</b> |
| <b>3.2.3.1</b> | Variáveis Sociodemográficas .....                           | 50        |
| <b>3.2.3.2</b> | Variáveis de hábitos de vida .....                          | 50        |
| <b>3.2.3.3</b> | Memória.....  | 52        |
| <b>3.2.3.4</b> | Variáveis de Espiritualidade e Religiosidade.....           | 52        |
| <b>3.2.3.5</b> | Variáveis de Sintomas Depressivo .....                      | 53        |
| <b>3.2.3.6</b> | Variáveis de funcionalidade: AVD e AIVD .....               | 53        |
| 3.2.3.6.1      | Índex de Katz.....  | 53        |
| 3.2.3.6.2      | Escala de Lawton.....                                       | 54        |
| <b>3.2.4</b>   | <b>Análise estatística.....</b>                             | <b>54</b> |
| <b>4.</b>      | <b>RESULTADOS .....</b>                                     | <b>55</b> |
| <b>5.</b>      | <b>DISCUSSÃO.....</b>                                       | <b>66</b> |
| <b>6.</b>      | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                            | <b>72</b> |
| 6.1.1.1.1      | REFERÊNCIAS.....  | 75        |
| 6.1.1.1.2      | APÊNDICE A – Chave de Busca para base de dados PubMed ..... | 86        |
| 6.1.1.1.3      | ANEXO A – Aspectos Éticos ELSI-Brasil.....                  | 87        |



## 1. INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) se refere a situação de envelhecimento mundial como transição do processo demográfico único e irreversível que irá resultar em um número maior de adultos mais velhos e idosos em todos os lugares (OMS, 2019).

Esta mudança é atribuída ao aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de vida e diminuição das taxas de fertilidade e ainda pressupõe, que pessoas com idades de 60 anos ou mais devem duplicar no período subtendido entre 2007 e 2050 (OMS, 2019). Estima-se o aumento de 2,1 bilhões em 2050 de adultos mais velhos (com 50 anos ou mais) em todas as regiões do mundo (IBGE, 2018). De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca de 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2018).

Contudo, embora envelhecer, para muitos, ainda seja sinônimo de deficiências e término de perspectivas, ter uma vida longínqua proporciona a oportunidade de repensar o que a idade avançada pode ser e seus desdobramentos. Durante o processo de envelhecer, é possível, reformular sua vida, seu tempo e o valor das coisas, bem como ressignificar relações e atividades. Mas para isso acontecer, dependerá muito de um fator fundamental: saúde física e mental, bem como funcionalidade (IBGE, 2018). Com boa saúde, adultos mais velhos, em processo de envelhecimento, mantêm suas atividades e ressignificam sua condição de ser no mundo; sem saúde são dominados por declínios na capacidade física e mental necessitando do apoio social, de saúde e econômico (ALVES, 2019).

A funcionalidade abrange todas as funções do corpo, bem como atividades e participação, sendo ela, condição de manutenção das habilidades necessárias para uma vida de independência e autonomia. A manutenção desta é um desafio e ter independência e autonomia promove melhor estados de humor e entrosamento social com familiares ou outros significantes (FONSECA; MEDEIROS, 2019; LUCCHETTI et al., 2006; PEREIRA; FIRMO; GIACOMIN, 2014; SANTOS et al., 2013).

No que tange aos estados de humor, é comum a depressão estar presente na

vida de adultos mais velhos. Não se trata de uma consequência natural do envelhecimento, mas é comum, nessa fase da vida (SADOCK; SADOCK, 2017). Por se tratar de uma morbidade psíquica, sua presença proporciona grande sofrimento, declínio cognitivo e redução significativa da qualidade de vida, além de estar associada a um índice maior de mortalidade (SILVA, 2016).

Um dos fatores envolvidos para melhora da qualidade de vida nessa fase de vida, é a Religiosidade/Espiritualidade (EJIRI et al., 2019; LUCCHETTI et al., 2011; NERI et al., 2018). A religiosidade é entendida como crenças práticas e rituais que fazem parte de uma organização oriundas de uma comunidade que tem por objetivo a proximidade com o sagrado. Por ser pública ou privada e o tipo de orientação religiosa também é muito importante quando tange estados de humor. Espiritualidade consiste na busca pessoal e íntima da existência. A busca do sentido da vida, bem como o significado do sagrado. Frequentemente é descrita no contexto do significado, propósito e paz na própria existência (NUMBERS, 2009).

São escassos os estudos que propuseram a identificação da relação existente entre religiosidade e espiritualidade ao estado funcional e depressivo de adultos mais velhos. Alguns estudos abordavam a relação da religiosidade espiritualidade a saúde de forma geral, bem como bem estar, comportamentos de saúde e autoavaliação de saúde (AHRENFELDT et al., 2017; ARAÚJO; RIBEIRO; PAÚL, 2017; BAKHTIARI et al., 2019; DAALEMAN; PERERA; STUDENSKI, 2004). Outros tinham por objetivo somente funcionalidade, enfrentamento e resiliência (BENJAMINS, 2004; ELIASSEN, 2014; HELM et al., 2000; HYBELS et al., 2012; KRAUSE; DAVID HAYWARD, 2014); assim como também foram identificados estudos cujos objetivos consistiam apenas em identificar as aspectos da saúde mental, quadros depressivos e resiliência (LUCCHETTI et al., 2011; MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER; NETO, FRANCISCO L.; KOENIG, 2006; SALMAN; LEE, 2019; STEARNS et al., 2018). Há achados quanto a relação positiva com a longevidade, funcionalidade, recuperação efetiva de sintomas depressivos. Adultos mais velhos funcionais participavam com maior frequência de organizações religiosas em comunidades; quando com alguma deficiência mantinham dinâmicas religiosas na própria residência como forma de ressignificar e manter hábitos que faziam parte do seu cotidiano (BENJAMINS, 2004; COHEN-MANSFIELD; SHMOTKIN; HAZAN, 2016). Outra questão apontada consiste em que ser religioso ou espiritualizado não impede o indivíduo independente da faixa etária de padecer de um quadro depressivo, mas que a recuperação e reabilitação dos sintomas apresenta

maior eficiência aliados ao tratamento clínico disponível (STEARNS et al., 2018).

Subjetivamente a Religiosidade/Espiritualidade possibilitam ao indivíduo reflexão a respeito de sua essência e existência, suas relações e luto, dando significado as mesmas. São fenômenos que influenciam a vida do indivíduo, principalmente adultos mais velhos, seu comportamento, autoconceito e forma de se relacionar com saúde (KOENIG, 2007).

Por isso se torna tão importante investigar esta relação, para que as demandas que ainda deixam dúvidas quanto a causalidade reversa e outros vieses que possam interferir, sejam questionados com o fim de agregar conhecimento livre que pré-conceitos existentes. Por se tratar de um estudo transversal, há limitações quanto a causalidade, mas pode ser um instigador para pesquisas posteriores. Visto isso, esse estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: qual é a relação da religiosidade/espiritualidade com a funcionalidade e depressão de adultos mais velhos brasileiros?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Investigar a relação da religiosidade/espiritualidade com a funcionalidade e depressão de adultos mais velhos brasileiros.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever as características sociodemográficas e de saúde.

Identificar os tipos e as dinâmicas religiosas e de espiritualidade.

Investigar o estado funcional e de sintomas depressivos.

Relacionar a religiosidade e espiritualidade com funcionalidade e sintomas depressivos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO

O desenvolvimento humano inicia durante o momento da concepção e a partir disso, dentre suas fases, a infância é o ponto de partida do potencial social. Logo após a adolescência, como transição da infância para fase adulta, definida não apenas como um período de mudanças da puberdade, mas como um período de adaptação completa, aos papéis do adulto. A idade adulta, por sua vez, é a mais longa do ciclo vital, sendo ela dividida em adulto jovem (20 a 40 anos), meia idade (40 a 60 anos) e idoso ou velhice (mais de 60 anos) (FELDMAN; PAPALIA; OLDS, 2006; PERES GONÇALVES, 2016).

O conceito de meia-idade é um constructo social. Ele passou a ser utilizado quando a crescente expectativa de vida levou a novos papéis. A maioria das pessoas da meia-idade possui boas condições físicas, cognitivas e emocionais; têm muitas responsabilidades e múltiplos papéis e também estão em um período de reflexão e tomadas de decisões em relação aos anos de vida posteriores (FELDMAN; PAPALIA; OLDS, 2006).

A velhice é a última etapa do ciclo da vida. Conceitualmente o termo “idade” é determinado conforme o contexto sociocultural. Tornar-se idoso é algo que transcende um ponto fixo do tempo em termos de anos. Atualmente se delimita a fase idosa partir de 60 anos ou mais pela tradição e considerações monetárias e por evidências científicas de capacidade alterada do estado funcional (KAPLAN; SADOCK, 1999; SADOCK; SADOCK, 2017).

O envelhecimento deve ser compreendido como um conjunto de três dimensões que se interrelacionam: dimensão biológica, dimensão social e dimensão psicológica. A dimensão biológica é compreendida como uma perturbação da homeostase orgânica onde o indivíduo procura um novo equilíbrio frente as mudanças relacionadas a idade. A dimensão social envolve mudanças no status profissional e social. Por sua vez a dimensão psicológica apresenta uma diversidade de alterações. O equilíbrio psicoemocional depende da capacidade de adaptação e aceitação da realidade que o cerca e adequado funcionamento cerebral (COSTA, 2002; VARGAS, 1992).

Estas dimensões ocorrem cada qual com seu ritmo. Por isso é possível que

algumas pessoas se sintam jovens mesmo quando biologicamente estão idosas. Quando falamos a respeito do envelhecimento psicológico estamos nos referindo as mudanças no comportamento. Ocorrem gradativamente e por vezes são imperceptíveis no dia a dia. Exceto quanto há doenças envolvidas que exercem grande impacto na funcionalidade do idoso. O envelhecimento psicológico está relacionado com habilidades cognitivas (atentar, pensar e recordar) e aspectos da personalidade e do comportamento emocional (KAPLAN; SADOCK, 1999; SADOCK; SADOCK, 2017).

Biologicamente, o processo de envelhecimento é inevitável. Resulta da acumulação de grande variedade de danos moleculares e celulares ao longo da vida do indivíduo. Isso promove diminuição gradual da capacidade física e mental, risco crescente de doenças e morte (OMS, 2015).

A idade avançada pode proporcionar perda auditiva, cataratas e erros refrativos, dor nas costas e pescoço, osteoartrite, doenças pulmonares, diabetes, depressão e demência. Por vezes os idosos podem experimentar várias destas condições simultaneamente (SADOCK; SADOCK, 2017). Há também a possibilidade da presença de síndromes geriátricas, preditoras de morte, que incluem a fragilidade, incontinência urinária, quedas, delírios e úlceras por pressão (OPAS, [s.d.]).

Embora alguns dos problemas de saúde enfrentado pelos idosos sejam de origem genéticas, muitos ocorrem em função do meio social em que vivem e características pessoais como sexo, etnia ou condição socioeconômica (SADOCK; SADOCK, 2017; SANTOS et al., 2013). O ambiente relacional que o idoso vive exerce grande importância no desenvolvimento e manutenção de comportamentos saudáveis (OPAS, [s.d.]).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) elabora o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde com o objetivo de preconizar que a idade avançada não seja apenas sinônimo de dependência e nem ausência de doenças. Para um envelhecimento saudável, deve-se manter a capacidade funcional e bem-estar. Para tal, se faz importante a articulação de inúmeros saberes para melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e comunidades. O OMS entende que a saúde é fundamental para a experiência de envelhecer e para as oportunidades que o envelhecimento traz, mas para isso se faz necessário que se mude a práxis com relação a idade e ao envelhecimento; facilitar a capacidade do idoso de participar e contribuir com suas comunidades e sociedade; e prestar ação integrada a serviços de

saúde primários que atendam às necessidades do indivíduo, fornecendo acesso a cuidados de longa duração a quem necessite de fato (OMS, 2015).

No Brasil, a assistência da saúde do idoso é garantida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que tem objetivo a garantia do cuidado interdisciplinar e multiprofissional, baseados nos fatores físicos, psicológicos e sociais, bem como adoção de instrumentos de avaliação em saúde e cuidados preventivos (ALEXANDRE et al., 2016).

Avanços em tecnologias de saúde e maior ênfase sobre os estilos de vida saudáveis tem impulsionado os limites do funcionamento para idades cada vez mais avançadas. Atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis e evitar o uso do tabaco, podem claramente influenciar os parâmetros fisiológicos e de saúde mental (KAPLAN; SADOCK, 1999; SADOCK; SADOCK, 2017).

As mudanças fisiológicas e prováveis declínios não são rígidos. Muitos idosos gozam de extrema saúde e são ativos na comunidade e outros padecem de limitações afins. O que se tem consciência é que o estilo de vida adotado por cada um resulta no quadro de saúde positivo (OMS, 2015).

Comportamentos como atividade física e boa nutrição ajudam a preservar a função cognitiva, atrasar a dependência de cuidados e reverter a fragilidade mesmo em idades mais avançadas. Ambientes de apoio possibilitam que pessoas façam o que realmente é importante para elas, independente das perdas de capacidade. Acessibilidade no transporte, qualidade de atendimento de saúde e suporte socioemocional são de extrema importância para que o idoso tenha qualidade de vida e bem-estar durante sua jornada (OMS, 2015; OPAS, [s.d.]).

Como este estudo tem por população indivíduos de 50 anos ou mais, conceitualmente iremos utilizar o termo adulto mais velho, uma vez que subentende um período de 10 anos da meia idade e a fase do idoso ou velhice.

### **2.1.1 Mudanças Biológicas Associadas ao Processo de Envelhecimento**

O envelhecimento é o fator de risco mais evidente para o surgimento de inúmeras doenças, declínio ou perda funcional significativa e mortalidade. Está associado a mudanças biológicas complexas, embora não consensuais. Conceitua-se idade cronológica como quantificação do tempo, contudo a idade biológica pode

variar conforme as singularidades do indivíduo (HAN et al., 2019; SADOCK; SADOCK, 2017).

Por e tratar de uma trajetória dinâmica, o envelhecimento biológico, pressupõe a intervenção de inúmeros fatores: intrínseco (biomarcadores genéticos) e extrínseco (intervenção do ambiente). Visto isso, o processo de envelhecimento está intimamente relacionado as mudanças biológicas que podem ou não ser aceleradas ou mesmo temporariamente revertidas por fatores biológicos ou não biológicos (HAN et al., 2019).

Dentre as mudanças biológicas, a nível celular, precipitam alterações na estrutura celular do DNA e do RNA. No sistema imunológico são observadas respostas prejudicadas das células T, assim como aumento na função dos corpos autoimunes, infecções e neoplasias. Quanto ao sistema musculoesquelético há diminuição da altura em função do encurtamento da coluna vertebral, redução de massa muscular magra e da força muscular; perda da matriz óssea e degeneração das superfícies articulares; risco aumentado de fratura de quadril (SADOCK; SADOCK, 2017).

Em função do decréscimo na produção de melanina nos folículos pilosos os cabelos e pelos tendem a ficar de cor acinzentada; enrugamento geral da pele e glândulas sudoríparas menos ativas. Com relação as alterações geniturinárias e reprodutivas há redução na taxa de filtração glomerular e no fluxo sanguíneo renal; redução da rigidez da ereção, jato ejaculatório diminuído; redução da lubrificação vaginal; aumento da próstata nos homens e incontinência urinária (SADOCK; SADOCK, 2017).

Alterações nos sentidos especiais com redução na visão periférica; incapacidade de acomodação (presbiopia); perda auditiva de sons de alta frequência (presbiacusia); reduzida acuidade do paladar, olfato e tato e reduzida adaptação ao claro-escuro (HAN et al., 2019).

Na aprendizagem se verifica maior tempo para adquirir conhecimentos novos; habilidade verbal mantida com a idade; declínio da velocidade psicomotora, memória, atenção concentrada e habilidade de codificação; declínio de lembranças simples. Em relação aos neurotransmissores há declínio de norepinefrina no sistema nervoso central e aumento de monoaminoxidase e serotonina no cérebro. Decréscimo no peso cerebral bruto e redução do fluxo sanguíneo cerebral e da oxigenação (HAN et al., 2019).

O sistema cardiovascular é afetado pelo aumento no tamanho e peso do coração assim como reduzida elasticidade das válvulas cardíacas; aumento de colágeno nos vasos sanguíneos; aumento de suscetibilidade a arritmias; homeostase da pressão arterial alterada; débito cardíaco mantido na ausência de doença cardíaca coronariana. E em relação às alterações respiratórias a capacidade vital é reduzida; o reflexo da tosse e ação ciliar do epitélio brônquico diminuídas. Alterações no sistema gastrointestinal também podem ser observados; decréscimo nos níveis de estrogênio nas mulheres, bem como testosterona nos homens; alterações hormonais devido a menopausa (SADOCK; SADOCK, 2017).

### **2.1.2 Aspectos Psicossociais do Envelhecimento**

A atividade social é um dos mecanismos dependentes das condições de saúde dos adultos mais velhos. O isolamento social e a solidão são considerados um dos principais fatores de risco para quadros depressivos (COSTA, 2019).

Quando com saúde, o nível de atividade social apresenta pouco ou nenhum declínio (SADOCK; SADOCK, 2017). Para muitos, este período pode possibilitar crescimento intelectual, emocional e psicológico. Contudo limitações em decorrência de comprometimento de saúde ou morte de pessoas significativas podem impactar a continuidade da interação social (KRAUSE; DAVID HAYWARD, 2014). A partir do momento em que há declínio da interação social e aumento do isolamento o adulto mais velho se torna vulnerável a quadros depressivos (MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER; NETO, FRANCISCO L.; KOENIG, 2006).

Outra questão também importante é o estigma que o envelhecimento traz. Geralmente “envelhecer” remete a solidão, doença, limitações, senilidade, fragilidade entre outros. Remete a perda do prazer e a finitude. Esta percepção composta por estigmas, preconceitos, estereótipos e comportamentos de discriminação por idade envolvendo as pessoas idosas potencialmente saudáveis, que se tornam socialmente isoladas pela tendência de afastar a “velhice” de possíveis convivências (COSTA, 2019).

Embora inúmeros estudos estejam promovendo reflexões e desmistificando esta realidade, bem como mudanças nas atitudes onde a maior parte da população longeva busca manter a convivência e comportamentos de saúde manifestando suas intenções, o declínio funcional é uma realidade. A dependência e a fragilidade ainda



geram grande medo e insegurança quanto ao envelhecimento inevitável (FERNÁNDEZ-NINÓ et al., 2019; SADOCK; SADOCK, 2017).

Envelhecer com saúde é um conceito multidimensional. Deve-se considerar o processo de envelhecimento em termos do estado afetivo, funcional e cognitivo. Indivíduos com maior contato social, saúde, perspectivas e menos perdas afetivas e/ou emocionais se auto conceituam com maior qualidade de vida (LUCCHETTI et al., 2006).

Na dimensão socioeconômica, ter condições e segurança financeira para suprir sua vida e necessidades também possibilitam ao processo de envelhecer impacto positivo. Na aposentadoria a perspectiva seria de busca de prazer e liberdade em relação aos compromissos de trabalho. Contudo, pode se tornar estressante, uma vez que pode precipitar problemas socioeconômicos e de autoestima (FANCOURT; STEPTOE, 2018).

Declínio da atividade sexual e a necessidade de cuidados continuados também fazem parte dos aspectos psicossociais do envelhecimento. O nível da atividade sexual dar-se-á de acordo com a saúde e sobrevivência do cônjuge, a própria saúde e o histórico de atividade sexual. Biologicamente é inevitável o declínio e desinteresse das funções sexuais, embora fatores sociais e culturais pareçam ser mais responsáveis pelas alterações na dinâmica sexual (SADOCK; SADOCK, 2017).

Cuidado continuado é compreendido na relação com a fragilidade e as necessidades que o envelhecimento pode demandar. Quando o idoso apresenta ausência de saúde podem necessitar de cuidados especializados de saúde. Questões sociais, como abandono familiar, podem vir a demandar programas assistenciais e comunitários. Alguns idosos apresentam necessidade de cuidados familiares, uma vez que apresentam limitações funcionais (DAMY, 2010).

Transtornos depressivos apresentam maiores taxas de prevalência em idosos quando comparados a adultos de meia idade (STEARNS et al., 2018). Os fatores de risco se referem a perda dos papéis sociais, autonomia, morte de amigos e parentes, declínio na saúde, aumento do isolamento, restrições financeiras e redução do funcionamento cognitivo (SADOCK; SADOCK, 2017; STEARNS et al., 2018).

## 2.2 DEPRESSÃO

Os transtornos mentais mais prevalentes para adultos mais velhos são os

transtornos depressivos, cognitivos, fobias e transtornos pelo uso de substâncias (SADOCK; SADOCK, 2017). Inúmeros são os fatores de risco, embora a literatura aponte que a perda de papéis sociais, autonomia, luto, declínio na saúde, isolamento social, restrições financeiras e redução do funcionamento cognitivo sejam os mais proeminentes (APA, 2014; DUARTE DE MORAES; DE AZEVEDO E SOUZA, 2005; SADOCK; SADOCK, 2017).

Depressão é o transtorno mental mais prevalente no mundo, 300 milhões de pessoas são acometidas. Quando instalado, com longa duração e intensidade moderada a grave, pode se tornar uma crítica condição de saúde (OPAS, 2021).

O risco quanto a suicídio é um dos sintomas de quadro depressivo grave, onde aproximadamente 800 mil pessoas morrem, o que leva a segunda principal causa de morte em indivíduos com idade entre 15 e 29 anos. No Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2021, a taxa de brasileiros que tiraram a própria vida na faixa etária de 60 anos ou mais foi de 6,8 a cada 100 mil habitantes e 2010 para 7,8 em 2019 (OPAS, 2021). Em adultos mais velhos, as taxas de sintomas depressivos são maiores quando comparados aos mais jovens (SALMAN; LEE, 2019; STEARNS et al., 2018).

A depressão é vista como um problema de saúde pública, no qual a *American Psychiatric Association* aponta que 7% dos norte-americanos sofrem com depressão (APA, 2014). Esta taxa não inclui as formas mais brandas, contudo quando inclusas alcançam em torno de 25%, ou seja, um quarto desta população poderiam ser acometidos de algum tipo de depressão em determinado momento da vida (SILVA, 2016).

Os sintomas depressivos estão presentes em cerca de 15% dos adultos mais velhos e idosos residentes nas comunidades, bem como em casa de repouso. A idade não é identificada como fator de risco, mas acontecimentos na vida estão associados a vulnerabilidade para tal (SADOCK; SADOCK, 2017).

Ter momentos de tristeza ao longo da vida é normal. Geralmente elas passam espontaneamente ou em poucas semanas. Um quadro depressivo, por sua vez, apresenta sintomas que interferem significativamente na vida do indivíduo, gerando prejuízos e sofrimento psíquico. Esta é uma doença clínica que pode ser fatal (SILVA, 2016).

O quadro sintomático em adultos mais velhos inclui energia e concentração reduzidos, perturbações do sono, apetite reduzido, perda de peso e queixas

somáticas. Estes são mais vulneráveis a episódios depressivos maiores com características melancólicas, hipocondria, baixa autoestima, sentimento de desvalia e culpa, delírios persecutórios/paranoicos e ideação suicida (APA, 2014; SADOCK; SADOCK, 2017).

Sucintamente o transtorno depressivo maior é caracterizado por episódios distintos, com duração mínima de duas semanas e envolvem alterações no afeto, cognição, funções neurovegetativas e remissões interepisódicas (APA, 2014; MACKINNON; BUCKLEY; MICHELS, 2018; SADOCK; SADOCK, 2017). O sintomas variam entre humor deprimido, redução de energia, prazer e interesse, insônia ou hipersonia, ganho ou perda de peso, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de culpa e desvalia, prejuízo cognitivo e por vezes ideação suicida. Esses sintomas devem ocorrer quase todos os dias na maior parte dos dias, com intenso sofrimento e prejuízo funcional (APA, 2014; MACKINNON; BUCKLEY; MICHELS, 2018).

Os quadros depressivos distímicos corresponde aos quadros depressivos cujo sintomas permanecem no período mínimo de dois anos. São referidos sintomas como humor deprimido, redução ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, redução de energia, declínio cognitivo e da atenção concentrada, baixa autoestima e sentimento de desesperança (MACKINNON; BUCKLEY; MICHELS, 2018).

O Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor é descrito pelo DSM-V como comportamentos irritadiços ou explosões de raiva incongruentes a situação. Esta podem ocorrer em média três ou mais vezes por semana. Geralmente é persistente e ocorre na maior parte do dia. Outras pessoas presenciam esta conduta. Alguns dos critérios persistem por 12 meses ou mais (APA, 2014; MACKINNON; BUCKLEY; MICHELS, 2018). Transtorno depressivo induzido por substancias/medicamentos, bem como por uma condição médica geral, podem estar associados aos sintomas semelhantes aos quadros depressivos precipitados pelo uso de substancias/medicamentos e quadros clínicos importantes (APA, 2014).

### **2.2.1 Escalas de avaliação de quadros depressivos**

As escalas de avaliação foram aperfeiçoadas no final da década de 50 de função do avanço de pesquisas psicofarmacológicas (APA, 2014; GORENSTEIN et al., 2015). Tem o objetivo rastrear sintomas dos quadros depressivos, mas não diagnosticar. Verificamos diante de entrevistas a situação real de indivíduos durante

um período para ver se houve ou não melhora diante de terapêuticas afins. Visto isto, as escalas são de suma importância como auxiliadora do processo de diagnóstico, bem como na quantificação de resultados diante de uma proposta de tratamento (APA, 2014).

Escalas como a de Depressão de Hamilton (HAM-D) (CARNEIRO; FERNANDES; MORENO, 2015), Escala de Depressão de Montgomery – Asberg (MADRS) (CARNEIRO; FERNANDES; MORENO, 2015; FANTINO; MOORE, 2009) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) (GORENSTEIN et al., 2015) são mais utilizadas na prática clínica. A Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos aplicabilidade nos estudos epidemiológicos e será detalhada abaixo.

#### *2.2.1.1 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)*

A escala CES-D foi elaborada pelo *National Institute of Mental Health* (EUA) com o objetivo de rastrear sintomas depressivos em populações adultas (GORENSTEIN et al., 2015). Tem grande importância em estudos populacionais, é um dos mais utilizados, bem como o Inventário de Depressão de Beck (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010a). Seus itens abordam questões sobre o humor, comportamento e autopercepções, além de outras questões pertinentes aos quadros depressivos. É de fácil aplicação e rastreia sintomas depressivos ao longo da semana anterior a entrevista (KARIM et al., 2015). As respostas apontam a frequência que cada sintoma esteve presente na semana da aplicação. A escala CES-D original, embora apresente 20 itens, já foi utilizada de forma reduzida inclusive 8 itens. Esta última, embora menos utilizada, foi avaliada com boa acurácia em comparação a escala original (GONÇALVES; FAGULHA, 2004). Na CES-D-8 a investigação permeia três fatores: afeto deprimido, afeto positivo e itens somáticos. As opções de respostas disponíveis são NÃO e SIM (VAN DE VELDE, 2009). Instrumento bastante utilizado no mundo, com inúmeros estudos em que suas propriedades psicométricas demonstraram confiabilidade e validação externa (GONÇALVES; FAGULHA, 2004; GORENSTEIN et al., 2015).

## 2.3 FUNCIONALIDADE

Quando um indivíduo é funcional? Para ser funcional o que é necessário ter? Pensar em funcionalidade é compreender o indivíduo diante de todas as funções e atribuições do corpo, atividades e participação, ou seja, a capacidade do indivíduo na adaptação aos problemas diários, apesar de possuir ou não uma incapacidade física, mental ou social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Funcionalidade é a condição de manutenção de habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Eficiência, quando idoso, em corresponder as demandas físicas do cotidiano, que compreendem desde atividades básicas da vida diárias, bem como atividades mais complexas (RIBEIRO; ROMÃO, [s.d.]).

Com o intuito de proporcionar uma linguagem padronizada que descreva estados de saúde e suas implicações a Organização Mundial de Saúde elaborou a Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF (WHO, 2004). Esta classificação descreve a funcionalidade e incapacidade relacionadas as condições de saúde, identificando o que uma pessoa é capaz ou não de fazer diariamente (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Além disso, define os componentes de bem-estar e qualidade de vida relacionados a saúde (RIBEIRO; ROMÃO, [s.d.]).

A CIF permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do indivíduo e suas limitações, organizando as informações em duas partes: funcionalidade/incapacidade e fatores contextuais. Com relação a funcionalidade e incapacidade são abordados os componentes corpo, atividades e participação. Quanto aos fatores contextuais são identificados os componentes ambientais e pessoais (WHO, 2004).

Nesta perspectiva, a incapacidade funcional pode ser definida como dificuldade do indivíduo ou necessidade de auxílio para executar atividades na vida diária. Essas podem ser subdividas em: Atividades básicas de vida diária (AVD) que envolvem comportamentos básicos e habituais de autocuidado, tais como alimentar-se, banhar-se e vestir-se; atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que incluem as tarefas mais complexas e relacionam-se a autonomia e participação social, como por exemplo, realizar compras, telefonemas e utilizar meios de transporte; atividades avançadas da vida diária (AAVD), tarefas relacionadas ao desempenho das funções

sociais, tais como, atividades sociais, atividades físicas, lazer, atividades comunitárias, atividades religiosas e de trabalho (DIAS et al., 2014).

As consequências decorrentes da incapacidade precipitam limitações da autonomia na realização de atividades da vida cotidiana, redução da qualidade de vida e aumento do risco de dependência de institucionalização, bem como morte prematura (ANTUNEZ et al., 2018).

Um razoável desempenho funcional possibilita aos indivíduos a execução de atividades do seu cotidiano, levam em consideração a interação entre os componentes biológicos, psicológicos e ambientais, bem como qualidade de vida e segurança. Os parâmetros para determinar um estado funcional são verificados de acordo com o desempenho do indivíduo na execução das atividades da vida diária (DIAS et al., 2011, 2014). A dependência nas AVDs pressupõe maiores níveis do comprometimento funcional. Indica alterações em tarefas que envolvam interações entre indivíduo e recursos do ambiente. As AIVDs estão direcionadas as atividades mais complexas, com necessidade de exigências neuropsicológicas e a influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais para manutenção de uma vida independente. As AAVDs estão relacionadas a melhor avaliação cognitiva e manutenção de qualidade de vida. Trata-se de um marcador de declínio funcional futuro (DIAS et al., 2011).

A independência nestas áreas servem como parâmetros para auxiliar profissionais de saúde na avaliação e tomada de decisão sobre possibilidades dos indivíduos permanecerem na comunidades, com independência ou assistidos, bem como institucionalizados (SANTOS et al., 2013).

A funcionalidade de adultos mais velhos vem sendo considerada tanto como medida de avaliação de saúde, quanto como indicador de saúde (CRISTINA et al., 2011). Para que adultos mais velhos tenham qualidade de vida é importante a manutenção da autonomia e independência. Por autonomia compreende-se a capacidade de decidir e independência como capacidade de realizar as atividades da vida diária sem depender de outras pessoas. Estas são variáveis que podem ser alteradas com o passar do tempo, mas se faz de extrema importância a identificação das possíveis incapacidades para intervenção e redução dos danos em decorrer de agravos de saúde (CRISTINA et al., 2011).

Doenças que acometem principalmente idosos como incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência, imobilidade e incapacidade comunicativa, na

maioria das vezes, resultam em perdas da capacidade funcional (DIAS et al., 2011). A avaliação funcional é uma vasta avaliação formal de adultos mais velhos, principalmente idosos em suas atividades da vida diária, cognição, continência, sistema sensorial, mobilidade e aspectos sociais (RIBEIRO; ROMÃO, [s.d.]).

### **2.3.1 Escalas de avaliação da funcionalidade**

Uma revisão sistemática cujo objetivo era de avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos de ABVD para uso em populações mais velhas, partindo do pressuposto que as ABVDs são frequentemente usadas como preditores de saúde e função nesta população (HOPMAN-ROCK et al., 2019). As medidas são aplicadas para detectar o início precoce da incapacidade e são importantes para o gerenciamento da assistência (HOPMAN-ROCK et al., 2019). Esses tipos de avaliações são essenciais para o diagnóstico, prognóstico e avaliação clínica adequada, que irão servir de base para a tomada de decisões sobre a intervenção (DEUTSCH; WELZEL, 2016).

Nessa revisão foram pesquisadas em bases de dados Medline, EMBASE, AMED, Psycinfo. Foram incluídos estudos publicados em inglês, que avaliavam uma ou mais propriedades psicométricas de instrumentos de ABVD em idosos nas comunidades. Escalas relacionadas com AIVD foram excluídas (HOPMAN-ROCK et al., 2019).

A pesquisa bibliográfica identificou 6070 resumos, 1139 artigos completos e 1078 artigos obtidos e rastreados quanto a inclusão e exclusão. Foram 140 artigos descrevendo mais de cinquenta instrumentos diferentes de ABVDs. No processo de extração dos dados, 54 estudos que investigaram 34 instrumentos diferentes foram excluídos devido à baixa qualidade do artigo. Restaram 86 artigos que descreviam 36 instrumentos diferentes (HOPMAN-ROCK et al., 2019).

Dez instrumentos foram avaliados no mínimo em três artigos diferentes, com boa qualidade, confiabilidade, validade e capacidade de resposta. Os quatro instrumentos com pontuação mais altas foram: Sistema de Medição e Autonomia Funcional (SMAF), Índice de Katz (5 itens), Escala de Independência e Dificuldades Funcional (FIDS) e Índice de Barthel (HOPMAN-ROCK et al., 2019).

O instrumento SMAF é uma escala de 29 itens, baseada na classificação de deficiência da OMS. O objetivo desta escala é aferir a capacidade funcional em cinco

áreas: ABVD (7 itens); mobilidade (6 itens), comunicação (3 itens), funções mentais (5 itens) e AIVD (8 itens). Cada item é pontuado em uma escala de quatro pontos, onde “0” corresponde a independente, “3” dependente, e a pontuação máxima 87. Deve ser administrada por um profissional de saúde, questionando e observando o sujeito para devida classificação do nível de funcionalidade (HOPMAN-ROCK et al., 2019).

O Índice de Katz – Índice de Atividades da Vida Diária, é o mais antigo dos instrumentos e é amplamente utilizado em estudos gerontológicos nacionais e internacionais (ARIK et al., 2015). Desenvolvido por Katz em 1963 com o objetivo de aferir o funcionamento físico de doenças crônicas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2006; FONSECA; MEDEIROS, 2019). Trata-se de um instrumento de medida das atividades da vida diária, hierarquicamente organizadas e relacionadas, com a proposta de mensurar independência no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se (ARIK et al., 2015). Este instrumento representa a descrição de um fenômeno observado num contexto biológico e social, onde a classificação dar-se-á entre independente, quando desenvolvida a atividade sem supervisão, orientação ou auxílio; dependente parcial, quando há a necessidade de algum tipo de auxílio, por exemplo, necessita de auxílio para alcançar seus pés durante o banho; e dependente total para aqueles que não são capazes de executar qualquer uma das seis propostas acima mencionadas (ARIK et al., 2015).

A Escala de Independência e Dificuldades Funcional – FIDS – é um instrumento japonês de atividades da vida diária. Apresenta 14 itens e foi validada ainda somente para populações japonesas. Mostrou boa confiabilidade (HOPMAN-ROCK et al., 2019). Esta escala não é tão sensível ao limite máximo e efeitos temporais quando comparado ao Índice de Barthel em idosos saudáveis e frágeis (HOPMAN-ROCK et al., 2019).

O Índice de Barthel por sua vez, tem por objetivo avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de 10 tipos de atividades básicas da vida diárias, tais como: alimentar-se, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para cama e vice-versa, subir e descer escadas (DEUTSCH; WELZEL, 2016; FONSECA; MEDEIROS, 2019). A execução desta escala pode ser realizada através da observação direta, registros clínicos ou auto administração (DEUTSCH; WELZEL, 2016; LEITE;



SEMINOTT, 2013). Cada atividade apresenta entre 2 e 4 níveis de dependência, no qual 0 corresponde a dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com nível de dependência. Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, no qual pontuação de 0 a 20 indica dependência total; de 21 a 60 dependência grave; de 61 a 90, dependência moderada; de 91 a 99, dependência muito leve e de 100, independência (DEUTSCH; WELZEL, 2016).

## 2.4 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

A religiosidade e espiritualidade tem sido associada a saúde física e mental, principalmente em populações de adultos mais velhos (CORRÊA et al., 2011; HARRIS; KOENIG, 2016). Conceituar a religiosidade como algo distinto a espiritualidade é improvável, uma vez que se relacionam dinamicamente (MOREIRA-ALMEIDA, 2014). São conceitos relacionados, com características comuns. Ambos envolvem transformação e a busca de respostas as questões da existência (KOENIG, 2012). Um indivíduo que se define religioso pode também se definir espiritualizado, de modo que a espiritualidade, geralmente abrange a religiosidade em termos mais amplos e complexos (MOREIRA-ALMEIDA, 2014).

Religião está associada a princípios fundamentais. São crenças práticas e rituais que fazem parte de uma organização oriundas em comunidade, cujo objetivo é a proximidade com o sagrado ou transcendente, ou seja, vivenciar a sua espiritualidade (KOENIG, 2012). A espiritualidade consiste na busca pessoal e íntima da existência. Procurar uma resposta sobre o sentido da vida, bem como o significado e sua relação com o sagrado (MOREIRA-ALMEIDA, 2014).

Subjetivamente a religiosidade e espiritualidade possibilitam ao indivíduo reflexão a respeito de sua essência e existência, suas relações, dando significado as mesmas. São fenômenos que influenciam a vida do indivíduo, seu comportamento, autoconceito e forma de se relacionar com sua saúde (BAKHTIARI et al., 2019).

A forma como o indivíduo se orienta na religião também exerce papel fundamental em desfechos de saúde mental. Na orientação intrínseca (*Coping* positivo) o indivíduo vive sua crença, sua fé (KOENIG, 2012). Esse utiliza a religiosidade de forma construtiva, identificando na religião o principal motivo de sua vida para lidar com as dificuldades. Este tipo de orientação está diretamente relacionado a menor estado depressivo e ansioso (PESELOW et al., 2014). Por sua

vez, a orientação extrínseca, a doutrina religiosa tem por objetivo atingir benefícios exteriores. Está associada a dogmatismo, preconceito, medo da morte e ansiedade (KOENIG, 2012). Geralmente estes indivíduos utilizam a religião para obter outros ganhos. Este tipo de orientação está associada com maior estado depressivo (AHRENFELDT et al., 2017). O poder protetor da religiosidade é maior quando em situações de maior estresse (MOREIRA-ALMEIDA, 2014).

Para ilustrar, um importante estudo longitudinal nos Estados Unidos (MILLER et al., 2012), partindo do pressuposto que a importância pessoal da religião e/ou espiritualidade estava associada a risco menor de depressão maior, buscou investigar a associação da importância pessoal da religião com a depressão maior em adultos jovens da amostra original utilizando um projeto longitudinal prospectivo de 10 anos. Os participantes foram 114 filhos com idade de 10 anos de pais deprimidos e não deprimidos, acompanhados por 10 anos. Encontraram entre as crianças filhas de pais depressivos, com alta vulnerabilidade, mas que concebiam a religião como algo importante em suas vidas dez vezes menos chances de desenvolver depressão aos 20 anos quando comparado aos filhos de pais depressivos, mas que não viam importância na religião (MILLER et al., 2012).

Um outro estudo investigou 87 pacientes, com mais de 60 anos, deprimidos internados em enfermarias de clínica geral nos Estados Unidos (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998). Indivíduos com altos níveis de religiosidade intrínseca apresentavam taxas de remissão da depressão bem maiores e mais rápidas do que aqueles indivíduos com níveis de religiosidade extrínseca (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998).

Religiosidade e espiritualidade desenvolvem inúmeros resultados em saúde, mas a literatura aponta quatro achados que foram investigados minuciosamente: bem estar psicológico (MOREIRA-ALMEIDA, 2014) que compreende satisfação na vida, felicidade, afeto positivo e moralidade; papel protetor de quadros depressivos (LERMAN et al., 2018), no qual religiosos apresentam escores mais baixos de transtorno depressivo ou remissão rápida dos sintomas depressivos; papel protetor no abuso de drogas (BAKHTIARI et al., 2019), quanto maior o envolvimento religiosos, menor é a taxa de uso de nicotina, álcool e outras drogas; e suicídio (MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER; NETO, FRANCISCO L.; KOENIG, 2006), cujo impacto psicológico da crença de vida após a morte e associação do envolvimento religioso com níveis mais baixos de depressão e uso de drogas justificam a baixa incidência de

suicídio.

A religiosidade e espiritualidade pode influenciar a saúde mental promovendo comportamentos saudáveis e estilo de vida. Várias doenças são precipitadas pela dinâmica vivencial do indivíduo. O que ele se alimenta, a maneira como dirige, dorme, e se relaciona, por exemplo. O apoio social fornecido pela religiosidade também promove saúde (CORRÊA et al., 2011). Religião fornece coesão social, sentimento de empatia, sentimento de pertencer a um grupo. Sentimentos de crenças fornecem também aceitação, resistência e resiliência, embora em alguns casos também é verificado o sentimento de culpa, dúvidas e ansiedade em função de uma autocrítica aprimorada (SALMAN; LEE, 2019).

Práticas religiosas públicas e privadas auxiliam a manter a saúde mental e prevenir doenças mentais. Auxiliam no processo de lidar com situações que geram ansiedade, medos, frustrações, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento (MOREIRA-ALMEIDA, 2014). Assim como direção espiritual que possibilita a formação do “eu espiritual”, atribuindo significado a vida, sua existência e das demais pessoas que compartilham do mesmo espaço (THIENGO et al., 2019a).

A religiosidade e espiritualidade são consideradas uma dimensão da qualidade de vida e bem-estar (MOSQUEIRO, 2015). Há evidências de que a religiosidade e espiritualidade também possibilitam melhor qualidade de vida e funcionalidade no processo de envelhecimento (HARRIS; KOENIG, 2016). Alguns estudos apresentam indicativos de que pessoas idosas tendem a ter altos níveis de envolvimento religioso e/ou espirituais e por isso é possível que o envelhecimento populacional esteja associado ao aumento da prevalência de atividades religiosas e espirituais em todo o mundo. A relação da religiosidade e espiritualidade com longevidade, bem como saúde mental, estão associadas com os mecanismos que incluem suporte social, comportamentos de saúde, estresse e fatores psicossociais (SANTOS et al., 2013).

Visto isso, são inúmeras as pesquisas que pontuam a importância da dimensão religiosa/espiritual na vida do indivíduo como fator de proteção e promoção de saúde física e mental (MOREIRA-ALMEIDA, 2014). Desde meados do Século XX tem se intensificado o número de pesquisas promovendo quebra de paradigmas científicos que tratavam a religiosidade como algo antiquado e patológico (MOREIRA-ALMEIDA, 2014). Também são inúmeros os instrumentos para quantificar estas informações fornecendo bases científicas sólidas para os achados (TAUNAY et al.,

2012c).

### **2.4.1 Escalas de avaliação de religiosidade e espiritualidade**

Com o crescente número de pesquisas nas dimensões da religiosidade e espiritualidade em saúde física e mental de indivíduos, um dos maiores desafios é a correta aferição com auxílio de instrumentos validados e confiáveis (TAUNAY et al., 2012c, 2012d).

Atualmente existem vários instrumentos que verificam estas dimensões, conquanto, poucos validados para população brasileira e limitados quanto as informações (LUCCHETTI et al., 2018; TAUNAY et al., 2012b).

Entre as escalas investigadas validadas para população brasileira, embora com algumas limitações, podemos citar: Índice de Religiosidade P DUREL (TAUNAY et al., 2012c), Escala de Coping Religioso Espiritual – CRE (PANZINI, [s.d.]), Escala WHOQOL – SRPB (CURSIO, 2013), Escala WHOQOL 100 – SRPB (TAUNAY et al., 2012c), Escala de Experiencia Espiritual Diária – DSEs (CURSIO, 2013), Escala de Religiosidade Intrínseca (TAUNAY et al., 2012b), Escala *Brief Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality – BMMRS-p* (CURSIO, 2013), Questionário de Força e Fé Religiosa de Santa Clara – SCSRFQ (CUMMINGS, 2015).

#### **2.4.1.1 Índice de Religiosidade de DUKE – P DUREL**

A religiosidade vem sendo apontada em pesquisas como fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos mentais, além de estar associada a melhor qualidade de vida (TAUNAY et al., 2012c). Os fatores contribuintes da qualidade de vida são: adoção de estilos de vida saudáveis, suporte social, construção de um sistema de crenças e processos cognitivos para auto aceitação, perdão e resiliência, e por fim, condução de práticas religiosas que atenuam o sofrimento psicológico (TAUNAY et al., 2012c).

A escala P-DUREL apresenta cinco itens, desenvolvida por Harold Koenig (1997) (SILVA; DIAS, 2017) e traduzida para o português por Alexander Moreira Almeida (2008) (TAUNAY et al., 2012d) e mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionados a desfechos em saúde: religiosidade organizacional (frequência a encontros religiosos, missas, cultos), religiosidade não

organizacional (frequência em atividades religiosas privadas, orações, meditações, leituras de textos religiosos) e religiosidade intrínseca (buscas a internalização plena da religiosidade com principal objetivo do indivíduo (TAUNAY et al., 2012d).

Quanto ao cálculo do escore, é recomendado que os três domínios não sejam somados em um escore total, mas sejam analisados separadamente. As opções de respostas dos três últimos itens estão em escala tipo *Likert*. Trata-se de um instrumento sucinto e de fácil aplicação. Aborda alguns dos principais domínios da religiosidade. Pode ser utilizado em diversas culturas. Apresenta confiabilidade e consistência interna. As dimensões mensuradas têm sido relacionadas a diversos indicadores de saúde física e mental, além de suporte social (TAUNAY et al., 2012d).

#### 2.4.1.2 Escala de Coping Religioso Espiritual – CRE

Esta escala descreve o modo como os indivíduos utilizam a fé para lidar com situações estressantes. Adaptada e validada para o português. Apresenta 87 itens que verificam o *Coping* religioso/espiritual positivo e negativo. As respostas são visualizadas diante da escala *Likert* [nunca (1 ponto) a sempre (5 pontos)]. O processo de validação da CRE passou pela tradução, adaptação e teste piloto com 50 indivíduos e após por teste de campo com 616 indivíduos do Rio Grande do Sul para a verificação das propriedades psicométricas do instrumento, declaradas suficientes para julgar o instrumento válido à população brasileira, porém é um instrumento extenso, de difícil uso em estudos epidemiológicos e em população de baixa escolaridade (PANZINI, [s.d.]).

#### 2.4.1.3 WHOQOL-SRPB

Esta escala pertence ao módulo do instrumento de medida de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tem por objetivo avaliar a espiritualidade, religião e crenças pessoais. Questiona a forma como a espiritualidade, religião e crenças pessoais se relacionam à saúde e qualidade de vida. Esta escala foi validada em amostra por conveniência, estratificada por sexo, idade, estado de saúde e religião/crença de 404 pacientes e funcionários do hospital universitário de Porto Alegre (2006-2009) (TAUNAY et al., 2012b).

Este instrumento apresentou validade e fidedignidade para uso em populações

brasileiras. Apesar de complexa e extensa, por se tratar de uma escala que visa principalmente a avaliar qualidade de vida em alguns itens, quando relacionadas as dimensões de religiosidade e espiritualidade não denotam diretamente (CURSIO, 2013).

#### *2.4.1.4 WHOQOL-100-SRPB*

Composta de quatro itens que medem espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Escala do tipo de fácil aplicação, cujas propriedades psicométricas também são adequadas. Menos complexa que a WHOQOL-SRPM, mas com as mesmas desvantagens (CURSIO, 2013).

#### *2.4.1.5 Escala de Experiencia Espiritual Diária – DSEs*

Esta escala é composta por 16 itens que avaliam experiências espirituais comuns. Inclui aspectos como admiração pela criação, paz interior, gratidão, compaixão, entre outros. Fácil aplicação e simples, é utilizada no mundo todo por pesquisadores que não desejam levantar questões religiosas, sendo esta sua desvantagem. A versão em português apresenta consistência interna, estabilidade temporal e validade de constructo convergente, embora não tenha avaliado validade discriminante (CURSIO, 2013).

#### *2.4.1.6 Inventário de Religiosidade Intrínseca - IRI*

Escala tipo Likert com 10 itens de fácil aplicação. Avalia a religiosidade intrínseca com respostas que variam de nunca (1 ponto) a sempre (5 pontos). Criada originalmente em português. Este instrumento foi validado em uma amostra de estudantes universitários e outro estudo com pacientes psiquiátricos, com o objetivo de mensurar a religiosidade intrínseca (TAUNAY et al., 2012d). Ambas as populações estudadas, demonstraram que o IRI apresenta adequada consistência interna, bem como critério e confiabilidade teste-reteste. Além disso apresenta forte correlação com a subescala intrínseca do P-DUREL (TAUNAY et al., 2012a).

#### 2.4.1.7 Escala Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality – BMMRS-p

É composta por 38 itens e aferem 11 dimensões: experiências espirituais diárias; valores/crenças; perdão; práticas religiosas particulares; superação religiosa; apoio religioso; histórico religioso espiritual; comprometimento; religiosidade organizacional; preferencias religiosas; autoavaliação global. As opções das respostas estão dispostas em escala *Likert*, variando com opções de 1 a 8 e 1 a 6. A pontuação de cada dimensão é específica e quanto menor a pontuação, maior é o grau da dimensão. A versão em português, demonstrou confiabilidade e é validada para uso no estudo das dimensões religiosidade e espiritualidade no Brasil para populações clínicas e não clínicas (CURSIO, 2013).

#### 2.4.1.8 Questionário de Força e Fé Religiosa de Santa Clara – SCSRFQ

É uma medida de Religiosidade e Espiritualidade com ampla conceituação de fé religiosa. Desenvolvido com o intuito de fornecer uma medida breve, 10 itens apenas, bem como abordar uma variedade de características, como: comportamentos públicos e privados, enfrentamento, subjetivo, criação de significado e identidade (CUMMINGS, 2015).

Em função da sua brevidade e simplicidade, muitos pesquisadores e médicos utilizam com idosos, contudo, pode ser utilizado com amostras mais jovens e de meia idade (CUMMINGS, 2015). Análises fatoriais suportam a unidimensionalidade das pontuações e os coeficientes de confiabilidade da consistência interna variam de 0,94 a 97 e também se correlacionam positivamente com uma variedade de variáveis (CUMMINGS, 2015).

## 2.5 RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COM A DEPRESSÃO E A FUNCIONALIDADE

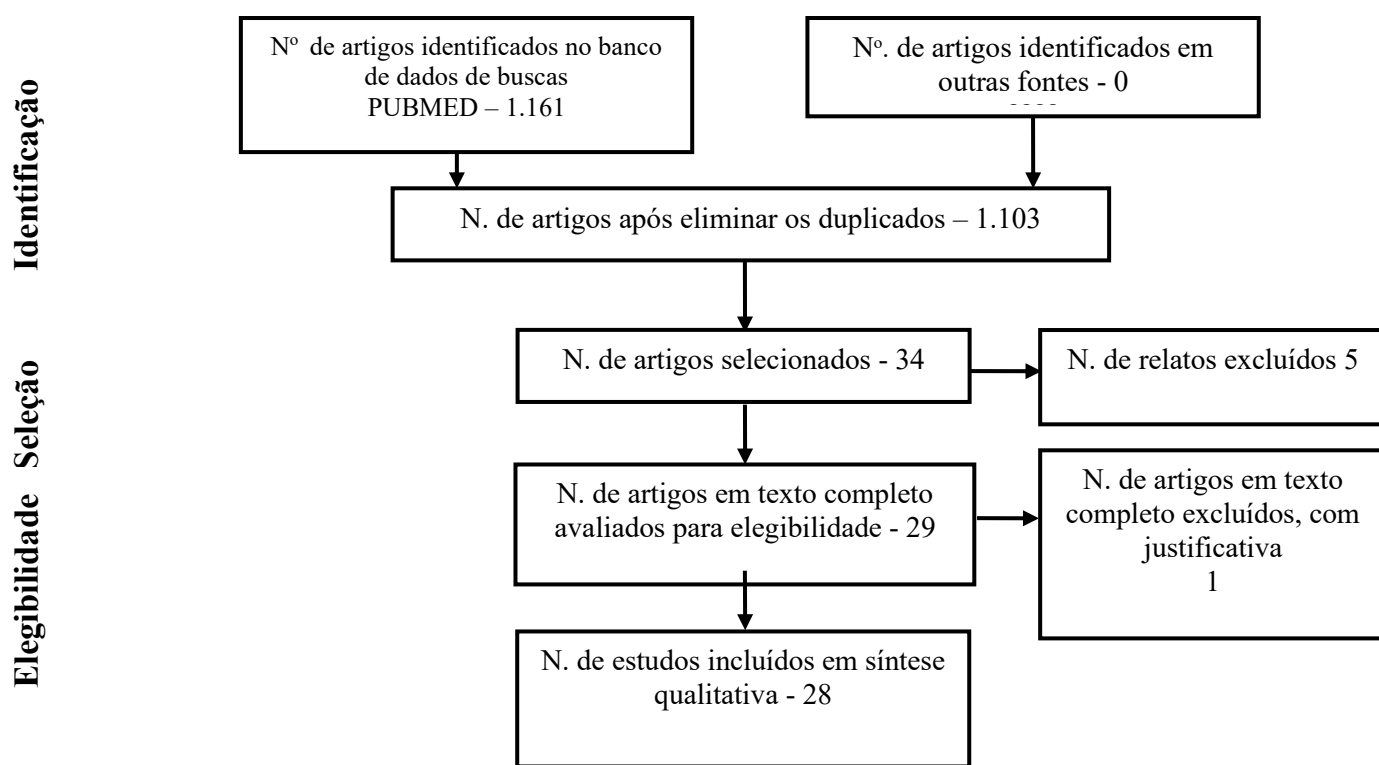
Para identificar os estudos já existentes na literatura que abordem o tema do presente estudo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Para isso, foi realizada uma busca na base de dados *Pubmed (Medline)*, utilizando a chave de busca que se encontra no Apêndice A.

Na base de dados *Pubmed* foram realizadas buscas de acordo com as adequações necessárias na chave de busca.

No mês de setembro de 2020 a junho de 2022, buscas foram realizadas para a verificação de outros artigos que possam ter sido publicados nesse período. Foram encontrados 1.161 artigos. Como critério de inclusão os artigos deveriam abordar questões referentes a relação existente entre religiosidade / espiritualidade, funcionalidade e depressão em indivíduos idosos. A figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos e o Quadro 8 apresenta a síntese dos artigos selecionados. Ao todo foram 28 artigos selecionados.



**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos artigos



Fonte: Autor, 2022.

Foram quatorze artigos oriundos dos EUA, no qual treze eram estudos transversais de base populacional e apenas um dos artigos se tratava de um estudo de coorte prospectivo.

Os estudos apontavam que assiduidade a serviços religiosos apresentaram relação positiva com longevidade e funcionalidade, sem distinção de sexo (BENJAMINS, 2004; HYBELS et al., 2012; ZIMMER et al., 2016), bem como Religiosidade está positivamente relacionada com menores níveis de depressão em adultos independente da faixa etária, sejam eles adultos jovens ou adultos mais velhos (STEARNS et al., 2018).

Com grupos hispânicos residentes nos EUA, 89,5% dos indivíduos relataram ter filiação religiosa, 41,6% frequentam semanalmente atividades religiosas e foi considerada muito importante para 63,9% desta população. Os escores da CES-D e os escores de ansiedade-traço não foram significativamente relacionados no grupo geral com a frequência ou a importância da religião. No entanto, em análises

estratificadas por idade, entre os adultos mais velhos, os que relataram "nunca" participar de atividades religiosas apresentaram probabilidade 80% maior de ter alta sintomatologia depressiva em comparação aos idosos que relataram participar de atividades religiosas mais de uma vez por semana foi associado a uma probabilidade 80% maior de ter alta sintomatologia depressiva (LERMAN et al., 2018).

Outro estudo também verificou que o apoio espiritual dos membros que participam da igreja auxiliam no processo de resiliência diante de efeitos da incapacidade funcional (KRAUSE; DAVID HAYWARD, 2014). Assim como relação positiva entre idade e religiosidade subjetiva, no qual atividades religiosas organizacionais diminuem com o avanço da idade, mesmo sem haver mudanças quanto a crenças (WANG et al., 2014). Em outro estudo foi verificado que autoavaliação positiva de saúde está associado a maior espiritualidade.

A espiritualidade representa fator de importância quanto ao estado de saúde subjetivo de idosos (DAALEMAN; PERERA; STUDENSKI, 2004). Também auxilia no enfrentamento da ocorrência de disfunção ou incapacidade, identificada principalmente em brancos. (ELIASSEN, 2014).

Num outro estudo investigaram relação positiva entre o uso da oração e resiliência. Constatou-se um percentual bastante significativo, no qual 96% dos idosos utilizam da oração como instrumento para lidar com situações estressantes. Mulheres e afro-americanos utilizam deste recurso com maior frequência do que homens brancos (DUNN; HORGAS, 2000). Um estudo com centenários em Portugal, identificou crenças e recursos existenciais, são elementos cruciais para mitigar o impacto das restrições de saúde e no bem-estar subjetivo desta população (ARAÚJO; RIBEIRO; PAÚL, 2017).

Quanto a participação na igreja e limitações funcionais, idosos afro-americanos e brancos sem limitações frequentam na mesma proporção. Quando existem limitações, idosos afro-americanos eram menos propensos a frequentar a igreja com regularidade (ROFF et al., 2006).

Instrumento *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – SCSRFQ* foi investigado quanto suas bases psicométricas em populações idosas. Foram 120 idosos participando por entrevistas presenciais ou por telefone. Estes idosos fizeram algum tipo de atendimento de saúde do *Michael E. De Bakey Veterans Affairs Medical Center*. Verificou-se que embora os escores do questionário tenha características psicométricas adequadas, a utilizada da medida pode ser limitada em amostra de

adultos mais velhos (CUMMINGS, 2015). Um estudo de coorte prospectivo, com o objetivo de examinar a relação entre sobrevivência e atividade religiosa privada, apontou que adultos mais velhos com participação em atividades religiosas privadas, anterior ao início do comprometimento das AVDs, parecem ter vantagem de sobrevivência quando comparado aos que não participam (HELM et al., 2000).

Na Europa, um estudo com objetivo de verificar a relação existente entre duas formas de internalização religiosa e associação com saúde, identificou que participar de uma congregação religiosa está associada a menores chances de limitação global das atividades, bem como sintomas depressivos. Uma outra questão observada foi que educação religiosa diminui chances de autoavaliação negativa de saúde (AHRENFELDT et al., 2017).

Uma revisão integrativa oriunda da Holanda buscou na literatura subsídios a respeito da forma como pessoas idosas encontram significado na vida. Foram identificados 44 textos heterogêneos, cujos resultados foram: o significado da vida encontra-se na conexão consigo mesmo na relação com os outros. Saúde, convivência, melhores condições socioeconômicas, relações sociais, atividade e religião estão associados ao significado existencial quando idosos (HUPKENS et al., 2016).

Estudos realizados no Oriente Médio tinham por objetivo identificar mudanças nas atividades religiosas e seus preditores. Observaram que mudanças nas atividades religiosas foram associados a pior estado funcional e depressivo de adultos mais velhos (COHEN-MANSFIELD; SHMOTKIN; HAZAN, 2016). Um outro estudo não encontrou relação significativa entre comportamentos de saúde e orientação religiosa, embora os resultados sugiram um possível impacto de outros conceitos relacionados a religião como: comportamentos religiosos privados, devoção, transcendência espiritual, adaptação religiosa e tradições de comportamento de saúde (BAKHTIARI et al., 2019).

Com relação a estudos orientais, um dos estudos encontrados, identificou que bem estar espiritual estava positivamente correlacionado com auto percepção de saúde e associado negativamente a sintomas depressivos (SALMAN; LEE, 2019). Um outro observou que a religiosidade intrínseca pode reduzir o efeito negativo da depressão, bem como limitações na função cognitiva (FOONG et al., 2018).

Um estudo na Colômbia, verificou que idosos mais religiosos, especialmente homens, têm menor chance de auto avaliação de saúde negativa quando comparados

aos menos religiosos (REYES-ORTIZ et al., 2007).

No Brasil, um estudo etnográfico sobre espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento ao declínio funcional em idosos, verificou que crenças e tradições religiosas ajudam a compreender e a enfrentar o sofrimento diante da eminência do declínio funcional (PEREIRA; FIRMO; GIACOMIN, 2014).

Foram identificadas duas revisões sistemáticas realizadas no Brasil. Uma delas buscou evidências científicas disponíveis sobre a relação entre religião e saúde mental no século 20. Identificou evidências que o envolvimento religioso está associado a melhor saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER; NETO, FRANCISCO L.; KOENIG, 2006). A revisão seguinte, teve como objetivo, identificar artigos nacionais com os descritores “saúde”, “espiritualidade” e “religiosidade”. Foi utilizado a BVS como ferramenta para busca dos artigos publicados entre 2011-2015. Foram selecionados 30 artigos e categorizados em 4 níveis: conceitos e concepções; R/E como estratégia de enfrentamento da doença; necessidade de suporte espiritual; e falta de preparo profissional (THIENGO et al., 2019b)

A Religiosidade/Espiritualidade como estratégia de resiliência do idoso longofo foi investigada através de um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica no qual entrevistou 14 adultos mais velhos, do sexo feminino, cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde na Bahia. Como resultado desta pesquisa, constatou-se que “Deus” ocupa grande importância, bem como práticas religiosas para a vivência de uma velhice satisfatória (ARAÚJO DOS REIS; DE OLIVA MENEZES, 2017).

Com o objetivo de avaliar de forma qualitativa os principais atributos que os conceitos de Religiosidade/Espiritualidade possuem, quatorze indivíduos, pacientes e acompanhantes de dois hospitais de Juiz de Fora-MG, foram questionados. Dentre os achados, insegurança para a definição de conceitos, principalmente espiritualidade. Fé, práticas religiosas privadas, religiosidade intrínseca e Coping religioso foram as principais dimensões de religiosidade apontadas (CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2019).

Ainda no Brasil, um estudo transversal com amostra composta por 484 idosos que aguardavam consulta médica no Serviço de Reabilitação do Hospital Santa Casa, verificou que a religiosidade está significativamente relacionada a menores sintomas depressivos, comprometimento cognitivo, dor percebida e qualidade de vida (LUCCHETTI et al., 2011). Na cidade de Chapecó-SC, um estudo transversal, realizado com uma amostra constituída por 720 entrevistados em cada faixa etária

correspondente ao processo de envelhecimento, identificou que 77,6% dos entrevistados eram católicos, quanto mais velhos mais religiosos; 50,6% tem o hábito de rezar uma vez ao dia e 38,3% rezam como forma de gratidão. A religiosidade é compreendida por este grupo como um recurso valioso no enfrentamento de crises da vida cotidiana (GNATTA et al., 2011).

**Quadro 1** Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa

| Autores  | Objetivo   | Método   | Resultados   |
|--|--|--|--|
| <p>Ahrenfeldt e colaboradores<br/><br/>(Europa, 2017)<br/>(AHRENFELDT et al., 2017)</p>          | <p>Verificar a relação entre duas formas de internalização religiosa e associação com saúde.</p>                       | <p>Dados longitudinais de pessoas com mais de 50 anos incluídas na onda I (2004-2005) da Pesquisa de Saúde, Envelhecimento e Aposentadoria na Europa (SHARE) e acompanhadas pelas ondas 2 (2006-2007), 4 (2011) e 5 (2013).</p>  | <p>Participar de uma organização religiosa foi associado a menores chances de limitação global de atividades e sintomas depressivos, enquanto educação religiosa diminuiu as chances de autoavaliação negativa de saúde e problemas de saúde a longo prazo.</p>  |
| <p>Araújo; Ribeiro; Paul<br/><br/>(Nova York, 2016)<br/>(ARAÚJO; RIBEIRO; PAÚL, 2017)</p>        | <p>Explorar o papel das crenças existenciais na medição da influência de saúde no bem-estar de centenários.</p>        | <p>Estudo transversal. Habitantes com 100 anos ou mais de duas regiões semelhantes de Portugal. Dos 291 centenários, 241 foram entrevistados. O Mini Exame do Estado Mental foi aplicado para averiguar capacidade cognitiva. Somente 80 conseguiram realizar entrevistas completas.</p> | <p>Recursos existenciais são elementos cruciais para mitigar o impacto das restrições de saúde no bem-estar subjetivo dessa população.</p>   |
| <p>Bakhtiari e seus colaboradores<br/><br/>(Babol, Iran, 2018)<br/>(BAKHITIARI et al., 2019)</p> | <p>Avaliar o poder preditivo da religião nos comportamentos de melhoria de saúde dos idosos.</p>                       | <p>Estudo transversal, com amostra representativa de 316 idosos com idade média de 67,9 anos, funcionalmente dependentes, sem comprometimentos cognitivos ou mentais.</p>  | <p>Não foi encontrada correlação significativa entre comportamentos de saúde e orientação religiosa. Os resultados sugerem um possível impacto de outros conceitos relacionados a religião: comportamentos religiosos privados, devoção, transcendência espiritual, adaptação religiosa e tradições no comportamento de saúde.</p> |
| <p>Benjamins<br/><br/>(Austin, Texas, 2004)<br/><br/>(BENJAMINS, 2004)</p>                       | <p>Verificar se os níveis crescentes de religiosidade entre idosos exercem influência sobre limitações funcionais.</p> | <p>Análise da Pesquisa sobre ativos e dinâmica de saúde entre os mais antigos (AHEAD). Estudo longitudinal nacionalmente representativo de 4.071 indivíduos não institucionalizados que nasceram antes de 1924. Foram examinados a</p>   | <p>Atendimento religioso mais frequente está associado a menor limitação funcional. A frequência religiosa e seu envolvimento é salutar e promove elevados resultados de saúde.</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | relação entre as atividades religiosas na onda 2 (1995) e mudanças nas limitações funcionais entre a onda 2 e 4 (2000).  |  |
| Cohen-Mansfield; Shmotkin; Hazan<br><br>(Tel Aviv, Israel, 2016)<br>(COHEN-MANSFIELD; SHMOTKIN; HAZAN, 2016) | Identificar mudanças na atividade religiosa e seus preditores.   | Estudo transversal, com amostra de 1.191 participantes israelenses judeus, com idade entre 75 e 94 anos. Dados da pesquisa nacional CALAS – <i>Cross-sectional and Longitudinal Aging Study</i> .  | Mudanças na religiosidade foram associados a pior estado funcional e depressivo.   |
| Cursio, C.S; Almeida, A.M.<br><br>(Juiz de Fora-MJ, Brasil, 2019)<br>(CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2019)         | Avaliar de forma qualitativa os principais atributos que os conceitos de R/E possuem em uma amostra clínica e não clínica do contexto brasileiro.  | 14 indivíduos, pacientes e acompanhantes de dois hospitais de Juiz de Fora foram sorteados a partir de uma amostra prévia (estudo quantitativo) e responderam sobre conceitos de R/E.  | Verificou-se insegurança para a definição de conceitos, principalmente de espiritualidade. Fé e prática religiosa privada, religiosidade intrínseca e <i>Coping</i> religiosos foram os principais conceitos mencionados.  |
| Daaleman; Perera; Studenski<br><br>(Kansas, 2004)<br>(DAALEMAN; PERERA; STUDENSKI, 2004)                     | Examinar a interação da religião e da espiritualidade com estado de saúde autorreferido em uma população geriátrica da comunidade.   | Estudo Transversal com 277 pacientes ambulatoriais participantes de um estudo de coorte de Kansas City.  | Os que relataram maior espiritualidade, mas não maior religiosidade, têm maior probabilidade de avaliar sua saúde como boa. A espiritualidade pode ser um fator explicativo importante do estado de saúde subjetivo em idosos.   |
| Dunn & Horgas<br><br>(Flórida, 2000)<br>(DUNN; HORGAS, 2000)   | Investigar se os idosos relatam usar a oração como estratégia de enfrentamento.  | Estudo transversal com amostra de conveniência de 50 idosos residentes na comunidade, recrutados em uma igreja e seis centros seniores. Os participantes tinham idade média de 74 anos.  | 96% dos idosos usam a oração para lidar com o estresse. Mulheres e negros costumavam orar para lidar com o estresse com mais frequência. A modalidade de tratamento alternativo mais relatada foi a oração (84%).  |
| Eliassen<br><br>(New York, 2013)<br>(ELIASSEN, 2014)   | Identificar contextos em que os recursos religiosos têm o potencial de ajudar na gestão dos desafios diários representados por limitações físicas como frustração, futilidade, desamparo e | Estudo transversal. Dados proveniente da onda 1 de estudo conduzido em Miami, para rastrear o estresse e o bem-estar ao longo da vida entre adultos com deficiência na comunidade ( <i>Life Course and Health Research Center</i> 2001). As pessoas com deficiência física foram identificadas por | Assistência prestada foi negativamente associada a percepção de incapacidade apenas entre afro-americanos. Para brancos, o uso de crenças no enfrentamento atenua a confirmação da incapacidade. As associações observadas são condicionadas pelo <i>status</i> socioeconômico e gênero. |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | dependência.   | meio de autorrelato ou informações familiares.   |  |
| Foong e seus colaboradores (Serdang, Malaysia, 2017) (FOONG et al., 2018)        | Examinar a função da religiosidade intrínseca e relação com depressão e função cognitiva.  | Estudo transversal com 2.322 idosos residentes nas comunidades da Malaysia.  | A religiosidade intrínseca pode reduzir o efeito negativo da depressão e na função cognitiva.  |
| Helm e seus colaboradores (North Carolina, 2000) (HELM et al., 2000)             | Examinar relação entre sobrevivência e atividade religiosa privada.  | Coorte prospectivo acompanhado por 6 anos. O nível de participação em atividades religiosas privadas, como oração, meditação ou estudo da Bíblia, foi avaliado por autorrelato na linha de base. O principal resultado foi tempo (dias) para a morte ou censura. | Aqueles que relataram raramente/nunca participar de atividades religiosas privadas tiveram risco aumentado de morte. Idosos que participam de atividades religiosas privadas, antes do início do comprometimento das AVDS parecem ter vantagem de sobrevivência sobre os que não participam.   |
| Hupkens e seus colaboradores (Holanda, 2016) (HUPKENS et al., 2016)              | Sintetizar o conhecimento da literatura acadêmica como que as pessoas idosas encontram significado na vida.  | Revisão integrativa, incluindo literatura de pesquisa empírica e textos sobre perspectivas teóricas. 44 textos heterogêneos foram incluídos.   | Encontrar um significado é um desafio, através de um processo de desenvolvimento, criando e descobrindo. O significado da vida é encontrado em conexão consigo mesmo e com os outros. Saúde, convivência, alto <i>status</i> socioeconômico, relações sociais, atividades e religião estão associados a experimentar significado mais tarde na vida. |
| Hybels e seus colaboradores (Durham, North Carolina, 2012) (HYBELS et al., 2012) | Examinar a associação entre três dimensões religiosas (frequências religiosas, mídias religiosas e atividades religiosas privadas) e três domínios do estado funcional (AVD, AIVD e mobilidade em idosos). | Os dados derivam do <i>Duke EPESE</i> , um estudo longitudinal local da comunidade de adultos mais velhos em North Carolina. Um total de 3.699 participantes constituiu a análise da amostra.  | O aumento da frequência religiosa foi associado a menor limitação de AVD, AIVD e mobilidade 3 a 4 anos depois. Nem o uso da mídia nem as atividades religiosas privadas foram associadas as mudanças funcionais. O uso de mídias religiosas foi associado ao desenvolvimento de mais AIVD e limitações de mobilidade.                                |
| Jeremy e seus colaboradores (TEXAS, 2015) (CUMMINGS, 2015)                       | Avaliar o instrumento Santa Clara strength of religious faith questionnaire – SCSRFQ e sua aplicabilidade com populações   | Estudo transversal com amostra de 120 idosos, foram duas análises, no qual a primeira relacionou a aplicabilidade do questionário comparados a outros existentes e a segunda análise foram   | Embora os escores do SCSRFQ tenha características psicométricas adequadas, a utilização da medida pode ser limitada em amostras de adultos mais velhos.  |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | idosas.   | feitas confirmações de análises exploratórias, bem como uma análise de teoria e resposta.   |  |
| Krause; David; Hayward<br>(New York, 2014)<br>(KRAUSE; DAVID HAYWARD, 2014)         | Verificar se as medidas de apoio social secular e baseada na igreja compensam os efeitos da incapacidade funcional da mudança de sentimentos de controle pessoal ao longo de tempo. | Foram utilizados dados de uma pesquisa nacional, com pessoas com idade mínima de 66 anos, contidas na lista de beneficiários do Medicare e Medicaid (2001 a 2008).  | Apoio espiritual dos membros da igreja compensam os efeitos da incapacidade funcional na mudança de sentimentos de controle pessoal ao longo de tempo.   |
| Lerman e seus colaboradores<br>(EUA, 2018)<br>(LERMAN et al., 2018)                 | Examinar a prevalência de religiosidade entre os hispânicos em quatro regiões dos EUA e correção com sintomas depressivos e ansiosos.   | Os dados derivam de um estudo de base populacional onde 16.415 indivíduos fazem parte do Hispanic Community Health Study. Participaram do estudo indivíduos com idades entre 18-74 anos com dados completos sobre religiosidade, depressão (CESD-10) e ansiedade (IDATE-10) | (89,5%) relatou ter filiação religiosa. A frequência semanal às atividades religiosas foi relatada por 41,6% dos participantes. A religião foi muito importante para 63,9%. Os escores da CES-D e os escores de ansiedade-traço não foram significativamente relacionados no grupo geral com a frequência ou a importância da religião. No entanto, em análises estratificadas por idade, entre os indivíduos mais velhos (65+ anos) relatar "nunca" participar de atividades religiosas em comparação com mais de uma vez por semana foi associado a uma probabilidade 80% maior de ter alta sintomatologia depressiva. |
| Lucchetti e seus colaboradores<br>(São Paulo, SP, 2011)<br>(LUCCHETTI et al., 2011) | Avaliar a relação entre religiosidade e saúde mental, hospitalização, dor, incapacidade e qualidade de vida em idosos de um ambulatório de Reabilitação em São Paulo.               | Estudo transversal realizado. Amostra composta por todos os 484 pacientes que aguardavam consulta médica no Serviço de Reabilitação do Hospital Santa Casa, São Paulo. Foi aplicado questionário padronizado.   | A religiosidade está significativamente relacionada a menores sintomas depressivos, comprometimento cognitivo e dor percebida e a melhor qualidade de vida. É de suma importância que se considere a história espiritual de cada um para atender as necessidades.  |
| Moreira-Almeida; Neto; Koenig<br>(São Paulo, 2006)<br>(MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER;  | Revisar evidências científicas disponíveis para relação entre religião e saúde  | Revisão sistemática sobre a relação da religião e saúde mental no século XX. Foram identificados 850 estudos em bases de dados científicas e  | Há evidências que o envolvimento religioso está associado a melhor saúde mental.   |



|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| NETO,<br>FRANCISCO L.;<br>KOENIG, 2006)   | mental.   | atualização dos trabalhos publicados desde 2000.  |  |
| Pereira; Firmo;<br>Giacomin<br>(Belo Horizonte,<br>MG, 2014)<br>(PEREIRA; FIRMO;<br>GIACOMIN, 2014)               | Investigar o papel da religiosidade como estratégia de enfrentamento funcional entre idosos.  | Estudo Etnográfico observacional. Pesquisa antropológica que utiliza a abordagem qualitativa. Realizada na cidade de Bambuí.  | As crenças e as tradições religiosas ajudam a explicar e a enfrentar o sofrimento experimentado por idosos na vigência ou eminência da infuncionalidade.   |
| Reis,L.A; Menezes,<br>T.M<br><br>(Jequiré-BA, Brasil,<br>2017)<br>(ARAÚJO DOS<br>REIS; DE OLIVA<br>MENEZES, 2017) | Desvelar a R/E nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano.  | Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. Foram entrevistadas 14 idosas longevas cadastradas em uma UBS no Município de Jequiré-BA.   | Deus ocupa grande importância em suas vidas, bem como práticas religiosas para a vivência de uma velhice satisfatória.   |
| Reyes-Ortiz e seus colaboradores<br>(Colômbia, 2019)<br>(REYES-ORTIZ et al., 2019)                                | Identificar a relação entre religiosidade e autoavaliação de saúde entre idosos na Colômbia.  | Dados extraídos do Estudo populacional SABE da Colômbia (2015), pesquisa transversal da amostra aleatória de 10.587 pessoas com 60 anos ou mais.  | Idosos mais religiosos, especialmente homens, têm menos probabilidade de perceber sua saúde física como ruim quando comparados aos menos religiosos.   |
| Roff e seus colaboradores<br><br>(Alabama, 2006)<br>(ROFF et al., 2006)   | Examinar diferenças na associação entre limitações funcionais e frequência na igreja.   | Estudo transversal com 987 idosos afro-americanos e brancos de cinco Municípios do Centro de Alabama. A amostra foi estratificada por município, raça e sexo e incluiu números equilibrados de homens e mulheres afro-americanos e homens e mulheres brancos. | Idosos afro-americanos e brancos, sem limitações, frequentam a igreja na mesma proporção. Apesar das pontuações mais alta em medidas e religiosidade, idosos afro-americanos com uma ou mais limitações eram significativamente menos propensos a frequentar a igreja regularmente. As diferenças foram associadas principalmente ao nível educacional e ao funcionamento cognitivo. |
| Salman & Lee<br><br>(Taiwan, 2019)<br>(SALMAN; LEE,<br>2019)  | Examinar os efeitos do bem-estar espiritual na relação entre depressão e saúde percebida, bem como, descrever práticas espirituais comumente usados pelos idosos de Taiwan. | Estudo transversal. Foi utilizado amostragem de conveniência para recrutar 150 idosos residentes de 65 anos ou mais capazes de se comunicar oralmente em chinês mandarim (ou taiwanês) e capazes de ler chinês tradicional.                                   | O bem-estar espiritual estava positivamente correlacionado com a autopercepção de saúde, associado negativamente a depressão e média significativamente a relação entre depressão e autopercepção de saúde.  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p>Stearns e seus colaboradores</p> <p>(Mississippi, USA, 2018)</p> <p>(STEARNS et al., 2018)</p>   | <p>Examinar o efeito da idade na relação entre religiosidade e sintomas depressivos.</p>  | <p>Estudo transversal. O instrumento de coleta de dados o questionário de religiosidade e depressão com 201 adultos com idade entre 21 a 67 anos.</p>  | <p>Religiosidade estava positivamente correlacionada com a idade e negativamente com sintomas depressivos. Altos níveis de religiosidade foram relacionados baixos níveis de depressão.</p>  |
| <p>Thiengo e seus colaboradores</p> <p>(Paraná-SC, Brasil, 2019)</p> <p>(THIENGO et al., 2019b)</p> | <p>Descrever como a saúde, espiritualidade e religiosidade nas publicações científicas nacionais.</p>   | <p>Revisão integrativa, 2011-2016, BVS em novembro de 2017.</p>  | <p>Selecionados 30 artigos e categorizados em 4 níveis: conceitos e concepções; R/E como estratégia de enfrentamento da doença; necessidade de suporte espiritual; e falta de preparo dos profissionais.</p>   |
| <p>Gnatta e seus colaboradores</p> <p>(Chapecó-SC, Brasil, 2011)</p> <p>(GNATTA et al., 2011)</p>   | <p>Identificar como a religiosidade e as práticas espirituais são vivenciadas nas diferentes faixas etárias durante o processo de envelhecimento.</p> | <p>Estudo transversal, realizado na cidade de Chapecó-SC no período de 2008-2009. Amostra constituída de 2.160 pessoas com 720 indivíduos entrevistados em cada faixa etária.</p>  | <p>77,6% dos entrevistados eram católicos, quanto mais velhos mais religiosos; 50,6% rezam uma vez por dia, 38,3% rezam para agradecer. A religiosidade é um recurso valioso no enfrentamento de crises na vida cotidiana.</p>   |
| <p>Wang e seus colaboradores</p> <p>(New York, 2013)</p> <p>(WANG et al., 2014)</p>                 | <p>Avaliar a relação entre duas dimensões da religiosidade e ao processo de envelhecimento.</p>   | <p>Análise secundária dos dados longitudinais do <i>Flórida Retirement Study</i>, de 1990 a 1999, para avaliar as trajetórias do desenvolvimento religioso ao longo do tempo. Análise de seis ondas (onda 1 e onda 5 a 9). Dados de entrevistas com 1000 idosos com mais de 72 anos.</p>   | <p>O estudo identificou diminuição mediana na frequência de atividades religiosas com o aumento da idade, mas nenhuma variação significativa nem mudança nas crenças religiosas ao longo do tempo.</p>   |
| <p>Zimmer e seus colaboradores</p> <p>(EUA, 2016)</p> <p>(ZIMMER et al., 2016)</p>                  | <p>Verificar a associação da religião com expectativa de vida sem deficiência e com deficiência, entre homens e mulheres.</p>                         | <p>Foram utilizados dados do estudo de base populacional (1998-2014) <i>Health and Retirement Study</i> (HRS). Participaram homens e mulheres com idades acima de 51 anos dos EUA. Foram examinadas medidas de deficiência nas AVDs e AIVDs e autoavaliação da importância da religião e frequência aos serviços religiosos.</p> | <p>A assiduidade a serviços religiosos mostra forte associação com expectativa/longevidade de vida e saúde. Homens e mulheres com maior frequência aos serviços religiosos têm entre 1,1 e 5,1 anos mais de expectativa de vida total e entre 1,0 e 4,3 anos mais de AVD livre de deficiência. Os achados para deficiência de AIVD são semelhantes. Variáveis socioeconômicas e de saúde não explicam esta associação.</p> |

Fonte: Autor, 2022.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1 FONTE DE DADOS

Trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram extraídos do Estudo Longitudinal Brasileiro de Envelhecimento – ELSI-Brasil. O ELSI-Brasil é um estudo de base populacional cujo objetivo consiste em verificar dados sobre o processo de envelhecimento e fatores determinantes da saúde física e mental, de acordo com variáveis sociais e biológicas.

Participaram deste estudo uma amostra nacional representativa da população com 50 anos ou mais no período de 2015 e 2016, com participação de 9.412 indivíduos residentes em 70 Municípios na 5 macro regiões brasileiras (FIOCRUZ, 2020).

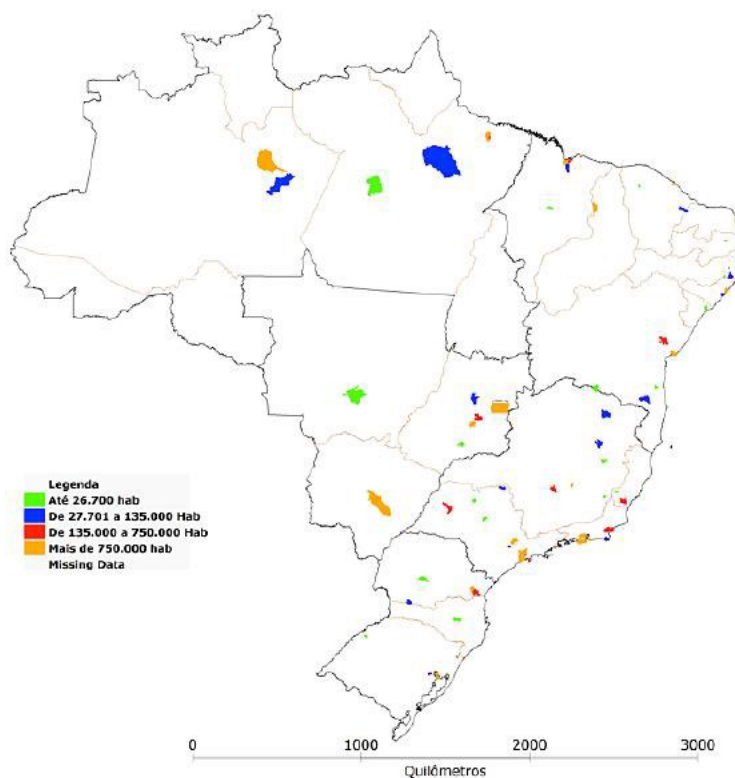
A amostra do ELSI-Brasil foi delineada para representar a população brasileira com idade igual ou superior a 50 anos. Para tal fim, foram utilizados dados do Censo demográfico do IBGE de 2010 (LIMA-COSTA et al., 2018).

Para seleção dos municípios, eles foram alocados em 4 estratos, de acordo com o tamanho da população (FIOCRUZ, 2020). Os limites de tamanho dos municípios e o número foram alocados em cada estrato, com critérios de estratificação proposto por Lavallée & Hidioglou (BRAMATI, [s.d.]). Os estratos ficaram definidos em:

- Estrato 1 ( $\leq 26.700$  habitantes – 4.420 Municípios);
- Estrato 2 (26.701 – 135.000 habitantes – 951 Municípios);
- Estrato 3 (135.001 – 750.000 habitantes – 171 Municípios);
- Estrato 4 ( $> 750.000$  – 23 Municípios).

Nos estratos 1, 2 e 3 no qual os municípios apresentavam até 750.000 habitantes, a amostra foi selecionada em três estágios. Conquanto no estrato 4, com Municípios de grande porte, a seleção da amostra foi realizada em dois estágios (FIOCRUZ, 2020). A figura 2 e quadro 9 apresentam os municípios selecionados na amostra.

**Figura 2.** Municípios selecionados, ELSI-Brasil, 2015



Fonte: ELSI-Brasil (FIOCRUZ, 2020)

Os procedimentos de coleta de dados estão subdivididos em: (1) entrevista sobre características gerais do domicílio e condições socioeconômicas dos demais moradores; (2) entrevista individual sobre condições de saúde física e mental, bem como, outros aspectos relevantes; (3) aferição de pressão arterial, medidas antropométricas e medidas de capacidade funcional; (4) coleta de sangue e exames laboratoriais; (5) um morador adulto é convidado a responder a entrevista (1). Todos os moradores com idade igual ou superior a 50 anos são convidados a participar dos demais procedimentos com exceção da coleta de sangue e exames laboratoriais, que foi transferido para uma subamostra dos participantes do estudo (LIMA-COSTA et al., 2018). Os instrumentos de coletas de dados estão disponíveis no site do ELSI-Brasil (FIOCRUZ, 2020).

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de Minas Gerais, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 34.649.814.0000.5091. Todos os participantes entrevistados na pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo (ANEXO A).

## 3.2 ESTUDO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE ASSOCIADO DA FUNCIONALIDADE E DEPRESSÃO DE ADULTOS MAIS VELHOS – ELSI-BRASIL

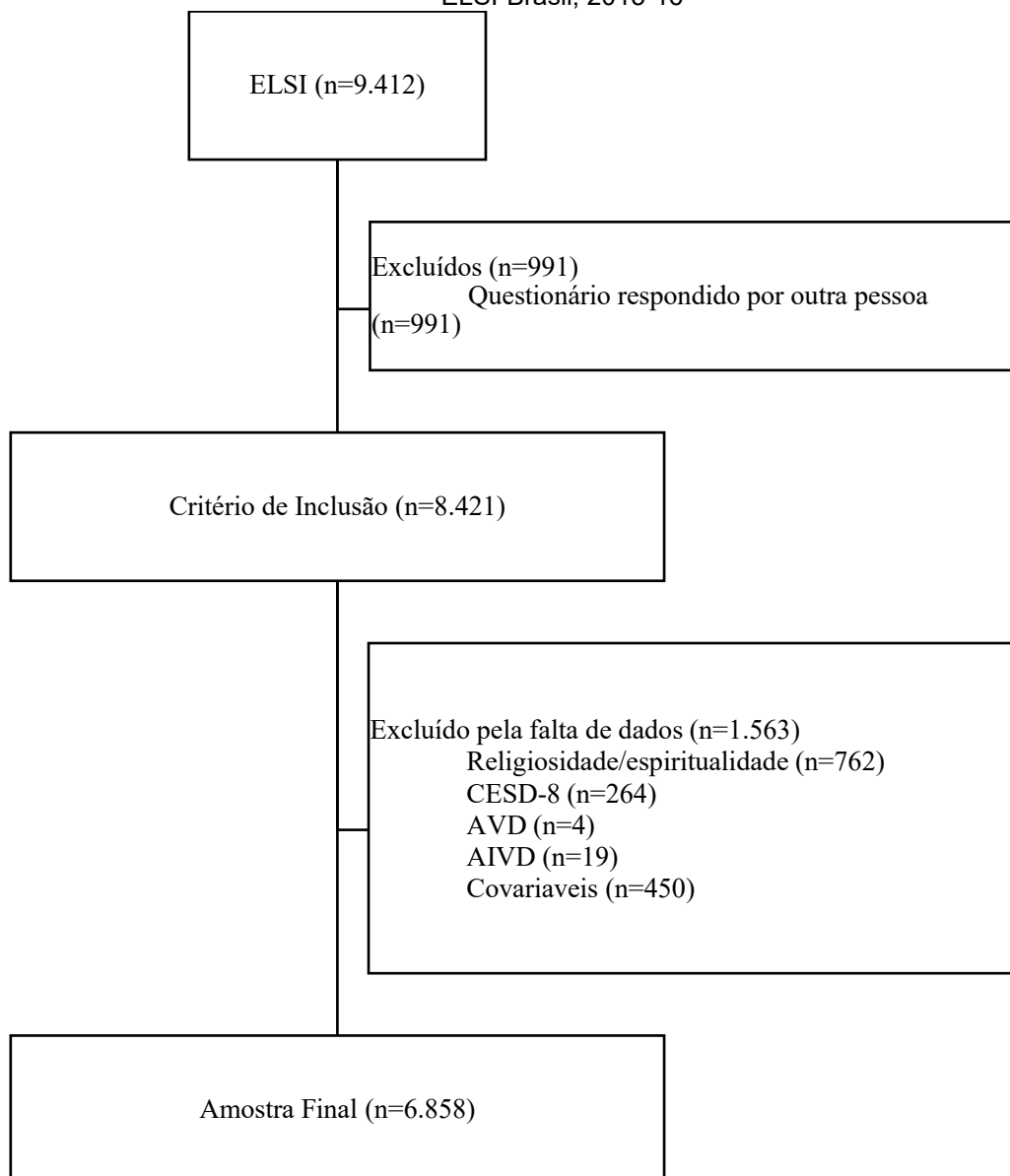
Os dados para este estudo foram extraídos do ELSI-Brasil. Os instrumentos utilizados pelo ELSI-Brasil para as variáveis de desfecho deste estudo foram: para a variável depressão, foi utilizado *Center for Epidemiological Scale - CESD-8* (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010b) e para funcionalidade em AVD, *Índice de Katz* (PARA et al., 2017), e para funcionalidade em AIVD, *Escala de Lawton* (PARA et al., 2017).

Quanto as variáveis de exposição, Religiosidade/Espiritualidade, foram consideradas como uma só variável, uma vez que o instrumento utilizado pelo ELSI-Brasil, avalia estes dois quesitos como algo único, através do *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – SCSRFQ* (CUMMINGS, 2015). No decorrer da descrição dos métodos, os mesmos serão melhor detalhados.

### 3.2.1 População em estudo

A população do presente estudo será composta pelos participantes do ELSI-Brasil. Serão incluídos no estudo todos os participantes do ELSI-Brasil com 50 anos ou mais, de ambos os sexos. Serão excluídos das análises os que não tiverem dados completos entre as variáveis de interesse.

**Figura 3** Fluxograma de seleção da amostra considerando os critérios de inclusão deste estudo, ELSI-Brasil, 2015-16



Fonte: Autor (2022)

### 3.2.2 Variáveis

O quadro abaixo apresenta as variáveis do estudo.

**Quadro 2** Variáveis de estudo

| Variáveis                 | Dependente / Independente | Natureza                       | Utilização   |
|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|--|
| Sexo                      | Independente              | Qualitativa nominal dicotômica | Masculino, feminino  |
| Idade (em anos completos) | Independente              | Quantitativa discreta          | Utilizadas as faixas de idade de 50-59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais |

|   |              |                                   |   |
|---|--------------|-----------------------------------|---|
| Raça/Cor                                  | Independente | Qualitativa discreta policotômica | Branca, parda, preta, amarela, indígena   |
| Situação conjugal                         | Independente | Qualitativa nominal dicotômica    | Com companheiro, sem companheiro  |
| Escolaridade                              | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Sem escolaridade formal, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 e mais   |
| Renda por tercil                          | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Acima, segundo e abaixo   |
| Tabagismo                                 | Independente | Qualitativa nominal dicotômica    | Nunca fumou, fuma atualmente, ex-fumante  |
| Consumo de bebidas alcoólicas             | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Não consome; consumo leve ou moderado; consumo de risco.  |
| Consumo de frutas, legumes e vegetais     | Independente | Qualitativa nominal dicotômica    | Adequado, não adequado  |
| Atividade física                          | Independente | Qualitativa nominal dicotômica    | Insuficientemente ativo, ativo  |
| Fluência verbal                           | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Tercil  |
| Orientação temporal                       | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Todas respostas corretas, ao menos uma incorreta  |
| Escores de memória combinada              | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Tercil  |
| Religião                                  | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Não tem religião, católica, protestante, evangélica, espírita, budista, islamita, religiões de origem africana, outra |
| Hábitos religiosos                        | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Mais de uma vez por semana, uma vez por semana, duas a três vezes por mês, um ou algumas vezes por ano, nunca         |
| Fé e força espiritual                     | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Nada, pouco, muito  |
| Práticas religiosas                       | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Nada, pouco, muito  |
| Devoção religiosa ou orientação religiosa | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Nada, pouco, muito  |
| <i>Coping</i> religioso                   | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Nada, pouco, muito  |
| Ética e religião                          | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Nada, pouco, muito  |
| Interação social                          | Independente | Qualitativa nominal policotômica  | Nada, pouco, muito  |

|                          |            |                                |  |
|--------------------------|------------|--------------------------------|--|
| Depressão                | Dependente | Qualitativa nominal dicotômica | Sim, não   |
| AVD                      | Dependente | Qualitativa nominal dicotômica | Sem dificuldade, dificuldade em uma ou mais atividades |
| AIVDs                    | Dependente | Qualitativa nominal dicotômica | Sem dificuldade, dificuldade em uma ou mais atividade  |
| Combinação de AVD e AIVD | Dependente | Qualitativa nominal dicotômica | Sim, não   |

Legenda: AVD: Atividades básicas da vida diária; AIVD: Atividades instrumentais da vida diária

Fonte: Autor (2022)

### 3.2.3 Instrumentos de pesquisa

#### 3.2.3.1 Variáveis Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas utilizadas serão sexo, idade em anos completos, raça/cor, situação conjugal, escolaridade e renda.

Na variável “sexo”, consta no instrumento duas alternativas, masculino e feminino. Com relação a “idade em anos completos”, foi questionado a idade do indivíduo no momento da entrevista. A idade será categorizada em faixa etária de 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.

Em relação à raça/cor, o entrevistado se auto classificava entre as opções de resposta branca, preta, parda, amarela, indígena (FIOCRUZ, 2015).

Quanto a situação conjugal, as opções eram solteiro(a), casado(a)/amasiado(a)/união estável, divorciado(a) ou separado(a) e viúvo(a) (FIOCRUZ, 2015). Essas opções foram agrupadas em: com companheiro [casado(a)/amasiado(a)/união estável] e sem companheiro [solteiro(a), divorciado(a)/separado(a) e viúvo(a)].

Com relação a “escolaridade”, foi questionado o último ano da escola que sr(a) foi aprovado(a) na escola (FIOCRUZ, 2015). A opções de resposta foram agrupadas em sem escolaridade formal, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos e 12 anos e mais.

#### 3.2.3.2 Variáveis de hábitos de vida

As variáveis de hábitos de vida serão analisadas através de condutas como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas considerando o *National Institute on*



*Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), atividade física e consumo de frutas, legumes e verduras, realizadas na semana anterior a entrevista (LIMA-COSTA; DE ANDRADE; DE OLIVEIRA, 2019).

No que tange ao tabagismo, foram verificados por questionário se o participante fuma ou já fumou. Os questionamentos ocorreram da seguinte forma: se o indivíduo é fumante diariamente; fumante, menos que diariamente ou não fumante (LIMA-COSTA et al., 2018). As opções de resposta foram agrupadas em nunca fumou, ex-fumante e fumante atual.

Com relação ao consumo de bebida alcoólicas, serão utilizadas referências do *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* – NIAAA. Este o órgão responsável por repensar o abuso de álcool como uma condição médica, bem como investigar questões relacionadas ao álcool e à saúde de forma sistemática, por meio de pesquisas baseadas em evidências (NIAAA, 2021).

Os três padrões de consumo de álcool foram não uso (abstinência), consumo leve/moderado (entre 1 a 7 doses/semana para mulheres e 1 a 14 doses/semana para homens), consumo de risco (mais de 7 doses/semana para mulheres e mais de 14 doses/semana para homens) (NORONHA et al., 2019).

Com relação a atividade física, o instrumento utilizado para busca destes dados foi uma versão reduzida do *International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ. O IPAQ é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividade física de intensidade leve, moderada e vigorosa, em diferentes contextos, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer. Também estima o tempo dispendido em atividades passivas (sentado) (BENEDETTI et al., 2007).

Traz questões relacionadas à frequência (dias por semana), duração (tempo por dia) das atividades físicas realizadas na semana anterior a entrevista, considerando aquelas realizadas por pelo menos dez minutos contínuos de cada vez. Aborda a atividade física como caminhadas (em casa ou no trabalho, como traslado, lazer, prazer ou exercício); atividades moderadas (leves e execução de serviços domésticos leves); atividades vigorosas (correr, ginástica/aeróbica, futebol, basquete, pedalar e serviços domésticos pesados) (BENEDETTI et al., 2007; PEIXOTO et al., 2018). Estas informações são convertidas em tempo real de prática de atividade física, na semana informada, considerando o tempo dispendido em atividades vigorosas em dobro. São definidos como praticantes de atividade física regular, os indivíduos que realizaram 150 minutos ou mais por semana (PEIXOTO et al., 2018), e os com menos

tempo, são considerados insuficientemente ativos.

O consumo regular de frutas, legumes e verduras são considerados importantes para uma alimentação saudável (SOUZA et al., 2019). Foram questionadas na entrevista questões referentes ao consumo, sendo ele considerado adequado duas vezes ou mais por dia por pelo menos cinco dias: o consumo adequado de frutas de três vezes ou mais por dia por pelo menos cinco dias; e consumo adequado de legumes e vegetais de duas porções e de frutas três porções por pelo menos cinco dias na semana (DE ALMEIDA et al., 2020; FIOCRUZ, 2015; SOUZA et al., 2019). Quem não atingiu esses patamares de consumo foi considerado insuficiente.

### 3.2.3.3 *Memória*

No teste de cognição o entrevistado é avaliado diante do que percebe, aprende, memoriza e reflete sobre as informações (FIOCRUZ, 2015). Foram definidos três domínios para avaliação da função cognitiva: memória, linguagem e função executiva. Com relação a memória, a avaliação ocorreu com o teste de aprendizagem da lista que continha 10 palavras, foram lidas para o participante, considerando a memória imediata e repetição das palavras. Na avaliação da memória tardia, após cinco minutos, se solicita ao participante a reiteração de sua apresentação. Durante este período de cinco minutos, o participante é mantido ocupando preenchendo o questionário. Quanto a memória combinada, o resultado foi obtido pela soma dos escores alcançados pela memória imediata e tardia. A linguagem e função executiva, foi aferida pelo teste de fluência verbal semântica, categoria animal, no qual o participante deveria nomear o maior número de animais no período de um minuto (CASTRO-COSTA et al., 2019).

### 3.2.3.4 *Variáveis de Espiritualidade e Religiosidade*

Para avaliar questões pertinentes a espiritualidade e religiosidade o ELSI-Brasil utilizou as questões baseadas no *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSRFQ) (FIOCRUZ, 2015).

O questionário Santa Clara é uma escala de medida confiável que avalia a força da fé religiosa e engajamento. É adequado para várias populações e tradições /

organizações religiosas. Foi desenvolvida para fornecer aos pesquisadores um instrumento breve e para todos os fins. Tem sido utilizada internacionalmente (CUMMINGS, 2015).

O ELSI-Brasil utiliza a escala breve. Avalia-se hábitos religiosos através da questão “nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de cerimônias religiosas...?”; fé e força espiritual através da questão “o quanto a fé religiosa dá sentido à vida?”; práticas espirituais através da questão “...o quanto rezar ou meditar diariamente é importante para o(a) sr(a)?”; devoção religiosa ou orientação religiosa através da questão “considera-se um(a) praticante ativo(a) da sua religião?”; Coping religioso através da questão “a religião lhe ajuda a enfrentar momentos difíceis?”; ética e religião através da questão “a religião lhe ajuda a ser uma pessoa mais correta?”; integração social através da questão “integrar um grupo religioso faz com que se sinta aceito(a) e participativo(a)?”. As opções de cada questionamento são: nada, pouco, muito (FIOCRUZ, 2015).

### **3.2.3.5 Variáveis de Sintomas Depressivo**

Para rastreio dos sintomas depressivo os ELSI-Brasil utilizou a escala do *Center for Epidemiological Scale - Depression* – CES-D-8. Esta escala avalia a sintomatologia referida, na maior parte do tempo, na semana pregressa a entrevista, cujo ponto de corte estabelecido é a pontuação de quatro ou mais sintomas depressivos. Os oito itens desta escala breve estão relacionados a afeto deprimido, afeto positivo e sintomas somáticos (KARIM et al., 2015). Para pontuação reversa, são avaliadas os sintomas que se relacionem ao afeto positivo (FIOCRUZ, 2015). As opções de respostas são: sim e não.

### **3.2.3.6 Variáveis de funcionalidade: AVD e AIVD**

#### **3.2.3.6.1 Índice de Katz**

Com relação aos instrumentos utilizados pelo ELSI-Brasil para mensurar a funcionalidade nas atividades básicas da vida diária (ABVD), Índice de Katz foi escolhido. Este instrumento tem como finalidade avaliação funcional e independência na execução de atividades do dia-a-dia, sendo elas relacionadas ao auto cuidado,

organizadas e relacionadas hierarquicamente para mensurar a independência no desempenho das seis funções seguintes: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações (ARIK et al., 2015; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2006). As questões foram agrupadas em apresentar dificuldade para realizar alguma atividade ou sem dificuldades.

#### **3.2.3.6.2 Escala de Lawton**

A Escala de Lawton é um instrumento que permite avaliar adultos mais velhos quanto a sua capacidade de manter independência a partir do nível de limitações que apresenta ao desempenhar nove funções das atividades instrumentais da vida diárias (MOSSINI; PIERI, 2009; PARA et al., 2017).

As nove funções avaliadas são: usar o telefone; ir a locais distantes, usando transportes sem a necessidade de planejamentos especiais; fazer compras; preparar suas refeições; arrumar a casa; fazer trabalhos manuais domésticos; lavar e passar; tomar seus remédios na dose e horário certo e cuidar das finanças (MOSSINI; PIERI, 2009). As questões foram agrupadas em apresentar dificuldade para realizar alguma atividade ou sem dificuldades.

#### **3.2.4 Análise estatística**

Será realizada análise de casos completos. A análise descritiva utilizará frequências absolutas e relativas de todas as variáveis do estudo, com os respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para estimar a prevalência de ocorrência do desfecho, e os IC95%, segundo as demais variáveis, será empregada análise bivariada com o teste  $\chi^2$ .

As análises para estimar a chance de ocorrência do desfecho, funcionalidade e depressão segundo as exposições Religiosidade/Espiritualidade, foram realizadas através de regressão logística bruta e ajustada, por fatores de confusão, com estimação do *odds ratio* com os respectivos IC95%.

Todas as análises considerarão os pesos amostrais com a utilização do comando *svy* e serão realizadas no pacote estatístico Stata SE versão 16 (StataCorp (2019). Statistical Software: Release 16. College Station, TX: StataCorp LP).

#### 4. RESULTADOS

Dos 9.412 participantes do ELSI-Brasil, 6.858 participantes preencheram os critérios de inclusão, dos quais 54,0% eram do sexo feminino. A faixa etária prevalente foi de 50 a 59 anos (51,1%), seguida por 60 a 69 anos (30,0%). Entre as raças mais relatadas estiveram pardas (45,4%) e a branca (41,9%). Os participantes casados representaram 65,8%. Com relação a escolaridade, 37,2% afirmaram possuir de 1 a 4 anos de estudo e 7,0% estudaram 12 anos ou mais.

Quanto aos hábitos de vida, 49,9% nunca foram fumantes, 10,3% fazem consumo moderado e 9,3% consumo de risco; 91,1% dos participantes fazem consumo inadequado de frutas e legumes e 69,5% são ativos.

Considerando a orientação temporal, 71,5% dos participantes eram cognitivamente orientados. Depressão ( $\geq 4$  sintomas) esteve presente em 33,3% dos entrevistados; 13,5% afirmaram ter dificuldades em AVD e 45,3% em AIVD. Em relação a combinação de sintomas depressivos e AVD, 61,2% não apresenta sintomas depressivos nem dificuldades. Já na combinação entre sintomas depressivos e AIVD, 42,4% têm ausência de sintomas depressivos e de dificuldades.

Quanto a religião, o maior percentual era católico (67,7%), com hábitos religiosos de frequentar a igreja mais de uma vez por semana (42,1%). Quando questionados “até que ponto a fé religiosa dá sentido à sua vida”, 92,2% dos entrevistados responderam “muito”. Práticas religiosas foram consideradas muito importantes por 92,3%; 60,6% se consideram ativos e devotos; 87,5% consideram a religião como estratégia de enfrentamento. Quanto a ética religiosa, 91,4% dos participantes acreditam que a religião auxilia na adoção de comportamentos que os tornam pessoas melhores e 77,2% relatam que participar de um grupo religiosos lhe faz se sentir mais aceitos e ativo (Tabela 1).

**Tabela 1** Análise descritiva das características sociodemográficas, de saúde e hábitos religiosos, ELSI Brasil, 2015-16.

| <b>Variáveis</b>                             | <b>n</b> | <b>% (IC95%)</b> |
|--|----------|------------------|
| <b>Sexo</b>                                  |          |                  |
| Feminino                                     | 3905     | 54,0 (50,8-57,1) |
| Masculino                                    | 2953     | 46,0 (42,9-49,2) |
| <b>Faixa etária</b>                          |          |                  |
| 50 a 59 anos                                 | 3118     | 51,1 (46,8-55,4) |
| 60 a 69 anos                                 | 2156     | 30,0 (28,0-32,1) |
| 70 a 79 anos                                 | 1211     | 14,4 (12,4-16,6) |
| 80 anos ou mais                              | 373      | 4,5 (3,7-5,4)    |
| <b>Raça/Cor da Pele</b>                      |          |                  |
| Branca                                       | 2657     | 41,9 (36,7-47,3) |
| Preta  | 667      | 9,5 (8,0-11,3)   |
| Parda  | 3288     | 45,4 (41,2-49,7) |
| Amarela                                      | 72       | 1,1 (0,8-1,5)    |
| Indígena                                     | 174      | 1,9 (1,4-2,7)    |
| <b>Situação conjugal</b>                     |          |                  |
| Solteiro                                     | 745      | 11,0 (9,7-12,6)  |
| Casado                                       | 4106     | 65,8 (63,1-68,4) |
| Divorciado                                   | 846      | 10,5 (9,6-11,5)  |
| Viúvo  | 1161     | 12,6 (11,1-14,3) |
| <b>Escolaridade (anos de estudo)</b>         |          |                  |
| 12 anos ou mais                              | 439      | 7,0 (5,9-8,4)    |
| 9 a 11 anos                                  | 1403     | 22,5 (20,7-24,4) |
| 5 a 8 anos                                   | 1467     | 22,5 (20,8-24,4) |
| 1 a 4 anos                                   | 2636     | 37,2 (34,8-39,7) |
| Nunca estudou                                | 913      | 10,6 (8,6-13,1)  |
| <b>Renda (tercis)</b>                        |          |                  |
| Superior                                     | 2383     | 37,3 (33,7-41,1) |
| Intermediário                                | 2259     | 32,1 (30,7-33,7) |
| Inferior                                     | 2216     | 30,4 (27,0-34,2) |
| <b>Tabagismo</b>                             |          |                  |
| Nunca fumou                                  | 3149     | 45,9 (44,2-47,7) |
| Ex fumante                                   | 2578     | 37,1 (35,1-39,3) |
| Fumante atual                                | 1131     | 16,8 (15,4-18,5) |
| <b>Consumo de álcool</b>                     |          |                  |
| Nunca  | 5660     | 80,2 (77,8-82,5) |
| Leve/moderado                                | 607      | 10,3 (8,6-12,5)  |
| Consumo de risco                             | 591      | 9,3 (8,42-10,4)  |
| <b>Consumo de frutas, legumes e verduras</b> |          |                  |
| Adequado                                     | 549      | 8,8 (7,63-10,2)  |
| Inadequado                                   | 6309     | 91,1 (89,8-92,4) |
| <b>Nível de atividade física</b>             |          |                  |
| Ativo  | 4723     | 69,5 (67,2-71,8) |
| Insuficientemente ativo                      | 2135     | 30,5 (28,2-32,8) |
| <b>Orientação temporal</b>                   |          |                  |
| Todas corretas                               | 4805     | 71,5 (69,6-73,4) |
| Pelos menos uma incorreta                    | 2053     | 28,5 (26,6-30,4) |
| <b>Memória (tercis)</b>                      |          |                  |
| Superior                                     | 2801     | 37,9 (35,3-40,6) |
| Intermediário                                | 1657     | 24,8 (23,4-26,3) |
| Inferior                                     | 2400     | 37,3 (35,2-39,4) |
| <b>Fluência verbal (tercis)</b>              |          |                  |

|   |      |                    |
|---|------|--------------------|
| Superior  | 2293 | 35,6 (32,93-38,32) |
| Intermediário                                       | 1984 | 29,2 (27,82-30,56) |
| Inferior  | 2581 | 35,2 (32,46-38,14) |
| <b>Depressão</b>                                    |      |                    |
| ≤3 sintomas   | 4487 | 66,7 (64,7-68,5)   |
| ≥4 sintomas   | 2371 | 33,3 (31,4-35,3)   |
| <b>Atividade de vida diária (AVD)</b>               |      |                    |
| Sem dificuldade                                     | 5889 | 86,6 (85,1-87,9)   |
| Uma ou mais   | 969  | 13,5 (12,1-14,9)   |
| <b>Atividade instrumental de vida diária (AIVD)</b> |      |                    |
| Sem dificuldade                                     | 3497 | 54,6 (51,4-57,8)   |
| Uma ou mais   | 3361 | 45,3 (42,2-48,6)   |
| <b>Sintomas depressivos e AVD</b>                   |      |                    |
| Ausência de depressão e dificuldade em AVD          | 4084 | 61,2 (59,2-63,1)   |
| Presença apenas de depressão                        | 1805 | 25,4 (23,7-27,1)   |
| Presença apenas de dificuldade em AVD               | 403  | 5,5 (4,6-6,5)      |
| Presença de depressão e dificuldade em AVD          | 566  | 7,9 (7,1-8,8)      |
| <b>Sintomas depressivos e AIVD</b>                  |      |                    |
| Ausência de depressão e dificuldade em AIVD         | 2699 | 42,4 (39,9-44,9)   |
| Presença apenas de depressão                        | 798  | 12,2 (10,9-13,7)   |
| Presença apenas de dificuldade em AIVD              | 1788 | 24,2 (22,2-26,4)   |
| Presença de depressão e dificuldade em AIVD         | 1573 | 21,1 (19,2-23,1)   |
| <b>Tipos de religião</b>                            |      |                    |
| Católico  | 4541 | 67,7 (64,7-70,6)   |
| Protestante   | 53   | 0,7 (0,5-1,1)      |
| Evangélico  | 1874 | 25,6 (22,9-28,4)   |
| Espírita  | 245  | 3,8 (2,93-4,8)     |
| Budista   | 11   | 0,1 (0,08-0,4)     |
| Africano  | 23   | 0,3 (0,1-0,8)      |
| Outras  | 111  | 1,7 (1,3-2,1)      |
| <b>Hábitos religiosos / frequência</b>              |      |                    |
| Mais de uma vez por semana                          | 2983 | 42,1 (39,3-44,9)   |
| Uma vez por semana                                  | 2231 | 32,8 (30,8-35,0)   |
| Duas ou três vezes por mês                          | 715  | 10,8 (9,7-12,1)    |
| Uma ou algumas vezes por ano                        | 585  | 8,4 (7,5-9,5)      |
| Nunca   | 344  | 5,7 (4,8-6,8)      |
| <b>Fé e força espiritual</b>                        |      |                    |
| Muito   | 6356 | 92,2 (91,2-93,0)   |
| Pouco ou nada                                       | 502  | 7,8 (6,9-8,8)      |
| <b>Práticas religiosas</b>                          |      |                    |
| Muito   | 6365 | 92,3 (91,2-93,2)   |
| Pouco ou nada                                       | 493  | 7,7 (6,8-8,8)      |
| <b>Devoção religiosa ou orientação religiosa</b>    |      |                    |
| Muito   | 4288 | 60,6 (58,2-62,8)   |
| Pouco ou nada                                       | 2570 | 39,4 (37,2-41,7)   |
| <b>Coping religioso</b>                             |      |                    |
| Muito   | 6066 | 87,5 (86,0-88,8)   |
| Pouco ou nada                                       | 792  | 12,5 (11,1-13,9)   |
| <b>Ética e religião</b>                             |      |                    |
| Muito   | 6286 | 91,4 (90,1-92,6)   |
| Pouco ou nada                                       | 572  | 8,6 (7,4-9,9)      |
| <b>Interação social</b>                             |      |                    |
| Muito   | 5374 | 77,2 (75,1-79,2)   |
| Pouco ou nada                                       | 1484 | 22,8 (20,8-24,9)   |

Fonte: Autor (2022).

Em relação às dificuldades em AVD, foram associadas na análise bivariada bruta, o tipo de religião, os hábitos religiosos/frequência e a devoção religiosa ou orientação religiosa. Ser espírita, 47% (OR: 0,53; IC95%: 0,32-0,89), foi associado a menores chances de dificuldade em AVD em relação aos católicos, ter hábitos religiosos com frequência semanal tem 27% (OR:0,73; IC95%: 0,59-0,91) vezes menor chance de dificuldades em AVD em relação a quem frequenta mais de uma vez por semana, e quem tem pouca ou nenhuma devoção religiosa também teve 22% (OR:0,78; IC95%: 0,67-0,91) menor chance de dificuldade em relação a quem tem muita. Na análise ajustada, nenhuma das variáveis foi significativa.

Quanto às dificuldades em AIVD, foram associadas na análise bivariada bruta o tipo de religião, os hábitos religiosos/frequência e devoção religiosa ou orientação religiosa. Ser evangélico apresentou 24% (OR:1,24; IC95%: 1,06-1,46) maiores chances de dificuldade em AIVD em relação aos católicos, ter hábitos religiosos com frequência uma vez por semana, duas a três vezes no mês ou algumas vezes no ano reduziu as chances de dificuldades em AIVD em relação a quem frequenta mais que uma vez por semana, e quem tem pouca ou nenhuma devoção religiosa também teve 29% (OR:0,71; IC95%: 0,62-0,81) menor chance de dificuldade em relação a quem tem muita. Na análise ajustada, na variável hábitos religiosos foi observado que quem frequenta duas ou três vezes no mês teve 30% (OR:0,70; IC95%: 0,53-0,91) menor chance de dificuldade em AIVD em relação aos que frequentam mais que uma vez por semana.

Em relação à presença de sintomas depressivos, foram associadas a análise bivariada bruta as variáveis tipo de religião e hábitos religiosos/frequência. Ser evangélico ou pertencer a outras religiões apresentou 42% (OR:1,42; IC95%: 1,26-1,61) e 52% (OR:1,52; IC95%: 1,02-2,27) maiores chances de depressão quando comparados aos católicos, ter hábitos religiosos com frequência de uma vez por semana tem 18% (OR:0,82; IC95%: 0,71-0,95) menores chances de depressão quando comparados aos indivíduos que frequentam mais que uma vez por semana. Na análise ajustada, quanto ao tipo de religião, os evangélicos apresentaram 24% (OR:1,24; IC95%: 1,05-1,47) maiores chances de depressão quando comparados aos católicos e aqueles relataram pouca ou nenhuma fé e força espiritual apresentaram 52% (OR:1,52; IC95%:1,17-1,99) quando comparados àqueles que relataram muita (Tabela 2).



Tabela 2 Análise bivariada entre dificuldade de AVD, AIVD, depressão e religiosidade / espiritualidade

| Variáveis                             | Dificuldade em AVD |              |                         |                         | Dificuldade em AIVD |                  |                         |                         | Depressão        |                  |                         |                         |
|---------------------------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                       | % (IC95%)          | p valor      | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     | % (IC95%)           | p valor          | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     | % (IC95%)        | p valor          | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     |
| <b>Tipos de religião</b>              |                    | <b>0,011</b> |                         |                         |                     | <b>0,011</b>     |                         |                         |                  | <b>&lt;0,001</b> |                         |                         |
| Católico                              | 13,2 (11,8-14,7)   |              | 1                       | 1                       | 44,2 (40,7-47,8)    |                  | 1                       | 1                       | 31,2 (29,1-33,4) |                  | 1                       | 1                       |
| Protestante                           | 12,7 (5,2-27,8)    |              | 0,95 (0,36-2,46)        | 1,94 (0,69-6,28)        | 36,3 (22,1-53,4)    |                  | 0,71 (0,36-1,42)        | 0,80 (0,38-1,65)        | 20,8 (11,1-35,5) |                  | 0,57 (0,27-1,20)        | 0,82 (0,39-1,70)        |
| Evangélico                            | 14,8 (12,2-17,8)   |              | 1,14 (0,90-1,43)        | 0,84 (0,62-1,14)        | 49,7 (45,7-53,8)    |                  | <b>1,24 (1,06-1,46)</b> | <b>0,97 (0,83-1,13)</b> | 39,3 (36,4-42,4) |                  | <b>1,42 (1,26-1,61)</b> | <b>1,24 (1,05-1,47)</b> |
| Espírita                              | 7,6 (4,7-12,0)     |              | <b>0,53 (0,32-0,89)</b> | <b>0,72 (0,38-1,38)</b> | 37,6 (30,3-45,7)    |                  | 0,76 (0,55-1,04)        | 1,21 (0,81-1,82)        | 29,7 (24,2-36,0) |                  | 0,94 (0,70-1,23)        | 1,27 (0,89-1,81)        |
| Budista                               | 3,4 (0,5-21,3)     |              | 0,23 (0,03-1,75)        | 1,40 (5,33-3,66)        | 52,8 (19,3-84,0)    |                  | 1,41 (0,30-6,57)        | 2,17 (0,39-12,06)       | 30 (6,5-72,5)    |                  | 0,94 (0,15-5,86)        | 1,09 (0,19-6,03)        |
| Africana                              | 7,8 (1,5-31,1)     |              | 0,56 (0,10-2,95)        | 1,04 (0,10-10,38)       | 31 (10,0-64,4)      |                  | 0,57 (0,14-2,24)        | 0,83 (0,16-4,08)        | 35,1 (20,6-53,2) |                  | 1,19 (0,55-2,55)        | 0,99 (0,42-2,32)        |
| Outras                                | 18,1 (11,6-27,2)   |              | 1,45 (0,87-2,43)        | 0,47 (0,12-0,96)        | 47,7 (37,6-58,1)    |                  | 1,15 (0,78-1,69)        | 0,80 (0,47-1,36)        | 40,9 (32,2-50,3) |                  | <b>1,52 (1,02-2,27)</b> | 1,22 (0,73-2,04)        |
| <b>Hábitos religiosos/ frequência</b> |                    | <b>0,028</b> |                         |                         |                     | <b>&lt;0,001</b> |                         |                         |                  | <b>0,029</b>     |                         |                         |
| Mais que uma vez por semana           | 14,9 (13,3-16,8)   |              | 1                       | 1                       | 49,9 (46,2-53,6)    |                  | 1                       | 1                       | 35,4 (32,7-38,1) |                  | 1                       | 1                       |
| Uma vez por semana                    | 11,5 (9,2-14,2)    |              | <b>0,73 (0,59-0,91)</b> | <b>0,91 (0,67-1,22)</b> | 43,5 (40,3-46,8)    |                  | <b>0,77 (0,67-0,88)</b> | <b>0,95 (0,81-1,11)</b> | 31,2 (28,4-34,0) |                  | <b>0,82 (0,71-0,95)</b> | 0,99 (0,82-1,20)        |
| Duas a três vezes por mês             | 11,8 (9,2-15,1)    |              | 0,76 (0,55-1,04)        | 0,71 (0,46-1,09)        | 37,8 (32,1-44,0)    |                  | <b>0,61 (0,49-0,76)</b> | <b>0,70 (0,53-0,91)</b> | 33,4 (28,7-38,6) |                  | 0,91 (0,71-1,18)        | 1,07 (0,77-1,48)        |
| Algumas vezes por ano                 | 13 (9,7-17,3)      |              | 0,85 (0,58-1,24)        | 0,72 (0,42-1,22)        | 40,6 (34,8-46,7)    |                  | <b>0,69 (0,54-0,86)</b> | <b>0,94 (0,72-1,22)</b> | 34,1 (29,3-39,2) |                  | 0,94 (0,74-1,20)        | 1,12 (0,84-1,50)        |
| Nunca                                 | 17 (12,7-22,5)     |              | 1,17 (0,78-1,74)        | 1,36 (0,77-2,39)        | 43,4 (37,9-49,1)    |                  | 0,77 (0,86-1,15)        | 1,14 (0,85-1,54)        | 29,7 (24,1-36,0) |                  | 0,77 (0,56-1,05)        | 0,95 (0,68-1,32)        |
| <b>Fé e força espiritual</b>          |                    | 0,83         |                         |                         |                     | 0,676            |                         |                         |                  | 0,125            |                         |                         |
| Muito                                 | 13,4 (12,1-15,0)   |              | 1                       | 1                       | 45,5 (42,3-48,6)    |                  | 1                       | 1                       | 33,1 (31,1-35,0) |                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 13,1 (9,9-17,0)    |              | 0,96 (0,70-1,32)        | 0,90 (0,51-1,61)        | 44,1 (36,7-51,7)    |                  | 0,94 (0,72-1,23)        | 1,16 (0,89-1,52)        | 36,6 (32,1-41,3) |                  | 1,17 (0,95-1,43)        | <b>1,52 (1,17-1,99)</b> |
| <b>Práticas religiosas</b>            |                    | 0,453        |                         |                         |                     | 0,522            |                         |                         |                  | 0,294            |                         |                         |
| Muito                                 | 13,3 (12,0-14,8)   |              | 1                       | 1                       | 45,5 (42,5-48,6)    |                  | 1                       | 1                       | 33,6 (31,6-35,6) |                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 14,9 (11,0-20,0)   |              | 1,14 (0,80-1,63)        | 0,92 (0,57-1,48)        | 43,5 (36,2-51,1)    |                  | 0,92 (0,71-1,18)        | 0,98 (0,76-1,27)        | 30,7 (25,8-36,1) |                  | 0,87 (0,68-1,12)        | 0,95 (0,73-1,25)        |
| <b>Devoção/orientação religiosa</b>   |                    | <b>0,003</b> |                         |                         |                     | <b>&lt;0,001</b> |                         |                         |                  | 0,447            |                         |                         |
| Muito                                 | 14,5 (13,0-16,1)   |              | 1                       | 1                       | 48,6 (45,7-51,6)    |                  | 1                       | 1                       | 33 (31,0-35,0)   |                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 11,8 (10,2-13,6)   |              | <b>0,78 (0,67-0,91)</b> | <b>0,82 (0,61-1,12)</b> | 40,4 (36,1-44,7)    |                  | <b>0,71 (0,62-0,81)</b> | <b>0,94 (0,81-1,10)</b> | 33,9 (31,3-36,5) |                  | 1,04 (0,93-1,16)        | <b>1,27 (1,14-1,42)</b> |
| <b>Coping religioso</b>               |                    | 0,627        |                         |                         |                     | 0,306            |                         |                         |                  | 0,484            |                         |                         |
| Muito                                 | 13,3 (12,0-14,8)   |              | 1                       | 1                       | 45,7 (42,7-48,7)    |                  | 1                       | 1                       | 33,5 (31,6-35,4) |                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 14,1 (11,3-17,4)   |              | 1,06 (0,83-1,35)        | 0,82 (0,53-1,26)        | 43,1 (36,9-49,5)    |                  | 0,90 (0,73-1,10)        | 1,12 (0,88-1,42)        | 32,2 (28,4-36,3) |                  | 0,94 (0,80-1,11)        | 0,98 (0,78-1,22)        |
| <b>Ética e religião</b>               |                    | 0,983        |                         |                         |                     | 0,835            |                         |                         |                  | 0,462            |                         |                         |
| Muito                                 | 13,4 (12,0-15,0)   |              | 1                       | 1                       | 45,4 (42,3-48,6)    |                  | 1                       | 1                       | 33,2 (31,2-35,2) |                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 13,4 (10,5-17,0)   |              | 0,99 (0,73-1,34)        | 0,87 (0,59-1,28)        | 44,8 (38,1-51,6)    |                  | 0,97 (0,76-1,24)        | 1,13 (0,87-1,47)        | 35,2 (30,1-40,6) |                  | 1,09 (0,86-1,39)        | 1,18 (0,88-1,58)        |
| <b>Interação social</b>               |                    | 0,581        |                         |                         |                     | 0,43             |                         |                         |                  | 0,832            |                         |                         |
| Muito                                 | 13,6 (12,2-15,2)   |              | 1                       | 1                       | 46,3 (43,0-49,7)    |                  | 1                       | 1                       | 33,4 (31,5-35,4) |                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 12,8 (10,7-15,5)   |              | 0,93 (0,74-1,17)        | 1,16 (0,81-1,65)        | 42,0 (37,5-46,7)    |                  | <b>0,83 (0,70-0,99)</b> | <b>1,12 (0,93-1,36)</b> | 33,0 (29,2-37,0) |                  | 0,98 (0,82-1,16)        | 1,20 (0,99-1,47)        |

Fonte: Autor (2022)

A tabela 3 mostra os agrupamentos entre as variáveis de sintomas depressivos e dificuldade em AVD. A ausência de sintomas depressivos e de dificuldades em AVD foi a categoria de referência. Na análise bivariada bruta, apenas ter depressão foi associado ao tipo de religião, fé e força espiritual, práticas religiosas e devoção ou orientação religiosa. Ser evangélico apresentou 40% (OR: 1,40; IC95%: 1,20-1,63) maiores chances de depressão quando comparados aos católicos e ter pouco ou nenhuma prática religiosa apresentou 23% (OR: 0,77; IC95%: 0,60-0,99) menores chances de depressão quando comparados aos que praticam a religiosidade. Na análise ajustada, os evangélicos apresentaram 24% (OR:1,24; IC95%: 1,05-1,47) maiores chances de depressão quando comparados aos católicos; 52% (OR:1,52; IC95%: 1,17-1,99) dos indivíduos com pouco ou nenhuma fé espiritual e 27% (OR:1,27; IC95%: 1,14-1,42) dos indivíduos com pouco ou nenhuma devoção religiosa, apresentaram maiores chances de depressão quando comparados aos que tem muita fé ou devoção religiosa.

Naqueles que apresentaram apenas dificuldade em AVD foram associadas os hábitos religiosos/frequência e devoção religiosa ou orientação religiosa. Ter o hábito de frequentar duas a três vezes por mês reduziu em 36% (OR:0,64; IC95%: 0,42-0,99) a chance de dificuldade em AVD quando comparados aos que frequentam mais que uma vez por semana, apresentar pouca ou nenhuma devoção ou orientação religiosa apresenta 25% (OR:0,75; IC95%: 0,57-0,99) menor chance de dificuldade em AVD quando comparados ao muito devotos. Na análise ajustada, a variável tipo de religião, os budistas apresentaram 40% (OR:1,40; IC95%: 5,33-3,66) maiores chances de dificuldade em AVD quando comparados aos católicos. Nos que apresentaram depressão e dificuldade em AVD simultaneamente, o tipo de religião e hábitos religiosos/frequência foram associados na análise bivariada bruta. Ser evangélico ou pertencer a outras religiões, apresentou maiores chances de depressão e dificuldade em AVD quando comparados aos católicos. Ser espírita reduziu em 52% (OR:0,48; IC95%: 0,25-0,94) a chance de depressão e dificuldade quando comparados aos católicos. Ter hábitos religiosos de frequentar mais que uma vez por semana apresentou 38% (OR:0,62; IC95%: 0,49-0,78) menor chance de depressão e dificuldade em AVD quando comparado aos que frequentam mais que uma vez por semana. Na análise ajustada, a variável tipo de religião, pertencer a outras religiões apresentou 62% (OR:2,62; IC95%: 1,51-4,56) vezes mais chance de depressão e

dificuldade em AVD quando comparados aos católicos e na variável hábitos religiosos, frequentar mais que uma vez por semana, 27% (OR:0,73; IC95%: 0,58-0,93) foi associado a menores chances da combinação de depressão e dificuldade em AVD quando comparado aos que frequentam mais que uma vez por semana (Tabela 3).

**Tabela 3** Análise ajustada entre a combinação de depressão, dificuldade em AVD e religiosidade/espiritualidade, ELSI-Brasil, 2015-16

| Variáveis                             | Depressão        |                         |                         | Dificuldade em AVD |                         |                         | Depressão e dificuldade em AVD |                         |                         |
|---------------------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                       | % (IC95%)        | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     | % (IC95%)          | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     | % (IC95%)                      | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     |
| <b>Tipos de religião</b>              |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Católico                              | 23,8 (21,9-25,8) | 1                       | 1                       | 5,8 (4,8-7,0)      | 1                       | 1                       | 7,4 (6,5-8,4)                  | 1                       | 1                       |
| Protestante                           | 18,4 (9,4-32,8)  | 0,70 (0,33-1,47)        | 0,82 (0,39-1,70)        | 10,3 (3,4-26,9)    | 1,61 (0,54-4,80)        | 1,94 (0,69-6,27)        | 2,4 (0,5-10,3)                 | 0,29 (0,06-1,39)        | 0,43 (0,09-2,02)        |
| Evangélico                            | 29,6 (26,7-32,6) | <b>1,40 (1,20-1,63)</b> | <b>1,24 (1,05-1,47)</b> | 5,0 (3,9-6,4)      | 0,97 (0,71-1,32)        | 0,84 (0,62-1,14)        | 9,8 (7,9-12,1)                 | <b>1,49 (1,14-1,95)</b> | 1,26 (0,97-1,64)        |
| Espírita                              | 25,0 (20,6-32,1) | 1,03 (0,76-1,40)        | 1,27 (0,89-1,81)        | 3,8 (1,9-7,3)      | 0,61 (0,31-1,19)        | 0,72 (0,38-1,38)        | 3,8 (2,0-6,9)                  | <b>0,48 (0,25-0,94)</b> | 0,82 (0,44-1,54)        |
| Budista                               | 26,6 (5,1-70,9)  | 1,00 (0,14-7,03)        | 1,09 (0,19-6,03)        | 0,0 (0,0-0,0)      | 9,2 (0,10-1,87)         | <b>1,40 (5,33-3,66)</b> | 3,4 (0,5-21,3)                 | 0,41 (0,04-3,54)        | 0,56 (0,05-5,28)        |
| Africana                              | 32,5 (18,6-50,3) | 1,43 (0,65-3,16)        | 0,99 (0,42-2,32)        | 5,1 (0,6-31,1)     | 0,92 (0,10-8,18)        | 1,04 (0,10-10,38)       | 2,7 (0,3-18,7)                 | 0,38 (0,04-3,33)        | 0,42 (0,05-3,22)        |
| Outras                                | 25,4 (23,7-27,1) | 1,17 (0,71-1,91)        | 1,22 (0,73-2,04)        | 5,5 (4,6-6,5)      | 0,45 (0,10-1,87)        | 0,47 (0,11-1,96)        | 8,0 (7,2-8,8)                  | <b>2,36 (1,35-4,14)</b> | <b>2,62 (1,51-4,56)</b> |
| <b>Hábitos religiosos/ frequência</b> |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Mais que uma vez por semana           | 26,3 (23,9-28,8) | 1                       | 1                       | 5,9 (4,9-7,3)      | 1                       | 1                       | 9,1 (7,9-10,5)                 | 1                       | 1                       |
| Uma vez por semana                    | 25,1 (22,3-28,0) | 0,88 (0,74-1,04)        | 0,99 (0,82-1,20)        | 5,4 (4,0-7,3)      | 0,85 (0,62-1,15)        | 0,91 (0,67-1,22)        | 6,1 (5,0-7,5)                  | <b>0,62 (0,49-0,78)</b> | <b>0,73 (0,58-0,93)</b> |
| Duas a três vezes por mês             | 25,7 (21,6-30,2) | 0,91 (0,68-1,23)        | 1,07 (0,77-1,48)        | 4,0 (2,7-5,9)      | <b>0,64 (0,42-0,99)</b> | 0,71 (0,46-1,09)        | 7,8 (5,8-10,5)                 | 0,80 (0,54-1,18)        | 1,02 (0,68-1,54)        |
| Algumas vezes por ano                 | 25,2 (20,9-30,1) | 0,91 (0,69-1,20)        | 1,12 (0,84-1,50)        | 4,2 (2,7-6,6)      | 0,68 (0,41-1,15)        | 0,72 (0,42-1,22)        | 8,8 (6,3-12,3)                 | 0,92 (0,59-1,42)        | 1,11 (0,73-1,68)        |
| Nunca                                 | 20,5 (16,2-25,6) | 0,73 (0,53-1,02)        | 0,95 (0,68-1,32)        | 7,9 (5,3-11,7)     | 1,27 (0,76-2,11)        | 1,36 (0,77-2,39)        | 9,1 (6,1-13,6)                 | 0,94 (0,55-1,60)        | 1,29 (0,76-2,19)        |
| <b>Fé e força espiritual</b>          |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Muito                                 | 25,1 (23,4-26,9) | 1                       | 1                       | 5,5 (4,7-6,6)      | 1                       | 1                       | 7,9 (7,0-8,9)                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 28,3 (24,3-32,6) | 1,18 (0,94-1,46)        | <b>1,52 (1,17-1,99)</b> | 4,8 (2,6-8,5)      | 0,89 (0,48-1,66)        | 0,90 (0,51-1,61)        | 8,3 (6,0-11,3)                 | 1,09 (0,74-1,61)        | 1,30 (0,86-1,96)        |
| <b>Práticas religiosas</b>            |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Muito                                 | 25,8 (24,0-27,6) | 1                       | 1                       | 5,5 (4,7-6,5)      | 1                       | 1                       | 7,8 (7,0-8,7)                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 21,0 (17,2-25,2) | <b>0,77 (0,60-0,99)</b> | 0,95 (0,73-1,25)        | 5,2 (3,2-8,4)      | 0,90 (0,56-1,43)        | 0,92 (0,57-1,48)        | 9,7 (6,5-14,2)                 | 1,18 (0,74-1,88)        | 1,36 (0,85-2,18)        |
| <b>Devoção/orientação religiosa</b>   |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Muito                                 | 24,5 (22,8-26,3) | 1                       | 1                       | 6,0 (5,0-7,3)      | 1                       | 1                       | 8,5 (7,5-9,5)                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 26,7 (24,4-29,1) | 1,08 (0,96-1,20)        | <b>1,27 (1,14-1,42)</b> | 4,6 (3,6-5,8)      | <b>0,75 (0,57-0,99)</b> | 0,82 (0,61-1,12)        | 7,2 (6,1-8,5)                  | 0,84 (0,68-1,02)        | 1,08 (0,87-1,34)        |
| <b>Coping religioso</b>               |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Muito                                 | 25,7 (24,1-27,5) | 1                       | 1                       | 5,6 (4,7-6,6)      | 1                       | 1                       | 7,8 (7,0-8,7)                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 23,0 (19,7-26,6) | 0,86 (0,71-1,04)        | 0,98 (0,78-1,22)        | 4,8 (3,3-7,1)      | 0,83 (0,54-1,28)        | 0,82 (0,53-1,26)        | 9,2 (7,2-11,8)                 | 1,14 (0,86-1,53)        | 1,23 (0,91-1,66)        |
| <b>Ética e religião</b>               |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Muito                                 | 25,3 (23,6-27,1) | 1                       | 1                       | 5,6 (4,7-6,6)      | 1                       | 1                       | 7,9 (7,0-8,9)                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 26,4 (21,7-31,6) | 1,06 (0,81-1,37)        | 1,18 (0,88-1,58)        | 4,6 (3,1-6,8)      | 0,83 (0,56-1,23)        | 0,87 (0,59-1,28)        | 8,8 (6,3-12,2)                 | 1,14 (0,75-1,72)        | 1,16 (0,74-1,82)        |
| <b>Interação social</b>               |                  |                         |                         |                    |                         |                         |                                |                         |                         |
| Muito                                 | 25,3 (23,7-26,9) | 1                       | 1                       | 5,4 (4,6-6,4)      | 1                       | 1                       | 8,2 (7,3-9,2)                  | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 25,8 (22,3-29,6) | 1,01 (0,84-1,22)        | <b>1,20 (0,99-1,47)</b> | 5,6 (4,0-7,8)      | 1,03 (0,73-1,44)        | 1,16 (0,81-1,65)        | 7,2 (5,6-9,2)                  | 0,88 (0,65-1,19)        | 1,13(0,82-1,56)         |

Fonte: Autor (2022).

Ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda por tercil, tabagismo, consumo de álcool, consumo de frutas, verduras e legumes, Ipaq, orientação temporal, score de memória, score de fluência verbal por tercil.

A Tabela 4 apresenta a análise em relação a combinação de depressão e dificuldades em AIVD. A categoria sem depressão e sem dificuldade foi utilizada como referência. Em relação aos que apresentavam maiores chances de depressão, foram associadas, na análise bivariada bruta, o tipo de religião, fé e força espiritual, devoção religiosa ou orientação religiosa. Ser evangélico apresentou 26% (OR:1,26; IC95%: 1,00-1,59) maiores chances de depressão quando comparados aos católicos, ter pouca ou nenhuma fé apresentou 36% (OR:1,36; IC95%: 1,02-1,81) maiores chances de depressão quando comparado aos indivíduos que tem muita fé e ter pouco ou nada de devoção religiosa ou orientação religiosa tem maiores chances 23% (OR:1,23; IC95%: 1,00-1,51) de depressão quando comparado ao que tem muita devoção ou orientação religiosa. Na análise ajustada ter pouco ou nada de fé ou força espiritual representou 74% (OR:1,74; IC95%: 1,26-2,40) maiores chances de depressão quando comparado aos que tem muita fé e força espiritual e ter pouco ou nada devoção religiosa ou orientação religiosa foi associado a maiores chances de depressão quando comparados aos muito devotos, 37% (OR:1,37; IC95%: 1,13-1,66).

Naqueles com apenas dificuldade em AIVD, foram associadas, na análise bivariada bruta, os hábitos religiosos/frequência e devoção religiosa ou orientação religiosa. Frequentar mais que uma vez por semana, uma vez por semana ou duas a três vezes por mês, a prevalência foi associada a menores chances de dificuldade em AIVD quando comparado aos indivíduos que frequentam mais que uma vez por semana. Ser pouco ou nada devoto religioso, apresenta menor chance de dificuldade em AIVD quando comparado aos muito devotos. Na análise ajustada, frequentar duas a três vezes por mês reduziu em 30% (OR:0,70; IC95%: 0,53-0,91) a chance de dificuldade em AIVD quando comparado aos que frequentam mais de uma vez por semana.

Quanto aqueles que tem depressão e dificuldade em AIVD, foram associadas, na análise bivariada bruta, o tipo de religião e hábitos religiosos/frequência. Ser evangélico ou pertencer a outras religiões apresentou maiores chances de sintomas depressivos e dificuldade em AIVD quando comparados aos católicos, e ter o hábito religioso de frequentar mais que uma vez por semana, uma vez por semana, duas a três vezes por mês, algumas vezes por ano ou nunca, apresenta menores chances de depressão e dificuldade em AIVD quando comparados aos que frequentam mais que uma vez por semana. Na análise ajustada, 32% (OR:1,32; IC95%:1,10-1,59) dos indivíduos evangélicos e 99% (OR:1,99; IC95%: 1,09-3,62) dos indivíduos

pertencentes a outras religiões apresentam maiores chances de sintomas depressivos e dificuldade em AIVD quando comparados aos católicos. Já ter pouca ou nenhuma fé e força espiritual aumentou em 45% (OR:1,45; IC95%: 1,01-2,08) a chance do desfecho quando comparados àqueles com muita fé e força espiritual (Tabela 4).

**Tabela 4** Análise ajustada entre a combinação de depressão dificuldade em AIVD e religiosidade/espiritualidade, ELSI-Brasil, 2015-16

| Variáveis                             | Depressão        |                         |                         | Dificuldade em AIVD |                         |                         | Depressão e dificuldade em AIVD |                         |                         |
|---------------------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                       | % (IC95%)        | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     | % (IC95%)           | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     | % (IC95%)                       | OR bruto (IC95%)        | OR ajustado (IC95%)     |
| <b>Tipos de religião</b>              |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Católico                              | 11,9 (10,3-13,8) | 1                       | 1                       | 24,9 (22,6-27,4)    | 1                       | 1                       | 19,3 (17,2-21,6)                | 1                       | 1                       |
| Protestante                           | 6,6 (2,8-15,0)   | 0,42 (0,15-1,20)        | 0,51 (0,18-1,42)        | 22,1 (12,6-35,9)    | 0,68 (0,30-1,50)        | 0,80 (0,38-1,65)        | 14,2 (6,6-28,0)                 | 0,56 (0,22-1,44)        | 0,74 (0,30-1,81)        |
| Evangélico                            | 12,8 (10,9-15,0) | <b>1,26 (1,00-1,59)</b> | 1,13 (0,86-1,49)        | 23,2 (20,9-25,7)    | 1,09 (0,92-1,29)        | 0,97 (0,83-1,13)        | 26,5 (23,8-29,4)                | <b>1,60 (1,33-1,94)</b> | <b>1,32 (1,10-1,59)</b> |
| Espírita                              | 15,5 (11,0-21,4) | 1,21 (0,80-1,84)        | 1,39 (0,88-2,20)        | 23,4 (17,6-30,4)    | 0,87 (0,59-1,28)        | 1,21 (0,81-1,82)        | 14,3 (9,8-20,3)                 | 0,69 (0,45-1,04)        | 1,21 (0,76-1,92)        |
| Budista                               | 4,1 (0,5-25,1)   | 0,35 (0,03-3,63)        | 0,47 (0,04-5,42)        | 27,0 (7,9-61,6)     | 1,10 (0,20-5,81)        | 2,17 (0,39-12,06)       | 25,9 (4,8-70,7)                 | 1,36 (0,15-12,04)       | 2,21 (0,32-15,07)       |
| Africana                              | 21,5 (10,7-38,4) | 1,66 (0,69-3,99)        | 0,97 (0,35-2,70)        | 17,3 (6,1-40,2)     | 0,64 (0,15-2,64)        | 0,83 (0,16-4,08)        | 13,7 (3,3-42,3)                 | 0,65 (0,11-3,81)        | 0,66 (0,12-3,58)        |
| Outras                                | 9,9 (5,0-18,7)   | 0,85 (0,39-1,88)        | 0,85 (0,38-1,89)        | 16,7 (11,1-24,3)    | 0,69 (0,38-1,25)        | 0,80 (0,47-1,36)        | 31,0 (22,1-41,6)                | 1,66 (1,01-2,72)        | <b>1,99 (1,09-3,62)</b> |
| <b>Hábitos religiosos/ frequência</b> |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Mais que uma vez por semana           | 11,5 (9,8-13,5)  | 1                       | 1                       | 26,1 (23,4-28,9)    | 1                       | 1                       | 23,8 (21,5-26,3)                | 1                       | 1                       |
| Uma vez por semana                    | 12,0 (10,0-14,3) | 0,90 (0,71-1,14)        | 0,98 (0,76-1,27)        | 24,3 (22,0-26,8)    | <b>0,80 (0,68-0,95)</b> | 0,95 (0,81-1,11)        | 19,2 (17,1-21,4)                | <b>0,69 (0,59-0,81)</b> | 0,88 (0,73-1,07)        |
| Duas a três vezes por mês             | 13,9 (10,9-17,5) | 0,96 (0,66-1,38)        | 1,07 (0,71-1,59)        | 18,3 (14,4-22,9)    | <b>0,55 (0,41-0,74)</b> | <b>0,70 (0,53-0,91)</b> | 19,6 (15,8-24,1)                | <b>0,65 (0,48-0,88)</b> | 0,89 (0,64-1,22)        |
| Algumas vezes por ano                 | 15,3 (11,3-20,5) | 1,16 (0,80-1,68)        | 1,34 (0,89-2,03)        | 21,9 (18,0-26,4)    | <b>0,73 (0,56-0,95)</b> | 0,94 (0,72-1,22)        | 18,7 (14,9-23,3)                | <b>0,68 (0,51-0,91)</b> | 0,99 (0,73-1,32)        |
| Nunca                                 | 11,4 (7,8-16,2)  | 0,84 (0,56-1,25)        | 0,99 (0,66-1,48)        | 25,1 (20,3-30,6)    | 0,82 (0,60-1,11)        | 1,14 (0,85-1,54)        | 18,3 (13,5-24,3)                | <b>0,65 (0,45-0,93)</b> | 1,10 (0,77-1,58)        |
| <b>Fé e força espiritual</b>          |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Muito                                 | 12,0 (10,7-13,3) | 1                       | 1                       | 24,4 (22,4-26,4)    | 1                       | 1                       | 21,1 (19,2-23,1)                | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 15,5 (11,3-20,8) | <b>1,36 (1,02-1,81)</b> | <b>1,74 (1,26-2,40)</b> | 22,9 (18,6-27,9)    | 0,98 (0,76-1,27)        | 1,16 (0,89-1,52)        | 21,1 (16,7-26,4)                | 1,05 (0,77-1,44)        | <b>1,45 (1,01-2,08)</b> |
| <b>Práticas religiosas</b>            |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Muito                                 | 12,4 (11,0-13,9) | 1                       | 1                       | 24,3 (22,4-26,4)    | 1                       | 1                       | 21,2 (19,3-23,2)                | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 10,5 (7,9-13,7)  | 0,77 (0,58-1,01)        | 0,93 (0,68-1,26)        | 23,3 (18,8-28,5)    | 0,87 (0,66-1,15)        | 0,98 (0,76-1,27)        | 20,2 (15,3-26,1)                | 0,87 (0,61-1,24)        | 1,13 (0,79-1,60)        |
| <b>Devoção/orientação religiosa</b>   |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Muito                                 | 10,7 (9,6-11,9)  | 1                       | 1                       | 26,3 (24,2-28,6)    | 1                       | 1                       | 22,3 (20,4-24,3)                | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 14,6 (12,2-17,4) | <b>1,23 (1,00-1,51)</b> | <b>1,37 (1,13-1,66)</b> | 21,1 (18,8-23,6)    | <b>0,72 (0,62-0,83)</b> | 0,94 (0,81-1,10)        | 19,3 (16,7-22,1)                | 0,78 (0,66-0,91)        | 1,13 (0,95-1,34)        |
| <b>Coping religioso</b>               |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Muito                                 | 12,0 (10,8-13,3) | 1                       | 1                       | 24,2 (22,2-26,3)    | 1                       | 1                       | 21,5 (19,7-23,4)                | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 13,8 (10,2-18,3) | 1,12 (0,84-1,49)        | 1,26 (0,91-1,76)        | 24,7 (20,7-29,1)    | 1,00 (0,80-1,24)        | 1,12 (0,88-1,42)        | 18,4 (15,0-22,5)                | 0,84 (0,66-1,05)        | 0,99 (0,76-1,29)        |
| <b>Ética e religião</b>               |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Muito                                 | 12,0 (10,8-13,3) | 1                       | 1                       | 24,3 (22,3-26,3)    | 1                       | 1                       | 21,1 (19,2-23,3)                | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 14,4 (10,2-20,0) | 1,24 (0,89-1,72)        | 1,41 (0,99-1,99)        | 24,0 (19,0-29,8)    | 1,02 (0,77-1,36)        | 1,13 (0,87-1,47)        | 20,8 (16,6-25,7)                | 1,02 (0,75-1,38)        | 1,15 (0,81-1,63)        |
| <b>Interação social</b>               |                  |                         |                         |                     |                         |                         |                                 |                         |                         |
| Muito                                 | 11,7 (10,7-12,8) | 1                       | 1                       | 24,6 (22,6-26,7)    | 1                       | 1                       | 21,7 (19,7-23,9)                | 1                       | 1                       |
| Pouco ou nada                         | 14,1 (10,7-18,3) | 1,14 (0,84-1,54)        | 1,30 (0,93-1,82)        | 23 (19,8-26,6)      | 0,89 (0,73-1,08)        | 1,12 (0,93-1,36)        | 19 (16,4-21,8)                  | 0,83 (0,67-1,02)        | 1,18 (0,96-1,45)        |

Ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda por tercil, tabagismo, consumo de álcool, consumo de frutas, verduras e legumes, Ipaq, orientação temporal, score de memória, score de fluência verbal por tercil.

Fonte: Autor (2022)

## 5. DISCUSSÃO

Resultados indicam que as dimensões tipos de religião, hábitos religiosos (frequência), fé e força espiritual, devoção/orientação e práticas religiosas da Religiosidade/Espiritualidade foram associadas a maiores e menores chances dos desfechos e serão abordadas na sequência da discussão. Quando abordamos a respeito das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade estamos ampliando o campo de visão que temos no senso comum a respeito de todo conhecimento e possibilidades que a Religiosidade/Espiritualidade oferecem ao indivíduo. Contudo, segundo Daaleman (2004), fomos instruídos a negar qualquer possibilidade de inclusão da R/E no meio acadêmico e na práxis do trabalho em saúde mental (DAALEMAN; PERERA; STUDENSKI, 2004).

eticamente não podemos interferir nas crenças do outro, mas a compreensão diante de suas necessidades espirituais, bem como a crença construída nas organizações religiosas é de suma importância e qualifica o atendimento prestado ao indivíduo diante do iminente declínio funcional, acometimento de doenças crônicas ou mesmo quadros depressivos (FOONG et al., 2018).

Religiosidade/Espiritualidade são importantes ferramentas de suporte emocional, que refletem de forma significativa na saúde física e mental de indivíduos de forma geral, principalmente em populações idosas. São consideradas como dimensão sociocultural que faz parte do conjunto de significados construídos pelo homem para dar sentido a existência, vida e morte (ARAÚJO DOS REIS; DE OLIVA MENEZES, 2017).

Estudos como de Cummings e colaboradores (2015) abordaram as dimensões da Religiosidade/Espiritualidade e como se relacionam com desfechos de saúde em populações de adultos mais velhos. Para isso analisaram psicometricamente o questionário de Força e fé espiritual de Santa Clara e constataram que múltiplas dimensões de Religiosidade/Espiritualidade estão positivamente relacionadas ao bem-estar psicológico de adultos mais velhos bem como ter altos níveis de religiosidade intrínseca estão associadas a redução dos sintomas depressivos (CUMMINGS, 2015). Isso corrobora com nossos achados que mostraram que ter pouco ou nada de fé tem maior chance de ter sintomas depressivos de forma independente, assim como as incapacidades em AIVD.



Dentre os achados desta pesquisa, a prevalência dos desfechos, cuja dimensão tipo de religião foi associada a menores chances de dificuldade nas AVD e AIVD de forma independente. Esta questão pode estar associada a comportamentos preventivos de saúde que geralmente indivíduos religiosos apresentam, principalmente quando educados na religião (OFSTEDAL et al., 2019). É menor a incidência de uso e abuso de drogas, maiores são os cuidados preventivos em saúde com adoção de comportamentos salutareos, uma vez que são várias as doenças incapacitantes que se relacionam a comportamentos de saúde como um todo (CORRÊA et al., 2011; REYES-ORTIZ et al., 2019). Uma pesquisa qualitativa realizada com 14 idosos com idades de 80 anos ou mais, em uma Unidade de Saúde da Família no município de Jequiré (BA), encontrou que “Deus ocupa destaque na vida” e as práticas religiosas como leitura da bíblia, reza do terço e oração são estratégias de enfrentamento utilizadas para situações desfavoráveis, recuperação e manutenção da saúde, proteção pessoal e familiar, bem como vivencia desta etapa de forma satisfatória. Além disso, alguns comportamentos e crenças religiosas e espirituais estão diretamente relacionadas com a felicidade e saúde física, uma vez que desestimulam o engajamento em comportamentos nocivos à saúde (ARAÚJO DOS REIS; DE OLIVA MENEZES, 2017).

Um outro achado da presente pesquisa foi a associação com o tipo de religião e maiores chances de depressão de forma independente e combinada com dificuldade em AVD entre os evangélicos. Este achado, corrobora com pesquisas como a de Foong e seus colaboradores (2018), que através de um estudo transversal com 2.322 adultos mais velhos em uma comunidade da Malaysia, examinou a função da religiosidade intrínseca e relação com depressão e função cognitiva. Identificaram, através deste estudo, que a religiosidade intrínseca pode reduzir as chances de depressão e diminuição da capacidade cognitiva. A forma como um indivíduo se orienta na religião é de suma importância em desfechos de saúde como um todo, pois é reconhecido que a adoção dos comportamentos protetores que a Religiosidade/Espiritualidade fornecem atuam sistematicamente na qualidade de vida posteriori (FOONG et al., 2018). Também receber educação religiosa se torna um preditor de saúde em função da adoção de comportamentos de saúde (prevenção) (REINDL BENJAMINS; BROWN, 2004).

Desta forma, o tipo de religião e orientação religiosa estão ligados no sentido de como vivencia e se relaciona com a religião. Foong (2018) cita duas formas de

orientação religiosa: intrínseca e extrínseca. Na orientação intrínseca o indivíduo vive sua crença, sua fé de forma construtiva. Geralmente são indivíduos que praticam atos/rituais de oração, participam de organizações religiosas, bem como apresentam educação religiosa ao longo da vida. Este tipo de orientação está relacionado com saúde física e mental (FOONG et al., 2018).

A orientação extrínseca ou de “crise”, por sua vez, é a religiosidade estimulada ou intensificada por doenças ou crises, no qual o indivíduo está disposto a utilizar a religião para seus próprios fins, por ser útil, para fornecer consolo e segurança, sociabilidade, distração e status. Está associada ao dogmatismo, preconceito, medo da morte e ansiedade e por este motivo há o aumento da depressão (LERMAN et al., 2018).

Desta forma, os achados desta pesquisa apontam que indivíduos que adotam religiões em função da orientação extrínseca apresentam piores resultados de saúde como um todo, estando associadas ao aumento da incapacidade e depressão.

Por sua vez, Religiosidade intrínseca possibilita melhorias de sintomas depressivos e também está relacionada a variáveis psicossociais desejáveis, por exemplo, relacionamentos positivos, crescimento pessoal, longevidade e melhor funcionamento nas AVD e AIVD. Em função da grande importância da Religiosidade/Espiritualidade para adultos mais velhos no fim da vida, o envelhecimento bem-sucedido e intervenções relacionadas para adultos mais velhos devem levar em consideração as dimensões das Religiosidade/Espiritualidade.

Com relação ao domínio de Religiosidade/Espiritualidade hábitos religiosos que consiste na frequência que um indivíduo se faz presente nas organizações religiosas públicas, os achados desta pesquisa apontaram que manter rotina ou assiduidade, está associado a menores chances de dificuldade nas AVD e AIVD o que corrobora com a pesquisa de Hybels e colaboradores (2012) que buscaram compreender a associação entre atividades religiosas e limitações funcionais em adultos mais velhos e identificaram que a frequência religiosa reduz o declínio funcional em função do suporte social, afetivo e coletivo, como também é preditor de mudança funcional em adultos mais velhos. Uma vez que é possível a condição de adoecimento ou mesmo declínio funcional inerente ao envelhecimento, o adulto mais velho pode ter que adaptar novas rotinas a nível domiciliar e reduzir frequências em organizações religiosas (HYBELS et al., 2012).

O efeito protetor da frequência religiosa foi associado a melhores práticas de

saúde, maiores contatos sociais, casamentos mais estáveis e funcionamento físico (HYBELS et al., 2012). A redução da incapacidade é um fato, mas muitos indivíduos, diante do prejuízo funcional se adaptam, buscando novas maneiras de se relacionar com a religiosidade ou espiritualidade. Muitos continuam a frequentar religiões públicas mesmo com dificuldade necessitando de auxílio de terceiros ou se adaptam a religiões privadas como mídias ou programas de televisão para maior conforto (THIENGO et al., 2019a).

Como a análise apontou os hábitos religiosos, orientação intrínseca e devoção estão inversamente associadas a sintomas depressivos, bem como reduziu as chances de incapacidade nas ABVD e AIVD. Essas associações positivas podem ser justificadas principalmente pelo apoio social, redução do tabagismo, incentivo ao estilo de vida saudável, regulação emocional e otimismo. Mas considera-se de suma importância para entendimento da relação entre Religiosidade/Espiritualidade e remissão de quadros depressivos com maior eficiência, bem como redução da incapacidade de forma geral, a maneira como o indivíduo se orienta na religião. A religiosidade intrínseca pode minimizar o efeito da depressão justamente por meio do propósito na vida. A educação religiosa é preditor de qualidade de vida, enquanto religiosidade de crise sem estar vinculada a hábitos e práticas religiosas pouco explicam os desfechos de saúde positiva (FOONG et al., 2018).

A dimensão fé e força espiritual foi associada a menores chances de depressão nesta pesquisa. A crença em algo superior auxilia o indivíduo na adoção de cognições e comportamentos resilientes diante de eventos estressores, promovendo segurança e sentido para a existência, principalmente quanto a fé está relacionada com a orientação intrínseca (MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER; NETO, FRANCISCO L.; KOENIG, 2006; THIENGO et al., 2019a).

Uma outra dimensão com associação positiva nesta pesquisa é a devoção ou orientação religiosa. Esta foi associada a menores chances de depressão e maiores chances de dificuldade em AVD e AIVD de forma independente. Esses dados corroboram com um estudo prospectivo que investigou o impacto da religiosidade no curso do transtorno depressivo. Entre oitenta e sete adultos mais velhos deprimidos hospitalizados, a motivação religiosa intrínseca foi associada a depressão e remissão dos sintomas após controle estado funcional, suporte social e histórico psiquiátrico familiar (STEARNS et al., 2018). Uma pesquisa realizada por Ahrenfeldt e colaboradores (2017) a respeito de religiosidade e saúde na Europa, com indivíduos

com idade de 50 anos ou mais, mostraram associações positivas, no entanto dependia do tipo de orientação religiosa\_vivenciada pelo indivíduo. Entre os achados, verificou-se que indivíduos que eram orientados pela religião intrínseca, rezando, participando de organizações religiosas e educação religiosa foi associado com boa saúde e aquela religiosidade extrínseca, de crise foi associado com menores resultados de saúde, porque a crise da doença pode ter conduzido o comportamento de orar. Outra descoberta importante nesta pesquisa foi que pessoas mais religiosas tinham menores chances de resultados de saúde ruins (AHRENFELDT et al., 2017).

A atitude ou prática religiosa é medida pelo envolvimento religioso e este pode desempenhar papel de prevenção e proteção da saúde, auxiliando na recuperação ou adaptação aos problemas de saúde, no enfrentamento das condições de doenças crônicas e da incapacidade que elas causam. Esta também pode desempenhar um papel mais consolador e de resiliência diante de doenças ou estresse (LUCCHETTI et al., 2011).

Nesta pesquisa ter pouco ou nenhuma prática religiosa foi associada a menores chances de depressão. O envolvimento religioso pode estar associado ao tipo de orientação que o indivíduo tem, sendo ela intrínseca ou extrínseca. Se extrínseca o indivíduo buscaria a Religiosidade/Espiritualidade somente em momentos de crise ou adoecimento. Quando intrínseca, o indivíduo vivencia sua fé. Desta forma, a relação existente entre depressão e envolvimento religioso consiste no papel de prevenção e proteção que somente a orientação intrínseca fornece (STEARNS et al., 2018). Quanto a AVD e AIVD não houve associação com redução ou aumento da incapacidade, embora estudo como de Eliassem e colaboradores (2014) identificaram que o envolvimento religioso pode contribuir no processo de resiliência, contornando percepções da deficiência por meio de recursos cognitivos que reduzem o sentimento de desamparo, aumentando o otimismo e ressignificando limitações funcionais (ELIASSEN, 2014).

*Esta* pesquisa não está isenta de limitações. Por se tratar de um estudo transversal de base populacional, como ELSI-Brasil, o tamanho da amostra foi de grande representatividade mesmo com a perda de três mil participantes. Por se tratar de um estudo transversal, que apresenta limitações quanto causa e efeito, seria de grande significância a realização de pesquisas longitudinais nestas áreas. A Religiosidade/Espiritualidade desempenham tarefa significativa em desfechos de saúde física e mental em adultos mais velhos uma vez que estes indivíduos

apresentam níveis mais altos de Religiosidade/Espiritualidade (STEARNS et al., 2018). Nesta pesquisa, múltiplas dimensões de Religiosidade/Espiritualidade foram relacionadas ao bem-estar psicológico, incluindo depressão e processo de resiliência diante de possíveis e/ou iminentes dificuldades funcionais em adultos mais velhos e idosos, mesmo considerando variáveis sociodemográficas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar sobre como as dimensões da R/E atuam em desfechos de saúde física e mental em adultos mais velhos é um desafio. Embora R/E sejam consideradas dimensão sociocultural e façam parte da integralidade do cuidado, pouco se utiliza desta informação para prevenção e promoção de saúde como um todo. São principalmente os adultos mais velhos que buscam na R/E ferramentas de suporte emocional que refletem significativamente na saúde física e mental.

Com o envelhecimento da sociedade, um fenômeno social mundial, visto o aumento da expectativa da vida, envelhecer se tornou uma conquista, mas também um desafio para humanidade e serviços de saúde. Identificar precocemente os geradores de incapacidade e depressão, bem como quais mecanismos podem auxiliar na prevenção e promoção de saúde é de suma importância.

Se a maioria dos indivíduos mais velhos se consideram religiosos e/ou espiritualizados, por que não identificar quais dimensões auxiliam no cuidado integral? Os planos terapêuticos de prevenção e promoção de saúde, deveriam considerar justamente a singularidade do cuidado e por este motivo atender a real necessidade, levando em consideração as crenças pessoais bem como sua história com organizações religiosas para poder auxiliar no processo de reabilitação.

Também foi reconhecido nesta pesquisa, bem como em pesquisas anteriores que algumas dimensões da Religiosidade/Espiritualidade podem ser fatores de proteção para depressão e incapacidade, principalmente quanto o tipo de orientação adotada pelo indivíduo seja intrínseco.

Partindo destes pressupostos, esta pesquisa tinha por hipótese que Religiosidade/Espiritualidade estava associados a redução da incapacidade e depressão de adultos mais velhos brasileiros.

Houveram associações de sintomas depressivos, dificuldades em AVD e AIVD combinadas ou não. Nesta pesquisa foi identificado que ter uma religião, frequentar, ter fé e orientação pode ser fator de proteção para dificuldade nas AVD e AIVD de forma independente, corroborando com a literatura dos últimos 20 anos. A Religiosidade/Espiritualidade influenciam comportamentos saudáveis e estilo de vida. Muitas doenças incapacitantes são precipitadas pela dinâmica vivencial do indivíduo. O que ele se alimenta, a maneira como dirige, adoção de atividade física e como se

relaciona. Um outro achado foi que ser evangélico aumentou as chances de depressão, bem como dificuldade em AVD de forma independente e combinada. Esta situação pode estar relacionada ao tipo de orientação religiosa, sendo ela intrínseca ou extrínseca. Na primeira, o indivíduo “vivencia a religião”. Na segunda, o indivíduo busca a religião somente em momentos de crise. Melhores desfechos em saúde como um todo se encontram em indivíduos orientados intrinsecamente pela religião.

A frequência religiosa, manter rotina ou assiduidade, auxiliou na melhora ou manutenção da funcionalidade nas AVD e AIVD. A frequência religiosa reduz o declínio funcional, como também é preditor de mudança funcional. O efeito protetor desta dimensão, foi associado a melhores práticas de saúde, maiores contatos sociais, casamentos mais estáveis e funcionamento físico. A redução da incapacidade é um fato, mas muitos indivíduos, diante do prejuízo funcional se adaptam, buscando novas maneiras de se relacionar com a religiosidade ou espiritualidade.

Fé e força espiritual foi associada somente a redução da depressão nesta pesquisa. A crença em algo superior auxilia o indivíduo na adoção de cognições e comportamentos resilientes, sentimento de esperança, coesão, empatia e pertencimento. Indivíduos Religiosidade/Espiritualidade apresentam remissão dos sintomas depressivos com maior facilidade quando comparados ao não religiosos.

Uma outra dimensão com associação positiva nesta pesquisa é a devoção ou orientação religiosa. Esta foi associada a redução da depressão e aumento da incapacidade em AVD e AIVD de forma independente. Nesta pesquisa ter pouco ou nenhuma prática religiosa foi associada a menores chances de depressão. O envolvimento religioso pode estar associado ao tipo de orientação que o indivíduo tem. Desta forma, a relação existente entre depressão e envolvimento religioso consiste no papel de prevenção e proteção que somente a orientação intrínseca fornece. Quanto a AVD e AIVD não houve associação com redução ou aumento da incapacidade, embora o envolvimento religioso pode contribuir no processo de resiliência, diante do iminente declínio funcional.

Uma preocupação diante do presente estudo, consistiu em como descrever os achados no qual apontava a maior prevalência de depressão entre os evangélicos. Como hipótese para estudos posteriores, investigar com maior sistematicidade, a maior prevalência de indivíduos no ocidente é católica, a migração para outra religião, poderia ocorrer em função da própria depressão e outras implicações situacionais que

configurem a descrença na própria religião de origem e a busca numa outra com fins na orientação extrínseca. Desta forma, o indivíduo já estaria com inúmeras dificuldades, estando nesta nova religião. Não há melhores ou piores religiões ou aquelas agregam mais saúde ou doença, mas o tipo de busca, intensidade e radicalismo é primordial quando se reflete a cerca de saúde mental e física.

Conquanto, embora seja reconhecido pela literatura que participar de atividades religiosas como atividade social é um dos mecanismos dependentes da condição de saúde, o presente estudo não verificou associação entre as variáveis. Considera-se bastante instigante esta situação, uma vez que coesão social, sentimento de pertencimento fazem parte dos mecanismos de saúde mental em todas as idades, principalmente entre os indivíduos mais velhos. O isolamento social é fator de risco para o adoecimento físico e mental. Seria de grande valia estudos longitudinais que pudessem identificar quais mecanismos que a dimensão da Religiosidade/Espiritualidade interação social causaria no processo de envelhecimento, considerando as variáveis sociodemográficas.

O atual estudo contribuiu para a reflexão e entendimento a respeito da importância da Religiosidade/Espiritualidade para depressão e incapacidade. É de suma importância levar em consideração quais as crenças do indivíduo e qual sua relação com a religiosidade, promovendo melhor qualidade de vida e bem-estar. São inúmeras as dimensões da Religiosidade/Espiritualidade e o cuidado integral do ser humano envolve compreender suas implicações.



### 6.1.1.1.1 REFERÊNCIAS

AHRENFELDT, Linda Juel; MOLLER, Soren; ANDERSEN-RANBERG, Karen; VITVED, Astrid Roll; LINDAHL-JACOBSEN, Rune; HVIDT, Niels Christian. Religiousness and health in Europe. **European Journal of Epidemiology**, [S. l.], v. 32, n. 10, p. 921–929, 2017. ISSN: 15737284. DOI: 10.1007/s10654-017-0296-1.

ALEXANDRE, Organizadores; ALCÂNTARA, Oliveira; AMÉLIA, Ana; KARLA, Camarano; GIACOMIN, Cristina. **Política Nacional do Idoso velhas e novas questões**. Rio de Janeiro. 593 p.

ALVES, José Eustáquio Diniz Alves. **O Índice de Envelhecimento no Brasil e no mundo | Portal do Envelhecimento**. 2019. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-indice-de-envelhecimento-no-brasil-e-no-mundo/>. Acesso em: 1 maio. 2020.

ANTUNEZ, S. F.; BIERHALS, I. O.; GOMES, A. P.; LIMA, N. P.; TOMASI, E.; VIEIRA, L. S. Disability related to basic and instrumental activities of daily living. **Epidemiol. Serv. Saude**, [S. l.], 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000200005.

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição**. 5. ed., Estados Unidos: Artes Médicas, 2014. 917 p. ISBN: 9788582710890.

ARAÚJO DOS REIS, Luana; DE OLIVA MENEZES, Tânia Maria. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 70, n. 4, p. 794–799, 2017. ISSN: 0034-7167. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000400761&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000400761&script=sci_arttext&lng=pt).

ARAÚJO, Lia; RIBEIRO, Oscar; PAÚL, Constança. The Role of Existential Beliefs Within the Relation of Centenarians' Health and Well-Being. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 56, n. 4, p. 1111–1122, 2017. ISSN: 00224197. DOI: 10.1007/s10943-016-0297-5.

ARIK, Gunes et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, [S. l.], v. 61, n. 3, p. 344–350, 2015. ISSN: 18726976. DOI: 10.1016/j.archger.2015.08.019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26328478/>. Acesso em: 3 out. 2020.

BAKHTIARI, Afsaneh; YADOLLAHPUR, Mohammadhadi; OMIDVAR, Shabnam; GHORBANNEJAD, Saber; BAKOUEI, Fatemeh. Does Religion Predict Health-Promoting Behaviors in Community-Dwelling Elderly People? **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 58, n. 2, p. 452–464, 2019. ISSN: 00224197. DOI: 10.1007/s10943-018-0710-3.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares; NÉRI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, [S. l.],

v. 15, n. 1, p. 13–22, 2010 a. ISSN: 1413-8271. DOI: 10.1590/S1413-82712010000100003.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares; NÉRI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 13–22, 2010 b. ISSN: 1413-8271. DOI: 10.1590/s1413-82712010000100003.

BENEDETTI, Tania R. Bertoldo; ANTUNES, Priscilla De Cesaro; RODRIGUEZ-AÑEZ, Ciro Romélio; MAZO, Giovana Zarpellon; PETROSKI, Édio Luiz. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 11–16, 2007. ISSN: 15178692. DOI: 10.1590/s1517-86922007000100004.

BENJAMINS, Maureen Reindl. Religion and Functional Health among the Elderly: Is There a Relationship and Is It Constant? **Journal of Aging and Health**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 355–374, 2004. ISSN: 08982643. DOI: 10.1177/0898264304264204.

BRAMATI, Maria Caterina. **Robust Hidiroglou-Lavallée stratified sampling**. [s.l.: s.n.].

CARNEIRO, Adriana Munhoz; FERNANDES, Fernando; MORENO, Ricardo Alberto. Hamilton depression rating scale and montgomery-asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: Psychometric properties in a Brazilian sample. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 1–8, 2015. ISSN: 14777525. DOI: 10.1186/s12955-015-0235-3.

CASTRO-COSTA, Erico; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; ANDRADE, Fabíola Bof De; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges De; FERRI, Cleusa Pinheiro. Cognitive function among older adults. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, n. Supl 2, p. 4s, 2019. ISSN: 0034-8910. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000629.

COHEN-MANSFIELD, Jiska; SHMOTKIN, Dov; HAZAN, Haim. **Changes in Religiosity in Old Age: An Exploratory Study**. **International Journal of Aging and Human Development** SAGE Publications Inc., 2016. (3) ISSN: 15413535. DOI: 10.1177/0091415016651883.

CORRÊA, Alexandre Augusto Macêdo; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; MENEZE, Paulo R.; VALLADA, Homero; SCAZUFCA, Marcia. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 157–164, 2011. ISSN: 1516-4446. DOI: 10.1590/s1516-44462010005000028. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 13 out. 2020.

COSTA, Elisabeth Maria Sene. Depressão em idosos. **Rev. Kairós**, [S. l.], p. 95–112, 2002. ISSN: 0034-7264. DOI: 10.12957/rhupe.2011.8850.

COSTA, S. M. .. **Mais além da vida orgânica: a convivência como fator de prevenção do isolamento social dos idosos e de promoção de saúde**. 2019. 157

f. Instituto Oswaldo Cruz, [S. l.], 2019.

CRISTINA, Pollyana; FERREIRA, Santos; MARA, Darlene; TAVARES, Santos; APARECIDA, Rosalina; RODRIGUES, Partezani. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, Uberaba MG, v. 24, n. 1, p. 29–35, 2011.

CUMMINGS, J. I. et. a. Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: Psychometric analysis in older adults. **Aging Ment Health**, [S. l.], v. 37831, n. 152, p. 86–97, 2015. DOI: 10.1080/13607863.2014.917606.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: Uma análise qualitativa. **Interacao em Psicologia**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 281–292, 2019. ISSN: 19818076. DOI: 10.5380/psi.v23i02.65434.

CURSIO, Cristiane Schumann. **Validação da versão em português BMMRS - P**. 2013. 121 f. Universidade Federal de Juiz de Fora, [S. l.], 2013.

DAALEMAN, Timothy P.; PERERA, Subashan; STUDENSKI, Stephanie A. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. **Annals of Family Medicine**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 49–53, 2004. ISSN: 15441709. DOI: 10.1370/afm.20.

DAMY, ÁLVARO JOSÉ DE CARVALHO. Perfil multidimensional e avaliação da capacidade funcional em idosos de baixa renda. **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP**, [S. l.], p. 1–174, 2010. Disponível em: Centro Informático de São Carlos.

DE ALMEIDA, Marina Gabriela Nascimento; NASCIMENTO-SOUZA, Mary Anne; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana. Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). **European Journal of Ageing**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 521–529, 2020. ISSN: 16139380. ISBN: 0123456789. DOI: 10.1007/s10433-020-00560-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00560-z>.

DEUTSCH, Franziska; WELZEL, Christian. The Diffusion of Values among Democracies and Autocracies. **Global Policy**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 563–570, 2016. ISSN: 17585899. DOI: 10.1111/1758-5899.12388.

DIAS, Eliane Golfieri; APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE, Yeda; MORGANI DE ALMEIDA, Maria Helena; LEBRÃO, Maria Lúcia; DIAS, E. G. .; DUARTE, Y. A. O. .; **Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão Characterization of advanced activities of daily living (AADL): a review**. [s.l.: s.n.].

DIAS, Eliane Golfieri; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; MORGANI, Maria Helena; LEBRÃO, Maria Lúcia. As atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 225, 2014. ISSN: 1415-9104. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v25i3p225-232.

DUARTE DE MORAES, João Feliz; DE AZEVEDO E SOUZA, Valdemarina

Bidone. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 302–308, 2005. ISSN: 15164446. DOI: /S1516-44462005000400009.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira De; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 41, n. 2, p. 317–325, 2006. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 6 jul. 2020.

DUNN, Karen S.; HORGAS, Ann L. The Prevalence of Prayer as a Spiritual Self-Care Modality in Elders. **Journal of Holistic Nursing**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 337–351, 2000. ISSN: 08980101. DOI: 10.1177/089801010001800405.

EJIRI, Manami et al. Social participation reduces isolation among Japanese older people in urban area: A 3-year longitudinal study. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 14, n. 9, p. 1–11, 2019. ISSN: 19326203. ISBN: 1111111111. DOI: 10.1371/journal.pone.0222887. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0222887>.

ELIASSEN, A. Henry. Religious involvement and readiness to confirm reported physical disability. **Journal of religion and health**, [S. l.], v. 53, n. 5, p. 1427–1439, 2014. ISSN: 15736571. DOI: 10.1007/s10943-013-9763-5.

FANCOURT, Daisy; STEPTOE, Andrew. Community group membership and multidimensional subjective well-being in older age. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [S. l.], v. 72, n. 5, p. 376–382, 2018. ISSN: 14702738. DOI: 10.1136/jech-2017-210260.

FANTINO, Bruno; MOORE, Nicholas. The self-reported Montgomery-Åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 9, p. 1–6, 2009. ISSN: 1471244X. DOI: 10.1186/1471-244X-9-26.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas The International Classification of Functioning, Disability and Health: Concepts, Uses and Perspectives. **Rev Bras Epidemiol**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 187–93, 2005.

FELDMAN, Ruth D.; PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally. **Desenvolvimento Humano**. 8ª ed ed., Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

FERNÁNDEZ-NINÓ, Julian A.; BOJORQUEZ, Ietza; BECERRA-ARIAS, Carolina; ASTUDILLO-GARCIA, Claudia I. Religious affiliation and major depressive episode in older adults: A cross-sectional study in six low- and middle-income countries. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 1–9, 2019. ISSN: 14712458. ISBN: 1288901968. DOI: 10.1186/s12889-019-6806-1.

FIOCRUZ. **Manual de Entrevista: ELSI Brasil**. 1. ed., Belo Horizonte. 247 p. ISBN: 9781626239777.

FIOCRUZ. **ELSI Brasil**. 2020. Disponível em: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>.

Acesso em: 20 abr. 2021.

FONSECA, António; MEDEIROS, Sofia. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS VALIDADOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA. *[S. l.]*, v. 20, n. 3, p. 711–725, 2019. ISSN: 2182-8407. DOI: 10.15309/19psd200313. Disponível em: [www.sp-ps.pt/doi:http://dx.doi.org/10.15309/19psd200313](http://www.sp-ps.pt/doi:http://dx.doi.org/10.15309/19psd200313). Acesso em: 6 jul. 2020.

FOONG, Hui Foh; HAMID, Tengku Aizan; IBRAHIM, Rahimah; HARON, Sharifah Azizah. Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults. ***Aging and Mental Health***, *[S. l.]*, v. 22, n. 4, p. 483–488, 2018. ISSN: 13646915. DOI: 10.1080/13607863.2016.1274376.

GNATTA, Juliana Rizzo et al. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. ***Revista Esc. Enfermagem***, *[S. l.]*, v. 45, n. 5, p. 1113–1120, 2011.

GONÇALVES, Bruno; FAGULHA, Teresa. The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). ***European Journal of Psychological Assessment***, *[S. l.]*, v. 20, n. 4, p. 339–348, 2004. ISSN: 10155759. DOI: 10.1027/1015-5759.20.4.339.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, YuanoPang; HUNGERBÜHLER, Ines;; ORG. ***Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental***. Porto Alegre: Artmed, 2015. 54–67 p. ISBN: 9788582712863. Disponível em: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>.

HAN, Laura K. M. et al. Accelerating research on biological aging and mental health: Current challenges and future directions. ***Psychoneuroendocrinology***, *[S. l.]*, v. 106, n. September 2018, p. 293–311, 2019. ISSN: 18733360. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2019.04.004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.004>.

HARRIS, Susie T.; KOENIG, Harold G. An 81-year-old woman with chronic illnesses and a strong faith. ***Journal of Complementary and Integrative Medicine***, *[S. l.]*, v. 13, n. 1, p. 83–89, 2016. ISSN: 15533840. DOI: 10.1515/jcim-2015-0004.

HELM, Hughes M.; HAYS, Judith C.; FLINT, Elizabeth P.; KOENIG, Harold G.; BLAZER, Dan G. Does Private Religious Activity Prolong Survival? ***Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES***, *[S. l.]*, v. 55, n. 7, p. 400–405, 2000.

HOPMAN-ROCK, Marijke; VAN HIRTUM, Helmi; DE VREEDE, Paul; FREIBERGER, Ellen. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. ***Aging Clinical and Experimental Research***, *[S. l.]*, v. 31, n. 7, p. 917–925, 2019. ISSN: 17208319. ISBN: 0123456789. DOI: 10.1007/s40520-018-1034-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-018-1034-6>.

HUPKENS, Susan; MACHIELSE, Anja; GOUMANS, Marleen; DERKX, Peter. Meaning in life of older persons. ***Nursing Ethics***, *[S. l.]*, p. 1–19, 2016. DOI: 10.1177/0969733016680122.

HYBELS, Celia F.; BLAZER, Dan G.; GEORGE, Linda K.; KOENIG, Harold G. The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. **Gerontologist**, [S. l.], v. 52, n. 5, p. 676–685, 2012. ISSN: 00169013. DOI: 10.1093/geront/gnr156.

IBGE. **Estatísticas Sociais**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 10 jul. 2020.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Tratado de Psiquiatria I II III**. 6. ed., Porto Alegre: Artmed, 1999. ISBN: 87-7307-384-5.

KARIM, Jahanvash; WEISZ, Robert; BIBI, Zainab; UR REHMAN, Shafiq. Validation of the Eight-Item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Among Older Adults. **Current Psychology**, [S. l.], v. 34, n. 4, p. 681–692, 2015. ISSN: 1046-1310. DOI: 10.1007/s12144-014-9281-y.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista psiquiatria**, São Paulo, p. 7, 2007.

KOENIG, Harold G. **Handbook of Religion and Health - Harold Koenig, Harold George Koenig, Dana King, Verna B. Carson - Google Livros**. 2012. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NiRZcCVbkZ4C&oi=fnd&pg=PP1&dq=handbook+of+religion+and+health&ots=DW5h5nQSYA&sig=hQZO9DS5X8yHzzZcMoFNQbEER4#v=onepage&q=handbook+of+religion+and+health&f=false>. Acesso em: 11 mar. 2020.

KOENIG, Harold G.; GEORGE, Linda K.; PETERSON, Bercedis L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **American Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 155, n. 4, p. 536–542, 1998. ISSN: 0002953X. DOI: 10.1176/ajp.155.4.536.

KRAUSE, Neal; DAVID HAYWARD, R. Church-Based Social Support, Functional Disability, and Change in Personal Control over Time. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 53, n. 1, p. 267–278, 2014. ISSN: 00224197. DOI: 10.1007/s10943-013-9707-0.

LEITE, IS; SEMINOTT, EP. A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 189–196, 2013. ISSN: 14152177. DOI: 10.4034/rbcs.2013.17.02.13.

LERMAN, Shir et al. Religiosity prevalence and its association with depression and anxiety symptoms among Hispanic/Latino adults. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 1–14, 2018. ISSN: 19326203. ISBN: 1111111111. DOI: 10.1371/journal.pone.0185661.

LIMA-COSTA, M. Fernanda; DE ANDRADE, Fabíola Bof; DE OLIVEIRA, Cesar. Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Encyclopedia of Gerontology and Population Aging**, [S. l.], v. 000, p. 1–5, 2019. ISBN: 9783319698922. DOI: 10.1007/978-3-319-69892-2\_332-1.

LIMA-COSTA, M. Fernanda; DE ANDRADE, Fabíola Bof; SOUZA, Paulo Roberto Borges De; NERI, Anita Liberalesso; DUARTE, Yeda Aparecida De Oliveira; CASTRO-COSTA, Erico; DE OLIVEIRA, Cesar. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, [S. l.], v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018. ISSN: 14766256. DOI: 10.1093/aje/kwx387.

LUCCHETTI, Giancarlo; LAMAS, Alessandra; LUCCHETTI, Granero; BASSI, Rodrigo Modena; NASRI, Fabio; APARECIDA DA, Salete; NACIF, Ponte. **O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento The elderly and their spirituality: impact on different aspects of aging** REV. BRAS. GERIATRIA E GERONTOLOGIA. [s.l.: s.n.].

LUCCHETTI, Giancarlo; LEÃO, Frederico Camelo; VALLADA, Homero; VITORINO, Luciano; PERES, Mario Fernando Prieto. The association between spirituality and religiousness and mental health. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 1–9, 2018. ISSN: 20452322. DOI: 10.1038/s41598-018-35380-w.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra L. Graner.; BADAN-NETO, Antonio M.; PERES, Patricia T.; PERES, Mario F. P.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GOMES, Cláudio; KOENIG, Harold G. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [S. l.], v. 43, n. 4, p. 316–322, 2011. ISSN: 16501977. DOI: 10.2340/16501977-0784.

MACKINNON, Roger A.; BUCKLEY, Peter J.; MICHELS, Robert. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. 3ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2018. 521 p. ISBN: 9788582714386.

MILLER, Lisa; WICKRAMARATNE, Priya; GAMEROFF, Marc J.; SAGE, Mia; TENKE, Craig E.; WEISSMAN, Myrna M. Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study \$watermark-text \$watermark-text \$watermark-text. **Am J Psychiatry**, [S. l.], v. 169, n. 1, p. 89–94, 2012. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10121823.

MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER; NETO, FRANCISCO L.; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, p. 242–250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et Al. **Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines**. **Revista Brasileira de Psiquiatria** Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014. (2) ISSN: 15164446. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1255.

MOSQUEIRO, Bruno Paz. **RELIGIOSIDADE, RESILIÊNCIA E DEPRESSÃO EM Bruno Paz Mosqueiro Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck Co-Orientadora: Neusa Sica da Rocha Bruno Paz Mosqueiro Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck Co-Orientadora: Neusa Sica da Rocha** Dissertação ap. 2015. 111 f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [S. l.], 2015.

MOSSINI, Cleber da Silva; PIERI, Nágela De. **Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida em idosos na atenção básica de saúde**.

florianópolis.

NERI, Anita Liberalesso et al. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. **Revista de Saude Publica**, [S. l.], v. 52, p. 1–10, 2018. ISSN: 00348910. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000613.

NIAAA. **História do NIAAA**. 2021. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/our-work/history-niaaa>. Acesso em: 8 mar. 2021.

NORONHA, Beatriz Prado; NASCIMENTO-SOUZA, Mary Anne; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana. Alcohol consumption patterns and associated factors among elderly Brazilians: National health survey (2013). **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 11, p. 4171–4180, 2019. ISSN: 16784561. DOI: 10.1590/1413-812320182411.32652017.

NUMBERS, Ronald L. Mitos e verdades em ciência e religião: uma perspectiva histórica. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 36, n. 6, p. 250–255, 2009. DOI: 10.1590/s0101-60832009000600006.

OFSTEDAL, Mary Beth; CHIU, Chi-Tsun; JAGGER, Carol; SAITO, Yasuhiko; ZIMMER, Zachary. Religion, Life Expectancy, and Disability-Free Life Expectancy Among Older Women and Men in the United States. **The Journals of Gerontology: Series B**, [S. l.], v. 74, n. 8, p. e107–e118, 2019. ISSN: 1079-5014. DOI: 10.1093/geronb/gby098. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6941211/pdf/gby098.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

OMS. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int). Acesso em: 28 abr. 2020.

OMS. **Perspectivas da População Mundial: 2019**. 2019. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>. Acesso em: 10 abr. 2020.

OPAS. **Folha informativa - Envelhecimento e saúde**. [s.d.]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820). Acesso em: 3 maio. 2020.

OPAS. **Folha informativa - Depressão**. 2021. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095). Acesso em: 11 maio. 2020.

PANZINI, Raquel Gehrke. **ESCALA DE COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL (ESCALA CRE): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA RCOPE, ABORDANDO RELAÇÕES COM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA**. [s.l.: s.n.].

PARA, Endereço et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil Artigo original Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saude**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 295–304, 2017. DOI: 10.5123/S1679-49742017000200007.



PEIXOTO, Sérgio Viana; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio De; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges De; ANDRADE, Fabíola Bof De; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, n. Suppl 2, p. 5s, 2018. ISSN: 1518-8787. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102018000300501&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttp://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153931%0Ahttps://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000605](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300501&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttp://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153931%0Ahttps://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000605).

PEREIRA, Josianne Katherine; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; GIACOMIN, Karla Cristina. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 8, p. 3375–3384, 2014. ISSN: 16784561. DOI: 10.1590/1413-81232014198.11942013.

PERES GONÇALVES, Josiane. Ciclo Vital: Início, Desenvolvimento E Fim Da Vida Humana Possíveis Contribuições Para Educadores. **Revista Contexto & Educação**, [S. l.], v. 31, n. 98, p. 79, 2016. ISSN: 0102-8758. DOI: 10.21527/2179-1309.2016.98.79-110.

PESELOW, Eric; PI, Sarah; LOPEZ, Enrique; BESADA, André; ISHAK, Waguih William. The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder. **Innovations in Clinical Neuroscience**, [S. l.], v. 11, n. 3–4, p. 17–23, 2014. ISSN: 21588341.

REINDL BENJAMINS, Maureen; BROWN, Carolyn. Religion and preventative health care utilization among the elderly. **Social Science and Medicine**, [S. l.], v. 58, n. 1, p. 109–118, 2004. ISSN: 02779536. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00152-7.

REYES-ORTIZ, Carlos A.; PAYAN, Claudia; ALTAMAR, Geraldine; GÓMEZ, Fernando; KOENIG, Harold G. Religiosity and self-rated health among older adults in Colombia. **Colombia Medica**, [S. l.], v. 50, n. 2, p. 67–76, 2019. ISSN: 16579534. DOI: 10.25100/cm.v50i2.4012.

REYES-ORTIZ, Carlos A.; PELAEZ, Martha; KOENIG, Harold G.; MULLIGAN, Thomas. Religiosity and self-rated health among Latin American and Caribbean elders. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 425–443, 2007. ISSN: 00912174. DOI: 10.2190/PM.37.4.f.

RIBEIRO, Yara Helena de Carvalho Paiva; ROMÃO, Juliana de F. Fracon e. **Métodos de avaliação da funcionalidade do idosos e sua correlação com a CIF - revisão integrativa**. [s.l.: s.n.].

ROFF, Lucinda Lee; KLEMMACK, David L.; SIMON, Cassandra; CHO, Gi Won; PARKER, Michael W.; KOENIG, Harold G.; SAWYER-BAKER, Patricia; ALLMAN, Richard M. Functional limitations and religious service attendance among African American and white older adults. **Health and Social Work**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 246–255, 2006. ISSN: 03607283. DOI: 10.1093/hsw/31.4.246.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2017. 1490 p. ISBN: 9788582713792.

SALMAN, Ali; LEE, Yi Hui. Spiritual practices and effects of spiritual well-being and depression on elders' self-perceived health. **Applied Nursing Research**, [S. l.], v. 48, n. May, p. 68–74, 2019. ISSN: 08971897. DOI: 10.1016/j.apnr.2019.05.018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.018>.

SANTOS, Wagner Jorge Dos; GIACOMIN, Karla Cristina; PEREIRA, Josiane Katherine; FIRMINO, Josélia de Oliveira Araujo. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 8, p. 2319–2328, 2013. DOI: 10.1590 / s1413-81232013000800016.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Depressivas**. 1 ed ed., São Paulo: Editora Globo, 2016. 286 p. ISBN: 9788525062925.

SILVA, José Vitor Da; DIAS, Bruno Vilas Boas. Assessment of the Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Duke University Religiosity Index (P-Durel). **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, p. 1–7, 2017. ISSN: 1415-2762. DOI: 10.5935/1415-2762.20170022.

SOUZA, Bianca Bittencourt De; CEMBRANEL, Francieli; HALLAL, Ana Luiza Curi; D'ORSI, Eleonora. Consumption of fruits and vegetables and association with life habits and nutritional status: A prospective study in a cohort of the elderly. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 4, p. 1463–1472, 2019. ISSN: 16784561. ISBN: 0000000285612. DOI: 10.1590/1413-81232018244.03782017.

STEARNS, Melanie; NADORFF, Danielle K.; LANTZ, Ethan D.; MCKAY, Ian T. **Religiosity and depressive symptoms in older adults compared to younger adults: Moderation by age. Journal of Affective Disorders** Mississippi State Elsevier B.V., 2018. ISSN: 15732517. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.076.

TAUNAY, Tauly C. et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). **Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association**, [S. l.], v. 34, n. 1, 2012 a. ISSN: 1516-4446. ISBN: 2012;34:7681.

TAUNAY, Tauly C.; CRISTINO, Eva D.; MACHADO, Myrela O.; ROLA, Francisco H.; LIMA, José W. O.; MACÊDO, Danielle S.; GONDIM, Francisco de Assis A.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; CARVALHO, André F. **Desenvolvimento e validação do Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI)**. **Revista Brasileira de Psiquiatria** Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012 b. (1) ISSN: 15164446. DOI: 10.1590/S1516-44462012000100014.

TAUNAY, Tauly Claussen D. Escragnoll.; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão Brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 39, n. 4, p. 130–135, 2012 c. ISSN: 01016083. DOI: 10.1590/S0101-60832012000400003.

TAUNAY, Tauly Claussen D'Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACEDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araujo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de DUKE. **Rev. psiquiatrica**,

[S. l.], v. 39, n. 4, p. 9, 2012 d.

THIENGO, Priscila Cristina Da Silva; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; DAS MERCÊS, Magno Conceição Conceição; COUTO, Pablo Luiz Santos; FRANÇA, Luiz Carlos Moraes; DA SILVA, Alba Nunes. Espiritualidade E Religiosidade No Cuidado Em Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 24, 2019 a. ISSN: 2176-9133. DOI: 10.5380/ce.v24i0.58692.

THIENGO, Priscila Cristina Da Silva; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; DAS MERCÊS, Magno Conceição Conceição; COUTO, Pablo Luiz Santos; FRANÇA, Luiz Carlos Moraes; DA SILVA, Alba Nunes. Espiritualidade E Religiosidade No Cuidado Em Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 24, 2019 b. DOI: 10.5380/ce.v24i0.58692.

VAN DE VELDE, By S. **Measurement Equivalence of the CES-D 8 in the General Population in Belgium: a Gender Perspective**Arch Public Health. [s.l.: s.n.].

VARGAS, H. S. **A depressão no idoso**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1992. ISBN: 1000244414907.

WANG, Kuan Yuan; KERCHER, Kyle; HUANG, Jui Yen; KOSLOSKI, Karl. Aging and religious participation in late life. **Journal of religion and health**, [S. l.], v. 53, n. 5, p. 1514–1528, 2014. ISSN: 15736571. DOI: 10.1007/s10943-013-9741-y.

WHO. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. [S. l.], p. 238, 2004.

ZIMMER, Zachary; JAGGER, Carol; CHIU, Chi Tsun; OFSTEDAL, Mary Beth; ROJO, Florencia; SAITO, Yasuhiko. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. **SSM - Population Health**, [S. l.], v. 2, p. 373–381, 2016. ISSN: 23528273. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.04.009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>.

#### 6.1.1.1.2 APÊNDICE A – Chave de Busca para base de dados PubMed

*“(“Religious Philosophies” OR “Philosophies, Religious” OR “Philosophy, Religious” OR “Religious Philosophy” OR “Intelligent Design” OR “Design, Intelligent” OR “Designs, Intelligent” OR “Intelligent Designs” OR “Taoism” OR “Taoisms” OR “Religions” OR “Religious Beliefs” OR “Beliefs, Religious” OR “Religious Belief” OR “Religious Ethics” OR “Ethic, Religious” OR “Prayer” OR “Prayers” OR religion OR religiosity OR “Psychology, Religion” OR “Religion, Psychology” OR “Psychology and Religion” OR “Religion and Psychology” OR Spirituality OR Spiritualities) AND (“Activities of Daily Living” OR “ADL” OR “Activities, Daily Living” OR “Activity, Daily Living” OR “Daily Living Activities” OR “Daily Living Activity” OR “Living Activities, Daily” OR “Living Activity, Daily” OR “Limitation of Activity, Chronic” OR “Chronic Limitation of Activity” OR Disability OR “International Classification of Functioning, Disability and Health” OR “Disability Evaluation”) AND (Elderly OR Aged OR Older adults)”.*

### 6.1.1.1.3 ANEXO A – Aspectos Éticos ELSI-Brasil

04/09/2020

Aspectos éticos – ELSI-Brasil

ESTUDO LONGITUDINAL DA SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS

Idioma: Português English

#### Aspectos éticos

O ELSI-Brasil cumpre todos os preceitos éticos requeridos para estudos científicos realizados com seres humanos, tais como a participação voluntária, a privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações.

Os procedimentos da pesquisa incluem: (1) entrevista sobre as características gerais do domicílio e condições socioeconômicas dos demais moradores; (2) entrevista individual sobre condições de saúde física e mental e outros aspectos relevantes; (3) aferição da pressão arterial, medidas antropométricas e medidas da capacidade funcional; (4) coleta de sangue e exames laboratoriais. Um morador adulto é convidado a responder à entrevista (1), acima mencionada. Todos os moradores com idade igual ou superior a 50 anos são convidados a participar dos demais procedimentos, com exceção do procedimento (4), que foi conduzido em uma sub-amostra dos participantes do estudo.

Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livres e Esclarecido específico para cada um dos procedimentos acima mencionados. Esse documento assegura os direitos e deveres dos participantes. A equipe de campo foi treinada para esclarecer as dúvidas dos participantes e a estes está assegurado o direito de consulta a terceiros antes da assinatura do documento.

Os entrevistadores foram treinados e certificados antes do início do trabalho de campo. Todas as medidas físicas obedecem rigorosamente às normas de proteção à saúde vigente no país e a protocolos previamente estabelecidos. Os resultados das medidas de pressão arterial são entregues ao participante. Caso apresente algum problema, durante as medidas físicas, que exija atendimento de urgência ou emergência, o participante é avisado e encaminhado para assistência na rede credenciada do município. O mesmo procedimento é adotado com referência aos exames laboratoriais.

A confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas e exames está garantida em todas as fases do estudo. As informações são arquivadas sem identificação nominal e são utilizadas exclusivamente para fins de investigação científica.

No tocante aos aspectos regulatórios e legais, o ELSI-Brasil cumpre as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, como a 196/96 e suas complementares, entre elas a 292/99, 340/2004, 346/2005, 347/2005 e 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz e o processo está cadastrado na Plataforma Brasil (Protocolo no. 886.754).

ELSI-Brasil - Estudo Longitudinal da Saúde e Bem-Estar dos Idosos Brasileiros - 2015  
Desenvolvido com WordPress

Fonte: ELSI-Brasil (FIOCRUZ, 2020)